

Specyfika oddziaływań logopedycznych z dziećmi o obniżonej sprawności intelektualnej

Streszczenie

Dziecko z obniżoną sprawnością intelektualną, wykazujące problemy w mówieniu, cechują utrudnienia w uzyskaniu efektywnej terapii logopedycznej. Ćwiczenia winny uwzględniać zabawową formę pracy, opartą o konkretne użycie przedmiotów. Teksty logopedyczne powinny być krótkie, rymowane i zawierać znane dziecku słownictwo.

Summary

A child with a lower intellectual competence, indicating speech problems, marks difficulties in achieving an effective speech therapy. We should take into consideration the fact that exercises can also have the form of a game based on particular objects. Speech therapy texts should be short, rhymed and should include a child's well-known vocabulary.

Problemy terminologiczne związane z pojęciem upośledzenia umysłowego

Osoby z upośledzoną sprawnością umysłową stanowią przedmiot badań oligofrenopedagogiki¹, oligofrenii², pedagogiki upośledzonych umysłowo³.

Za jednostki z obniżoną sprawnością umysłową uważa się osoby, które bez specjalnych oddziaływań dydaktyczno-wychowawczych nie są w stanie osiągnąć takiego stopnia samodzielności w wieku dojrzałym, który pozwoliłby im prawidłowo funkcjonować w społeczeństwie⁴. Przyczyna zjawiska tkwi w niższym poziomie inteligencji, tj. obniżonej umiejętności przyswajania wiedzy i sprawności przydatnych w wieku dojrzałym⁵. Stopień przystosowania do życia w społeczeństwie nie zależy wyłącznie od siły oddziaływań opiekuńczych, dydaktycznych i wychowawczych, lecz od stopnia upośledzenia umysłowego.

Jednostki z upośledzeniem umysłowym znacznego stopnia nie należy pozostawiać samym sobie, tzn. bez nadzoru placówek pedagogiczno-opiekuńczych. Interesujący pogląd w tej sprawie prezentuje C. Cunningham⁶, twierdząc, iż wczesne i ciągłe nauczanie przyczynia się do mniejszego upośledzenia. Dziecko prowadzone dydaktycznie „szybciej osiągnie kluczowe etapy rozwoju, (...) zdobędzie więcej umiejętności oraz wzbogaci zasób

¹ (Wyczesany, 1998 a, b; Sowa, 1997, Pańczyk 1998, Sękowska 1998, Lipkowski, 1979

² Doroszevska 1981, Korzeniowski, Pużyński 1986; Surowaniec, 1996)

³ Kirejczyk, 1981

⁴ Sowa, 1997, 19

⁵ Clarke, 1971, 53-73

⁶ C. Cunningham (1994

wiedzy i będzie potrafiło więcej w życiu zrobić”⁷. Autor twierdzi równocześnie, że pomimo wszechstronnych oddziaływań nie ma możliwości uzyskania prawidłowych umiejętności intelektualnych i realizacji - w wieku dorosłym - zadań, które wymagają formalnego i abstrakcyjnego rozumowania⁸. Aby umożliwić jak najpełniejszą rewalidację, system oświaty i wychowania powołuje placówki zajmujące się dziećmi, młodzieżą, a nawet osobami dorosłymi (w przypadkach upośledzeń głębszych). Obowiązujące rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej w zapisach dotyczących kształcenia specjalnego przewidują w przedziale wiekowym trzy do dwudziestu czterech lat⁹ następujące formy: przedszkola specjalne i oddziały specjalne w przedszkolach publicznych, zespoły szkół specjalnych (szkoły podstawowe i gimnazja) oraz klasy specjalne w szkołach publicznych, oddziały i klasy integracyjne w przedszkolach i szkołach publicznych, publiczne integracyjne przedszkola i szkoły, klasy terapeutyczne, szkoły zawodowe specjalne, szkoły zawodowe i średnie w ramach nauczania indywidualnego i inne placówki dla pacjentów opieki zdrowotnej i domów pomocy społecznej¹⁰. We wszelkiego typu placówkach przeznaczonych dla uczniów z różnymi stopniami upośledzenia zatrudniona jest kadra o wysokich kwalifikacjach, permanentnie uzupełniająca swoją wiedzę w różnych formach doskonalenia zawodowego. Prognozy oświatowe w zakresie kształcenia nauczycieli i specjalistów pracujących z osobami upośledzonymi umysłowo, nadal podkreślają potrzebę „kształcenia aktywnego”, np. w oparciu o kursy, gdzie wykładowcami winny być autorytety wybranych dziedzin naukowych¹¹.

W zasadzie intencjonalne oddziaływanie na oligofreników (Nurowski, 1991), tj. dzieci upośledzone umysłowo¹², niedorozwinięte umysłowo¹³, niepełnosprawne¹⁴, o obniżonej sprawności umysłowej¹⁵, specjalnej troski¹⁶ rozpoczyna się z chwilą urodzenia dziecka i trwa permanentnie, stanowiąc nie tylko przygotowanie, ale przede wszystkim przystosowanie do pełnego uczestnictwa w społeczeństwie.

⁷ Cunningham, 1994, 217-218

⁸ Cunningham, 1994, 214

⁹ Bielański, 1998, 395-402

¹⁰ Gasik, 1997, 27-32; Sękowska, 1998, 230-233; Tkaczyk, 2001a, 45-50; Sowa, 1997, 64; Błęszyński, 2001, 17-36

¹¹ Błęszyński, 2001, 17- 30; Sękowska, 1998, 51-53

¹² Grzegorzewska, 1964; Wyczesany, 1998a; Włodarski, 1986, Pasternak, 1994; Sękowska, 1998; Polkowska, 1986; Kowalik, 1989; Tkaczyk, 1997; Borowski, 1999

¹³ Tarkowski, 1999

¹⁴ (Dykcik, 1998; Gasik, 1997, Minczakiewicz 2001b

¹⁵ Pilecka, 2001

¹⁶ Gałkowski, 1979; Olechnowicz, 1988; Sowa, 1997)

Modna i także potrzebna „wczesna interwencja logopedyczna”¹⁷, czyli terapia w zakresie mowy to jeden z elementów działań, tzw. wczesnej diagnozy i interwencji¹⁸ w stosunku do niemowląt nie rozwijających się prawidłowo. Liczne w kraju dzienne ośrodki rehabilitacyjne przyjmują już kilkudniowe noworodki. Specjaliści rehabilitanci usprawniają niemowlęta, kontynuując terapię nawet po wiek dorosły, dopóki nie nastąpi usamodzielnienie się jednostki¹⁹.

Podjęcie w stosunku do dzieci zagrożonych upośledzeniem umysłowym działań w ramach wczesnej interwencji jest bardziej skuteczne niż zbyt późne „działania naprawcze”²⁰. Zdaniem Cz. Kosakowskiego „akcja profilaktyczna wymaga niejednokrotnie wielu posunięć o charakterze ogólnospołecznym, przeobrażeń w świadomości społecznej, w nastawieniu rodziców, zmian w systemie oświaty, w kształceniu nauczycieli itp.”²¹. O celowości - zakrojonych na szeroką skalę - działań zapobiegawczych świadczą badania psychologów rozwojowych dowodzące, iż w trzech – czterech pierwszych latach życia dziecko chłonie to wszystko, co później tylko systematyzuje i utrwała na etapie edukacyjnym. Przyczyna tkwi w osiągnięciu przez pewne partie mózgu dojrzałości rozwojowej w tym czasie. Oznacza to, że, np. kształtowanie się mowy po czwartym roku życia jest zakończone. Zaś wszelkie intencjonalne oddziaływania otoczenia po tym czasie są wyłącznie ćwiczenia utrwalającymi. Pozostawianie niemowląt i dzieci najmłodszych, bez względu na stan fizyczny i psychiczny, samym sobie jest największym nieszczęściem, jakie można im sprawić. Ogranicza im się bowiem szansę harmonijnego psychicznego, fizycznego i emocjonalnego rozwoju, a tym samym przystosowania się do życia społecznego w wieku dorosłym²².

Z pięcioletnich badań słowackich naukowców A. Debnarowej i I. Ucena, dotyczących przyswajania nowego słownictwa przez uczniów z upośledzeniem umysłowym między 9 a 15 rokiem życia wynika, że:

- im dziecko upośledzone umysłowo jest starsze, tym mniej nowych wyrazów jest w stanie zapamiętać,
- w tekstach ciągłych wymagających powtórzeń najlepszy poziom osiągają uczniowie około 10, najwyżej 11 roku życia, po czym następuje stagnacja do wieku 15 lat,

¹⁷ Stecko, 1996, 27

¹⁸ Błęszyński, 2001, 25; Wyczęsany, 1999, 59-60

¹⁹ Pasternak 1998, 164

²⁰ Tomasik 1997, 9

²¹ Kosakowski, 2001a, 31

²² Łopatkowa, 1992, 108-130

- w przypadku ponownych powtórzeń po jednej dobie, wraz z wiekiem obniża się poziom zapamiętywania u uczniów najstarszych²³.

Wyniki badań pozwalają na wyciągnięcie następujących wniosków dla praktycznych poczynań w pracy dydaktycznej z uczniami upośledzonymi umysłowo:

- u uczniów młodszych, tj. w wieku około 10 lat należy intensywnie zwiększać zakres słownictwa,
- w tym samym czasie wskazane jest również rozszerzanie semantycznego pola nowych wyrazów z tekstów zawartych w podręcznikach²⁴.

Na gruncie polskim, badania umiejętności opanowania języka ojczystego przez uczniów klas I – III szkół specjalnych, prowadziła A. Rakowska²⁵. Autorka poddała analizie wymowę, składnię i słownictwo dzieci, w oparciu o ich swobodne wypowiedzi dotyczące życia codziennego. W zakresie sposobów realizacji określonych fonemów

A. Rakowska sformułowała następujące wnioski:

- brak realizacji samogłosek nosowych u 33% badanych,
- występowanie samogłosek pochylonych, stanowiących cechę gwarową,
- substytucje szeregów zębowego, dziąsłowego i środkowojęzykowego,
- upraszczanie grup spółgłoskowych,
- braki w nagłosie, śródgłosie i wygłosie wyrazu.

W zakresie składni badania wykazały iż:

- wypowiedzenia uczniów z upośledzeniem umysłowym w wieku siedmiu do dwunastu lat są zbliżone pod względem długości do sześciolatków z normą intelektualną,
- w wypowiedziach dominują przede wszystkim zdania pojedyncze,
- stosowanie struktur wielokrotnie złożonych jest znikome,
- wypowiedzi cechują błędy fleksyjne, składniowe, słownikowe i logiczne,
- struktury wielokrotnie złożone współrzędnie sprawiają mniejszy problem niż złożone niewspółrzędnie.

Analiza słownictwa dzieci pozwoliła na sformułowanie następujących wniosków:

- słownik dzieci upośledzonych jest uboższy od rówieśników z normą,
- dominują rzeczowniki, czasowniki występują rzadziej,
- znajomość 31 – 42 wyrazów wystarcza do wypełnienia połowy tekstu

²³ Debnarova, Ucen, 1988, 160

²⁴ Debnarova, Ucen, 1988, 159-161

²⁵ A. Rakowska (1986)

o zawartości 10 000 wyrazów,

- stosowane rzeczowniki to głównie rzeczowniki konkretne, czyli przedmioty postrzegane przez dzieci,
- najczęściej wykorzystywanymi czasownikami są czasowniki *być i mieć* oraz te, które odnoszą się do ruchu i działania,
- w słowniku dzieci rzadko występują przymiotniki, przysłówki i przyimki.

Wnioski sformułowane na podstawie badań A. Rakowska zawarła w trzech punktach. Po pierwsze autorka zaleca zintensyfikowanie ćwiczeń oddechowych, słuchowych i narządów mowy, jako podstawy dla czystej fonicznej realizacji głosek. Istotną sprawą jest rozszerzanie mowy sytuacyjnej poprzez ćwiczenia składniowe, a także rozwijanie słownika dziecka realizowane w naturalnych sytuacjach²⁶.

Badania nad opanowaniem języka mówionego przez uczniów klas młodszych szkół specjalnych podjęła także E. M. Minczakiewicz. Analiza wyników badań dowiodła, że świadomie zorganizowany program zabaw origami, stymulacyjnie wpłynął na rozwój języka mówionego u dzieci z lekkim upośledzeniem umysłowym. Autorka podkreśla, iż determinantem rozwoju słownikowego była wyższa sprawność manualna, a także lepszy poziom dużej motoryki. Dzieci wyróżniające się umiejętnością składania papierowych przedmiotów, cechowało również bogatsze słownictwo, treść i forma językowa²⁷.

Analiza wyników badań potwierdziła potrzebę:

- rozwijania małej i dużej motoryki dzieci z upośledzeniami umysłowymi od najmłodszych lat,
- podejmowania terapii wzbogacającej słownictwo uczniów klas młodszych z upośledzeniem umysłowym,
- wykorzystywania w swobodnej i zabawowej formie, technik wspomagających, np. origami²⁸.

Interesujące badania wpływu piosenek ortofonicznych na usprawnianie wymowy dzieci z parasygmatyzmem w szkołach specjalnych Bydgoszczy prowadziła J. Nowak. Autorka poddała analizie efektywność piosenek w odniesieniu do wymowy, słownictwa, składni, szybkości uczenia się tekstów słownych i aktywności na zajęciach ortofonicznych. Wyniki badań potwierdziły przypuszczenia autorki, co do wysokiej skuteczności stosowania metody ortofoniczno-muzycznej w zakresie doskonalenia wymowy dotychczas

²⁶ Rakowska, 1986, 267-271

²⁷ Minczakiewicz, 1994, 37-45

²⁸ Minczakiewicz, 1994, 44-45

substituowanej, a także szybkości uczenia się tekstów oraz aktywności na zajęciach ortofonicznych. W związku z powyższym autorka zaproponowała stosowanie piosenek ze specjalnie dobranymi tekstami, jako zasadniczej części ćwiczeń ortofonicznych w toku lekcyjnym w klasach początkowych szkół specjalnych²⁹.

Generalnie zadanie oligofrenopedagogiki polega, na ustaleniu i wskazaniu takich metod i form rewalidacji, które dzieciom specjalnej troski pozwoliłyby na optymalnie wszechstronny rozwój i przystosowanie się do warunków istniejących we współczesnym społeczeństwie³⁰.

