

* NATALIA JURKOWSKA, ** MONIKA KAŻMIERCZAK

* Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy nr 4 w Łodzi

** Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny,
Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0000-5940-5457>, <https://orcid.org/0000-0003-4396-3627>

Wykorzystanie elementów metody Rodolfo Castillo Moralesa w terapii logopedycznej 11-letniej dziewczynki z mózgowym porażeniem dziecięcym

The use of elements of the Rodolfo Castillo Morales method
in the speech therapy of an 11-year-old girl with cerebral palsy

STRESZCZENIE

Celem prezentowanych badań jest określenie, w jaki sposób terapia z wykorzystaniem elementów koncepcji R. Castillo Moralesa wpływa na regulację napięcia mięśniowego, rozwój czynności prymarnych w kompleksie ustno-twarzowo-gardłowym oraz poziom umiejętności i sprawności językowo-komunikacyjnych dziecka z MPD. Niniejsza praca to studium przypadku 11-letniej dziewczynki z MPD i wynikającą z niego niepełnosprawnością sprzężoną (ruchową i intelektualną). W oparciu o kartę badania logopedycznego D. Pluty-Wojciechowskiej zebrano podstawowe dane o dziecku, przeprowadzono szczegółowy wywiad, dokonano oceny warunków anatomiczno-czynnościowych, oceny oddychania w stanie spoczynku i podczas fonacji. Przy pomocy Testu Rozwoju Językowego M. Smoczyńskiej i wsp. dokonano oceny wiedzy językowej biernej i czynnej. Publikacja M. Grycman *Sprawdź, jak się porozumiewam* posłużyła ocenie umiejętności porozumiewania się dziecka ze złożonymi zaburzeniami komunikacji. W artykule scharakteryzowano mowę osób z MPD oraz terapię logopedyczną z wykorzystaniem koncepcji R.C. Moralesa. Na tym tle zaprezentowano wyniki badań własnych. Po wykorzystaniu w terapii logopedycznej elementów metody R. Castillo Moralesa u badanej dziewczynki zaobserwowano znaczną poprawę w zakresie czynności prymarnych, czasu koncentracji uwagi, motywacji do komunikacji i rozwój mowy. Wyniki badań pokazują, iż wykorzystanie elementów metody R. Castillo Moralesa w terapii logopedycznej dziecka z MPD jest zasadne i wieloaspektowo wspiera rozwój pacjenta.

Słowa kluczowe: mózgowie porażenie dziecięce – MPD, metoda Rodolfo Castillo Moralesa, ustno-twarzowa terapia regulacyjna, komunikacja, terapia logopedyczna

SUMMARY

The purpose of the presented research is to evaluate the speech therapy measures taken and determine how therapy using elements of the R. Castillo Morales concept influences the regulation of muscle tone, the development of primitive activities in the oro-facial-pharyngeal complex and the level of language and communication skills and abilities of a child with MPD. This paper is a case study of an 11-year-old girl with MPD and resulting resulting from it coupled disabilities (motor and intellectual). Based on the speech therapy examination chart proposed by D. Pluta-Wojciechowska, basic data about the child were collected, a detailed interview was conducted, anatomical and functional conditions were assessed, physiological breathing and during speaking were evaluated. Using the Test Rozwoju Językowego by M. Smoczyńska et al. passive and active language knowledge was assessed. The publication of M. Grycman *Sprawdź, jak się porozumiewam* was used to assess the communication skills of a child with complex communication disorders. The article characterizes the speech of people with MPD and speech therapy using the concept of Rodolfo Castillo Morales. Against this background, the results of our own research with an 11-year-old girl with MPD are presented. The results of the scientific analysis show the speech therapy diagnosis of the subject by using therapy with elements of the R. Castillo Morales method, describe the course of therapeutic interactions and the areas in which changes occurred. After using in speech therapy elements of the method of R. Castillo Morales, the study girl showed significant improvements in primitive activities, attention span, motivation for communication and speech development. The research results show that the use of elements of the R. Castillo Morales method in the speech therapy of a child with CP is justified and supports the child's development in many aspect.

Key words: cerebral palsy, Rodolfo Castillo Morales method, orofacial regulation therapy, communication, speech therapy

WSTĘP

W kręgu zainteresowań interdyscyplinarnej nauki, jaką jest logopedia, znajdują się biologiczne uwarunkowania języka i zachowań językowych. Logopeda opisuje i ocenia kompetencje językowo-komunikacyjne pacjenta, sprawność w realizowaniu tych kompetencji oraz objaśnia biologiczne przyczyny warunkujące ich stan (Grabias 2011). Odstępstwa od norm językowych i komunikacyjnych, czyli zaburzenia mowy, wynikają z niemożności prawidłowej realizacji wypowiedzi przez jednostkę. Wśród zadań logopedów wymienia się zatem m.in: budowanie kompetencji językowej i komunikacyjnej oraz usprawnianie realizacji tych kompetencji. Cele te były również istotne w przypadku pacjentki z mózgowym porażeniem dziecięcym (MPD), która jest podmiotem prezentowanej terapii logopedycznej z wykorzystaniem elementów metody Rodolfo Castillo Moralesa. Terapia została ukierunkowana na regulację napięcia mięśniowego, uaktywnienie i regulację funkcji orofacjalnych, takich jak: połykanie, żucie, kontrola ślinienia, a w konsekwencji na poszerzenie możliwości językowo-komuni-

kacyjnych dziecka. W artykule została ukazana ewaluacja podejmowanych działań i określone znaczenie metody R. Castillo Moralesa w procesie terapeutycznym pacjentki.

PROBLEMY BADAWCZE

Główny problem badawczy koncentruje się na określeniu związku między koncepcją R. Castillo Moralesa a postępem w terapii logopedycznej dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. Ponadto badania skupiają się na następujących problemach szczegółowych:

1. Czy wykorzystanie w procesie terapeutycznym metody R. Castillo Moralesa wpływa na regulację napięcia mięśniowego u badanej pacjentki?
2. Czy metoda ta w sposób korzystny wpływa na rozwój czynności prymarnych w kompleksie ustno-twarzowo-gardłowym badanej dziewczynki?
3. W jaki sposób i w jakim stopniu zmiana w zakresie kontroli mięśni wpływa na możliwości komunikacyjne badanego dziecka?
4. Czy wykorzystanie w terapii metody R. Castillo Moralesa ma znaczenie dla ogólnego nastawienia i motywacji badanego dziecka do komunikacji?

Próba odpowiedzi na powyższe pytania może przyczynić się do pogłębienia wiedzy na temat efektywności metody R. Castillo Moralesa jako istotnego elementu terapii logopedycznej dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym.

