

Agnieszka Wilk

WSPIERANIE ROZWOJU KOMUNIKACJI JĘZYKOWEJ DZIECKA Z GŁĘBOKIMI ZABURZENIAMI W ROZWOJU. WYBRANE METODY PRACY Z MAŁYM DZIECKIEM Z AUTYZMEM W TERAPII NEUROLOGOPEDYCZNEJ – ANALIZA INDYWIDUALNEGO PRZYPADKU

WPROWADZENIE

Wykorzystywanie mowy dźwiękowej w procesie komunikacji jest wyjątkową umiejętnością właściwą człowiekowi, która pomaga mu rozwijać się we wszystkich sferach aktywności psychomotorycznej i społeczno-emocjonalnej. Dzięki mowie tworzymy sobie oraz mamy wpływ na najbliższe otoczenie. Mowa werbalna determinuje dążenie do niezależnego funkcjonowania. Problemy w sferze komunikacji werbalnej negatywnie wpływają na ogólny rozwój człowieka, dlatego też dzieci ze złożoną niepełnosprawnością, nieporozumiewające się werbalnie, potrzebują wyjątkowej uwagi i wsparcia oraz odmiennych, dostosowanych do indywidualnych możliwości i potrzeb metod komunikacji. Głęboka dysfunkcyjność dziecka powinna wyzwolić w terapii potrzebę poszukiwania oraz wręcz eksperymentalnego łączenia wielu metod stymulujących jego rozwój – zawsze w ścisłej współpracy z jego najbliższymi. Przekazywanie opiekunom dziecka wiedzy merytorycznej oraz włączanie ich do udziału w terapii pomaga bowiem lepiej zrozumieć możliwości i potrzeby dziecka głęboko dysfunkcyjnego, a także stworzyć optymalne warunki rozwoju psychomotorycznego, w tym również komunikacji. W przypadku dzieci autystycznych, niewerbalnych, z uszkodzeniami centralnego układu nerwowego zazwyczaj należy zastosować wspomagające i alternatywne metody komu-

nikacji – AAC¹. Gwarantują one skuteczność oddziaływań terapeutycznych, gdy zawodzą metody tradycyjne².

PRZEDMIOT I CEL BADAŃ

Przedmiotem przeprowadzonych badań było poznanie zależności pomiędzy zastosowanymi w terapii nerologopedycznej metodami pracy a zmianami w psychoruchowym rozwoju siedmioletniego chłopca z głębokimi zaburzeniami rozwojowymi. Natomiast celem jest pozyskanie informacji, które pozwolą ustalić, czy istnieje zależność pomiędzy wybranymi metodami zastosowanymi w procesie terapeutycznym a ich wpływem na rozwój kompetencji komunikacyjnej małego dziecka z autyzmem.

WYBÓR STRATEGII PRACY I PROWADZENIE DOKUMENTACJI

Podczas diagnozy kroczącej, wpisującej się w cały proces terapii, zastosowano różne sposoby zbierania danych o sposobie funkcjonowania dziecka na przestrzeni siedmiu lat, m.in. przeprowadzono analizę dokumentacji medycznej oraz innej specjalistycznej prowadzonej przez wszystkie inne osoby pracujące z dzieckiem. Podczas wywiadu z matką dziecka, jego wnikliwej obserwacji i bezpośredniej z nim pracy, zastosowano *Karty obserwacyjne poszczególnych skal* Jacka Kielina³, *Profil Psychoedukacyjny*⁴, a także *Kwestionariusz do badania umiejętności komunikacyjnych u dzieci z głębszą niepełnosprawnością intelektualną* w opracowaniu E.M. Minczakiewicz⁵. Wszystkie spostrzeżenia dotyczące aktualnej aktywności dziecka były skrupulatnie odnotowywane w dzienniku terapii. Za zgodą rodziców rejestrowano w formie video poszczególne sesje

¹ AAC – ang. *Augmentative and Alternative Communication* – komunikacja alternatywna i wspomagająca. Komunikacja alternatywna to proces przyswajania zastępczych sposobów dla zapewnienia substytutu braku mowy dźwiękowej, natomiast komunikacja wspomagająca to proces wspomagania zdolności mówienia.

² Zob. J.J. Błęszyński, *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, Kraków 2006, s. 16.

³ Zob. *Rozwój daje radość. Terapia dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim*, red. J. Kielin, Gdańsk 2000.

⁴ Zob. E. Schopler et al., *Profil Psychoedukacyjny PEP-R*, przeł. A. Witkowska, Gdańsk 1995.

⁵ Zob. E.M. Minczakiewicz, B. Grzyb, Ł. Gajewski, *Elementarz dla rodziców. Dziecko ryzyka a wychowanie*, Kraków 2003, s. 216.

terapeutyczne, co pozwoliło na śledzenie postępów rozwojowych dziecka, właściwą ocenę zachowań trudnych oraz planowanie kolejnych zadań.

WYWIAD LOGOPEDY Z MATKĄ DZIECKA

Historia życia obecnie siedmioletniego Nikodema jest bardzo trudna z uwagi na jego poważne problemy ze zdrowiem, począwszy od chwili narodzin.

Nikodem jest dzieckiem z drugiej ciąży, która przebiegała z problemami. Została rozwiązana poprzez wsparcie farmakologiczne oksycytyną. Nikodem w chwili urodzenia był małeńki (2300g), siny, miał problemy z oddychaniem, był bardzo zaśluzowany, w ogóle nie był zainteresowany piersią matki. Z uwagi na trudności z termoregulacją i saturacją Nikodem został umieszczony w inkubatorze na OITD⁶. Rozpoznano u niego zapalenie płuc. Był karmiony przez sondę, ponieważ nie potrafił ssać, ale również nie miał odruchu wymiotnego, kaszlu i polykania. Jego wiek określono na trzydziesty czwarty tydzień ciąży, a nie trzydziesty ósmy, w którym się urodził – wykazywał wiele cech wcześniaczych.