Pojęcie upośledzenia umysłowego ma bardzo szeroki zakres i jest w różny sposób definiowane. Obejmuje ono nie tylko upośledzenie intelektualne różnego stopnia, lecz również zaburzenia i zahamowania emocjonalne, motywacyjne, a także problemy w rozwoju społecznym oraz słabą sprawność fizyczną. Odnosi się ono nie tylko do sfery poznawczej, lecz obejmuje całą osobowość upośledzonego³¹.

Twórczyni pedagogiki specjalnej w Polsce - Maria Grzegorzewska - rozpatruje upośledzenie umysłowe w dwóch zakresach. Pierwszy stanowi oligofrenia, czyli niedorozwój umysłowy od urodzenia dziecka lub najwcześniejszego dzieciństwa charakteryzujący się zatrzymaniem rozwoju mózgu i jego wyższych czynności. Pojawiający się nieco później w czasie drugi element to otępienie, czyli osłabienie lub rozpad procesów korowy powodujących obniżenie czynności umysłowych dotychczas prawidłowo rozwijających się³².

J. Kostrzewski i I. Wald również - choć nieco inaczej - odróżniają dwa pojęcia: upośledzenie umysłowe i oligofrenię, tj. niedorozwój umysłowy. „Stan charakteryzujący się istotnie niższym od przeciętnego ogólnym poziomem funkcjonowania intelektualnego i zaburzeniami w zakresie przystosowania się”³³ to zdaniem autora definicja upośledzenia umysłowego. Natomiast niedorozwój umysłowy, czyli oligofrenia to przypadki upośledzenia, które nastąpiły w najwcześniejszym okresie życia jednostki, tzn. w okresie okołoporodowym, aż po trzeci rok życia dziecka.

Zdaniem R. Borowskiego upośledzenie umysłowe to dysfunkcja organizmu człowieka przejawiające się opóźnionym rozwojem intelektualnym, zaś rozwój, jaki następuje w procesach uczenia się „wyraża się inną jakością jego rozwoju”³⁴.

²⁹ Nowak, 1993, 21-37

³⁰ Lipkowski, 1979; Kirejczyk, 1981; Pasternak, 1994; Sowa, 1997; Wyczesany, 1999; Sękowska, 1998, 231; Żabczyńska, 1995

³¹ Sękowska, 1998, 214

³² Grzegorzewska 1964, 17

³³ Kostrzewski, Wald, 1981, 67

³⁴ Borowski 1999, 103

J. Wyczesany przytacza definicję E. Doll, który uwzględnia sześć kryteriów dla określenia niedorozwoju umysłowego. Stanowią je: „(1) niedojrzałość społeczna (2) spowodowana niską sprawnością umysłową, (3) o charakterze rozwojowym, (4) nieprzemijającą w miarę dojrzewania, (5) pochodzenia konstytucjonalnego, (6) nieodwracalną”³⁵.

Interesujące wnioski na temat upośledzenia przedstawia psycholog M. Kościelska. Autorka wiąże upośledzenie umysłowe z patologicznym kształtowaniem się osobowości wynikającym z negatywnych doświadczeń wczesnego dzieciństwa. Uważa ona, że „człowiek nie rodzi się z upośledzeniem umysłowym (...), ale z niejednakowymi szansami na korzystny rozwój”³⁶.

Podobny pogląd wyraża G. Dybwad twierdząc, że „pojęcie niedorozwoju umysłowego wynika tylko z naszych wyobrażeń o tym, czego jednostki upośledzone nie mogą osiągnąć”³⁷. Zdaniem autora wyższy poziom rozwoju, a tym samym przystosowania się do życia w społeczeństwie zależy od poziomu stawianych oczekiwań i warunków stwarzanych osobom upośledzonym.

W związku z różnorodnym definiowaniem upośledzenia umysłowego Z. Sękowska³⁸ i J. Sowa³⁹ przytaczają trzy podejścia naukowców do zagadnienia:

- kliniczno-medyczne⁴⁰,
- praktyczne⁴¹,
- psychologiczno-społeczne⁴².

Niejednoznacznie traktowanie pojęcia i definicji upośledzenia umysłowego w literaturze przedmiotu odzwierciedla się także w kryteriach i klasyfikacji. Występowanie różnych kryteriów ma wpływ na odmienne klasyfikowania zjawiska. Wyróżnia się następujące kryteria upośledzeń umysłowych: psychologiczne, pedagogiczne, etiologiczne, biologiczne i społeczne⁴³.

Krzywdząca i etykietująca tradycyjna klasyfikacja psychologiczna biorąca za podstawę iloraz inteligencji, wyróżniała trzy stopnie upośledzenia umysłowego: idiotyzm o ilorazie inteligencji 0 – 19, imbecylizm, czyli I.I. między 20 – 49 i debilizm najcięższy stopień

³⁵ Clarke 1969, 66 cyt. za Wyczesany, 1999, 19

³⁶ Kościelska 1995, 171

³⁷ Dybwad, 1966, 16

³⁸ Z. Sękowska 1985, 146

³⁹ Sowa (1997, 140

⁴⁰ Korzeniowski, 1986

⁴¹ Clarke, 1971

⁴² Mazurkiewicz, 1958

⁴³ Wyczesany, 1998a, 24

upośledzenia, tj. iloraz inteligencji od 50 do 69⁴⁴. Aktualna klasyfikacja według IX rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów, obowiązująca od 1 stycznia 1980 roku dzieli stopnie rozwoju umysłowego następująco:

1. Rozwój przeciętny; odchylenie standardowe mniejsze i równe 1, test Wechslera 85 – 110, test Termana-Merrill 84 – 100,
2. Rozwój niższy niż przeciętny; odchylenie od –1 do –2, test Wechslera 70 – 84, test Termana-Merrill 69 – 83,
3. Niedorozwój umysłowy; odchylenie od –2 do –3, test Wechslera 55 – 69, test Termana-Merrill 52 – 68,
4. Niedorozwój umysłowy umiarkowany; odchylenie od –3 do –4, test Wechslera 40 – 54, test Termana-Merrill 36 – 51,
5. Niedorozwój umysłowy znaczny, odchylenie od –4 do –5, test Wechslera 25 – 39, test Termana-Merrill 20 – 35,
6. Niedorozwój umysłowy głęboki, odchylenie większe niż –5, test Wechslera 0 – 24, test Termana-Merrill 0 – 19.

Z podziału wynika, że dzieci o rozwoju niższym niż przeciętny zaliczane są do osób mieszczących się w dolnej granicy normy intelektualnej. Natomiast upośledzenia umysłowe zawarte są w czterostopniowej skali upośledzenia: lekkiego, umiarkowanego, znacznego i głębokiego⁴⁵.

W klasyfikacji pedagogicznej do niedawna uwzględniano stopień wyuczalności dzieci z upośledzeniem umysłowym. Wyróżniono czterostopniowy podział na: dzieci prawie niewychowalne, małowychowalne, wychowalne i szkolne⁴⁶.

Z podziałem i poglądem nie zgadza się współczesna pedagogika specjalna, która uważa, że nie ma osób niewychowalnych. Rehabilitacji poddawane są nawet jednostki z głębokim upośledzeniem umysłowym, jedynie metody dostosowywane zależnie od stopnia upośledzenia umysłowego⁴⁷.

Pogrupowanie przyczyn mających wpływ na powstanie niedorozwoju stało się również podstawą klasyfikacji. Wyróżnia się oligofrenię pierwotną, gdzie przyczyny tkwią w niesprzyjających czynnikach genetycznych oraz oligofrenię wtórną, będące wynikiem zmian chorobowych mających miejsce w życiu płodowym oraz w pierwszych latach po urodzeniu dziecka⁴⁸.

⁴⁴ Wyczęsany, 1998a, 25; Sękowska, 1998, 217)

⁴⁵ Wyczęsany, 1998b, 122

⁴⁶ Sękowska, 1985, 147

⁴⁷ Sękowska, 1998, 223

⁴⁸ Sękowska, 1998, 217-218

M. Kościelska podkreślając, że „człowiek nie rodzi się z upośledzeniem umysłowym, (...) lecz niejednakowymi szansami na korzystny rozwój”⁴⁹, wyróżnia trzy rodzaje współzależnych czynników wpływających na rozwijającą jednostkę, zaczynając od okresu zarodkowego. Są nimi:

- czynniki biologiczne związane z uszkodzeniami mózgu,
- czynniki społeczne wynikające z warunków środowiskowych,
- czynniki psychologiczne oddziałujące na funkcjonowanie psychiki⁵⁰.

Generalnie w etiologii zjawiska wyróżnia się najczęściej trzy grupy czynników sprawczych: prenatalne, perinatalne i postnatalne⁵¹. Wśród czynników prenatalnych uwzględnia się podział na embriopatie, tj. zmiany powstałe w okresie zarodkowym z przyczyn wirusowych lub czynników toksycznych i fetopatie, czyli zaburzenia okresu płodowego spowodowane wirusami, bakteriami, pasożytami lub działaniem czynników toksycznych⁵².

Pierwszą grupę stanowią przyczyny prenatalne, do których zalicza się między innymi wiek matki, niedotlenienia, uszkodzenia chemiczne, zaburzenia metabolizmu, choroby infekcyjne matki, np. embriopatia różyczkowa lub fetopatie wirusowe i bakteryjne. Embriopatia różyczkowa, czyli uszkodzenie zarodka spowodowane wirusem różyczki chorej matki, najczęściej powoduje opóźnienia rozwoju psychoruchowego, ale również może być przyczyną niedowidzenia, niedosłuchu lub wrodzonych wad organów wewnętrznych, np. serca. Wśród fetopatii, tj. zmian powstałych w okresie płodowym szczególną rolę odgrywa listerioza spowodowana chorobotwórczymi bakteriami, które mogą wnikać do ustroju matki wraz z produktami spożywczymi⁵³.

Kolejną grupą są uszkodzenia perinatalne⁵⁴, tj. okołoporodowe⁵⁵. Najczęściej występują: niedotlenienia i urazy mechaniczne w czasie porodu. Przyczyną niedotlenienia mogą być czynniki: anoksemiczne spowodowane dostarczeniem zbyt małej ilości tlenu płodowi, zastoinowe, gdy zaburzenia krążenia ograniczają dopływ tlenu do różnych narządów wewnętrznych i anemiczne, gdy powód tkwi w zbyt małej liczbie czerwonych krwinek, transportujących tlen do tkanek⁵⁶. Przyczynę zaburzeń może stanowić także wcześniactwo,

⁴⁹ Kościelska 1995 171

⁵⁰ Kościelska 1995,171-185

⁵¹ Lipkowski 1979, 98

⁵² Michałowicz, Chmielnik 1997, 11-12

⁵³ Michałowicz, Chmielnik 1997, 13

⁵⁴ Lipkowski 1979, 98

⁵⁵ Zabłocki, 1998, 25

⁵⁶ Michałowicz, Chmielnik, 1997, 20-25

tw. właściwe, czyli przedwczesne urodzenie, jak również urodzenie we właściwym czasie, lecz z masą urodzeniową poniżej 2500 g.

Ostatnie to uszkodzenia postnatalne⁵⁷, noworodkowe⁵⁸. Zalicza się do nich zapalenia mózgu i urazy czaszki oraz niesprzyjające warunki otoczenia pojawiające się w pierwszym okresie życia dziecka.

U dzieci z lekkim niedorozwojem umysłowym właśnie zaniedbania środowiskowe odgrywają znaczną rolę⁵⁹. Choć znane są przypadki, tzw. *dzieci ulicy*, które zrealizowały się zawodowo podobnie, jak dzieci uczęszczające do elitarnych szkół, bądź je nawet przewyższyły i sytuacje odwrotne, gdzie mimo kompleksowych oddziaływań rodzin, dla których potomek był najważniejszy uzyskano mierne efekty⁶⁰. Jest to świadectwem tego, że nie we wszystkich przypadkach znana jest etologia upośledzeń umysłowych, pomimo badań nad ich przyczynami i znacznym wkładzie medycyny.

Nie należy także zapominać o znaczeniu dziedziczenia oligofrenii. Z badań naukowców amerykańskich wynika, że jeśli jedno z rodziców jest upośledzone umysłowo, to 46,1 % dzieci zrodzonych z takiego związku dziedziczy ten stan. W przypadku, gdy oboje rodzice są opóźnieni umysłowo, 90,7 % potomstwa także wykazuje upośledzenie⁶¹.

Kwintesencji problematyki etiologii zjawiska dokonała Z. Sękowska, która wyróżniła dwie grupy przyczyn. Pierwsza zawiera właśnie czynniki dziedziczne, tj. genetyczne, endogenne związane z obecnością szkodliwych genów dziedziczonych po przodkach. Drugą grupę stanowią czynniki środowiskowe, czyli egzogenne oddziałujące kolejno na zarodek, płód lub dziecko w pierwszych trzech latach jego życia⁶².

Powyższe dywagacje pozwalają stwierdzić, że upośledzenie umysłowe nie jest jednostką chorobową, lecz konsekwencją zmian, uszkodzeń i zaburzeń powstałych drogą dziedziczenia lub nabytych w okresie ciąży-okołoporodowym⁶³, noworodkowym i w ciągu trzech pierwszych lat życia dziecka⁶⁴.

Charakterystyka osób z lekkim upośledzeniem umysłowym

⁵⁷ Lipkowski, 1979, 98

⁵⁸ Michałowicz, Chmielnik, 1997, 11

⁵⁹ Bogdanowicz, 1985, 81

⁶⁰ Kościelska, 1995, 171-184

⁶¹ Sillamy, 1998, 313

⁶² Sękowska, 1998, 217

⁶³ Michałowicz, Chmielnik 1997, 11

⁶⁴ Surowaniec 1996, 226

Lekkie upośledzenie umysłowe jest najłżejszą formą niedorozwoju umysłowego, lecz najliczniej występującą w społeczeństwie. Dane liczbowe dotyczące upośledzeń umysłowych wskazują, że osób z lekkim upośledzeniem jest 75 %, natomiast 20 % to umiarkowane i znaczne upośledzenie, a 5 % stanowią upośledzenia głębokie⁶⁵. Osoby dorosłe z lekkim upośledzeniem umysłowym nie przekraczają poziomu intelektualnego dzieci dwunastoletnich, zaś ich dojrzałość społeczna jest adekwatna do poziomu młodzieży siedemnastoletniej⁶⁶. Dzięki odpowiednio dostosowanemu systemowi kształcenia i wychowania w wieku dorosłym znaczna ich większość uzyskuje umiejętność samodzielnego utrzymania się⁶⁷.