METODY I NARZĘDZIA BADAWCZE

Wykorzystana metoda jakościowa: studium przypadku pozwoliła na wnikliwą i wieloetapową analizę badanej przy zastosowaniu wywiadu, obserwacji, analizy dokumentów oraz badania logopedycznego z wykorzystaniem:

1. *Testu Rozwoju Językowego* M. Smoczyńskiej i wsp. (2015)

Test Rozwoju Językowego (TRJ) jest psychometrycznym narzędziem oceniającym wiedzę językową dzieci w wieku 4–8 lat, pozwalającym na określenie poziomu kompetencji w zakresie słownictwa, gramatyki oraz rozumienia i produkcji mowy.

2. *Sprawdź jak się porozumiewam. Ocena efektywności porozumiewania się dzieci niemówiących wraz z propozycjami strategii terapeutycznych* M. Grycman (2009)

Pozycja prezentuje metody oceny umiejętności komunikacyjnych dzieci niemówiących. Efektywność jest oceniana w skali od 1 do 5, pod uwagę brane są: przekaz informacji, konstruowanie wypowiedzi, funkcjonalne współdziałanie z rozmówcą oraz ogólne nastawienie i chęci do komunikacji.

3. *Karty badania logopedycznego* D. Pluty-Wojciechowskiej (2022)

Karta badania zawiera sekcje obejmujące ogólne dane dotyczące dziecka, informacje zebrane z wywiadu, ocenę realizacji fonemów, analizę warunków anatomiczno-czynnościowych, ocenę fizjologicznego oddychania, ocenę oddychania podczas mówienia, ocenę stanu słuchu oraz wskazania do ewentualnych konsultacji specjalistycznych i wyniki tych konsultacji.

Badania prowadzono od lutego 2021 roku do stycznia 2023 roku, przy czym początkowo (luty 2021 – październik 2022) była to obserwacja terapii logopedycznej za zgodą rodziców, a następnie działania własne w środowisku szkolnym i w warunkach domowych. Osobą badaną była uczennica I klasy Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego w Radomiu. Wywiad przeprowadzono z ojcem dziewczynki oraz pracującymi z nią terapeutami z ośrodka, dokonano też analizy udostępnionej dokumentacji. Za zgodą rodziców w trakcie badań gromadzono materiały w formie zdjęć i nagrań, które następnie poddano szczegółowej interpretacji.

CZEŚĆ ZASADNICZA

1. MOWA OSÓB Z MÓZGOWYM PORAŻENIEM DZIECIĘCYM

Mowa osób z MPD (szerzej o MPD: Marciniak-Firadza 2020; Michalik 2015; Michalska, Boksa, Wendorff, Wiktor 2012; Kaczorowska-Bray, Brzozowska-Misiewicz 2012; Sienkiewicz, Kułak, Buzalska, Okurkowska-Zawada, Paszko-Patej 2009; Chmielnik, Michałowicz 2001; Zabłocki 1998) charakteryzuje się różnymi zaburzeniami językowymi, parajęzykowymi i niewerbalnymi o wyraźnym biologicznym podłożu. Mowa integruje motorykę pierwotną i wyuczoną oraz myślenie (Masgutowa, Regner 2009). Pierwotna motoryka ustno-twarzowa stanowi bazę dla mówienia. Właściwa stymulacja i rozwój w tym obszarze decydują o uruchomieniu zaprogramowanego potencjału rozwoju artykulacji oraz myślenia. Zarówno nieprawidłowości, jak i opóźnienia w zakresie czynności prymarnych, osłabione ruchy w obszarze jamy ustnej oraz twarzy czy nieprawidłowe napięcie mięśniowe – mogą spowalniać powstawanie wyższych kontrolowanych schematów koordynacji w procesie artykulacji.

Dziecko ze zdiagnozowanym MPD posiada pewien potencjał rozwoju różnych aktywności, chociaż proces ten przebiega znacznie wolniej, często w okresie późniejszym i ma charakter nieharmonijny. U ok. 50% przypadków dzieci z MPD

diagnozuje się dyzartrię, jednak zaburzenia te mogą mieć również postać dyslalii, jąkania, oligofazji czy nawet alalii (Stecko 1986). Zauważone nieprawidłowości w funkcjach prymarnych wynikają przede wszystkim z braku możliwości wykonywania precyzyjnych ruchów, niemożności kontrolowania mięśni, w tym mięśni twarzy. Wadliwa realizacja fonemów, spowolniony rozwój słownictwa biernego i czynnego, obniżenie sprawności narracyjnej oraz deficyty podsystemu semantyczno-leksykalnego i syntaktycznego są następstwem trudności ruchowych i nieprawidłowego napięcia mięśniowego. W związku z zakłóceniami realizacji ciągu fonicznego dzieci z MPD mają trudności z budowaniem konstrukcji składniowych, co więcej – w komunikacji używają wypowiedzi krótkich, często nawet jednowyrazowych lub strzępkowych. Opóźnienia można również zauważyć w procesach poznawczych, do których należą: percepcja, myślenie, uwaga i pamięć. Mowa osób z MPD często charakteryzuje się monotonią oraz zwolnionym tempem. Poza tym zaburzeniom mowy mogą towarzyszyć dysfagia oraz/lub afonia (Zabłocki 1998; Boksa 2015). Z uwagi na stopień i nasilenie występujących symptomów MPD, działania językowe będą ograniczone do minimum lub nie wystąpią. Wówczas pożądane jest wprowadzenie wspomagających lub alternatywnych metod komunikacji.

2. TERAPIA LOGOPEDYCZNA Z UWZGLĘDNIENIEM KONCEPCJI R. CASTILLO MORALES

Metoda zaproponowana została w latach 70. XX wieku przez argentyńskiego lekarza rehabilitacji, badacza i naukowca – Rodolfo Castillo Moralesa, to całościowa neurofizjologiczna koncepcja lecznicza, której stosowanie zaleca się przy sensomotorycznych i ustno-twarzowych zaburzeniach u dzieci i dorosłych (Kaczan, Regner 2004; Paradowska 2022). Koncepcja zawiera w sobie elementy terapii NDT-Bobath i Vojty w połączeniu z terapią manualną, podkreśla jedność i współdziałanie ciała z kompleksem ustno-twarzowym. W związku z tą korelacją istotne jest, aby wraz z regulacyjną terapią ustno-twarzową prowadzona była neuromotoryczna terapia rozwojowa (Paradowska 2022).