Po trzech tygodniach przewieziono Nikodema do Kliniki Patologii Noworodka GCZD⁷ w Katowicach, gdzie zrobiono mu wiele badań. Genetyczne nic nie wniosły, nadal nie było wiadomo, dlaczego cały czas zbiera się śluz w jego drogach oddechowych, nawracają infekcje oskrzeli. Rezonans magnetyczny i konsultacje w Klinice Ortodontycznej też nie wykazały przyczyny braku odruchów obronnych i polykania. Zauważono jedynie, że ma małą, cofniętą żuchwę i nisko osadzone uszka. Podejrzewano zespół nieruchomych rzęsek i tym tłumaczono wieczne zaśluzowanie dróg oddechowych. Wykluczono mukowiscydozę. W mózgu znaleziono mały wylew, który miał miejsce prawdopodobnie przy porodzie. Po miesiącu krwiak się wchłonął. Badanie rezonansu głowy wykazało słabą mielinizację istoty białej w mózgu.

Po trzech miesiącach hospitalizacji matka poprosiła o wypisanie dziecka ze szpitala na własną odpowiedzialność. Z różnymi niepotwierdzonymi hipotezami rodzice chłopca szukali pomocy u różnych specjalistów. W listopadzie 2006 roku zdecydowali się na wyjazd do kliniki pediatrycznej w Londynie. Wykonano tam Nikodemowi wiele badań, w tym badanie przewodzenia nerwowego, które potwierdziło, że są pewne nieprawidłowości w napięciu

⁶ OITD – Oddział Intensywnej Terapii Dziecięcej.

⁷ GCZD – Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II w Katowicach.

mięśniowym. Zrobiono wideo RTG z kontrastem, które wykazało, że nie domyka się nagłośnia podczas połykania i dlatego cały pokarm wpada do dróg oddechowych. W tej sytuacji kategorycznie zabroniono podawania dziecku jedzenia do buzi, ponieważ groziło to zakrztuszeniem i ciągłymi zachorowaniami na zachłystowe zapalenie oskrzeli. Zaproponowano założenie Nikodemowi zgłębnika/przetoki zwanej PEG, przez którą można karmić dziecko, bezpośrednio podając pokarm do żołądka bez używania sondy, jak to miało miejsce dotychczas. Wykonano również badania genetyczne, które wykazały, że cechy budowy i objawy funkcjonowania chłopca pasują do zespołu Worster-Drought⁸. Na trzynaście symptomów pokrywały się trzy: problemy z napięciem mięśniowym, problemy z połykaniem oraz mutacja genu 7. Polecono zaakceptowanie faktu, że być może Nikodem nigdy nie będzie normalnie jadł i rozwijał się.

Nikodemowi ciągle zbierał się śluz w drogach oddechowych i ciągle było słychać swoiste „charczenie” podczas oddychania. Prawdopodobnie powodem mogło być obniżone napięcie mięśni w krtani. Rodzice zostali zaopatrzeni w ssak dla bezpieczeństwa i odpowiedniej higieny syna. Dziecku wykonano badania Ig⁹ całkowitego z krwi. Okazało się, że jest silnie uczulony na wiele produktów. Do dnia dzisiejszego tylko matka dziecka przygotowuje i podaje mu posiłki.

Kiedy Nikodem miał osiemnaście miesięcy, podczas podawania mu mleka przez PEG'a zaczął domagać się włożenia mu strzykawki z zagęszczonym pokarmem do buzi. Fizycznie nie było widać wyraźnych objawów połykania, ale mleko nie wypływało mu z ust, więc musiało dostawać się do żołądka. Następnie przyszła pora na podawanie łyżeczką gęstych zup, co początkowo było trudne, ale z czasem i z tym dał sobie radę.

Rodziców nadal niepokoiła obecność cofniętej zuchwy. Konsultująca Nikodema pani profesor ortodonta stwierdziła, że na razie nie można przeprowadzić żadnego chirurgicznego zabiegu wysuwającym zuchwę. Nikodem został

⁸ Zespół Worster-Drought – wrodzony zespół rzekomoopuszkowy. Szerzej zob.: M. Mumenthaler, H. Mattle, *Neurologia*, przeł. S. Budrewicz et al., Wrocław 2001; L.P. Rowland, T.A. Pedley, *Neurologia Merritta*, przeł. J. Bojakowski et al., Wrocław 2008. Więcej informacji na temat Worster-Drought Syndrome Support Group (WDSSG) można znaleźć na stronie http://wdssg.org.uk/articles/wds_p5.pdf [dostęp: 4.06.2013].

⁹ Ig – immunoglobuliny. Inna nazwa to przeciwciała. Są to białka syntetyzowane u kręgowców po stymulacji antygenem. Pomagają w niszczeniu czynników zakaźnych. Można obecnie wyodrębnić pięć klas immunoglobulin: IgG, IgA, IgM, IgD i IgE. Szerzej zob. S. Bogusławski, *Mała encyklopedia medycyny*, Warszawa 1990.

objęty intensywną rehabilitacją trzy razy w tygodniu. Wymagał dużej uwagi ze strony opiekunów. W Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej umiejętności Nikodema zostały ocenione na poziomie półtorarocznego dziecka. Wydano mu orzeczenie o potrzebie nauczania specjalnego i wspomaganie rozwoju z uwagi na niedorozwój psychomotoryczny na poziomie umiarkowanym. Od sierpnia 2009 roku do chwili obecnej Nikodem uczęszcza do przedszkola integracyjnego. We wrześniu 2009 roku, mając trzy lata i trzy miesiące zaczął samodzielnie chodzić.

Oprócz realizowanego w przedszkolu programu wczesnego wspomaganie, Nikodem uczęszcza również na zajęcia rehabilitacyjne, na terapię czaszkowo-krzyżową i logopedyczną. Raz w miesiącu odbywa spotkania z psychologiem, oligofrenopedagogiem w przedszkolu. Od 2011 roku Nikodem uczęszcza na zajęcia biofeedback oraz zajęcia integracji sensoryczno-motorycznej.

Z miesiąca na miesiąc Nikodem uczy się nowych rzeczy, ale wciąż na drodze ma przeszkodę w postaci silnej alergii i małej, cofniętej żuchwy, która odpowiada za problemy z mową i jedzeniem. Wykonane w styczniu 2013 roku pomiary zdjęcia cefalometrycznego wskazują na zasadność wydłużenia żuchwy. W prywatnej klinice w Katowicach ortodonta zasugerował wykonanie zabiegu dystrykcji żuchwy, czyli wydłużania jej za pomocą rozciągnięcia i założenia specjalistycznego aparatu zewnętrznego, który każdego dnia będzie rozsuwał żuchwę o milimetr, a kość będzie się w tym miejscu odbudowywać. Noszenie takiego aparatu wymaga co najmniej dwumiesięcznego pobytu dziecka w szpitalu.