Dzieci z lekkim stopniem upośledzenia pod względem zewnętrznym zazwyczaj nie różnią się od rówieśników z normą⁶⁸, mają natomiast problemy z nauką. Pozostawianie ich w szkołach publicznych nieprzygotowanych na kształcenie dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych, niekorzystnie wpływa na ich samorealizację i samopoczucie psychiczne. Efektem są piętrzące się problemy dydaktyczne pomimo znacznego wysiłku dorównania pozostałym uczniom. Brak sukcesu negatywnie wpływa na kontakty interpersonalne w klasie i pociąga za sobą pejoratywne etykietowanie dzieci z upośledzeniem intelektualnym. Pobyt w placówce dostosowującej zakres materiału nauczania do poziomu intelektualnego dziecka powoduje, że uczeń zaczyna otrzymywać dobre oceny i wyróżniać się na tle klasy ponadprzeciętnym poziomem w jakiejś dziedzinie. Sukcesy wpływają mobilizująco na edukację i efekt w postaci dobrego przystosowania się do życia we współczesnym świecie⁶⁹. Najnowsze koncepcje oświatowe sugerują możliwość kształcenia części uczniów, zwłaszcza z upośledzeniem lekkim w szkołach publicznych, w klasach, tzw. integracyjnych⁷⁰. Podkreślana jest jednak konieczność odpowiedniego przygotowania do tego procesu, aby zapewnić dzieciom specjalnej troski godne traktowanie i stworzenie szans edukacyjnych, odpowiednich do ich możliwości⁷¹. Bowiern zdecydowaną większość dzieci z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim cechują duże możliwości psychofizyczne, które „ przy odpowiedniej stymulacji mogą wystarczyć do prowadzenia satysfakcjonującej aktywności zawodowej i społecznej oraz zapewnienia sobie niezależności ekonomicznej”⁷². O celowości przedsięwzięć edukacyjnych świadczy fakt zdecydowanie

⁶⁵ Korzeniowski, Pużyński, 1986, 585-589

⁶⁶ Pasternak, 1994, 20

⁶⁷ Pasternak, 1994, 20

⁶⁸ Pasternak, 1994, 19

⁶⁹ Brauer, 1995, 16

⁷⁰ Wyczęsany, 1999, 99

⁷¹ Tkaczyk, 2001a, 45-46

⁷² Kostrzewski, Szałański, 1998, 46

mniejszej liczby dorosłych z upośledzeniem w stopniu lekkim w stosunku do dużej liczby dzieci z tym samym poziomem upośledzenia⁷³. Jednoznacznie zjawisko opiniuje Z. Tarkowski, który stwierdza, że „jeśli absolwent szkoły specjalnej dobrze radzi sobie w życiu, to nie wolno twierdzić, iż jest on nadal upośledzony umysłowo”⁷⁴. Umiejętne włączenie dzieci z obniżoną normą intelektualną w powszechny system kształcenia, tj. kształcenie integracyjne⁷⁵ winno zniwelować różnice w rozwoju, a tym samym pozwolić na samodzielne i niezależne funkcjonowanie w dorosłym życiu.

Pracę dydaktyczno-wychowawczą należy dostosowywać do możliwości uczniów opóźnionych w rozwoju intelektualnym. Tempo ich uczenia się jest wolniejsze z powodu trudności w rozumieniu i zapamiętywaniu treści. Choć zdarzają się przypadki dzieci, które wykazują stosunkowo dobrą pamięć tuszującą braki w myśleniu pojęciowym i abstrakcyjnym. Dzieci takie potrafią przyswoić sobie w miarę bogate słownictwo. Używają prawidłowych zwrotów gramatycznych, jednakże nie mają umiejętności uogólniania i rozumienia związków przyczynowo-skutkowych. Jedynie biernie odtwarzają przyswojone treści. Mechaniczne zapamiętywanie, bez umiejętności abstrahowania i wnioskowania świadczy o tym, że nie dochodzi do wytworzenia wyższych form myślenia, lecz zatrzymaniu się na myśleniu konkretnym⁷⁶.

Próby porównania umiejętności intelektualnych w aktywności matematycznej między dziećmi z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim, a ich rówieśnikami prawidłowo rozwijającymi się dokonała H. Siwek⁷⁷. Autorka zauważyła, iż ośmioletni uczeń szkoły podstawowej potrafi wykorzystać wyniki jednego zadania podczas rozwiązywania kolejnego, zaś dziecko z upośledzeniem nie wykazuje umiejętności dostrzegania analogii między poszczególnymi zadaniami. Dużo wysiłku wkłada w rozwiązywanie każdego z poleceń i traktuje je oddzielnie, co oznacza, że nie potrafi wyciągać sądów uogólniających. Obserwując poczynania intelektualne dzieci szkół specjalnych, H. Siwek twierdzi, że „dzieci działają powoli, ostrożnie, oczekują aprobaty, mają tendencję do zamknięcia rozwiązania w skończoną liczbę stopni, bez wizji ich przedłużenia w wyobraźni”⁷⁸.

Z powodu specyficznego charakteru myślenia uczniów z upośledzeniem umysłowym, tzw. konkretno-obrazowego⁷⁹, nauczyciele zmuszeni są do podawania treści nauczania

⁷³ Wald, 1978, 4-5

⁷⁴ Tarkowski, 1999, 489

⁷⁵ Kosakowski, 2001b, 287

⁷⁶ Nartowska, 1980, 102-103; Sękowska, 1998, 219-226

⁷⁷ H. Siwek (1992, 7

⁷⁸ Siwek 1992, 13

⁷⁹ Tkaczyk 1997, 100; Pasternak, 1994, 22

w oparciu o „zmysłową obserwację przedmiotów i zjawisk”⁸⁰. W zakresie funkcji poznawczych obserwuje się u dzieci słabą integrację spostrzeżeniową, tzn. trudności łączenia wrażeń zmysłowych w sensowną całość, problemy z różnicowaniem wielkości, kierunków, odległości, słabą orientację przestrzenną, a także zaburzenia związane z tzw. odwracaniem liter i cyfr podczas pisania i czytania. W związku z powyższym konieczne jest stwarzanie warunków do poznania pogładowego, w oparciu o aktywny kontakt z rzeczywistością poprzez oglądanie, słuchanie, dotykanie, wąchanie jak również smakowanie. M. Grzegorzewska⁸¹ twórczyni metody szkolnictwa specjalnego, tj. metody ośrodków pracy jako pierwsza zalecała podawanie treści konkretnych i przyporządkowywanie ich odpowiednim zjawiskom lub przedmiotom⁸².

Dzieci upośledzone umysłowo mają problemy z koncentracją uwagi. Jest ona niestała, występują również trudności ze skupieniem uwagi. Dlatego niezbędna jest atrakcyjna forma zajęć, a ze strony dziecka zaangażowanie i aktywność, które osiągnąć można przez, np. pobudzanie sfery emocjonalnej. Z powodu słabej pamięci trzeba wielu powtórzeń słownych i czynnościowych. Również i tym wypadku oddziaływanie na emocje przyczynia się do osiągnięcia lepszych rezultatów. Dziecko lepiej pamięta to, co przeżyło, co je wzruszyło lub zasmuciło. Naturalna potrzeba wykorzystania zdobytych wiadomości w różnych sytuacjach życiowych w znacznej mierze przyczynia się także do rozwijania pamięci dziecka⁸³.

Analiza porównawcza zachowań osób z lekkim upośledzeniem umysłowym, a rówieśnikami w normie intelektualnej pokazuje, iż w przypadku upośledzeń częściej „występuje nietrwałość emocjonalna, impulsywność, agresja i niepokój, a także brak kontroli swoich zachowań”⁸⁴.

Zaburzenia mowy i porozumiewania się przejawiają się w opóźnionym rozwoju mowy, w występowaniu różnorodnych wad wymowy, w jąkaniu, bądź - w zaburzonym odbiorze bodźców słuchowych⁸⁵. Częste kontakty werbalne wzbogacają dziecko nie tylko rozwijając jego mowę, ale również myślenie. Poznawanie za pomocą różnych zmysłów, przy zaangażowaniu emocjonalnym i wyrażaniu doznań poznawczych słowami, pomaga lepiej

⁸⁰ Rakowska, 1986, 271

⁸¹ M. Grzegorzewska (1995, 1994, 1998)

⁸² Bieniada-Krakiewicz, 1995, 164-166; Pasternak, 1994, 73-75, Sękowska, 1998, 243

⁸³ Sękowska, 1985, 39; Kapuściak, 1999, 27; Tkaczyk, 2001b, 65-68; Pasternak, 1998, 165; Wyczesany, 1999, 32; Minczakiewicz, 1998a, 261; Pilecka, 2001, 12

⁸⁴ Borowski, 1999, 111; Pasternak, 1994, 37

⁸⁵ Styczek, 1981, 418

odbierać bodźce, przez co spostrzeżenia, wyobrażenia, sądy i wnioski stają się bardziej adekwatne do rzeczywistości⁸⁶.

Reasumując problematykę charakterystyki osób z lekkim upośledzeniem umysłowym - zdaniem J. Sowy - „, najbardziej typowym przykładem upośledzenia umysłowego w stopniu lekkim jest odchylenie ujemne od normy w rozwoju umysłowym, a szczególnie - w ramach funkcji: spostrzegania, myślenia, pamięci, uczenia się i orientacji społecznej. U jednostek tych można zauważyć tzw. dyfuzyjny, totalny charakter niedorozwoju, który obejmuje wszystkie funkcje osobowości: zachowanie, myślenie, mowę i motorykę. Szczególnie upośledzona jest funkcja myślenia abstrakcyjnego; procesy analizy, syntezy i uogólniania⁸⁷.

Wczesna profilaktyka propagowana i prowadzona przez powstałe w ostatnich latach Ośrodki Wczesnej Interwencji i bogaty program rehabilitacji kontynuowany do momentu usamodzielnienia się osób z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim stanowią podbudowę dla zniwelowania różnic - w stosunku do osób z normą - wynikłych z nierównych szans rozwoju, a powstałych w wyniku obniżonej sprawności intelektualnej⁸⁸.

Właściwości mowy w przypadkach upośledzeń umysłowych

Badania naukowców potwierdzają tezę, że opóźnieniom intelektualnym częściej towarzyszą zaburzenia mowy, niż - ma to miejsce u osób z normą⁸⁹. Statystycznie u około 45% uczniów szkół specjalnych i 15 – 18% uczniów szkół podstawowych występują zaburzenia mowy o typie dyslalii⁹⁰. Im stopień upośledzenia umysłowego jest wyższy, tym wymowę cechuje mniejsze zrozumienie spowodowane wadliwą artykulacją, uboższa struktura zdań, mały zakres słownictwa i nasilone zjawisko agramatyzmów⁹¹. Wraz ze wzrastającym stopniem upośledzenia zaburzona zostaje również prozodia. Akcent logiczny i intonacja są nieodpowiednio stosowane, tempo mowy bywa zbyt przyśpieszone, bądź opóźnione, a głos bywa zbyt cichy i monotony⁹². W całej grupie upośledzeń najkorzystniej wypadają dzieci z lekkim niedorozwojem. Choć wykazują różnego rodzaju zaburzenia typu dyslalicznego, jąkanie, czy opóźniony rozwój mowy, to nie odbiega to znacznie od wad występujących

⁸⁶ Minczakiewicz, 1998b, 216

⁸⁷ Sowa, 1997, 144

⁸⁸ Sękowska, 1998, 223; Pasternak, 1994, 12-28

⁸⁹ Styczek, 1981; Spionek, 1981; Gałkowski, 1979; Makowska, 1992; Cybulska, 1997; Carr 1984

⁹⁰ Lechta, 1990, 114

⁹¹ Styczek, 1981, 418; Brauner, 1995, 47; Minczakiewicz, 2001b, 48

⁹² Styczek, 1981, 418

u dzieci w normie intelektualnej. I. Styczek twierdzi, że „u dzieci upośledzonych umysłowo występują te same rodzaje wad wymowy, co u dzieci normalnych, ale są one bardziej złożone, nawarstwione, występują zespoły wad”⁹³. Różnice zaobserwować można na etapie terapii, która wraz z obniżającą się normą wymaga większej ilości powtórzeń, a w związku z tym czas automatyzacji głosek znacznie się wydłuża.

Mowa osób z normą w porównaniu z jednostkami wykazującymi lekkie upośledzenie umysłowe w zakresie składni i formy w zasadzie nie różni się. Uboższe jest słownictwo czynne, a zwłaszcza określenia związane z pojęciami abstrakcyjnymi⁹⁴.

Wśród cech charakterystycznych mowy dzieci z upośledzeniem umysłowym, można wyróżnić:

- nieprototypową artykulację,
- ubogi zakres słownictwa,
- agramatyzmy,
- problemy z prawidłowym formułowaniem zdań,
- trudności prozodyczne,
- skrajnie cicha, lub zbyt donośna fonacja,
- zbyt zwolnione, bądź przyśpieszone tempo mówienia⁹⁵.

Dwa modele rozwoju mowy w przypadku upośledzeń przedstawia Z. Tarkowski (1999). Są nimi:

1. model rozwoju mowy osób lekko niedorozwiniętych umysłowo,
2. model rozwoju mowy osób głębiej upośledzonych umysłowo.

Pierwszy niewiele odbiega od kształtowania się mowy osób w normie. Zarówno czynniki biologiczne, jak i mechanizmy rozumienia i nadawania wypowiedzi słownych są identyczne. Etapy kształtowania się mowy przebiegają w sposób identyczny. Dzieci w normie intelektualnej i wykazujące lekki niedorozwój opanowują ten sam język, który różni się jedynie poziomem. Podobnie jest ze sprawnością językową. Jakościowo jest ona identyczna, zaś odmienna w kategoriach ilościowych.

W modelu rozwoju mowy osób z głębszymi upośledzeniami daje się zauważyć zdecydowane różnice w porównaniu z osobami w normie intelektualnej. Sprawność językowa pod względem ilościowym i jakościowym jest ograniczona. Biologiczne warunki

⁹³ (Styczek, 1981, 420

⁹⁴ Gruntkowski, 2001, 142 -145

⁹⁵ Kozłowska, 1998, 38; Sękowska, 1998, 346-347

są ewidentnie deficytowe. Mowa charakteryzuje się „specyficzną składnią, semantyką i fonologią”⁹⁶.