Terapia ustno-twarzowa opiera się przede wszystkim na stymulacji neuromotorycznych obszarów twarzy, które odpowiadają za uaktywnianie mięśni mimicznych, wyzwolenie odruchów i torowanie ruchów dowolnych związanych z prawidłowym działaniem czynności prymarnych oraz artykulacji. Metoda R. Castillo Moralesa polega na oddziaływaniu na mięśnie, które w różnym stopniu są zaangażowane w proces mówienia, a więc mięśnie oddechowe, kontrolujące ustawienie głowy, mięśnie twarzy, języka, gardła, krtani i klatki piersiowej. Stymulacja odbywa się poprzez odpowiednie manipulacje, takie jak dotyk, głaskanie, rozcieranie, ugniatanie, wibracja, które pomagają znormalizować napięcie mięśniowe, skoordynować proces mówienia z oddechem oraz pobudzić recep-

tory czucia powierzchniowego i głębokiego (szerzej: Paradowska 2022). Podczas dokonywania oceny diagnostycznej aktualnych możliwości dziecka warto przyjąć kryteria zaproponowane przez samego twórcę metody (szerzej: Kaczan 2007).

WYNIKI ANALIZY

1. DIAGNOZA LOGOPEDYCZNA PRZED WPROWADZENIEM ELEMENTÓW METODY R. CASTILLO MORALES

Dane z wywiadów

Badana 11-letnia dziewczynka jest drugim dzieckiem rodziców, z drugiej ciąży (przebieg bez komplikacji). Poród odbył się siłami natury i nastąpił o czasie, dziecko osiągnęło masę urodzeniową 3400 g i uzyskało 9 pkt w skali Apgar, nie przebywało w inkubatorze. Po porodzie rozpoznano MPD. Wykonany rezonans magnetyczny (MR) potwierdził niedotlenienie okołoporodowe. Po czwartym miesiącu życia u dziewczynki rozpoznano cytomegalię (CMV). Badana pozostaje pod opieką Poradni Rehabilitacji Neurologicznej. Ze względu na niepełnosprawność sprzężoną (ruchową i intelektualną w stopniu umiarkowanym) jest objęta kształceniem specjalnym, które realizuje w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym w Radomiu. Dwukrotnie była odraczana od obowiązku szkolnego, obecnie uczęszcza do II klasy szkoły podstawowej. Korzysta z zajęć rehabilitacji ruchowej, terapii logopedycznej, terapii SI, zajęć na basenie.

Analiza dokumentacji

a) diagnoza medyczna

U dziewczynki występuje niepełnosprawność sprzężona. W badaniu neurologicznym zdiagnozowano MPD pod postacią diparezy spastycznej. Ponadto występuje wada rdzenia w odcinku lędźwiowym, porażenne zwichnięcie lewego i podwichnięcie prawego stawu biodrowego w przebiegu MPD, pęcherz neurogeny. Dziewczynka w marcu 2022 roku przeszła leczenie operacyjne porażennego podwichnięcia prawego stawu biodrowego i zwichnięcia lewego stawu biodrowego. Po ocenie radiologicznej i zdjęciu gipsu rozpoczęto usprawnianie pod kontrolą fizjoterapeuty.

b) opinia psychologa

Dziewczynka ma niepełnosprawność intelektualną w stopniu umiarkowanym. Regularnie czyni postępy w swoim funkcjonowaniu, szczególnie w zakresie rozumienia mowy oraz potrzeby sprawczości i aktywności celowej. Podstawowymi przedmiotami manipuluje w sposób zgodny z ich przeznaczeniem, przekłada je z pojemnika do pojemnika, rozumie niektóre relacje przestrzenne (w, na). Wy-

kazuje duże zainteresowanie materiałem obrazkowym – ogląda książeczki, odnajduje w nich podstawowe przedmioty, prawidłowo dokonuje wyboru przedmiotów rzeczywistych. Rysunek pozostaje na poziomie bazgroty. Dziewczynka ma przeciętną orientację w schemacie własnego ciała. U badanej obserwuje się postęp w obszarze emocjonalnym i społecznym. W kontakcie jest pogodna. Zaczęła akceptować obecność innych dzieci oraz osób dorosłych.

c) opinia pedagoga

Badana jest dzieckiem spokojnym i nie sprawia problemów wychowawczych. Nie sygnalizuje potrzeb fizjologicznych, jest pampersowana. Chętnie poddaje się stymulacji polisensorycznej i różnym oddziaływaniom terapeutycznym. Utrzymuje przedmioty w rękach i nimi manipuluje. Rozpoznaje bliskie osoby. Nagłe zmiany otoczenia wywołują u dziewczynki niepokój. Wymaga troskliwego, spokojnego podejścia, dużo indywidualnej uwagi. Konieczna jest stałość w codziennych oddziaływaniach terapeutycznych, pobudzanie polisensoryczne, a także dostosowanie wymagań do możliwości psychofizycznych dziecka oraz jego samopoczucia.

d) opinia rehabilitanta

Dziewczynka obecnie porusza się na wózku. Krótkie dystanse pokonuje samodzielnie, gdy jest podtrzymywana. Chodzi z zaburzoną jakością chodu, niestabilnie, niezgrabnie, traci równowagę. Pacjentka jest zaopatrzona w łuski ortopedyczne, mające na celu pośrednie ustawienie stóp oraz w aparat korygujący ustawienie miednicy i obręczy kończyn dolnych. Przyjmowana postawa jest nieprawidłowa – brzuch wypięty, osłabione mięśnie brzucha proste i skośne, hiperlordoza odcinka lędźwiowego kręgosłupa, miednica w przodopochyleniu, kończyny dolne i stopy zrotowane do wewnątrz, nieprawidłowo obciążone. Kontrola posturalna obniżona. Badana siada w sposób nieprawidłowy, podpierając się kończynami górnymi z tyłu oraz nadmiernie prostując plecy.

e) opinia terapeuty SI

Dziewczynka ma zaburzoną integrację sensoryczną, nadwrażliwość na bodźce słuchowe. Współdziała z terapeutą, jednak wymaga zwiększonej motywacji do podjęcia oraz kontynuowania zadania. Podejmuje próby integrowania wrażeń płynących z bazowych układów sensorycznych. Akceptuje i potrafi zlokalizować bodźce dotykowe w sferze czucia powierzchniowego oraz bodźce wibracyjne o nieznaczącej częstotliwości. Toleruje masaż pleców i rąk przedmiotami o różnej fakturze i sprężystości, też stymulację termiczną. Wykonuje zadania w materiałach o różnej konsystencji. Bodźce słuchowe i węchowe toleruje w niewielkim natężeniu i przez krótki czas. Podejmuje aktywności związane z prze-

kraczeniem linii środkowej ciała, kształtowaniem schematu ciała i manipulowaniem. Występuje potrzeba kształtowania centralnej stabilizacji i doskonalenia reakcji równoważnych. Dziewczynka wykazuje dużą potrzebę ruchu i kształtowania autoorientacji w przestrzeni.