EPIKRYZA MEDYCZNA NIKODEMA

W okresie noworodkowym lekarze postawili następujące rozpoznania: niewydolność oddechowa, wrodzone zapalenie płuc, hipotrofia wewnątrzmaciczna, żółtaczka, niezgodność serologiczna w układzie AB0¹⁰, zaburzenia mózgowie noworodka, krwawienie dokomorowe I stopnia po stronie lewej, zaburzenia ośrodkowej koordynacji nerwowej, zespół uogólnionej reakcji zapalnej, zespół nieruchomych rzęsek, refluks żołądkowo-przełykowy, cechy dysmorfii twarzo-

¹⁰ AB0 – zakres podstawowych grup krwi. W krwinkach czerwonych mogą występować dwa antygeny (grupa krwi A i B) lub razem (grupa krwi AB), albo też może być ich brak (grupa krwi 0).

czaszki, zespół Worster-Drought współlistniejący z zespołem Foixa-Chavany-Marie'a¹¹.

OPINIA PSYCHOLOGICZNA (WIEK ŻYCIA DZIECKA: CZTERY LATA I JEDEN MIESIĄC)

Dziecko wykazuje opóźnienie rozwoju psychoruchowego w stopniu znacznym, związane z zaburzeniem mielinizacji ośrodkowego układu nerwowego (OUN) oraz niepełnosprawnością ruchową spowodowaną zaburzeniami koordynacji nerwowo-mięśniowej. Chłopiec chodzi niepewnie, nie biega, nie stoi na jednej nodze, nie chodzi na palcach, nie podnosi rąk do góry, nie rotuje tułowia, wykazuje asymetrię napięcia mięśniowego oraz **dysmorfie twarzowo-czaszkową** (zaburzenia budowy w obrębie twarzy i czaszki). Jest na etapie podnoszenia drobnych przedmiotów chwytem szczypcowym, zaczyna manipulować zabawkami. Szuka schowanych przedmiotów. Buduje wieżę z trzech klocków. Pracując metodą prób i błędów, umieszcza we właściwych otworach koło, kwadrat i trójkąt. Samodzielnie je łyżką. Pije z kubka podtrzymywanego przez opiekuna. Nadal nie utrzymuje kontaktu wzrokowego. Potrafi wskazać lub sięgać po interesujące go przedmioty. Reaguje na stanowczy zakaz. Opanował proste gesty grzecznościowe (podaje rękę na przywitaniu, robi „pa, pa” na pożegnanie). Nie naśladuje czynności. Jest dzieckiem niewerbalnym. Nie komunikuje się z otoczeniem. Wykazuje progres w zakresie umiejętności okazywania emocji: gestem i/lub ruchem całego ciała wyraża zainteresowanie lub niechęć.

¹¹ Zespół Foixa-Chavany-Marie'a – przedni obustronny zespół wieczkowy (ang. Foix-Chavany-Marie Syndrome, *opercular syndrome, facio-pharyngo-glossomasticatory diplegia*) – zespół objawów ze strony układu nerwowego o typie korowo-podkorowego porażenia nadjądrowego lub rzekomoopuszkowego. Opisano postaci przednią (czołową) i tylną (skroniowo-ciemiennią) zespołu wieczkowego, w zależności od lokalizacji uszkodzenia w wieczku. Na obraz kliniczny składają się porażenia nerwów, zaburzenia funkcji językowych i drgawki. Przedni zespół wieczkowy wyróżniają trudności w mówieniu (dysartria), żuciu pokarmu i połykaniu (dysfagia) oraz niekiedy niedowład mięśni twarzy, związane z apraksją mięśni ust, twarzy, gardła, żwaczy i języka (zaopatrywanych przez nerwy czaszkowe V, VII, IX, X i XII). Przyczyną zespołu mogą być obustronne wrodzone malformacje wieczka lub stany nabyte, takie jak obustronny udar w obszarze unaczynienia tętnicy środkowej mózgu lub neuroinfekcje. Zespół może być powikłaniem po dużych zabiegach neurochirurgicznych w tej okolicy. Postać wrodzona zespołu określana jest niekiedy jako zespół Worstera-Droughta. Przejściowy zespół wieczkowy (ang. *transient opercular syndrome*) może być objawem nierozpoznanej lub niedostatecznie kontrolowanej padaczki. Zespół opisali Charles Foix, Jean Alfred Mile Chavany i Julien Marie w 1926 roku. Szerzej zob. M. Mumenthaler, H. Mattle, op. cit.; L.P. Rowland, T.A. Pedley, op. cit.

OPINIA PSYCHOLOGICZNA (WIEK ŻYCIA DZIECKA: SZEŚĆ LAT)

Z powodu wystąpienia u dziecka zespołu wad mnogich, upośledzenia w stopniu umiarkowanym, globalnego opóźnienia rozwoju mowy biernej i czynnej, zaburzonego kontaktu interpersonalnego, licznych zaburzeń kompulsywnych i stereotypowych, chłopiec został objęty kształceniem specjalnym dla dzieci z upośledzeniem w stopniu umiarkowanym i znacznym w przedszkolu integracyjnym, programem wczesnego wspomagania rozwoju dziecka, rehabilitacją ruchową oraz terapią neurologopedyczną. Był konsultowany przez okres siedmiu miesięcy pod kątem autyzmu.