Poszczególne etapy kształtowania się mowy wykazują duże opóźnienia, dochodzące nawet do kilkunastu lat, a czasem w ogóle nie następuje osiągnięcie wyższych etapów rozwojowych w mowie⁹⁷. Generalnie można stwierdzić, że, im stopień upośledzenia umysłowego jest głębszy, tym bardziej nasila się brak wyrazistości wymówieniowej. Komunikacja dzieci z głębszymi upośledzeniami przebiega na poziomie językowym zdecydowanie niższym od przeciętnej⁹⁸. „Jedne z nich potrafią opanować mowę oralną (dźwiękową), a w przypadku innych - jedynym sposobem komunikowania się z otoczeniem jest gestykulacja czy słabo zróżnicowana mimika, wspierająca pojedyncze, trudne do identyfikacji dźwięki (nieartykułowane dźwięki) mowy ludzkiej”⁹⁹. Skrajnym przypadkiem jest konieczność przejścia na tzw. alternatywne formy komunikacji, czyli pozawerbalne sposoby nawiązywania kontaktów¹⁰⁰, którymi są między innymi System Alternatywnej Komunikacji Bliss¹⁰¹, System Piktogramów, Słownik Makaton¹⁰².

Interesującego porównania znaczenia mowy w procesach myślenia dla dzieci z normą i upośledzonych umysłowo dokonała E. Kudłacik. Autorka twierdzi, że mowa dzieci w normie pośredniczy w procesach myślenia. Słowa są sposobem rozwiązywania problemów intelektualnych, zaś mowa generalnie sprzyja orientacji w nowych sytuacjach. W przypadku dzieci upośledzonych mowa pomaga jedynie podczas rozwiązywania zagadnień podstawowych. W sytuacjach nowych mowa wręcz przeszkadza. Wynika to z trudności w abstrahowaniu i uogólnianiu¹⁰³. „Dziecko nie potrafi oderwać się od swych uprzednich doświadczeń i powtarza stereotypowo daną czynność bez względu na to, czy ma ona jeszcze jakieś znaczenie, czy też nie”¹⁰⁴.

Niezbędnym staje się, więc, pobudzanie umiejętności w tym zakresie dzieci z upośledzeniami, poprzez łączenie sytuacji dobrze znanych z zadaniami nowymi. W. Pilecka nazywa to zjawisko „rozwijaniem umiejętności transferu”¹⁰⁵ tzn. treningu w transponowaniu znanych doświadczeń na czynności nowe. Systematyczne i nasilone ćwiczenia pozwalają na

⁹⁶ Tarkowski, 1999, 490

⁹⁷ Minczakiewicz, 2001b, 50

⁹⁸ Minczakiewicz, 1999, 107

⁹⁹ Minczakiewicz, 1999, 107

¹⁰⁰ Kielin, 2000, 35-40

¹⁰¹ Sachajska, 1993, 71-80

¹⁰² Warrick, 1999; Lechowicz, 1997

¹⁰³ Kudłacik, 2001, 44

¹⁰⁴ Kudłacik, 2001, 44

¹⁰⁵ Pilecka, 2001, 13

osiągnięcie „transferu specyficznego”¹⁰⁶, co oznacza, że wyłącznie sytuacje, które są bliskie uprzednim doświadczeniom, dziecko jest w stanie rozwiązać.

W literaturze przedmiotu funkcjonuje definicja, oligofazji, która jest określeniem dla wszelkiego typu zaburzeń mowy wynikłych z oligofrenii, czyli upośledzenia umysłowego. W *Logopedycznym słowniku terminologii diagnostycznej* J. Surowańca oligofazja to „upośledzenie lub całkowity brak, lub też opóźniony rozwój mowy związany z upośledzeniem umysłowym, zniekształcenie treści, formy i substancji języka w zależności od stopnia upośledzenia”¹⁰⁷.

I. Styczek podobnie definiuje oligofazję, mówiąc o niedokształceniu mowy, którego przyczyna tkwi w upośledzeniu umysłowym¹⁰⁸. S. Grabias również posługuje się terminem oligofazja. Autor stwierdza, że kompetencje (językowa, komunikacyjna i kulturowa) w przypadku oligofazji w ogóle nie wykształcają się, lub stopień ich wykształcenia jest na tyle niski, że nie występuje prawidłowa realizacja wypowiedzi, co zależy od stopnia niedorozwoju umysłowego¹⁰⁹.

Z interpretacją zaprezentowanych definicji oligofazji nie zgadza się Z. Tarkowski¹¹⁰. Autor uważa, że zarówno u osób w normie jak i u upośledzonych umysłowo występują identyczne zaburzenia mowy, stąd pojęcie oligofazji wydaje się określeniem mało dokładnym i nie prezentuje cech mowy osób z upośledzeniem¹¹¹.

Podobny pogląd wyraża M. Fawcus, która przedstawia wyniki badań wielu naukowców nad mową osób upośledzonych umysłowo. Tu również potwierdza się fakt, iż przyczyną zaburzenia mowy nie musi być obniżony poziom inteligencji¹¹².

B. Sawa przytacza poglądy niektórych badaczy, potwierdzające przypuszczenia, że nie istnieją zaburzenia mowy charakterystyczne wyłącznie dla osób upośledzonych umysłowo¹¹³.

Pojęcie niedokształcenia mowy towarzyszącego upośledzeniu umysłowemu wprowadziły H. Mierzejewska i D. Emiluta- Rozya¹¹⁴, w zaproponowanym przez siebie projekcie zestawienia form zaburzeń mowy. Autorki argumentowały konieczność wprowadzenia nowego pojęcia na określenie mowy osób z upośledzeniem umysłowym z powodu braku jednoznacznych wyników badań w tym zakresie¹¹⁵.

¹⁰⁶ Pilecka, 2001, 13

¹⁰⁷ Surowaniec, 1996, 225

¹⁰⁸ Styczek, 1981, 251

¹⁰⁹ Grabias, 1996, 85; 2000, 33

¹¹⁰ Tarkowski, 1999

¹¹¹ Tarkowski, 1999, 493

¹¹² Fawcus, 1971, 431

¹¹³ Sawa, 1990, 92-93

¹¹⁴ Mierzejewska, Emiluta- Rozya, 2000, 41

¹¹⁵ Mierzejewska, Emiluta- Rozya, 2000, 44

Zdaniem Z. Tarkowskiego „o sprawności komunikowania się osób niedorozwiniętych umysłowo nie decyduje tylko stopień upośledzenia umysłowego, ale wiele czynników pozaintelektualnych, takich jak: motywacja, lęk komunikacyjny, nastawienie otoczenia, wychowanie językowe, osobowość itp.”¹¹⁶.

E. M. Minczakiewicz twierdzi, że, mimo iż wśród badaczy nie ma jednoznacznego poglądu, co do przyczyny zaburzeń mowy osób z upośledzeniem umysłowym, to do najczęściej występujących zalicza się:

- niedorozwój ośrodkowego układu nerwowego,
- porażenia centralnego układu nerwowego i urazy mózgu,
- wady morfologiczne i dysfunkcje artykulatorów,
- dysfunkcje gruczołów dokrewnych,
- zaburzenia słuchu,
- problemy emocjonalne,
- niekorzystny wpływ najbliższego otoczenia¹¹⁷.

Wśród najważniejszych objawów oligofrenii pojawiających się w pierwszych latach po urodzeniu, poza opóźnieniem ruchowym zauważalne jest spowolnienie tempa rozwoju mowy¹¹⁸.

B. Sawa stwierdza, że choć „wśród dzieci z zaburzeniami mowy duży odsetek stanowią dzieci z niską inteligencją, nie można powiedzieć, by małe możliwości umysłowe były prostym efektem zaburzeń mowy”¹¹⁹. Autorka zwraca uwagę na problemy związane ze ssaniem i połykaniem, które, przenoszą się na trudności w werbalizacji, tzn. opóźnionym rozwoju fonacji i artykulacji dziecka z upośledzeniem umysłowym¹²⁰.

M. Grzegorzewska (1995) podkreśla, iż u dziecka z obniżoną normą konieczne jest uruchomienie „doznań sensomotorycznych i kinestetycznych wszelkich analizatorów, którymi może się ono posługiwać, aby nastąpił rozwój mowy (Bieniada-Krakiewicz, 1995, 160).

Nie zapominając o obciążeniach związanych z trudnościami w zapamiętywaniu, niestałą uwagą, problemami w spostrzeganiu, które utrudniają nabywanie mowy, należy pamiętać o sytuacjach sprzyjających mówieniu w sposób naturalny, np. stanach silnego pobudzenia emocjonalnego. Sprzyjają one spontanicznym reakcjom, w których występuje

¹¹⁶ Tarkowski, 1999, 492

¹¹⁷ Minczakiewicz, 1993a, 61

¹¹⁸ Spionek, 1981, 173

¹¹⁹ Sawa, 1990, 70

¹²⁰ Sawa, 1990, 72

także mówienie. Umiejętne sterowanie pozbawione elementów krytyki, co do jakości wypowiedzi wpływa na rozwój mowy dziecka¹²¹.

Badanie stanu umiejętności artykulacyjnych uczniów z upośledzeniem umysłowym prowadziła A. Szuniewicz. Autorka przebadła 1685 dzieci wszystkich klas, 10 szkół specjalnych Warszawy. Wyniki przedstawiają się następująco:

- wady wymowy występują u 40% uczniów szkół specjalnych,
- 60% uczniów z nieprawidłową wymową stanowią uczniowie klas I – IV,
- najwięcej wad wymowy występuje u uczniów klas pierwszych, tj. do 94%,
- wady wymowy częściej występują u chłopców niż u dziewcząt,
- chłopców również dotyczy większa różnorodność wad wymowy¹²².

A. Szuniewicz wprowadziła pojęcie „zespołu wad” na określenie cech mowy uczniów upośledzonych, ponieważ zauważyła, że ich wady są bardziej nawarstwione i złożone niż rówieśników prawidłowo rozwijających się. Wyniki badań potwierdziły także tezę, że wraz z pogłębiającym się upośledzeniem wzrasta złożoność wad wymowy i trudność ich terapii¹²³.

E. M. Minczakiewicz po przebadaniu 430 uczniów klas czwartych szkół specjalnych Polski Południowej, uzyskała wyniki również ukazujące wysoki procent dzieci z wadami wymowy, tj. 28,8%, mimo że badaniami objęto uczniów starszych, gdzie jak potwierdzają inni badacze liczba uczniów z wadami wymowy zaczyna spadać¹²⁴. Podobnie, jak w badaniach A. Szuniewicz, znaczny odsetek dzieci z zaburzeniami mowy stanowili także chłopcy, czyli 72,5%. Autorka pogrupowała uczniów z wadami na trzy grupy:

1. wady wymowy nieznacznie zaburzające wypowiedź, tj. seplenienie - w liczbie 54,1%;
2. zakłócenia znacznie zaburzające wypowiedź, czyli ubezdźwięcznianie, rynolalia, seplenienie i jąkanie – stanowiące 27,5%;
3. wady wymowy zaburzające zrozumienie mowy przez otoczenie, tzn. bełkot, gielkot, jąkanie - wynoszące 18,4%¹²⁵.

E. M. Minczakiewicz dokonała porównania nieprawidłowej wymowy, ze skutkami w postaci problemów w pisaniu. Aż 88,8% uczniów wykazało trudności w tym zakresie¹²⁶.

Z. Tarkowski podsumował wyniki badań struktury wypowiedzi osób z upośledzeniem umysłowym, które przedstawiają się następująco:

¹²¹ Polkowska, 1986, 50-51

¹²² Szuniewicz, 1967, 113-114

¹²³ Szuniewicz, 1967, 115

¹²⁴ Minczakiewicz, 1993b, 115

¹²⁵ Minczakiewicz 1993b, 115

¹²⁶ Minczakiewicz, 1993b, 116

- „Osoby upośledzone umysłowo budują krótsze wypowiedzi niż osoby z normą intelektualną. Wraz z pogłębianiem się niedorozwoju ulega skracaniu długość wypowiedzi.
- Słownictwo osób niedorozwiniętych umysłowo jest zdecydowanie uboższe niż słownik jednostek normalnych. Jednostki niedorozwinięte posługują się przede wszystkim rzeczownikami i czasownikami, podobnie jak osoby normalne, ale zdecydowanie rzadziej używają przymiotników, przysłówków, zaimków, liczebników, spójników, przyimków. Ich słownik jest konkretny, rzadko występują w nim określenia abstrakcyjne. Wraz z pogłębianiem się upośledzenia słownik ubożeje.
- W wypowiedziach osób upośledzonych umysłowo dominują zdania proste oraz niekompletne. Jeśli budują one zdania złożone, to głównie współrzędnie łączne lub przeciwstawne. Wypowiedzi formułują przeważnie w czasie teraźniejszym, rzadziej przeszłym, a sporadycznie- przyszłym. Wraz z pogłębianiem się upośledzenia struktura wypowiedzi wyraźnie ubożeje.
- Dzieci lekko upośledzone umysłowo budują niemalże trzykrotnie więcej zdań z błędami składniowymi niż dzieci z normą umysłową. Błędy te występują częściej w zdaniach pojedynczych. Ich charakter jest jednakowy u dzieci lekko upośledzonych i normalnych. Błędy te polegają na braku koordynacji form gramatycznych oraz na braku niezbędnych lub nadmiarze zbędnych elementów w zdaniach. Z wiekiem liczba błędów składniowych spada¹²⁷.

Specyfika terapii logopedycznej z dziećmi z upośledzeniem umysłowym (w tym z dziećmi ze środowisk patologicznych)

Terapia logopedyczna z dziećmi specjalnej troski musi uwzględniać zasady, metody i formy pracy oligofrenopedagogicznej. Połączenie wiedzy na temat metod pracy dydaktyczno-wychowawczej oraz charakterystycznych cech mowy osób z upośledzeniem umysłowym stanowi podstawę dla prowadzenia efektywnej terapii logopedycznej. Pomimo iż wielu autorów podkreśla, że zarówno u dzieci z normą, jak i z upośledzeniem umysłowym występują te same wady wymowy¹²⁸, które mogą być sprzężone¹²⁹, czyli stanowić *zespoły*

¹²⁷ Tarkowski, 1999, 491-492

¹²⁸ Szuniewicz, 1967; Styczek, 1981; Fawcus, 1971; Minczakiewicz, 1993b, 1993c; Sawa, 1990; Tarkowski, 1999

¹²⁹ Minczakiewicz, 1993c, 199

wad¹³⁰, to jednak daje się zauważyć znaczne różnice w terapii logopedycznej, tj. stosowanych metodach i czasie jej trwania.