OCENA ANATOMICZNO-CZYNNOŚCIOWA

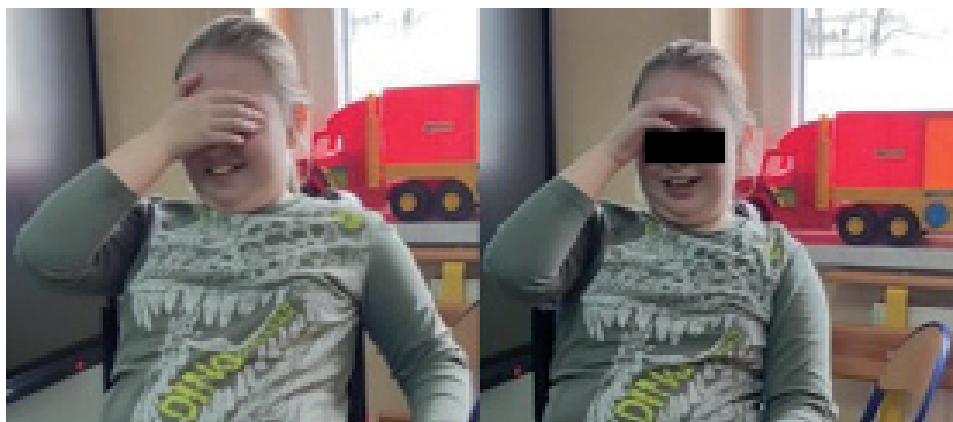
Pacjentka ma asymetrię twarzy, widoczną na poziomie policzków. Czerwień warg jest ciągła i wyraźnie zarysowana. Podniebienie wysoko wysklepione. Dziewczynka ma prawidłowy zgryz i zdrowe zęby. Język jest symetryczny. Wędzidełko podjęzykowe po zabiegu frenotomii (w 2016 roku). U badanej występowały: płytki szczytowy oddech, krótki czas fonacji, zaburzenia głosu, obniżona sprawność narządów artykulacyjnych (zwłaszcza w zakresie motoryki języka), zaburzone czynności prymarne, nadmierne ślinienie się. Pacjentka oddychała torem ustno-nosowym, rzadko występowało domknięcie dwuwargowe (zarówno w spoczynku, jak i podczas posiłku). Ruchy żuchwy pionowe. Infantylny sposób połykania. Ponadto dziewczynka miała trudności z samodzielnym spożywaniem posiłków i napojów (piła z kubka przez słomkę; kubek często był podtrzymywany przez osobę dorosłą).

DANE Z OBSERWACJI

Z uwagi na dysfunkcję narządu ruchu dziewczynka poruszała się przeważnie na wózku, a podczas przemieszczania się bez jego pomocy potrzebowała asekuracji. Podczas ubierania współpracowała biernie. Nie sygnalizowała potrzeb fizjologicznych. Znaczący problem stanowiły: krótki czas koncentracji, duża przerzutność uwagi, szybka męczliwość, wycofywanie z proponowanej aktywności, brak motywacji do komunikacji, brak chęci interakcji społecznej oraz reagowanie na nią niepokojem i strachem. Badana reagowała na powitanie, na swoje imię, a także szukała wzrokiem znanej osoby nazwanej przez terapeutkę po imieniu, utrzymywała kontakt wzrokowy z nauczycielem/terapeutką. W kontakcie z osobami dorosłymi często okazywała zawstydzenie, zasłaniała twarz dłońmi. Niechętnie nawiązywała relacje z rówieśnikami, pozostawała bierna podczas zabaw grupowych, na płacz koleżanek i kolegów z klasy sama reagowała płaczem i ucieczką. Na ogół jednak miała pogodny nastrój. Adekwatnie reagowała na zakazy i upomnienia.

Badana rozpoznawała wzrokowo znane jej przedmioty i sięgała po nie, jeżeli znajdowały się w zasięgu jej ręki. Reagowała na muzykę, dźwięki otoczenia, mowę i lokalizowała ich źródło. U dziewczynki występowała nadwrażliwość

na bodźce słuchowe. Tolerowała masaże rąk i pleców. Lubiła zabawy materiałami o różnej konsystencji i strukturze, manipulowała drobnymi przedmiotami (chwyt pęsetowy). Rzuciła i łapała piłkę oburącz. Bazgrząc po kartce, używała zamiennie prawej i lewej ręki. Nie potrafiła prawidłowo chwycić przyborów i narzędzi (pędzla, kredki). Bardzo lubiła zabawę w chowanego. Gdy zasłaniała oczy, mówiła: *Nie ma [imię]*, po odsłonięciu zaś: *O, jest*. Jeżeli w momencie „nieobecności” badanej ktoś zapytał, gdzie ona jest, wówczas wskazywała palcem przed siebie i ze śmiechem mówiła: *Tam*.



Zdjęcia 1-2. Zabawa w chowanego
Źródło: archiwum prywatne.

Równie często i chętnie dziewczynka prezentowała takie aktywności, jak taniec (kręcenie się na wózku) i gimnastyka (skłony w pozycji siedzącej).

Badana komunikowała się głównie niewerbalnie. Podstawowy sposób realizowania intencji komunikacyjnej stanowiły gesty naturalne oraz mimika. Wypowiadała się o sobie w 3. osobie liczby pojedynczej, używając zdrobnienia swojego imienia, w zasobie słownika czynnego miała kilka utrwalonych pojęć, choć rzadko próbowała z nimi układać dwu-, trzywyrazowe zdania (np. *[imię] jedzie mamy*). Nie zachowywała naprzemienności ról w interakcji. Gdy była zainteresowana, potrafiła nawiązać kontakt (głównie niewerbalny) z rozmówcą. Zaobserwowano dużą rozbieżność pomiędzy słownikiem biernym a czynnym (tu: minimalna werbalność). Jej produkcje słowne były trudne do zrozumienia przez osoby postronne. Niechętnie podejmowała czynność naśladowania dźwięków mowy. Podczas spotkań nie podejmowała spontanicznie komunikacji z wykorzystaniem symboli z książki do komunikacji, robiła to na polecenie. Wyrażała swoje oczekiwania za pomocą pojedynczych słów i zwrotów w funkcji całego komunikatu,

najczęściej używając zaimka *to* w połączeniu ze swoim imieniem. Okazjonalnie pojawiał się gest wskazywania palcem. Odnotowano trudność z rozumieniem poleceń, nawet prostych.