Zespół terapeutów zauważył w funkcjonowaniu chłopca wiele nieprawidłowości. W zakresie interakcji społecznych dziecko manifestowało zachowania, które wskazywały na zaburzenia w posługiwaniu się zachowaniami niewerbalnymi w regulowaniu kontaktów społecznych: amimiczność twarzy, brak czytelnych gestów i niosącej komunikat „mowy ciała”, nieumiejętność nawiązania kontaktu wzrokowego bądź bardzo przelotny kontakt wzrokowy tylko wówczas, gdy chłopiec sam tego chce. Nikodem często patrzy „przez” drugiego człowieka lub peryferycznie na przedmioty i ludzi. Nie potrafi adekwatnie do wieku nawiązywać relacji społecznych, nie interesuje się zabawkami (z wyjątkiem samochodów). Preferuje zabawę samotną o charakterze natrętnych powtórzeń (np. wchodzenie i schodzenie z materaca). Nie zaobserwowano zabaw „razem” (zabawy z elementem współdziałania oraz tworzenia relacji interpersonalnych), „na niby” (zabawa w udawanie kogoś lub czegoś), konstrukcyjnych, tematycznych, symbolicznych. Dziecko nie wykazuje potrzeby spontanicznego poszukiwania kontaktów z innymi ludźmi (oprócz najbliższych), nie manifestuje odwzajemnienia społeczno-emocjonalnego, nie obserwuje się u chłopca zachowań empatycznych. Nikodemowi brak kompetencji społecznych i komunikacyjnych oraz umiejętności modulacji zachowań w zależności od kontekstu sytuacyjnego, a także tzw. **zachowań alloplastycznych** (dziecko nie jest zdolne do zachowań zmierzających do poprawy własnego komfortu psychicznego i fizycznego).

W zakresie aktywności własnej dostrzeżone zostały następujące anomalie: ograniczone, powtarzające się, stereotypowe wzorce zainteresowań i zachowań; trzepotanie rączkami zgiętymi w łokciach; kompulsywne zainteresowanie i manipulacja pieluszką tetrową, służącą m.in. do wycierania ust; natrętne stawanie na głowie; kompulsywna potrzeba obserwacji wysokich drzew i słupów podczas spacerów; silnie utrwalony schematyzm w wielu zachowaniach

dnia codziennego oraz silny sprzeciw w sytuacji wprowadzenia zmiany, np. trasy przejazdu do przedszkola.

Do piątego roku życia Nikodem nie wykazywał komunikacji intencjonalnej. Obecnie w wieku sześciu lat chłopiec prezentuje głębokie zaburzenia recepcyjno-ekspresyjne w zakresie rozwoju mowy – nie wytworzył komunikacji wspomagającej. Zazwyczaj reaguje na proste polecenia typu: Daj! Weź! Pokaż! Rozumie proste polecenia, o ile są wypowiedziane w kontekście sytuacyjnym, ale ignoruje gesty z najbliższego otoczenia. Również w zakresie rozwoju uwagi i koncentracji dziecko manifestuje poważne zaburzenia. Nie podąża wzrokiem za osobą, nie śledzi czynności. Wydaje się, że postrzega otoczenie w sposób odbiegający od typowego, tj. prezentuje widzenie peryferyczne. Chłopiec wykazuje zaburzenia postrzegania głębi i przestrzeni, prezentuje znaczną przetrutność uwagi i bardzo słabą koncentrację.

Przedstawiona charakterystyka zachowań chłopca spełnia kryteria zaburzeń ze spektrum autyzmu. Trudno jednak jednoznacznie odnieść się do tej kwestii z uwagi na współwystępujące objawy wspomnianego wcześniej zespołu Worcester-Drought. A zatem cechy zachowań ze spektrum autyzmu mogą stanowić objaw wtórny do wspomnianego zespołu genetycznego, mogą też świadczyć o wystąpieniu autyzmu u dziecka z zespołem wad mnogich.

BADANIE NEUROLOGOPEDYCZNE

Nikodem na pierwszą wizytę przyjechał w towarzystwie rodziców i starszego brata. Miał wówczas trzy lata i dziesięć miesięcy. Przeprowadzając wywiad, logopeda pozyskał informacje o problemach w rozwoju psychomotorycznym chłopca oraz jego doświadczeniach wynikających z uczęszczania do przedszkola integracyjnego.

Podczas działań diagnostycznych i zajęć terapeutycznych przeprowadzono procedury, w wyniku których ustalono, że dziecko wykazuje:

- globalne opóźnienie rozwoju psychoruchowego oraz brak komunikacji werbalnej i niewerbalnej, przy występującej intencji komunikacyjnej,
- nieprawidłowości w budowie twarzoczaszki, objawy mikrognacji (niedorozwój żuchwy) ze znacznym cofnięciem żuchwy,
- znacznie wysklepione podniebienie twarde (tzw. podniebienie gotyckie),
- hipotonię (stan obniżonego napięcia mięśniowego) w obrębie mięśni twarzy, w tym szczególnie mięśni okrężnych warg i języka oraz amimiczność,
- oddychanie torem ustnym, brak umiejętności dmuchania i chuchania,

- dysfagię (zaburzenia połykania) oraz brak żucia; dziecko spożywa jedzenie zmiksowane, nie kontroluje połykania śliny,
- zaburzenia percepcji słuchowej,
- zaburzenia priopricepcji (czucie głębokie) oraz zmysłu dotyku,
- zaburzenia percepcji wzrokowej,
- zaburzenia prakcji (zdolność wykonywania złożonych ruchów celowych) w zakresie motoryki dużej, małej i oralnej,
- zaburzenia koordynacji funkcji percepcyjno-motorycznych,
- zaburzenia uwagi i koncentracji,
- trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji społecznych.

Nikodem z uwagi na całościowe zaburzenia rozwoju charakteryzujące się poważnymi trudnościami w komunikacji i kontaktach społecznych, nietypowym zachowaniem i słabością fizyczną wymagał intensywnej i systematycznej terapii neurologopedycznej.

TERAPIA NEUROLOGOPEDYCZNA

Terapia neurologopedyczna dziecka z niepełnosprawnością sprzężoną, z zaburzeniem mowy i komunikacji wymaga holistycznego podejścia, aby możliwe było wdrożenie go do pełnej stymulacji sensomotorycznej. Zwykle jest bardzo żmudna i długotrwała. Staje się wyzwaniem dla logopedy, dziecka i jego opiekunów. Wymaga kreatywności w poszukiwaniu skutecznych metod i form pracy oraz bacznej obserwacji nawet minimalnych postępów małego pacjenta.

Autorka artykułu swój warsztat pracy opiera na teorii neurobiologicznej, która zakłada neuroplastyczność w każdym wieku człowieka i daje ogromny wachlarz rozwiązań terapeutycznych zgodnych z jej zasadami¹².