Zdaniem I. Styczek „reedukacja mowy trwa znacznie dłużej niż u dzieci normalnych i wymaga wiele pracy i cierpliwości ze strony logopedy oraz rodziców” (Styczek 1981, 421). Przyczyny zjawiska tkwią w braku współpracy dziecka, trudności skupienia uwagi, szybkiej męczliwości, a często - słabej pamięci. Problemy z logicznym myśleniem, czy spostrzegawczością wymagają od logopedy uwzględnienia w terapii równoległych ćwiczeń w zakresie artykulacji, jak i kształtowania innych zaburzonych funkcji (Styczek, 1981, 421).

Podobny pogląd wyznaje E. M. Minczakiewicz (1997), która uważa, że postępowanie logopedyczne wiąże się nie tylko z kształtowaniem mowy dziecka, ale również z rozwijaniem całej jego osobowości. Podczas zajęć powinny być rozwijane wszystkie zaburzone funkcje, ze szczególnym uwzględnieniem tych, które mają bezpośredni lub pośredni związek z mową, tj. postrzegania, kojarzenia i różnicowania prototypów wzrokowych, słuchowych, kinestetycznych, a także koordynacji wzrokowo-słuchowej i słuchowo-wzrokowej (Minczakiewicz, 1997, 169-170).

K. Kozłowska (1998) twierdzi, że intencjonalne oddziaływania w stosunku do dzieci o obniżonej normie powinny zaczynać się wcześniej niż u rówieśników. Należy być przygotowanym także na zdecydowanie przedłużony czas trwania terapię. Autorka sugeruje prowadzenie zajęć, które „wymagają krótkich, atrakcyjnych, często zmieniających się form pracy, łączących pracę z zabawą” (Kozłowska, 1998, 39).

Logopeda prowadzący terapię z dziećmi z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim, np. w przypadku dyslalii powinien postępować podobnie, jak w przypadkach dzieci z normą, czyli uzyskać prototypową wymowę głosek dotychczas błędnie realizowanych oraz zautomatyzować czyste brzmieniowo głoski, aż po mowę potoczną (Nowak, 1995; Demel, 1994; Balejko, 1993; Jastrzębowska, Pelc- Pękala, 1999; Kozłowska, 1998).

Jednakże forma zajęć winna być przystępna, zindywidualizowana i dostosowana do poziomu każdego dziecka. Przede wszystkim zaś zabawowa (Piszczek, 1997; Hemmerling, 1984; Baran, 1996; Balejko, 1999, 166; Lee, 1997, 62; Marcinkowska, 1998, 69-72; Minczakiewicz, 1999, 1998a, 1998b; Flemming, 1999; Michalak-Widera, 2002), „sprawiająca dziecku radość” (Minczakiewicz, 1993c, 200) i oparta na pokazie, w celu łatwiejszego przyswojenia nowych treści, niezbędnych do czystego i wyrazistego mówienia.

Dominującymi dziedzinami działalności każdego człowieka adekwatnymi do poszczególnych etapów jego rozwoju są kolejno: zabawa, nauka i praca (Przetacznikowa,

¹³⁰ Szuniewicz, 1967, 115

1978, 177). „Zabawa jest naturalnym sposobem uczenia się” (Piszczyk, 1997, 11), wykorzystując ten prosty sposób łatwiej można dotrzeć do dziecka upośledzonego, zainteresować go treściami merytorycznymi i w efekcie wypracować nowe prototypy, np. wymawiania.

Aktywność zabawowa kształtuje i rozwija zainteresowania dziecka, zaspokaja jego indywidualne potrzeby, pozwala w przyjemny sposób poznawać rzeczywistość, a także ułatwia wchodzenie w dorosłe życie (Okoń, 1981, 358). Dzięki zabawie dziecko zaczyna panować nad swoim ciałem, czyli rozwija równowagę i koordynację wzrokowo-ruchową, uczy się panować nad prymitywnymi uczuciami i rozwiązuje własne problemy emocjonalne, (Lee, 1997, 62). Uwzględnianie w terapii logopedycznej form zabawowych zgodnych z pedagogiczną zasadą nauki przez przeżywanie i przez zabawę (Zaczyński, 1990, 49) podnosi efektywność prowadzonych zajęć.

M. Nydrova (1988) uważa, że terapia logopedyczna w przypadku dzieci o obniżonym poziomie intelektualnym winna uwzględniać również, tzw. mowę ciała, która pojawia się podczas zabawy w teatr. Dzięki powiązaniu słów z gestami pogłębia się zrozumienie języka. Spontaniczna samorealizacja wykorzystana w dramie usamodzielnia werbalnie dzieci z upośledzeniami umysłowymi różnego stopnia. Dwa elementy mowy ciała, tj. ruchy ciała i pauzy między ruchami mają duże znaczenie dla nawiązywania słownych kontaktów z otoczeniem. (Nydrova 1988, 264).

O celowości podejmowania zabawy w teatr w terapii logopedycznej mówi również J. Wolska (1999). „Drama (...) zmniejsza dystans między dzieckiem a logopedą. Dziecko zatem przeżywa, wspólnie z terapeutą doświadcza, a nie jest przez niego uczone i zmuszane do wielokrotnych powtórzeń” (Wolska, 1999, 236). Powyższe propozycje potwierdzają skuteczność terapii logopedycznej w oparciu o formy zabawowe, np. teatralne nie skupiające się wyłącznie na ćwiczeniach artykulacyjnych i fonacyjnych, tj. takich, jakie prowadzi się zazwyczaj z dziećmi z normą.

Dowodem na to, że zaburzeń mowy osób z upośledzeniami umysłowymi nie można lekceważyć, jest intensywna praca logopedy - etaty bądź godziny przyznawane przede wszystkim szkołom oraz placówkom, do których uczęszczają osoby z niedorozwojem intelektualnym. Od odpowiednio wczesnej korekcji zależy efekt w postaci umiejętności językowych prezentowanych w życiu dorosłym (Sękowska, 1998, 337-338).

Istotną rolę w korygowaniu tej sfery deficytów spełniają rodzice, bądź opiekunowie. Współdziałanie domu rodzinnego ze specjalistą ma duże znaczenie w uzyskiwaniu wymiernych postępów terapii z dzieckiem (Olechnowicz, 1988, 36; Minczakiewicz, 1997,

171; Balejko, 1999, 156; Wyczesany, 1999, 48). Niestety, bardzo często środowisko rodzinne nie spełnia prawidłowo funkcji opiekuńczo-wychowawczych (Domarecka-Malinowska 1997; Obuchowska, 1991; Kielin, 2002, Wyczesany, 1999; Kościelska 1995). W takich sytuacjach trudno mówić o współpracy w redukowaniu zaburzeń mowy, skoro nie są zaspokojone podstawowe potrzeby dziecka. Zdarza się też, że rodzice prawidłowo wypełniający swe obowiązki wobec dziecka, nie uświadamiają sobie celowości prowadzenia terapii logopedycznej, uznając problemy z mową za normę w przypadku dziecka z upośledzeniem umysłowym. Niestety, aby w mowie potocznej pojawiły się zmiany będące efektem terapii, trzeba wielokrotnych, systematycznych i wieloletnich ćwiczeń, polegających między innymi na powtórzeniach ćwiczeń. Kontakt logopeda - rodzic nie może mieć charakteru doraźnego, ani ograniczyć się do przekazania informacji o rodzaju zaburzenia. Codzienne kilkunastominutowe ćwiczenia w domu przyczyniają się do szybszego opanowania problemów wymawianiowych. Przekonanie rodziców, o słuszności kontynuacji ćwiczeń logopedycznych w domu zdecydowanie łatwiej przebiega w prawidłowo funkcjonujących rodzinach niż w przypadku środowisk zagrożonych patologią społeczną (Wyczesany, 1999; 156; Sękowska, 1998, 341; Demel, 1994, 49-50).

Wieloletnia praktyka logopedyczna w jednym z zespołów szkół specjalnych, położonych w dzielnicy Katowic o wysokim współczynniku patologii społecznej, pozwoliła na stworzenie programu terapii uwzględniającego specyfikę środowiska uczniów, którym są rodziny patologiczne (Michalak-Widera, 2001, 23-27). Pozyskanie rodziców do współpracy odbywa się podczas pierwszej, wrześniowej wywiadówki. Wysoka frekwencja podczas pierwszego powakacyjnego spotkania pozwala na dotarcie także do rodziców dzieci wymagających terapii logopedycznej. Przeprowadzenie pogadanki ogólnoszkolnej na temat potrzeby kontynuowania ćwiczeń logopedycznych w domu, pokaz przykładowych ćwiczeń przedstawiony w prostej, zabawowej formie, a także imienne zaproszenie rodziców, czy opiekunów na indywidualną rozmowę, to jedyny sposób nawiązania kontaktu z tzw. trudnymi rodzinami. W efekcie współpracę nawiązuje kilkoro rodziców, na około dziesięciokrotnie większą liczbę dzieci wymagających terapii. Dlatego też, w stosunku do pozostałych uczniów objętych korekcją wad wymowy, trzeba wypracowywać metody bez udziału rodziców w ćwiczeniach utrwalających.

Ograniczona do minimum jednorazowa ilość tekstu do wyuczenia i przystępna forma to najważniejsze cele przyświecające poniżej zaprezentowanemu sposobowi utrwalania materiału niezbędnego dla uzyskania pozytywnych efektów terapii logopedycznej.

W klasycznym ujęciu bazą wyjściową terapii dyslalii są ćwiczenia narządów mownych, tj. artykulacyjnych (Demel, 1994, 59-93; Skorek, 2001, 120). W normalnych okolicznościach rodzice proszeni są o codzienne, kilkunastominutowe powtórzenia ćwiczeń z dzieckiem. W rodzinach patologicznych nawet, jeśli występuje zainteresowanie terapią ze strony matek, czy opiekunów, to brak warunków sprzyjających do pracy w domu, uniemożliwia ćwiczenia utrwalające. Wyjściem z tej sytuacji jest wykorzystanie, np. ćwiczeń narządów mownych w formie graficznej (Michalak–Widera 1998). Uczeń może wykonywać je sam lub pod kontrolą nauczyciela w wolnych chwilach w czasie przerw lekcyjnych, bądź po ich zakończeniu, np. w świetlicy szkolnej lub środowiskowej. Dzieci otrzymują zazwyczaj pojedyncze rysunki ilustrujące odpowiedni ruch warg, czy języka. Po ich prawidłowym opanowaniu ćwiczą na podstawie kolejnych ilustracji zależnie od potrzeb. Zilustrowane przykłady usprawniania narządów mownych, dzięki prostej i wizualnej formie, sprzyjają kontynuacji ćwiczeń poza gabinetem logopedycznym bez udziału rodzica, czy opiekuna.

Formą pozwalającą utrwalać dotychczas nieprawidłowo realizowaną głoskę, bez udziału rodziny, jest rozdawanie dzieciom na pojedynczych kartkach, np. krótkiej rymowanki, czy zwrotki wiersza, w której użyto maksymalną ilość wyrazów z ćwiczoną głoską. Wszystkie możliwe do zilustrowania wyrazy tekstu są przedstawione graficznie. W ten sposób nawet uczniom nie potrafiącym czytać nie nastroczają one większych trudności. (Michalak-Widera, Węsierska, 2001a, 2001b). W poszukiwaniu materiału językowego sięgnięto do tekstów rymowanych w większości ogólnodostępnych, pochodzących z literatury pięknej dla dzieci lub podręczników i czasopism dla przedszkolaków i uczniów do około dziewiątego roku życia. Wiersze uszeregowano z zachowaniem metodycznych wymogów, czyli rozpoczynania od izolacji, przez logotomy, po nagłos wyrazowy pierwszej z szeregu ćwiczonych głosek, następnie śródgłos i wygłos w przypadku głosek bezdźwięcznych oraz stopniowe wprowadzanie kolejnych głosek w danym szeregu (Demel, 1994, 59; Balejko, 1999; 168-176; Skorek, 2001, 130-135). Doświadczenia płynące z prowadzenia wieloletniej terapii z dziećmi upośledzonymi umysłowo były przyczynkiem do *okraszenia* wierszy ilustracjami. Ilustracyjne zdobnictwo tekstów rymowanych nie było celem samym w sobie, ale wymogiem stawianym w szkolnictwie specjalnym w zakresie pracy dydaktycznej, pracy opartej na pokazie. Nacisk kładziony na formę pokazu, pracy na konkretnym przedmiocie (Tkaczyk, 1997, 10; Sękowska, 1998, 239; Pasternak, 1994, 22) spowodował, że wszystko, co w tekstach można było przedstawić w graficznej formie, w taki właśnie sposób było realizowane. Pozwala to dzieciom z upośledzeniem umysłowym nie tylko na szybsze

zapamiętanie materiału utrwalającego, ale i ułatwia czytanie, które zazwyczaj sprawia im kłopot (Sawa, 1990, 51; Wójtowiczowa, 1997, 77-80). Wybrany materiał językowy w większości stanowią wierszyki i wyliczanki, czyli krótkie teksty rymowane. Powodem ich wyboru było sprawienie wrażenia zabawy (Styczek, 1981, 421; Balejko, 1999, 166), a nie żmudnych ćwiczeń, a także ułatwienie szybszego opanowania ćwiczonych głosek, w których rymy odgrywają duże znaczenie (Maurer, 1997, 24). Propozycja terapii dyslalii w oparciu o krótkie, rymowane, ilustrowane teksty to przekształcenie w sympatyczny dla dziecka sposób często nużących ćwiczeń polegających na wielokrotnych powtórzeniach, aż po opanowanie prawidłowej realizacji głosek (Demel, 1994, 48; Kozłowska, 1998, 107).