BADANIA KWESTIONARIUSZOWE

Test Rozwoju Językowego

W przeprowadzonym *Teście Rozwoju Językowego* w poszczególnych podtestach badana uzyskała następujące wyniki:

- Słownik: rozumienie słów

Dziewczynka prawidłowo wskazała 17 na 28 ilustracji przedstawiających czasowniki oraz rzeczowniki. Pacjentka rozpoznała następujące leksemy: pełźnie, toczy, człapie, merda, skreśla, płoszy, rozdziera, zapłata, szelki, sadzawka, strzykawka, dziurkacz, lasso, żrebak, gład, żyrandol, szachownica. W słowniku biernym badanej znajdowały się również pojęcia stosunkowo rzadko stosowane. Wyniki tej próby zostały przedstawione w poniższej tabeli:

Tabela 1. TRJ: Słownik – Rozumienie słów. Odpowiedzi

1. SŁOWNIK – ROZUMIENIE SŁÓW

NR	ZDANIE	POPR. ODP.	ODP.	PUNKTY
P1	Gdzie ktoś się gimnastykuje?	83	3	1
1	Gdzie coś pełźnie?	84	4	1
2	Gdzie ktoś toczy?	81	1	1
3	Gdzie ktoś wędruje?	84	3	0
4	Gdzie ktoś człapie?	83	3	1
5	Gdzie coś merda?	83	3	1
6	Gdzie ktoś skreśla?	81	1	1
7	Gdzie ktoś się garbi?	82	3	0
8	Gdzie ktoś rąbie?	82	3	0
9	Gdzie ktoś struga?	81	3	0
10	Gdzie ktoś nawleka?	82	4	0
11	Gdzie ktoś płoszy?	84	4	1
12	Gdzie ktoś rozdziera?	83	3	1
13	Gdzie ktoś zapłata?	82	2	1
P2	Gdzie jest kalafior?	82	3	1
14	Gdzie jest pięść?	84	2	0
15	Gdzie jest	81	3	0

Ciąg dalszy tabeli 1

16	Gdzie są szelki?	83	3	1
17	Gdzie jest sadzawka?	81	1	1
18	Gdzie jest strzykawka?	84	4	1
19	Gdzie jest dziurkacz?	84	4	1
20	Gdzie jest laso?	82	2	1
21	Gdzie jest żrebak?	83	3	1
22	Gdzie jest kredens?	82	3	0
23	Gdzie jest głaz?	83	3	1
24	Gdzie jest zyrandol?	81	1	1
25	Gdzie jest karnisz?	81	3	0
26	Gdzie jest szachownica?	83	3	1
27	Gdzie jest żywopłot?	82	3	0
28	Gdzie jest mrowisko?	84	3	0
			SUMA	17

Źródło: opracowanie własne.

- Gramatyka: powtarzanie zdań
Brak odpowiedzi.
- Słownik: produkcja słów
Brak odpowiedzi.
- Gramatyka: rozumienie zdań

Dziewczynka prawidłowo zrozumiała 18 na 32 zdania. Trudność sprawiły jej głównie zdania złożone oraz z zaimkami. Wyniki tej próby zostały przedstawione w poniższej tabeli 2:

Tabela 2. TRJ: Gramatyka – Rozumienie zdań. Odpowiedzi

4. GRAMATYKA – ROZUMIENIE ZDAŃ

NR	ZDANIE	POPR. ODP.	ODP.	PUNKTY
1	Biała koza siedzi	84	4	1
2	Kaczka leci nad drzewem	81	3	0
3	Kura pije, a kot siedzi	82	1	0
4	On ją pokazuje	83	3	1
5	Królik jest większy od kota	82	2	1
6	Dzieci ulepiły ludzika	84	4	1

Ciąg dalszy tabeli 2

7	Kura patrzy na kaczkę, która lata	83	3	1
8	Pies pokazuje kota kurze	82	3	0
9	Królik nie jest duży, ale jest biały	83	3	1
10	Ona jej nie ciągnie	82	3	0
11	Dziewczynka pokazuje kredkę widelcem	81	3	0
12	Koza jest goniona przez kaczkę	81	4	1
13	Dziewczynkę czesze chłopiec	81	1	1
14	Królik pokazuje psu kurę	82	2	1
15	Psa goni kogut	81	4	1
16	Dziewczynka pokazuje kredką nóż	83	3	1
17	Drzewo, które jest przed domem, nie ma liści	84	4	1
18	Chłopiec pokazuje łyżką kredkę	82	3	0
19	On daje im bułki	83	4	0
20	Pani pokazuje panu chłopca	81	3	0
21	Królik jest głaskany przez kota	84	4	1
22	Dziewczynka pokazuje widelec łyżką	82	3	0
23	On patrzy na niego	83	3	1
24	Dziewczynka pokazuje nóż widelcem	84	3	0
25	Królik patrzy na idącego kota	81	4	0
26	Chłopiec pokazuje widelcem nóż	83	3	1
27	Auto stoi przed mostem	82	2	1
28	Chłopiec pokazuje łyżkę kredką	83	3	1
29	Pies jest duży, ale nie jest czarny	81	3	0
30	Chłopiec pokazuje widelcem kredkę	84	4	1
31	Dziewczynka ani nie siedzi, ani nie pije	81	2	0
32	Na koguta, który pije, patrzy pies	82	3	0
			SUMA	18

Źródło: opracowanie własne.

- Gramatyka odmiana wyrazów

Brak odpowiedzi.

- Dyskurs: rozumienie tekstów

Brak odpowiedzi.

W analizie wyników TRJ widoczna jest znaczna przewaga rozumienia nad produkcją mowy. Wynik ogólny testu wynosi 35 punktów – wszystkie punkty badana zdobyła w zadaniach z zakresu rozumienia, żadnego z zakresu produkcji. Ponad połowę usłyszanych pojedynczych słów oraz zdań dziewczynka zrozumia-

ła i prawidłowo wskazała na odpowiednią ilustrację. Nie była w stanie powtórzyć żadnego zdania, nazwać ilustracji przedstawiających rzeczowniki oraz czasowniki, a także dokonać odmiany wyrazów. Nie zdobyła również żadnego punktu w dyskursie. Zadania arkuszowe nie uwzględniały kilkunastu pojęć, które dziewczynka posiada w zasobie mowy czynnej.

Sprawdź jak się porozumiewam

W ocenie efektywności porozumiewania się badania uzyskała następujące wyniki:

- Przekaz informacji: 2

Bardzo ograniczona umiejętność przekazywania informacji. Badana potrafiła poprosić o interesujący ją przedmiot, o uwagę lub o aktywność. Poruszała jedynie ten sam, interesujący ją temat rozmowy. W książce do komunikacji potrafiła wskazać ograniczoną liczbę symboli.

- Budowanie wypowiedzi: 2,5

Większość komunikatów to pojedyncze słowa, bez struktur gramatycznych. Badana używała słów treściowych, nie używała słów funkcjonalnych. Sporadycznie podejmowała próby budowania krótkich dwu-, trzywyrazowych wypowiedzi.

- Funkcjonalne współgranie z rozmówcą: 3

To partner komunikacyjny prowadził rozmowę, badana potrzebowała pomocy, aby utrzymać kontakt. Samodzielnie dziewczynka próbowała opowiadać jedynie o ważnych dla niej wydarzeniach.

- Ogólne nastawienie i motywacja do komunikacji: 2

Badana skupiała się stale na jednym temacie rozmowy, jeśli była zainteresowana, potrafiła wykonać zadanie i szukała kontaktu z partnerem komunikacyjnym.