Zastosowane określone metody terapeutyczne, a w nich techniki i narzędzia, w pierwszej kolejności mają służyć jak najszybszemu opanowywaniu zaburzonych lub niewykształconych prymarnych funkcji, a docelowo wspomagać rozwój komunikacji pozawerbalnej i werbalnej chłopca. Różnorodność oddziaływań daje szansę na progres we wszystkich sferach rozwoju psychomotorycznego dziecka, a jednocześnie uwzględnia jego indywidualne potrzeby i możliwości.

¹² Zob. J. Cieszyńska, M. Korendo, *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od noworodka do 6 roku życia*, Kraków 2007; M. Tomasello, *Kulturowe źródła ludzkiego poznawania*, przeł. J. Rączaszek, Warszawa 2002.

Z uwagi na szczególnie charakter zaburzeń rozwoju Nikodema, przed przystąpieniem do terapii postanowiono zaoferować intensywny blok instruktażowy jego mamie i wolontariuszce, która wspomaga rodziców w sprawowaniu opieki nad chłopcem. Wolontariuszka jest absolwentką studiów pedagogicznych, a zatem osobą, której bliskie są zagadnienia z zakresu edukacji i rehabilitacji osób z niepełnosprawnością intelektualną¹³.

Podczas pierwszych spotkań wyjaśniono opiekunom dziecka założenia terapeutyczne metod pracy stosowanych w różnych ośrodkach w Polsce i za granicą, których elementy logopeda postanowił włączyć do programu terapeutycznego Nikodema oraz sens ich łączenia z zachowaniem reguł planowania terapii neurobiologicznej¹⁴. Ustalono rodzaj sygnałów informujących dziecko o prawidłowym wykonaniu ćwiczenia oraz zestaw wzmocnień pozytywnych celem zwiększenia motywacji chłopca do podejmowania kolejnych zadań. Logopeda podkreślił, że przeprowadzając ćwiczenia w domu, nie można doprowadzić do sytuacji znużenia bądź przeforsowania dziecka w terapii, nawet jeżeli na pozór bardzo dobrze bawi się ono z nami. Wyjaśniono potrzebę współpracy wielospecjalistycznej i konsekwentnej realizacji wspólnie tworzonego programu terapeutycznego w domu rodzinnym chłopca, przedszkolu i gabinecie logopedycznym zintensyfikowania oddziaływań terapeutycznych. Określono, że głównym założeniem terapii jest nauczenie Nikodema umiejętności bycia sprawczym komunikacyjnie, bez względu na formę: werbalną bądź z wykorzystaniem komunikacji wspomagającej i alternatywnej, czyli AAC.

PRZEBIEG TERAPII NEUROLOGOPEDYCZNEJ

W pierwszej fazie współpracy z Nikodemem logopeda zadbał o nawiązanie z nim dobrych relacji. Osoba terapeuty miała wzbudzać w nim poczucie bezpieczeństwa, a gabinet miał kojarzyć się z miejscem dobrej zabawy. W początkowym etapie terapii wykorzystywano metodę werbo-tonalną¹⁵. Wybór

¹³ Do tej pory stosowana nomenklatura to: oligofrenopedagogika – jako dział pedagogiki specjalnej zajmujący się nauczaniem i wychowaniem osób o obniżonej sprawności intelektualnej.

¹⁴ Zob. J. Cieszyńska, *Wczesna diagnoza i terapia zaburzeń autystycznych. Metoda Krakowska*, Kraków 2011, s. 160–263.

¹⁵ Metodę werbo-tonalną opracował Petar Guberina w trosce o rozwój mowy dzieci niedo-słyszających. W Polsce jest stosowana od 2005 roku. Patronat nad metodą objęła Fundacja Orange. Metoda składa się z zabaw fonacyjnych, ruchów ciała i rytmów muzycznych oraz ich graficznego odwzorowania.

okazał się bardzo dobry. Nikodem zainteresował się desygnatami metody oraz zaczął właściwie nimi manipulować. Prawidłowo reagował na polecenie logopedy: Daj! Weź! Pokaż! Szukaj! Zaczął czynić postępy w zakresie fiksowania wzroku i wodzenia za przedmiotem, który zawsze prezentowano na wysokości twarzy terapeuty. Podczas zabawy „razem” i manipulowania przedmiotami chłopiec pozwolił na zbliżenie się do siebie oraz kierowanie jego aktywnością. Zaczął naśladować logopedę manipulującego desygnatami z metody werbo-tonalnej. Następnie wprowadzono ćwiczenia z wykorzystaniem zabawek (zwierzęta) wydających dźwięki i poruszających się; figurek drewnianych zwierząt oraz makiet gospodarstwa rolnego, lasu, łąki; klocków drewnianych o różnych kształtach, wielkościach i kolorach; pacynek na rękę; desygnatów metody Paula Dennisona¹⁶; wykorzystano też lale, misie, piłki i auta w różnych wzorach i wielkościach, aby uczyć dokonywania segregacji, np. „miś do misia”, „lala do lali”, „auto do auta”, „piłka do piłki”.

Gdy logopeda zaobserwował, że Nikodem bardzo chętnie wykonuje zadania polegające na łączeniu takich samych przedmiotów, takich samych obrazków, wprowadzono ćwiczenia z zakresu praksy motoryki dużej i manualnej. Polegały one na naśladowaniu ruchu kreślenia wzoru rytmogestów samogłosek¹⁷. Duże ilustracje rytmogestów połączono z powiększonymi do wielkości A-4 wzorami liter: samogłosek. W ten oto sposób Nikodem został wprowadzony w świat liter.

W kolejnym etapie postępowania logopedycznego zostały wprowadzone elementy *Symultaniczno-Sekwencyjnej Metody Czytania* profesor Jagody Cieszyńskiej¹⁸, z wykorzystaniem zeszytu pierwszej serii logopedycznej „Kocham czytać”¹⁹. Kolejnym wyzwaniem, które podjął logopeda, było wprowadzenie

¹⁶ W terapii wykorzystano drewnianą „leniwą ósemkę” i inne pomoce metody Kinezylogii Edukacyjnej, której twórcą jest Paul Dennison. Twórca metody przekonuje, że stosując odpowiednie ćwiczenia, np. na przekroczenie linii środka ciała, energetyzujące, rozciągające, relaksujące znacznie poprawiamy umiejętność komunikacji, organizacji i koncentracji, jesteśmy pewniejsi siebie, łatwiej wyrażamy potrzeby, szybciej i skuteczniej uczymy się; zob. C. Hannaford, *Zmysłne ruchy, które doskonalą umysł. Podstawy Kinezylogii Edukacyjnej*, przeł. M. Szpala, Warszawa 1998; idem, *Profil dominujący. Jak rozpoznać dominujące oko, ucho, półkulę mózgową, rękę i nogę*, Błonie 2003.