Zgodnie ze schematem postępowania w dyslalii zaproponowanego przez K. Kozłowską (1998), jako pierwszą, logopeda odczytuje dziecku rymowaną, w której zadaniem ucznia jest wybrzmiewanie wyłącznie utrwalanej głoski w izolacji (Kozłowska, 1998, 105). W kolejnym wierszu dziecko wybrzmiewa tylko logotomy z ćwiczoną głoską. Natomiast logopeda, czy osoba pracująca z dzieckiem wypowiada pozostały tekst. W kolejnej rymowance poinstruowane dziecko wypowiada z góry wyuczone słowo, z ćwiczoną głoską w nagłosie, a osoba dorosła, jak w poprzednich przypadkach recytuje pozostały tekst. Interesującą propozycją jest wierszyk, dzięki któremu uczeń nie potrafiący czytać może wypowiedzieć niemalże cały tekst. Logopeda prosi o powtarzanie czasownika *szumi*, który wielokrotnie pojawia się w tekście oraz innych zilustrowanych rzeczowników, co pozwala na wyrecytowanie przez dziecko trzech fraz wiersza bez czytania tekstu (Michalak-Widera, Węsierska, 2001a).

Zaproponowany materiał językowy różni się on od innych propozycji logopedycznych tym, że teksty w nim zawarte są podane w taki sposób, że pozwalają na niemalże samodzielne wyuczenie się zadanych do utrwalania ćwiczeń. Dzięki atrakcyjnej, rymowano-ilustrowanej formie trening utrwalający wszystkim dzieciom, a zwłaszcza osobom z obniżoną sprawnością umysłową, pozwala sprawnie i szybko osiągnąć efekt wyrazistości wymówieniowej (Michalak-Widera, Węsierska, 2002, 15-17).

Ciekawą propozycją terapii mowy realizowaną poza gabinetem logopedycznym opartą na instruktażu nauczycieli poprzez prowadzenie logopedycznych zajęć otwartych, jest autorska metoda K. Węsierskiej (2000). Polega ona na stymulowaniu rozwoju językowego (Wójtowiczowa, 1997, 12-25) uczniów klas I-III szkoły specjalnej, w oparciu o gry, zabawy oraz ćwiczenia ortofoniczne. Prezentowanie nauczycielom prostych ćwiczeń sprzyjających mówieniu, pozwala na kontynuację ich w każdej wolnej chwili podczas lekcji, stanowiąc zabawowy przerywnik w nauce. Powyższe ćwiczenia mają za zadanie przede wszystkim

wpływać na globalny rozwój mowy wszystkich uczniów, aby była ona dźwiękowo czystsza i wyrazistsza. Mają wzbogacać słownictwo (Kozłowska, 1998, 38; Styczek, 1981, 418; Sękowska, 1998, 347), z którym dzieci upośledzone umysłowo, a zwłaszcza pochodzące z rodzin patologicznych mają szczególnie dużo problemów. W efekcie także sprzyjają i wspomagają pracę dydaktyczną, w zakresie czytania i pisania. W stosunku do dzieci z zaburzeniami mowy dodatkowo uwrażliwiają słuchowo na różnice w dźwiękach czystych brzmieniowo z otoczenia klasowego i emitowanych przez dzieci z wadami wymowy (Węsierska, 2000, 2).

Terapia logopedyczna dzieci upośledzonych umysłowo, pochodzących ze środowisk zaniedbanych musi uwzględniać dwa aspekty, bez których efekt terapeutyczny byłby nikły. Po pierwsze ćwiczenia logopedyczne winny być zmodyfikowane i oparte na sprawdzonych metodach oligofrenopedagogiki. Po drugie uwzględniać należy specyficzne warunki domowe uczniów z rodzin patologicznych, które w żaden sposób nie sprzyjają i nie wspomagają terapii prowadzonej w szkolnych gabinetach logopedycznych. Od pomysłowości terapeutów mowy zależą efekty w postaci możliwie najwyrazistszej wymowy ich wychowanków w dorosłym życiu (Michalak-Widera, 2001, 23-26).

Konieczność podejmowania oddziaływań logopedycznych od najwcześniejszego dzieciństwa zwłaszcza u dzieci charakteryzujących się nieharmonijnym rozwojem podkreślają wszyscy współcześni specjaliści tej dziedziny (Sękowska, 1995; Wyczesany, 1999; Kielin, 2000; Minczakiewicz, 1998a; Kozłowska, 1998). Mała liczba programów rozwijających mowę najmłodszych, zwłaszcza tych, którzy mają problemy wymawianiowe skłoniła do wypełnienia luki w tym zakresie. Długoletnia praktyka wynikła z wizyt logopedycznych rodziców z maluchami z zespołem Downa i prowadzenia terapii mowy w klasach początkowych w szkole specjalnej pozwoliły na opracowanie ramowego programu pracy z dziećmi najmłodszymi o specyficznych problemach w rozwoju mowy. Stanowi on mini-vademecum dla niedoświadczonych rodziców, którym nieobojętne są problemy rozwojowe własnych dzieci. Opiekunom często potrzeba potwierdzenia, że to, co robią jest dziecku niezbędne dla pełnego rozwoju, że stare sprawdzone piosenki, czy wiersze, na których wychowały się poprzednie pokolenia są aktualne i dziś (Michalak-Widera, Węsierska, 2001c, 3).

Pierwsze spotkania w gabinecie logopedycznym polegają na przekonywaniu rodziców, że różnego typu zabawy z maluchami pomogą rozwinąć ich mowę. Opinie, że do tej pory opiekunowie się jakoś bawili z dzieckiem, coś śpiewali i mówili, a efektów nie widać utrudniają prowadzenie terapii. Terapia logopedyczna z małymi dziećmi z upośledzeniem

umysłowym stanowi kontynuację tych poczynań, lecz w uporządkowanej formie. Pod kierownictwem logopedy terapia stymulująca rozwój mowy powinna być prowadzona w środowisku domowym. Systematyczność i cierpliwość rodziców winny zaprocentować w postaci późniejszych wypowiedzi dziecka (Styczek, 1981, 421; Mrugalska, 1988, 36-45). Podstawowe rady dla rodziców, bądź opiekunów to: sugestie oddziaływań globalnych zarówno na mowę, jak i na ogólny rozwój psychomotoryczny dziecka, potrzeba uruchamiania wszystkich zmysłów podczas prowadzonej terapii oraz uświadomienie rodzicom konieczności podjęcia kilkuletnich poczynań dla osiągnięcia efektu umiejętności werbalnej komunikacji dziecka z otoczeniem (Michalak-Widera, 2002; Nowak, 1993; Waszczuk, 1998, Minczakiewicz, 2001a).

Poza ogólnymi zaleceniami opiekunowie otrzymują konkretne zagadnienia, które realizować powinni w intencjonalnych oddziaływaniach w środowisku domowym. Są one dostosowywane do indywidualnych potrzeb dziecka. Uwzględniają one wszechstronny rozwój dziecka zarówno jego komunikację werbalną i pozawerbalną (Kaczmarek B. 2001), orientację przestrzenną oraz w schemacie własnego ciała, sprawność grafomotoryczną, a także ogólną sprawność ruchową (Minczakiewicz, 2001a, 27-31). Bazą wyjściową dla sporządzenia indywidualnego programu terapii są wywiady z opiekunami oraz ocena umiejętności samego malucha. Każde z kolejnych spotkań jest prezentacją przykładowych zajęć, które powinny być codziennie kontynuowane w domu, oczywiście w formie zabawy, ponieważ to jedyny skuteczny sposób dotarcia do małych dzieci (Gruszczyk-Kolczyńska, Zielińska, 1997, 177; Dyrner, 1983, 1-2).

Na ramowy program terapii stymulującej nabywanie mowy dziecka z upośledzeniem umysłowym składają się następujące zagadnienia:

- zabawy słuchowe,
- ćwiczenia usprawniające język i wargi (w graficznej formie),
- zabawy oddechowe,
- rytmiczne recytacje połączone z ruchem,
- zabawy paluszkowe,
- śpiew połączony z ruchem,
- zabawy dźwiękonaśladowcze,
- wiersze z onomatopiejami,
- rysowane wierszyki W. Szumanówny,
- wierszyki i piosenki do pokazywania,

- ćwiczenia utrwalające nazywanie kolorów,
- dziecięce wyliczanki,
- wyliczanki wprowadzające w świat liczb,
- proste zagadki dla najmłodszych,
- zabawy grafomotoryczne,
- ćwiczenia ruchowe,
- zabawy z literami (Sachajska, 1987; Gruszczyk-Kolczyńska, Zielińska, 1997; A. i F. Brauner, 1995; A. i J. Kielin, 2000; Minczakiewicz; 2001b; Emiluta-Roza, 1994).

Jednym z istotnych elementów, przygotowujących do mówienia są ćwiczenia narządów mownych (Emiluta-Roza, 1994, 49-53; Balejko, 1999, 139-155), tj. języka, warg, podniebienia miękkiego czy żuchwy. W standardowej terapii logopeda demonstruje ćwiczenia warg czy języka przed lustrem, a następnie poleca wykonywanie w domu spisanych na kartce propozycji. Zaleca trening, np. języka, gdy jest mało sprawny. Prosi, aby dziecko unosiło język w kierunku nosa, dotykało nim podniebienia, czy klaskało językiem (Kania, 2001, 331-346; Sachajska, 1987, 77-92; Franczyk, Krajewska, 2002, 48-51).

Metoda pokazu - powszechnie stosowana w pracy z dzieckiem o obniżonej normie intelektualnej - została wykorzystana do opracowania ćwiczeń usprawniania narządów mowy w łatwej w odbiorze, graficznej formie (Michalak-Widera 1998). O kolejności ćwiczeń powinny decydować same dzieci. Najważniejsze jest to, aby ćwiczenia sprawiły radość, były świetną zabawą, a nie nudnym obowiązkiem. Ćwiczenia powinny być wplecione w zabawę z dzieckiem zgodnie z pedagogiczną zasadą nauki przez przeżywanie (Zaczyński, 1990, 49).

Właściwe oddychanie i wyrabianie prawidłowej fonacji jest często przez dorosłych zaniebywane. Rodzice nie doceniają znaczenia, tzw. ćwiczeń w dmuchaniu powietrza. Konieczne jest uświadomienie celowości podejmowania takich działań, np. dmuchania na płomień świecy, przedmuchiwanie papierowych okręzków w misce z wodą, dla przyszłego prototypowego, tj. najlepszego artykułowania dźwięków. Zaproponowany zestaw zabaw oddechowych zawiera wiele różnorodnych propozycji. Podzielony został z uwzględnieniem potrzeby indywidualnej zabawy w domu, jak i pracy w zespole, np. w przedszkolnej grupie integracyjnej. Cennym uzupełnieniem spisanych różnorodnych pomysłów ćwiczeń oddechowych jest pozycja E. Morkowskiej, której graficzna forma ułatwia i umila terapię (Morkowska, 1998).

Propozycje rytmicznych recytacji połączonych z ruchem, zabaw paluszkowych, piosenek i wierszy do pokazywania a także zabaw ruchowych ze śpiewem to również znakomite ćwiczenia językowe wprowadzające dziecko w świat słowa, melodii i rytmu. Te właśnie propozycje budzą najwięcej kontrowersji. Opiekunowie nie dostrzegają, jak ważnym elementem kontaktu z dzieckiem jest śpiew, kołysanie czy zabawa paluszkowa. Ważne jest to nie tylko z punktu widzenia rozwoju mowy, ale i sfery emocjonalnej dziecka (Minczakiewicz, 2001a, 27-32; Rączka, 2000, 166-168; Olechnowicz, 1988, 59-60).

Sporą część propozycji programowych zajmują ilustracje zwierząt i przedmiotów codziennego użytku z towarzyszącymi im odgłosami. Onomatopeje służą do zabaw w naśladowanie, podczas których dziecko, bawiąc się, utrwała wiele głosek, zbitek głoskowych czy sylab (Sachajska, 1992, 159-172; Pisarkowa, 1988, 23). Nie można zapominać, że to przecież wyrazy dźwiękonaśladowcze są podstawą pierwszych dialogów maluchów z dorosłymi. Podczas wizyt w gabinecie logopedycznym rodzice otrzymują szeroką gamę wierszyków, w których występują onomatopeje. Częste powtarzanie wybranej rymowanki w domu prowadzi w końcu do współuczestnictwa malucha w recytacji, który wypowiada jako pierwsze właśnie wyrazy dźwiękonaśladowcze. Wiersze z onomatopiejami i wszelkie zabawy z rymami sprzyjają szybszemu zapamiętywaniu tekstów słownych, jak również wyzwalają w dziecku w naturalny sposób chęć do wymawiania chociażby ostatnich sylab lub wyrazów dźwiękonaśladowczych recytowanego tekstu. Oswajają one także z akcentem, rytmem i melodią, a więc prozodycznymi elementami języka, które nie mogą być zaniebdywane w kompleksowej terapii mowy (Sachajska, 1987, 51; Styczek, 1981, 135).

Zaczerpnięte z książki W. Szumanówny (1997) *Rysowane wierszyki* są uzupełnieniem idei dydaktycznych kierowanych do dzieci specjalnej troski poprzez uruchamianie kilku zmysłów równocześnie (Minczakiewicz, 2001a, 37; Franczyk, Krajewska, 2002, 33). Dorosły recytuje tekst rymowany, ilustrując go prostymi rysunkami. Na oczach dziecka powstaje obraz odzwierciedlający wypowiedane słowa. Maluch zachęcany jest w ten sposób nie tylko do skupienia uwagi na tekście słownym, ale i na desygnatach. Zabawy w rysowanie wierszyków rozwijają także wyobraźnię dziecka i uczą abstrahowania.

Zapamiętanie abstrakcyjnych nazw kolorów przysparza dzieciom z upośledzeniem umysłowym wielu problemów. Odniesienie ich do konkretnych przedmiotów w otoczeniu sprzyja pamięciowemu opanowaniu nazw. Rodzicom poleca się wybranie jednego koloru, przeniesienie go na duży arkusz papieru w postaci symbolicznego rysunku w danym kolorze, np. czerwonego serca dla koloru czerwonego. Częste odnoszenie się do symbolu -

O! Sukienka czerwona jak serce -, itp. pomaga w zapamiętaniu koloru (Gruszczyk-Kolczyńska, Zielińska, 2000,41; Hołyńska, 1978, 20).