- Średnia umiejętność porozumiewania się: 2,38

Na podstawie powyższych danych można stwierdzić, iż dziewczynka znajdowała się na drugim poziomie umiejętności porozumiewania się. Główny cel dalszych oddziaływań stanowiło poszerzanie kontekstu i zwiększenie różnorodności doświadczeń.

2. CELE I PRZEBIEG TERAPII LOGOPEDYCZNEJ Z ZASTOSOWANIEM ELEMENTÓW METODY R. CASTILLO MORALES

W odniesieniu do danych pozyskanych w trakcie diagnozy logopedycznej postawiono następujące cele dalszych oddziaływań:

1. Poprawę funkcji oddychania,
2. Regulację napięcia mięśniowego,
3. Uaktywnienie i regulację funkcji w obszarze orofacjalnym,
4. Wspieranie samodzielności przy spożywaniu posiłków i napojów,
5. Poszerzanie możliwości komunikacji.

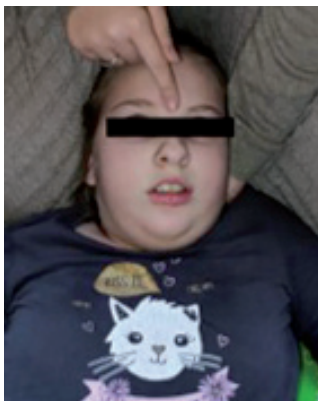
Podjęto następujące działania:

1. Ćwiczenia usprawniające aparat mowy:
 - masaże zewnętrzne i wewnętrzne twarzy,
 - ćwiczenia prawidłowego oddychania,
 - ćwiczenia emisji głosu,
 - ćwiczenia narządów artykulacyjnych (ćwiczenia języka, warg, podniebienia miękkiego),
 - ćwiczenia fonacyjne.
3. Ćwiczenia rozwijające słownictwo bierne i czynne.
4. Ćwiczenia gramatyczne rozwijające zdolność swobodnego tworzenia zdania prostego.
5. Rozwijanie umiejętności komunikacyjnych z wykorzystaniem książki do komunikacji.

Ponadto do terapii wprowadzono elementy metody R. Castillo Moralesa – podjęto stymulację ustno-twarzową punktów motorycznych. W przypadku hipotonii, która występuje u dziewczynki, cel główny stanowi stymulacja i wzmocnienie osłabionych mięśni (por. Marciniak-Firadza 2020). W związku z tym dostosowano sposób wykonywania stymulacji – wykonywano ruchy szybsze, a siła nacisku była większa. Dodatkowo zastosowano ugniatanie, rozciąganie i wibrację. Zachowano kierunek masażu: od centrum twarzy do jej zewnętrznej części (policzki od nosa w stronę uszu, od podbródka w stronę uszu, od środka wargi do kącika ust). Stymulacja punktów w pozycji leżącej:

1. Gładzina nosa

Terapeutka opuszkami palców wskazujących rozciągała i uciskała punkt gładziny nosa w kierunku grzbietowo-czaszkowym, wykonując przy tym delikatną wibrację.



Zdjęcie 3. Stymulacja gładziny nosa
Źródło: archiwum prywatne.

2. Obszar kątów zewnętrznych oczu

Terapeutka opuszkami palców wskazujących równocześnie rozciągała, uciskała obszary kątów zewnętrznych oczu, jednocześnie stosując wibrację.



Zdjęcie 4. Stymulacja obszaru kątów zewnętrznych oczu
Źródło: archiwum prywatne.

3. Obszar skrzydełek nosa

Terapeutka, stosując wibrację, jednocześnie rozciągała, uciskała obszar skrzydełek nosa w kierunku dogrzbietowo-bocznodoczaszkowym lub doogonowym.



Zdjęcie 5. Stymulacja obszaru skrzydełek nosa
Źródło: archiwum prywatne.

4. Obszar wargi górnej

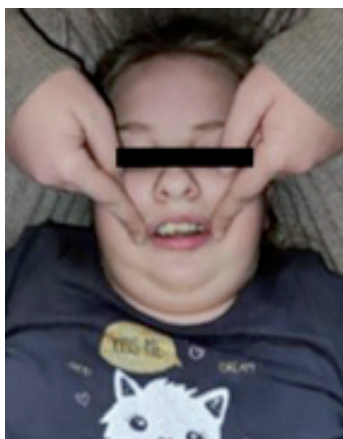
Terapeutka rozciągała, uciskała i wibrowała powierzchnię obszaru wargi górnej w kierunku grzbietowo-ogonowym. W końcowej fazie delikatnie obracała palec na zewnątrz.



Zdjęcie 6. Stymulacja obszaru wargi górnej
Źródło: archiwum prywatne.

5. Obszar kąćków ust

Terapeutka palcem wskazującym wykonywała stymulację poprzez rozciąganie, uciskanie i wibrację w kierunku grzbietowo-czaszkowo-dośrodkowym, grzbietowo-doogonowo-dośrodkowym, dogrzbietowo-dośrodkowym.



Zdjęcie 7. Stymulacja obszaru kąćków ust
Źródło: archiwum prywatne.

6. Obszar bródki

Opuszką kciuka terapeutka wykonywała ucisk i wibrację w kierunku grzbietowo-dooonowym.



Zdjęcie 8. Stymulacja obszaru bródki
Źródło: archiwum prywatne.

7. Obszar dna jamy ustnej

Kciukiem, palcem wskazującym lub środkowym terapeutka rozciągała, uciskała i wibrowała w kierunku grzbietowo-dogłowym.



Zdjęcie 9. Stymulacja obszaru dna jamy ustnej
Źródło: archiwum prywatne.

3. EFEKTY PO ZASTOSOWANIU TERAPII LOGOPEDYCZNEJ Z ELEMENTAMI METODY R. CASTILLO MORALES

Analiza przeprowadzonych badań wykazała, że terapia logopedyczna z elementami metody R. Castillo Moralesa niesie za sobą szereg korzyści – co przedstawiono w poniższej tabeli:

Tabela 3. Efekty terapii z wykorzystaniem metody R. Castillo Moralesa u badanej 11-letniej dziewczynki

Diagnoza przed terapią	Efekty terapii
<ul style="list-style-type: none"> • zaburzone czynności prymarne • brak domknięcia dwuwargowego • nadmierne ślinienie się • picie z kubka przez słomkę 	<ul style="list-style-type: none"> • samokontrola domknięcia dwuwargowego • zniwelowanie ślinienia • picie z otwartego kubka
<ul style="list-style-type: none"> • trudności z rozumieniem poleceń • ubogi zasób słów • produkcje słowne trudne do zrozumienia przez osoby postronne 	<ul style="list-style-type: none"> • lepsze rozumienie i wykonywanie poleceń • bardziej zrozumiała mowa • rozwój w zakresie produkcji słownych • możliwość wprowadzenia komunikacji alternatywnej przy pomocy SuperTalkera
<ul style="list-style-type: none"> • krótki czas skupienia uwagi • szybka męczliwość podczas wykonywania zadań • częsty niepokój i strach, • słaba motywacja do komunikacji 	<ul style="list-style-type: none"> • wydłużenie czasu koncentracji uwagi • zniwelowanie poczucia niepewności, strachu i niepokoju • otwarcie się na kontakty interpersonalne i budowanie nowych relacji • większa motywacja do wykonywania zadań i komunikacji, inicjowanie kontaktów przez badaną

Źródło: opracowanie własne.