¹⁷ Zob. M. Młynarska, T. Smereka, *Psychostymulacyjna metoda kształtowania i rozwoju mowy oraz myślenia*, Warszawa 2000, s. 78–80.

¹⁸ Zob. J. Cieszyńska, *Wczesna diagnoza i terapia zaburzeń autystycznych...*; eadem, *Kocham uczyć czytać. Poradnik dla rodziców i nauczycieli*, Kraków 2006.

¹⁹ Zob. eadem, *Seria logopedyczna. Kocham czytać*, Kraków 2003.

procedur zgodnie z metodą Manualnego Torowania Głosek (MTG)²⁰. Daje ona możliwość torowania ruchu narządów artykulacyjnych chłopca i wywołania sylab, z których będą w przyszłości budowane słowa. Moment doświadczenia przez dziecko wytworzenia innych dźwięków niż tylko dotychczasowego: „buczenia”, wokalizowania gardłowego, okazał się punktem przełomowym w terapii. Nikodem wręcz domagał się od terapeutki „manipulowania” w obszarze jego aparatu artykulacyjnego w nadziei na pojawienie się kolejnych samogłosek. I tak też się stało: logopeda układał narządy mowy chłopca, mama Nikodema opowiadała ilustracje z serii „Kocham czytać”, a następnie wspólnie podejmowano próby wypowiadania poszczególnych samogłosek.

Wbrew ogólnie przyjętym zasadom postępowania logopedycznego dotyczącego usprawniania narządów mowy, w przypadku terapii Nikodema moment wywołania zróżnicowanych dźwięków w postaci samogłosek stał się preludem do stymulacji wewnątrz- i zewnątrzustnej. Dopiero od tego momentu chłopiec był gotowy zaakceptować masaże, stymulacje zgodnie z metodą Castillo Moralesa²¹ oraz metodą holistycznego podejścia do neurorozwoju i efektywności uczenia się „HANDLE” Judith Bluestone²².

²⁰ Zob. E. Wianecka, *Manualne Torowanie Głosek (MTG)*, Kraków 2011.

²¹ Rodolfo Castillo Morales jest twórcą całościowej neurofizjologicznej koncepcji leczniczej stosowanej przy sensomotorycznych i ustno-twarzowych zaburzeniach u dzieci i dorosłych. Ustno-twarzowy kompleks obejmuje mięśnie mimiczne twarzy, mięśnie żwacze, mięśnie nadgnykowe i podgnykowe, mięśnie języka, mięśnie podniebienia miękkiego, mięśnie gardła, mięśnie szyi, mięśnie obręczy barkowej oraz ich funkcje i unerwienie. Opracowana koncepcja lecznicza składa się z trzech części: (1) neromotorycznej terapii rozwojowej stosowanej w leczeniu dzieci z opóźnieniem statomotorycznym, przepukliną oponowo-rdzeniową, obwodowym niedowładem, zaburzeniami genetycznymi itp. Jej celem jest ograniczanie wpływu na rozwój dziecka nieprawidłowych doświadczeń sensomotorycznych, aby uniknąć lub ograniczyć rozwój patologicznych lub nieprawidłowych wzorców postawy, ruchu i zachowania w przyszłości; (2) ustno-twarzowej terapii regulacyjnej dla pacjentów z zaburzeniami sensomotorycznymi w obszarze twarzy, jamy ustnej, gardła (w szczególności służy do leczenia dzieci z zaburzonym ssaniem, żuciem, polykaniem i mową); (3) uzupełnieniem jest leczenie ortodontyczne z zastosowaniem płytek podniebiennych i przedstonkowych w połączeniu z ustno-twarzową terapią regulacyjną. Metoda Moralesa oparta jest na koncepcji integracji sensomotorycznej i komunikacji. Komunikacja dotyczy relacji między rodzicami a dzieckiem, dzieckiem a terapeutą oraz rodzicami-dzieckiem a terapeutą. Zob. T. Kaczan, *Rola neurorozwojowej metody Castillo Moralesa w postępowaniu terapeutycznym i wczesnej stymulacji u dzieci z grupy wysokiego ryzyka*, [w:] *Afazja i autyzm. Zaburzenia mowy oraz myślenia*, red. M. Młynarska, T. Smereka, Wrocław 2007, s. 83–90.

²² HANDLE – ang. Holistic Approach to NeuroDevelopment and Learning Efficiency. Judith Bluestone to osoba autystyczna, rzecznik osób z autyzmem, nauczyciel, terapeuta i wykładowca. Stworzyła i spopularyzowała program „HANDLE”, czyli holistyczne podejście do neuro-

Równoległe do opisanych ćwiczeń prowadzono trening wrażliwości słuchowej. Nikodem lokalizował źródło różnych dźwięków, a następnie zaczął nabywać umiejętności identyfikowania i różnicowania dźwięków z najbliższego otoczenia. Nieocenioną pomocą w tym zakresie okazały się różne zestawy pomocy dydaktycznych stymulujących percepcję słuchową²³. Początkowo chłopiec nie akceptował odsłuchiwanie dźwięków przy pomocy słuchawek, a jedynie z magnetofonu.

Mając na uwadze złożoność zaburzeń rozwojowych dziecka, logopeda podążał za Nikodemem i uwzględniał jego osobnicze uwarunkowania sensoryczne, np. niedowrażliwienie bądź zbyt dużą wrażliwość na określony rodzaj bodźca. Dlatego też terapeuta nie zdecydował się przymuszać dziecka za wszelką cenę do natychmiastowej akceptacji bodźca słuchowego, dotykowego, kinetyczno-kinestetycznego, wzrokowego, zapachowego czy smaku. Wiele cennych wskazówek z tego zakresu udziela wspomniana wcześniej Judith Bluestone, która z jednej strony posiadała szeroką wiedzę z zakresu neurofizjologii, neuropsychologii i neurorehabilitacji, a z drugiej strony przez całe życie zmagająca się z własnymi trudnościami wynikającymi z bycia osobą autystyczną²⁴.