W zaproponowanej grupie wyliczanek, szczególnie lubianych przez dzieci, znalazły się również wyliczanki matematyczne, które łagodnie wprowadzają malca w świat liczb (Gruszczyk-Kolczyńska, Zielińska, 1997). Przypominają one o potrzebie nazywania i desygnowania równie abstrakcyjnych, jak kolory nazw cyfr. Podobnie traktowane są litery i odpowiadające im głoski. Dziecko zapoznaje się z graficznym obrazem głosek, zaczynając od samogłosek, kończąc na spółgłoskach (w kolejności uwzględniającej okresy rozwoju mowy). Przykładowa karta głoski [a] zawiera małą i dużą drukowaną i pisaną literę oraz podpisane znane dziecku ilustracje rozpoczynające się tą samą głoską (Grzelachowska, 1993; Sawa, 1990; Rocławski, 1986).

W zaproponowanym programie terapeutycznym znalazło się miejsce na tzw. orientacyjną listę lektur, zawierającą jedynie wybrane tytuły dostępnej na rynku literatury dziecięcej. Intencją było przekazanie opiekunom komunikatu *Czytaj, czytaj i nade wszystko czytaj dziecku*. Wyrobienie nawyku czytania dzieciom sprzyja oswajaniu z książką, a przyszłości samodzielnego sięgania po dzieła literackie. Rodzicom maluchów zaleca się także kupowanie nadmuchiwanym, plastikowym, bądź tekturowym książeczek. Czytanie maluchom literatury dziecięcej pomaga rozwijać wyobraźnię, uczy uogólniania pojęć, ćwiczy pamięć, a co najistotniejsze sprzyjają mówieniu i wzbogacają słownictwo dziecka (Trawińska, 1988, 87).

Przedstawione powyżej elementy programu rozwijającego mowę dzieci, u których przebiega on nieharmonijnie zawierają wiele aspektów wykraczających poza czystą werbalizację. Ponieważ potwierdza się reguła, że dobrze rozwija się ten, kto się w pełni rozwija, w propozycjach oddziaływań terapeutycznych znalazły się również pomysły różnorodnych zabaw ruchowych (Vopel, 1999, 5; Franczyk, Krajewska, 2002, 142) i grafomotorycznych (Tymichova, 1994, 5-64; Bogdanowicz, 1991, 1-4). Pierwsze sprzyjają rozwojowi mowy w ogóle, a drugie szczególnie przygotowują do nauki czytania i pisania.

Wszystkie dzieci, bez wyjątku, od pierwszych chwil po urodzeniu wymagają poza zabiegami pielęgnacyjnymi także werbalnych kontaktów z otoczeniem. Jeżeli czasem zdarzają się rodzice zaniedbujący pierwszy element, to niestety do nagminnych należą przypadki zaniedbywania jakże istotnego aspektu rozwoju, którym jest rozwój mowy.

Zaprezentowany program terapii stymulującej nabywanie mowy przez dzieci z upośledzeniem umysłowym służyć powinien wszystkim zarówno prawidłowo rozwijającym się maluchom, jak i pozostałym, którym mówienie sprawia trudność. Oczywiście mimo starań

nie zawiera on całego niezbędnego kompendium propozycji w tym zakresie, ale powinien sprzyjać twórczemu spojrzeniu na zagadnienie intencjonalnego oddziaływania na rozwój mowy dziecka (Minczakiewicz, 1997, 37; Waszczuk, 1998, 8).

Uogólniając zagadnienie specyfiki prowadzenia postępowania logopedycznego w przypadku dzieci z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim, w terapii logopedycznej należy uwzględnić następujące elementy:

- globalnie oddziaływać na zaburzone funkcje, które bezpośrednio lub pośrednio biorą udział w mowie;
- terapię podejmować zdecydowanie wcześniej, niż ma to miejsce w standardowym postępowaniu u dzieci u normie intelektualnej;
- liczyć się z potrzebą długotrwałego czasowo oddziaływania logopedycznego;
- pozyskiwać do współpracy rodziców dzieci z problemami w mówieniu, ewentualnie wykorzystywać techniki pozwalające na niemalże samodzielne powtarzanie ćwiczeń przez uczniów;
- w pracy terapeutycznej wykorzystywać elementy zabawy, form teatralnych, gestu oraz mimiki;
- materiał przeznaczony do utrwalenia przedstawiać w postaci krótkich rymowanych tekstów, z uwzględnieniem graficznej, rysunkowej formy;

Postępowanie logopedyczne z dziećmi z obniżoną sprawnością umysłowym wymaga od logopedy zdecydowanie bardziej twórczego podejście do zajęć i większej cierpliwości, zanim uzyska on czystą brzmieniowo postać wymowy głosek, niż ma to miejsce w stosunku do dzieci z normą intelektualną (Styczek, 1981, 421; Kozłowska, 1998, 39). Kreatywność w oddziaływaniach z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie przynosi logopedzie korzyści w szybszym uzyskaniu pozytywnych efektów oddziaływania. Oczywiście na miarę możliwości osoby poddanej terapii. Dzieciom lub młodzieży z upośledzeniem daje zaś radość ze wspólnych spotkań z terapeutą mowy.

Bibliografia

1. Balejko A., 1993, *Dyslalia: etiologia, diagnoza* [w:] *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*, (red.), T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zaleski, Lublin, s. 93-100.
2. Balejko A., 1999, *Jak pokonać trudności w mówieniu czytaniu i pisaniu*, Białystok.

3. Baran J., 1996, *Terapia zabawą, czyli usprawnianie psychoruchowe dziecka z zespołem mózgowego porażenia dziecięcego*. Podręcznik, Warszawa.
4. Bielak U., 1998, *Prawa dzieci niepełnosprawnych i rodzin je wychowujących*. [w:] *Pedagogika specjalna*, (red.), W. Dykcik, Poznań, s. 395 – 410.
5. Bieniada-Krakiewicz T., 1995, *Rewalidacja upośledzonych umysłowo*. [w:] *Maria Grzegorzewska pedagog w służbie dzieci niepełnosprawnych*, (red.), E. Żabczyńska, Warszawa, s. 149-169.
6. Błęszyński J., 2001, *System kształcenia specjalnego na przełomie wieków*. [w:] *Nauczanie i wychowanie osób lekko upośledzonych umysłowo*, (red.), Cz. Kosakowski, Toruń, s. 17–30.
7. Bogdanowicz M., 1985, *Psychologia kliniczna dziecka w wieku przedszkolnym*, Warszawa.
8. Bogdanowicz M., 1991, *Ćwiczenia Hany Tymichowej usprawniające technikę rysowania i pisanie*, Gdańsk.
9. Borowski R., 1999, *Wybrane zagadnienia z pedagogiki rewalidacyjnej*, Warszawa.
10. Brauner A. i F., 1995, *Postępowanie wychowawcze w upośledzeniu umysłowym*, Warszawa.
11. Carr J., 1984, *Pomoc dziecku upośledzonemu*, Warszawa.
12. Cunningham C., 1994, *Dzieci z zespołem Downa. Poradnik dla rodziców*, Warszawa.
13. Cybulska E., 1997, *Problematyka upośledzeń sprzężonych*, [w:] *Wybrane zagadnienia z pedagogiki specjalnej*, (red.), E. Tomasik, Warszawa, s. 49 – 67.
14. Debnarova A., Ucen I., 1988, *Niektóre špecyfika vyvinu verbalneho ucenia a verbalnych struktur mentalne retardovanych deti skolskeho veku*. [w:] *Interpersonalna komunikacia a jej poruchy*, (red.), J Balaz, Bratislava, s. 159 – 161.
15. Demel G., 1994, *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*, Warszawa.
16. Domarecka – Malinowska E., 1997, *Rodzina dziecka niepełnosprawnego*, [w:] *Wybrane zagadnienia z pedagogiki specjalnej*, (red.), E. Tomasik, Warszawa, s. 68 – 80.
17. Doroszevska J., 1981, *Pedagogika specjalna*, t. I, II Wrocław.
18. Dybwad G., 1966, *Dynamika rozwoju w niedorozwoju umysłowym. Materiały informacyjno – dydaktyczne*, Warszawa.
19. Dykcik W., 1998: *Wprowadzenie w przedmiot pedagogiki specjalnej jako nauki*. [w:] *Pedagogika specjalna*, (red.), W. Dykcik, Poznań, s. 13 – 56.
20. Dyner J., 1983, *Zabawy tematyczne dzieci w domu i w przedszkolu*, Warszawa.

21. Emiluta-Rozya D., 1994, *Wspomaganie rozwoju mowy dzieci w wieku przedszkolnym*, Warszawa.
22. Fawcus M., 1971, *Zaburzenia mowy w niedorozwoju umysłowym i ich leczenie*. [w:] *Upośledzenie umysłowe. Nowe poglądy*, (red.), A. M. Clarke, A. D. B. Clarke, Warszawa, s. 427 – 457.
23. Flemming I., 1999, *Po prostu zaczynamy. Praktyczne porady z zakresu pedagogiki zabawy*, Katowice.
24. Franczyk A., Krajewska K., 2002, *Program psychostymulacji dzieci w wieku przedszkolnym z deficytami i zaburzeniami rozwoju*, Kraków.
25. Gałkowski T., 1979, *Dzieci specjalnej troski*, Warszawa.
26. Gasik W., 1997, *Sytuacja osób niepełnosprawnych w polskich unormowaniach prawnych*. [w:] *Wybrane zagadnienia z pedagogiki specjalnej*, (red.), E. Tomasiak, Warszawa, s. 24 – 37.
27. Góral-Półrola J., Zakrzewska S., 1995, *Chcę mówić poprawnie*, Kielce.
28. Grabias S., 1996, *Typologie zaburzeń mowy. Narastanie refleksji logopedycznej*. [w:] *Logopedia* nr 23, s. 79 – 90.
29. Grabias S., 2000, *Mowa i jej zaburzenia*, [w:] *Logopedia* nr 28, Lublin, s. 7 - 36
30. Gruntkowski Z., 2001, *Gry i zabawy stymulujące rozwój myślenia i mowy*, [w:] *Stymulacja psychoruchowego rozwoju dzieci o obniżonej sprawności umysłowej*. (red.), W. i J. Pileccy, Kraków, s. 142 – 158.
31. Gruszczyk- Kolczyńska E., Zielińska E., 1997, *Edukacja matematyczna dzieci*, Warszawa.
32. Gruszczyk – Kolczyńska E., Zielińska E., 2000, *Wspomaganie rozwoju umysłowego trzylatków i dzieci starszych wolniej rozwijających się*, Warszawa.
33. Grzegorzewska M., 1964, *Pedagogika specjalna. Skrypt wykładów*, Warszawa.
34. Grzelachowska H., 1993, *Głoska a litera. Ćwiczenia dla dzieci z trudnościami w czytaniu i pisaniu*, Warszawa.
35. Gurba U., 1994, *Zeszyty logopedyczne 1*, Kraków.
36. Gurba U., Lisowska D., 1995, *Zeszyty logopedyczne 2*, Kraków.
37. Hemmerling W., 1984: *Zabawy w nauczaniu początkowym*, Warszawa.
38. Hołyńska B., 1978, *Zabawy rozwijające małe dziecko*, Warszawa.
39. Jastrzębowska G., Pelc-Pękala., 1999, *Diagnoza i terapia zaburzeń artykulacji*, [w:] *Logopedia pytania i odpowiedzi*, (red.), T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Opole, s. 727-753.

40. Kaczmarek B., 2001, *Poza językowe aspekty porozumiewania się*, [w:] *Komunikacja – mowa – język w diagnozie i terapii zaburzeń rozwoju u dzieci i młodzieży niepełnosprawnej*, (red.), E. M. Minczakiewicz, Kraków, s. 19-25.
41. Kania J. T., 2001, *Szkice logopedyczne*, Warszawa.
42. Kapuściak I., 1999, *Wpływ zaburzeń zachowania na poziom empatii dzieci upośledzonych umysłowo*. Maszynopis pracy dyplomowej WSP w Krakowie, Katowice.
43. Kielin J., 2000, *Komunikacja intencjonalna*, [w:] *Rozwój daje radość. Terapia dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim*, (red.), J. Kielin, Gdańsk, s. 35-41.
44. Kielin J., 2002, *Jak pracować z rodzicami dziecka upośledzonego*, Gdańsk.
45. Kielin A. , J., 2000, *Zestawy ćwiczeń*, [w:] *Rozwój daje radość. Terapia dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim*, (red.), J. Kielin, Gdańsk, s. 201-221.
46. Kirejczyk K., 1981, *Podstawy pedagogiki upośledzonych umysłowo*, [w:] *Upośledzenie umysłowe – Pedagogika*, (red.), K. Kirejczyk, Warszawa, s 142 – 179.
47. Komornicka E., 1999a, *Uczymy się poprawnie mówić sz, ż, cz, dż*, Warszawa.
48. Komornicka E., 1999b, *Uczymy się poprawnie mówić s, z, c, dz*, Warszawa.
49. Korzeniowski L., Pużyński S., (red.) 1986, *Encyklopedyczny słownik psychiatrii*, Warszawa.
50. Kosakowski Cz., 2001a, *Diagnoza pedagogiczna w pracy nauczyciela*, [w:] *Nauczanie i wychowanie osób lekko upośledzonych umysłowo*, (red.), Cz. Kosakowski, Toruń, s. 31-36.
51. Kosakowski Cz., 2001b, *Dziecko niepełnosprawne w kształceniu integracyjnym*, [w:] *Nauczanie i wychowanie osób lekko upośledzonych umysłowo*, (red.), Cz. Kosakowski, Toruń, s. 287-294.
52. Kostrzewski J., Szałański J., 1998, *Potrzeby i oczekiwania osób niepełnosprawnych i niedostosowanych społecznie w Polsce*, [w:] *Tożsamość polskiej pedagogiki specjalnej u progu XXI wieku*, Warszawa, s. 42-58.
53. Kostrzewski J., Wald I., 1981, *Podstawowe wiadomości o upośledzeniu umysłowym*. [w:] *Upośledzenie umysłowe – Pedagogika*, (red.), K. Kirejczyk, Warszawa, s. 52- 97
54. Kościelska M., 1995, *Oblicza upośledzenia*, Warszawa.
55. Kowalik S., 1989, *Upośledzenie umysłowe. Teoria i praktyka rehabilitacji*. Warszawa-Poznań.
56. Kozłowska K., 1998, *Wady wymowy możemy usunąć*, Kielce.