Wykorzystanie w procesie terapeutycznym metody R. Castillo Morales wpływa na regulację napięcia mięśniowego u badanej, co ma jednocześnie korzystny wpływ na rozwój czynności prymarnych. Badana nie korzysta już ze słomki – pije z otwartego kubka, posługuje się łyżką. Zniwelowane zostało ślinienie. Obecnie dziewczynka z pomocą opiekuna myje ręce, zdejmując części garderoby. Głośny dźwięk, płacz rówieśników wywołuje znacznie mniejszy niepokój niż na początku obserwacji.

Obecnie badana samodzielnie inicjuje kontakt z innymi dziećmi. Wykazuje dobre rozumienie poleceń prostych. Systematycznie rozwija zasób posiadanych pojęć. Rozpoznaje i adekwatnie podaje symbole umieszczone w książce do komunikacji związane z jej najbliższym otoczeniem, utrwalania wymagają jeszcze znaki związane z codziennym funkcjonowaniem. Obserwuje się zdecydowany rozwój w zakresie produkcji słownych. Chętniej podejmuje kontakt werbalny. Używa pojedynczych słów i zwrotów mających sens zdania, próbuje tworzyć dwuczłonowe komunikaty słowne, gdy czegoś oczekuje lub ma to duże znaczenie emocjonalne. Potrafi nazwać osoby z najbliższego otoczenia. Dąży do nawiązania kontaktu wzrokowego i utrzymuje go. Rozumie kierowane do niej polecenia w kontekście sytuacyjnym. Gdy się nad czymś zastanawia lub nie rozumie pytania, stosuje gest foniczny: *Hmm...* Po powtórzeniu pytania próbuje na nie odpowiedzieć. Sama podejmuje próby porozumiewania się za pomocą książki komunikacyjnej. Stale wspomina i opowiada o ważnych dla niej sytuacjach. Chętnie bierze udział w proponowanej zabawie, jeśli ta ją zainteresuje.

W powtórnej ocenie efektywności porozumiewania się (Grycman 2009) badana uzyskała następujące wyniki:

- Przekaz informacji: 3

Częściowa umiejętność przekazywania informacji. Dziewczynka potrafi potwierdzić lub zaprzeczyć, przekazać pojedyncze informacje z wykorzystaniem prostych komunikatów werbalnych i książki do komunikacji. Komentuje zjawiska z teraźniejszości oraz podejmuje próby komentowania zjawisk z przeszłości. Zwiększeniu uległ zakres przekazywania informacji w obszarze kilku grup tematycznych.

- Budowanie wypowiedzi: 3

Krótkie wypowiedzi składające się z 2–4 słów, agramatyczne, wciąż nie występują słowa funkcyjne. Dziewczynka używa mowy telegraficznej, np. *Tata tu* w znaczeniu ‘Tata, chodź’. Jej wypowiedzi przeważnie nie dotyczą zdarzeń przeszłych i przyszłych, chociaż pojawiają się pojedyncze próby ich opisywania. Przekazuje swoją intencję za pomocą wypowiedzi ze słowem kluczem, np. *[Imię] tańczyć*, w znaczeniu: ‘Chcę tańczyć’.

- Funkcjonalne współgranie z rozmówcą: 4

Dosyć dobre współgranie z rozmówcą, ale trudności z podtrzymywaniem kontaktu. W trakcie rozmowy dziewczynka pozostaje w modelu naprzemiennym, wpływa na przebieg interakcji. Ma dobre poczucie równowagi między rolą mówcy i słuchacza. Występują niejasności dotyczące struktury związanej z porozumiewaniem się (brak wyraźnego rozpoczęcia, rozwinięcia i zakończenia) – dziewczynka często od razu wyraża swoje potrzeby i/lub przekazuje informacje, bez wcześniejszego przywitania się.

- Ogólne nastawienie i motywacja do komunikacji: 3,5

Badana komunikuje się dość chętnie, szuka partnera komunikacyjnego i inicjuje kontakt. Podczas rozmowy często jeszcze się rozprasza, po czym potrzebuje ponownego przywołania uwagi. Sporadycznie zmienia temat rozmowy bez inicjatywy partnera komunikacyjnego. Inicjowanie kontaktu nadal obserwuje się najczęściej w sytuacjach szczególnych, ważnych dla dziecka. W trakcie rozmowy pokonuje niektóre ograniczenia językowe, np. znajduje inny sposób przekazu (systematycznie rozwija strategie osiągnięć).

- Średnia umiejętność porozumiewania się: 3,37

Po przeprowadzonej terapii dziewczynka znajduje się na 3. poziomie umiejętności porozumiewania się. Główne cele oddziaływań dla tego poziomu to: wydłużanie czasu poszczególnych dialogów, zwiększanie częstotliwości i jakości sygnałów komunikacyjnych, a w związku z tym:

- wydłużenie koncentracji uwagi dziecka na dialogu,
- modelowanie prawidłowego zachowania komunikacyjnego poprzez wielokrotne stwarzanie takiej samej sytuacji w oczekiwaniu na reakcję dziecka,
- nauka tworzenia zestawień wyrazowych,
- nauka zadawania pytań
- nauka udzielania odpowiedzi
- wprowadzenie zwrotów generalnych
- dostarczanie możliwości wyboru dotyczącego wpływania na przebieg zabawy oraz naprzemienności procesu porozumiewania się w oparciu o tablice tematyczne i pomoce do porozumiewania się oparte na wysokiej technologii.