Ogromnym wyzwaniem dla Nikodema okazał się blok ćwiczeń w zakresie treningu jedzenia, praktyki oralnej oraz ćwiczeń oddechowo-fonacyjnych i artykulacyjnych. Obecnie chłopiec jeszcze nie opanował funkcji żucia, potrafi na polecenie zamknąć i otworzyć usta, podejmuje próbę ściągnięcia i rozciągnięcia mięśnia okrężnego warg, pionizuje masę języka. Inne próby dla narządów mowy są na razie poza możliwościami wykonawczymi dziecka z powodu trudności w neuroprogramowaniu oraz mikrognacji. Nie mniej, wykorzystując kolejne zeszyty serii „Kocham czytać”, logopeda systematycznie programuje ruchy artykulacyjne do następujących spółgłosek: [p], [m], [b], [l], [f], [w], [t], [d], [k], [g]. Nikodem rozpoznaje ich zapis literowy, ale niestety oprócz głosek dwuwargowych i [l] predorsalnego nie potrafi samodzielnie ich wypowiedzieć. Zawsze wymaga pomocy w artykulacji poprzez manualne torowanie określonych głosek.

rozwoju i efektywności uczenia się, a następnie założyła w Waszyngtonie Instytut HANDLE (The HANDLE Institute). Zob. J. Bluestone, *Materia autyzmu. Łączenie wątków w spójną teorię*, przeł. M. Dąbrowska-Jędral, Warszawa 2010.

²³ Zob. pomoce dydaktyczne: *Lotto dźwiękowe Plum*, Łódź 2007; D. Nawrocka, H. Rodak, *Słucham i mówię*, Warszawa 2000; J. Cieszyńska, *Słucham i uczę się mówić*, Kraków 2010; E. Wianecka, *Słucham i uczę się mówić*, Kraków 2007.

²⁴ Zob. J. Bluestone, op. cit.

W kolejnym etapie terapii duży nacisk został położony na rozwijanie percepcji wzrokowej. W zajęciach wykorzystywano między innymi program „Wzory i obrazki”²⁵, mozaiki drewniane, tangramy oraz pomoce stworzone przez Cieszyńską i zespół jej współpracowników. Wszystkie stosowane pomoce dydaktyczne mają na celu stymulację mechanizmów lewopółkulowych dziecka. Autorzy w literaturze przedmiotu oraz w instrukcjach zalecanych pomocy opisują istotę stosowania ćwiczeń, takich jak układanie sekwencji, szeregów, relacji. Sukces Nikodema w zakresie tych zadań polega tymczasem na umiejętności rozpoznawania wszystkich samogłosek, naśladowania sekwencji nawet czteroelementowej oraz kontynuowaniu sekwencji dwuelementowej, i jest dużą niespodzianką, biorąc pod uwagę ciężar jego diagnozy psychologicznej i ogólnie złe rokowania medyczne.

Po osiągnięciu przez Nikodema minimalnych umiejętności w zakresie koordynacji wzrokowo-słuchowo-ruchowej wprowadzony został do terapii „Program wspomagania kompetencji komunikacyjnej dzieci z ciężkimi zaburzeniami porozumiewania się”, odpowiednio w kolejności zestaw „Jedzenie”, „Ciągi czynności, gry i zabawy” oraz „Emocje”²⁶. Uwzględniając to, że chłopiec jest dzieckiem z głębokim zaburzeniem rozwoju psychomotorycznego oraz dzieckiem niewerbalnym, ze zdiagnozowanym już obecnie zespołem autystycznym, należy dostarczać mu możliwości odkrywania znaczeń wyrazów jako rezultatów własnej aktywności oraz związków między strukturami języka a rzeczywistością. Taką możliwość w ramach aktywnego modelu pracy daje program AAC Magdaleny Grycman. Obecnie Nikodem identyfikuje wszystkie obrazki z tego programu. Potrafi samodzielnie dokonać właściwego wyboru brakującego symbolu oraz stworzyć za ich pomocą proste zdanie według wzoru, np. [Pies je], [Pies je kość].

Chłopiec potrafi połączyć wiele piktogramów oraz PCS-ów (ang. PCS – Picture Communication Symbols)²⁷ z odpowiednim obrazkiem lub zdjęciem.

²⁵ Zob. M. Frostig, D. Horne, *Wzory i obrazki. Program rozwijający percepcję wzrokową*, Warszawa 2000.

²⁶ Zob. M. Grycman, *Program wspomagania kompetencji komunikacyjnej dzieci z ciężkimi zaburzeniami porozumiewania się. Ciągi czynności, gry i zabawy*, Kwidzyn 2009; eadem, *Program wspomagania kompetencji komunikacyjnej dzieci z ciężkimi zaburzeniami porozumiewania się. Emocje*, Kwidzyn 2009; eadem, *Program wspomagania kompetencji komunikacyjnej dzieci z ciężkimi zaburzeniami porozumiewania się. Jedzenie*, Kwidzyn 2009.

²⁷ PCS – Picture Communication Symbols – jedna z metod komunikacji alternatywnej. System zawiera około trzy tysiące symboli uporządkowanych w kategorie, takie jak: ludzie, czasowniki, symbole opisowe, czas wolny, rzeczowniki itd.

Przy czym należy nadmienić, że sprawnie odczytuje ww. symbole AAC wernie odzwierciedlające rzeczywistość. Natomiast symbole AAC w formie abstrakcyjnej są jeszcze dla Nikodema za trudne pod względem percepcyjnym.

W wyniku prowadzenia różnorodnych ćwiczeń sensomotorycznych, chłopiec dokonał preferencji w zakresie lateralizacji. Wprawdzie zdarzają się jeszcze sytuacje oburęczności, ale wskazywanie i kreślenie kredką zostało silnie utrwalone w prawej ręce.

Od września 2012 roku Nikodem zapoznawany jest przez logopedę z symbolami MÓWiK. Obecnie potrafi z pomocą terapeuty ułożyć 3-elementowe wypowiedzenie z wykorzystaniem tekturowych symboli np. [Pan je jabłko]. [Chłopiec pije wodę], [Pani skacze na skakance], [Dziewczynka maluje obraz], [Ja Nikodem jadę autem].