57. Kudłacik E., 2001, *Poziom funkcjonowania dzieci głębiej upośledzonych umysłowo w wieku przedszkolnym w zakresie porozumiewania się oraz umiejętności słuchowo językowych i wzrokowo – przestrzennych*, [w:] *Komunikacja – mowa – język w diagnozie i terapii zaburzeń rozwoju u dzieci i młodzieży niepełnosprawnej*, (red.), E. M. Minczakiewicz, Kraków, s. 40- 69.
58. Lee C., 1997, *Wzrastanie i rozwój dziecka*, Warszawa.
59. Lechowicz A., 1997, *Użytkownicy systemu komunikacji symbolicznej Bliss twarzą w twarz ze światem*, Warszawa.
60. Lechta V., 1990, *Dyslalia* [w:] *Logopedické repetytorium*, (red.), V. Lechta, Bratislava, s. 112-208.
61. Lipkowski O., 1979, *Pedagogika specjalna. Zarys*, Warszawa.
62. Łopatkowa M., 1992, *Pedagogika serca*, Warszawa.
63. Makowska A., 1992, *Istota zaburzeń mowy dzieci głębiej upośledzonych umysłowo*, [w:] *Scholasticus* nr 2, Wrocław- Lublin, s. 73-77.
64. Marcinkowska M., 1998, *Zabawa w procesie wychowania*, [w:] *Praca wychowawcza z dziećmi i młodzieżą*, (red.), M. Łobocki, Lublin, s. 67-74.
65. Maurer A., 1997, *Zabawy z rymami. Program kształtowania świadomości fonologicznej dla dzieci przedszkolnych i szkolnych*, Kraków.
66. Michalak-Widera I., 1998, *Śmieszne minki dla chłopczyka i dziewczynki*, Katowice.
67. Michalak-Widera I., 2001, *Specyfika pracy logopedy z uczniami upośledzonymi umysłowo w stopniu lekkim pochodzącymi ze środowisk zagrożonych niedostosowaniem społecznym*, [w:] *Możliwości pomocy i terapii dzieci z zaburzeniami mowy ze środowisk zagrożonych niedostosowaniem społecznym. Materiały szkoleniowe*, Katowice, s. 23-27.
68. Michalak- Widera I., 2002, *Mów do mnie dużo*, [w:] *Bardziej kochani* nr 1, Warszawa, s. 11-12.
69. Michalak-Widera I., Węsierska K., 2001a, *Szumiące wierszyki*, Katowice.
70. Michalak-Widera I., Węsierska K., 2001b, *Syczące wierszyki*, Katowice.
71. Michalak-Widera I., Węsierska K., 2001c, *Aby nasze dzieci mówiły pięknie. Program terapii stymulującej nabywanie mowy przez dzieci prawidłowo rozwijające się, jak i te, u których rozwój przebiega nieharmonijnie*, Katowice.
72. Michalak-Widera I., Węsierska K., 2002, *Gdy mowa dziecka opóźnia się...*, „Śląskie Wiadomości Logopedyczne” nr 3, Katowice, s. 17-18.

73. Michałowicz R., Chmielnik J., 1997, *Przyczyny mózgowego porażenia dziecięcego*, [w:] *Mózgowe porażenie dziecięce. Wskazówki dla rodziców*. Michałowicz R., Chmielnik J., Michałowska -Mrożek J. B., Mrożek K., Warszawa, s. 9-25.
74. Mierzejewska H., Emiluta-Rozya D., 2000, *Projekt zestawienia form zaburzeń mowy*, „Logopedia” nr 28, Lublin s. 37-48.
75. Minczakiewicz E. M., 1993a, *Zaburzenia mowy u osób z upośledzeniem umysłowym*, „Scholasticus” nr 1, Wrocław-Lublin, s. 57-63.
76. Minczakiewicz E. M. 1993 b, *Zaburzenia mowy i ich odbicie w piśmie uczniów młodszych klas szkoły specjalnej dla lekko upośledzonych umysłowo*, „Logopedia” nr 20 , Lublin s. 113-119.
77. Minczakiewicz E. M., 1993c, *Zaburzenia mowy u upośledzonych umysłowo*, [w:] *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*, (red.), T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zaleski, Lublin, s. 193- 202.
78. Minczakiewicz E. M. 1994, *Rozwój języka mówionego uczniów młodszych klas szkoły specjalnej dla lekko upośledzonych umysłowo w toku zamierzonych oddziaływań stymulacyjnych*, „Logopedia” nr 21, Lublin, s. 37-46.
79. Minczakiewicz E. M.,1997, *Mowa- rozwój- zaburzenia-terapia*, Kraków.
80. Minczakiewicz E. M.,1998a, *Miejsce zabawy w terapii logopedycznej i rewalidacji dzieci głębiej upośledzonych umysłowo*, „Szkoła Specjalna” nr 4, Warszawa, s. 259-268.
81. Minczakiewicz E. M.,1998b, *Inspiratywna rola zabawy w diagnozie i terapii logopedycznej dzieci głębiej upośledzonych umysłowo*, [w:] *Logopedia jako nauka interdyscyplinarna – teoretyczna i stosowana*, (red.), I. Nowakowska-Kempna, Katowice, s. 212 - 222.
82. Minczakiewicz E. M.,1999, *Zabawa w diagnozie i terapii logopedycznej dzieci głębiej upośledzonych umysłowo*, „Logopedia” nr 26, Lublin, s. 105- 117.
83. Minczakiewicz E. M., 2001a, *Edukacyjny i pragmatyczny aspekt rozwoju komunikacji u dzieci ze sprzężonymi zaburzeniami rozwoju*, [w:] *Komunikacja – mowa – język w diagnozie i terapii zaburzeń rozwoju u dzieci i młodzieży niepełnosprawnej*, (red.) E. M. Minczakiewicz, Kraków, s. 26-39.
84. Minczakiewicz E. M., 2001b, *Jak pomóc w rozwoju dziecka z zespołem Downa, Poradnik dla rodziców i wychowawców*, Kraków.
85. Morkowska E., 1998, *Ćwiczenia logopedyczne dla dzieci*, cz. 1, 2, 3, Warszawa.

86. Mrugalska K., 1988, *Czy rodzice i profesjonaliści mogą być sojusznikami*, [w:] U źródeł rozwoju dziecka. O wspomaganiu rozwoju prawidłowego i zakłóconego, (red.), H. Olechnowicz, Warszawa, s. 36-45.
87. Nartowska H., 1980, *Opóźnienia i dysharmonie rozwoju dziecka*, Warszawa.
88. Nowak J., 1993, *Piosenka w usprawnianiu wymowy dzieci z trudnościami w uczeniu się*, Bydgoszcz.
89. Nowak J., 1997, *Wybrane problemy logopedyczne*, Bydgoszcz.
90. Nurowski E., 1991, *Pedagogika specjalna w szkolnictwie powszechnym*, Warszawa.
91. Nydrova M., 1988, *Moznosti vyuziti dramaticke vychovy u deti mentalne retardovanych ve veku 5 az 8 let*, [w:] Interpersonalna komunikacia a jej poruchy, (red.), J Balaz, Bratislava, s. 262-265.
92. Obuchowska I., 1991, *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Warszawa.
93. Okoń W., 1981, *Słownik pedagogiczny*, Warszawa.
94. Olechnowicz H., 1988, *O elementarnym kształceniu najmłodszych dzieci*, [w:] U źródeł rozwoju dziecka. O wspomaganiu rozwoju prawidłowego i zakłóconego, (red.), H. Olechnowicz, Warszawa s. 46-63.
95. Pańczyk J., 1998, *Pedagogika specjalna w Polsce u progu XXI wieku*, [w:] Pedagogika specjalna, (red.), W. Dykcik, Poznań, s. 85 – 102.
96. Pasternak E., 1994, *Materiały z metodyki kształcenia upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim w szkole specjalnej*, Lublin.
97. Pasternak E., 1998, *Praca wychowawcza z uczniem upośledzonym umysłowo w stopniu lekkim*, [w:] Praca wychowawcza z dziećmi i młodzieżą (red.), M. Łobocki, Lublin, s.161-167.
98. Pilecka W., 2001, *Psychoruchowy rozwój dzieci o obniżonej sprawności umysłowej*, [w:] Stymulacja psychoruchowego rozwoju dzieci o obniżonej sprawności umysłowej, (red.), W. i J. Pileccy, Kraków, s. 9-15.
99. Pisarkowa K., 1988, *Wyliczanki polskie*, Wrocław.
100. Piszczek M., 1997, *Terapia zabawą. Terapia przez sztukę*, Warszawa.
101. Polkowska I., 1986, *Praca rewalidacyjna z dziećmi upośledzonymi umysłowo w szkole życia*, Warszawa.
102. Przetacznikowa M., 1978, *Podstawy rozwoju psychicznego dzieci i młodzieży*, Warszawa.

103. Rakowska A., 1986, *Stopień opanowania języka przez dzieci lekko upośledzone umysłowo uczęszczające do niższych klas szkoły specjalnej*, [w:] Człowiek niepełnosprawny w społeczeństwie, (red.), A. Hulek, Warszawa, s. 267 – 271.
104. Rączka G., 2000: *Zajęcia muzyczno – rytmiczne*, [w:] *Rozwój daje radość. Terapia dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim*, (red.) J. Kielin, Gdańsk, s.166-174.
105. Rocławski B., 1986, *Poradnik fonetyczny dla nauczycieli*, Warszawa.
106. Sachajska E., 1987, *Uczymy się poprawnej wymowy*, Warszawa.
107. Sachajska E., 1992, *Wykorzystanie wyrazów dźwiękonaśladowczych w pracy logopedy z dziećmi*, „Biuletyn Audiofonologiczny” t. IV, nr 1, s. 159-172.
108. Sachajska E., 1993: *Metoda komunikacji symbolicznej „Bliss”* [w:] *Usprawnianie mowy u dzieci specjalnej troski. Metodyka postępowania*, (red.) A. Sołtys-Chmielowicz G. Tkaczyk, Lublin, s. 71-80.
109. Sawa B., 1990, *Dzieci z zaburzeniami mowy*, Warszawa.
110. Sękowska Z., 1985, *Pedagogika specjalna. Zarys*, Warszawa.
111. Sękowska Z., 1998, *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*, Warszawa.
112. Sillamy N., 1998, *Słownik psychologii*. Katowice.
113. Siwek H., 1992, *Możliwości matematyczne uczniów szkoły specjalnej*, Warszawa.
114. Skorek E.M. 2001, *Z logopedią na ty. Podręczny słownik logopedyczny*, Kraków.
115. Sowa J.,1997, *Pedagogika specjalna w zarysie*, Rzeszów.
116. Spionek H., 1981, *Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne*, Warszawa.
117. Stecko E., 1996: *Zaburzenia mowy dzieci – wczesne rozpoznawanie i postępowanie logopedyczne*, Warszawa.
118. Styczek I.,1981, *Logopedia*, Warszawa.
119. Surowaniec J., 1996, *Logopedyczny słownik terminologii diagnostycznej*, Kraków.
120. Szuniewicz A., 1967, *Próba badań wad wymowy dzieci upośledzonych umysłowo w warszawskich szkołach specjalnych*, „Logopedia” nr 7, Lublin, s. 112-118.
121. Tarkowski Z., 1999, *Zaburzenia mowy dzieci upośledzonych umysłowo*, [w:] *Logopedia pytania i odpowiedzi*, (red.), T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Opole, s. 489 – 495.
122. Tkaczyk G., 1997, *Metodyka nauczania i wychowania początkowego w szkole specjalnej*, Lublin.

123. Tkaczyk G., 2001a, *Kształcenie lekko upośledzonych umysłowo*, [w:] Nauczanie i wychowanie osób lekko upośledzonych umysłowo, (red.), Cz. Kosakowski, Toruń, s.45 – 50.
124. Tkaczyk G., 2001b, *Kształcenie myślenia dzieci w kontekście konwencjonalnych oddziaływań rewalidacyjnych*, [w:] Nauczanie i wychowanie osób lekko upośledzonych umysłowo, (red.), Cz. Kosakowski, Toruń, s.63-68.
125. Tomasik E., 1997, *Przegląd współczesnych problemów pedagogiki specjalnej*, [w:] *Wybrane zagadnienia z pedagogiki specjalnej*, (red.), E. Tomasik, Warszawa, s. 7- 12.
126. Trawińska H., 1988, *Zabawy rozwijające dla małych dzieci*, Warszawa.
127. Tymichova H., 1994, *Ćwiczenia rozwijające sprawność ruchową ręki i koordynację wzrokowo-ruchową*, Gdańsk.
128. Wald I., 1978, *Słowo wprowadzające*, [w:] O integrację społeczną młodocianych i dorosłych upośledzonych umysłowo, (red.) I. Wald, Warszawa, s. 3- 7.
129. Warrick A., 1999, *Porozumiewanie się bez słów*, Warszawa.
130. Waszczuk H., 1998, *Poradnik logopedyczny dla rodziców dzieci z zespołem Downa*, Gdańsk.
131. Węsierska K., 2000, *Stymulowanie rozwoju językowego dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym poprzez organizowanie zabaw, gier i ćwiczeń ortofonicznych*. Maszynopis, Katowice.
132. Włodarski Z., 1986, *Psychologia nauczania*, [w:] Psychologia wychowawcza, (red.) M. Przetacznikowa, Z. Włodarski, Warszawa, s. 268-275.
133. Wolska J., 1999, *A my bawimy się w teatr*, „Logopedia” nr 26, Lublin, s. 233-237.
134. Wójtowiczowa J., 1997, *O wychowaniu językowym*, Warszawa.
135. Wyczęsany J., 1998a, *Oligofrenopedagogika. Wybrane zagadnienia pedagogiki upośledzonych umysłowo*, Kraków.
136. Wyczęsany J., 1998b, *Pedagogika osób z lekkim upośledzeniem umysłowym*, [w:] Pedagogika specjalna, (red.), W. Dykcik, Poznań, s. 119-130.
137. Wyczęsany J., 1999, *Pedagogika upośledzonych umysłowo. Wybrane zagadnienia*, Kraków.
138. Zabłocki K. J., 1998, *Mózgowe porażenie dziecięce w teorii i praktyce*, Warszawa.
139. Zaczyński W. P., 1990, *Uczenie się przez przeżywanie*. Warszawa.
140. Zaleski T., 1992, *Opóźniony rozwój mowy*, Warszawa.

141. Żabczyńska E., 1995, *Podstawowe założenia pedagogiki specjalnej* [w:] Maria Grzegorzewska pedagog w służbie dzieci niepełnosprawnych, (red.) E. Żabczyńska, Warszawa, s. 88-104.