WNIOSKI

Choć przebyte operacje i związane z nimi zalecenia lekarskie (zakaz pionizacji, stosowanie łusek) uniemożliwiły dziewczynce pełne uczestnictwo w zajęciach logopedycznych i znacząco wpłynęły na jej funkcjonowanie, badana poczyniła znaczące postępy w terapii. Zaangażowanie dziewczynki, chęć uczestniczenia w proponowanych aktywnościach, a także jej obecny stan psychofizycz-

ny pozwalają na rozpoczęcie procesu wprowadzania komunikacji alternatywnej w postaci komunikatora. Na podstawie uzyskanych danych można wnioskować, że stymulowanie sfery orofacialnej poprzez regulacyjną terapię ustno-twarzową, uzupełnioną o neuromotoryczną terapię rozwojową, daje zadowalające efekty w zakresie regulacji napięcia mięśniowego, poprawy ogólnej sprawności motorycznej dziecka, wspomagania rozwoju sensomotorycznego, a w konsekwencji – wpłynęły również na rozwój językowo-komunikacyjny dziewczynki. Co więcej, metoda R. Castillo Moralesa pomaga w rozwoju emocjonalno-społecznym, korzystnie wpływa na budowanie poczucia bezpieczeństwa i nawiązanie z terapeutką relacji opartej na zaufaniu. Zaprezentowane wyniki terapii logopedycznej dziewczynki z MPD stanowią potwierdzenie słuszności postulatów innych autorów (np.: Masgutowa, Regner 2009; Regner 2019; Marciniak-Firadza 2020; Paradowska 2022), którzy wskazują potrzebę i korzyści płynące z zastosowania metody R. Castillo Moralesa w terapii dzieci z różnego typu niepełnosprawnościami.

BIBLIOGRAFIA

- Boksa E., 2015, *Ocena zaburzeń połykania i komunikowania się u osób z mózgowym porażeniem dziecięcym cierpiących na dysfagię*, [w:] *Metody i narzędzia diagnostyczne w logopedii*, t. XII, red. M. Kurowska, E. Wolańska, Warszawa, s. 228–236.
- Castillo Morales R., 1991, *Die Orofaziale Regulationstherapie*, Munchen.
- Grabias S., 2011, *Logopedia – nauka o biologicznych uwarunkowaniach języka*, „Logopedia” 39/40, s. 17–18. <http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-bc20e6b3-ee1e-45d4-92b2-3171b28152d8>
- Grabias S., 2015, *Postępowanie logopedyczne. Standardy terapii*, [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Lublin, s. 13–35.
- Grycman M., 2009, *Sprawdź, jak się porozumiewam. Ocena efektywności porozumiewania się dzieci niemówiących wraz z propozycjami strategii terapeutycznych*, Kraków.
- Kaczan T., Regner A., 2004, *Teoretyczne i praktyczne podstawy ustno-twarzowej terapii regulacyjnej według koncepcji Rodolfo Castillo Moralesa*, [w:] *Neurofizjologiczne metody usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwoju*, red. L. Sadowska, Wrocław, s. 163–200.
- Kaczorowska-Bray K., Brzozowska-Misiewicz I., 2012, *Niepełnosprawność intelektualna jako zaburzenie mogące współwystępować z innymi zespołami*, [w:] *Diagnoza i terapia logopedyczna osób z niepełnosprawnością intelektualną. Teoretyczne determinanty problemu*, red. J. Błęszyński, K. Kaczorowska-Bray, Gdańsk, s. 130–152.
- Manikowska F., Józwiak M., Idzior M., 2009, *Wpływ nasilenia spastyczności na możliwości funkcjonalne dziecka z mózgowym porażeniem*, „Neurologia Dziecięca” 36, s. 31–35. https://neurologia-dziecieca.pl/pdf-displ.php?pdf=neurologia_36-31-36.pdf&id=134#frame
- Marciniak-Firadza R., 2020, *Terapia logopedyczna dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym – stymulacja dotykowa*, [w:] *Interdyscyplinarne aspekty diagnozy i terapii logopedycznej*, red. E. Zając, M. Szurek, Łódź, s. 141–154.
- Masgutowa S., Regner A., 2009, *Rozwój mowy dziecka w świetle integracji sensomotorycznej*, Wrocław.
- Mazanek E., 2003, *Mózgowe porażenie dziecięce. Problemy psychologiczno-pedagogiczne*, Warszawa.

- Michalik M., 2015, *Mózgowe porażenie dziecięce w teorii i praktyce logopedycznej*, Gdańsk.
- Michalik M., 2015, *Postępowanie logopedyczne w przypadku zespołu mózgowego porażenia dziecięcego*, [w:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin, s. 363–418.
- Michalik M., 2017, *Biologiczne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy w mózgowym porażeniu dziecięcym*, [w:] *Biomedyczne podstawy logopedii*, red. S. Milewski, J. Kuczkowski, Kaczorowska-Bray, wyd. 2, Gdańsk.
- Michalska A., Boksa E., Wendorff J., Wiktor P.J., 2012, *Jakość życia dzieci i młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym i niepełnosprawnością intelektualną. Wybrane uwarunkowania społeczno-demograficzne*, „*Neurologia Dziecięca*”, s. 35–44, https://neurologia-dziecieca.pl/pdf-displ.php?pdf=neurologia_43-39-48.pdf&id=291#frame
- Michałowicz R., red., 1986, *Mózgowe porażenie dziecięce*, Warszawa.
- Mirecka U., 2013a, *Dyzartria w mózgowym porażeniu dziecięcym. Segmentalna i suprasegmentalna specyfika ciągu fonicznego a zrozumiałość wypowiedzi w przypadku dyzartrii w mpd*, Lublin.
- Paradowska B., 2022, *Terapia ustno-twarzowa według koncepcji Castillo Moralesa*, Poznań.
- Pluta-Wojciechowska D., 2022, *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji*, Bytom.
- Regner A., 2015, *Poradnik terapii ustno-twarzowej*, Bytom.
- Regner A., 2019, *Wczesne wspomaganie rozwoju psychomotorycznego małego dziecka z zastosowaniem metody R. Castillo Moralesa*, [w:] *Dziecko z zaburzeniami w rozwoju. Konteksty diagnostyczne i terapeutyczne*, red. B. Cytowska, B. Winczur, Kraków, s. 205–213, Kraków.
- Regner A., 2019, *Wybrane techniki manualne wspomagające terapię ustno-twarzową*, Wrocław.
- Russ J.D., Soboloff H.R., 1958, *Cerebral Palsy*, Springfield, Illinois.
- Sienkiewicz D., Kułak W., Buzalska A., Okurowska-Zawada B., Paszko-Patej G., 2009, *Skale funkcjonalne stosowane u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym*, „*Neurologia Dziecięca*”, s. 73–77. https://neurologia-dziecieca.pl/pdf-displ.php?pdf=neurologia_35-73-78.pdf&id=119#frame
- Smoczyńska M., Haman E., Maryniak A., Czaplewska E., Krajewski G., Banasik N., Kochańska M., Łuniewska M., Morstin M., 2015, *Test Rozwoju Językowego. Podręcznik*, Warszawa.
- Stecko E., 1986, *Rehabilitacja logopedyczna*, [w:] *Mózgowe porażenie dziecięce*, red. R. Michałowicz, Warszawa, s. 319–329.
- Zabłocki K.J., 1998, *Mózgowe porażenie dziecięce w teorii i terapii*, Warszawa.