W maju 2013 roku Nikodem po raz pierwszy doświadczył możliwości komunikowania się za pomocą protezy mowy MÓWiK. Jest to aplikacja zainstalowana na tablecie z systemem operacyjnym Android. Nikodem słuchając instrukcji logopedy, z sukcesem korzystał z gotowych tablic, tworząc wypowiedzenia typu: [Proszę wodę], [Jestem wesoły], [Chcę siku. Proszę pomóż mi]. Ponieważ chłopiec wykazuje zainteresowanie obsługą smartfona oraz tabletu, słucha poleceń podczas wykonywania określonych czynności, można mieć nadzieję, że owe urządzenia mobilne znacznie poprawią jakość komunikacji Nikodema z otoczeniem, dając mu radość i poczucie większego uczestnictwa w procesie komunikowania się.

KONKLUZJA

Artykuł o charakterze krótkiego studium przypadku nie pozwala na wymienienie wszystkich aktywności i zadań zaplanowanych i przeprowadzonych z dzieckiem w czasie terapii logopedycznej, a następnie utrwalanych w domu. Istotne jednak wydaje się zaakcentowanie, że zaprezentowany warsztat pracy logopedy dotyczy trzech lat terapii, z obecnie już siedmioletnim Nikodemem. Praca z nim to wielkie zawodowe wyzwanie, ale i olbrzymie wyróżnienie dla terapeuty. Z pokorą i z wielką nadzieją oczekiwane są kolejne fascynujące momenty w jego terapii, kiedy to, dziecko określone przez lekarzy „zagadką medyczną”, a przez rodzinę małym rycerzem, dzielnie krok po kroku będzie pokonywać swoje trudności.

Przedstawione studium przypadku pozwala na stwierdzenie, że zastosowanie w terapii neurologopedycznej wielu metod pracy warunkuje progre-

sywne zmiany zachodzące w ogólnym rozwoju psychomotorycznym dziecka z głęboką niepełnosprawnością, a tym samym wskazuje, że ich różnorodność jest konieczna, ponieważ tylko holistyczne podejście w tym względzie daje terapeutę orientację w możliwościach dziecka, a dziecku gwarantuje postępy w rozwoju. Z kolei pomijając względy formalne dotyczące dokumentowania zajęć, należy podkreślić, że terapeuta powinien prowadzić dokumentację przede wszystkim, by móc prawidłowo planować i podejmować działania terapeutyczne dające optymalne efekty w pracy z dzieckiem.

BIBLIOGRAFIA

- Bluestone J., *Materia autyzmu. Łączenie wątków w spójną materię*, Warszawa 2010.
- Błęszyński J.J., *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, Kraków 2006.
- Bogusławski S., *Mała encyklopedia medycyny*, Warszawa 1990.
- Cieszyńska J., *Nauka czytania krok po kroku. Jak przeciwdziałać dysleksji*, Kraków 2001.
- Cieszyńska J., *Od słowa przeczytanego do wypowiedzianego. Droga nabywania systemu językowego przez dzieci niesłyszące w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym*, Kraków 2001.
- Cieszyńska J., *Seria logopedyczna. Kocham czytać*, Kraków 2003.
- Cieszyńska J., *Kocham uczyć czytać. Poradnik dla rodziców i nauczycieli*, Kraków 2006.
- Cieszyńska J., *Słucham i uczyć się mówić*, Kraków 2010.
- Cieszyńska J., *Wczesna diagnoza i terapia zaburzeń autystycznych. Metoda Krakowska*, Kraków 2011.
- Cieszyńska J., Korendo M., *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od noworodka do 6 roku życia*, Kraków 2007.
- Clark M., *The Worster-Drought Syndrome. A review for Parents of the research carried out by The Institute of Child Health and Great Ormond Street Hospital*, Materiał dostępny na stronie Worster-Drought Syndrome Support Group [www.wdssg.org.uk].
- Frostig M., Horne D., *Wzory i obrazki. Program rozwijający percepcję wzrokową*, Warszawa 2000.
- Gałkowski T., *Zdolności porozumiewania się w autyzmie*, [w:] *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*, red. T. Gałkowski, E. Szelaż, G. Jastrzębowska, Opole 2005, s. 736–749.
- Grycman M., *Program wspomagania kompetencji komunikacyjnej dzieci z ciężkimi zaburzeniami porozumiewania się. Ciągi czynności, gry i zabawy*, Kwidzyn 2009.
- Grycman M., *Program wspomagania kompetencji komunikacyjnej dzieci z ciężkimi zaburzeniami porozumiewania się. Emocje*, Kwidzyn 2009.
- Grycman M., *Program wspomagania kompetencji komunikacyjnej dzieci z ciężkimi zaburzeniami porozumiewania się. Jedzenie*, Kwidzyn 2009.

- Hannaford C., *Profil dominujący. Jak rozpoznać twoje dominujące oko, ucho, półkulę mózgową, rękę i nogę*, Błonie 2003.
- Hannaford C., *Zmysłne ruchy, które doskonala umysł. Podstawy Kinezylogii Edukacyjnej*, przeł. M. Szpala Warszawa 1998.
- Jastrzębowska G., *Podstawy teorii i diagnozy logopedycznej*, Opole 1998.
- Kaczan T., *Rola neurorozwojowej metody Castillo Moralesa w postępowaniu terapeutycznym i wczesnej stymulacji u dzieci z grupy wysokiego ryzyka*, [w:] *Afazja i autyzm, Zaburzenia mowy oraz myślenia*, red. M. Młynarska, T. Smereka, Wrocław 2007, s. 83–90.
- Kalota-Wilczyńska K., *Studium przypadku dziecka ze sprzężoną niepełnosprawnością*, [w:] *Neurologopedyczne studia przypadków*, red. E. Stecko, Warszawa 2010.
- Kielin J., *Rozwój daje radość*, Gdańsk 2002.
- Kowalski M.L., *ABC immunologii*, Warszawa 2000.
- Kutcher M.L., *Dzieci z zaburzeniami łączonymi*, Warszawa 2007.
- Lotto dźwiękowe Plum*, Łódź, 2007.
- Minczakiewicz E.M., *Mowa – rozwój – zaburzenia – terapia*, Kraków 1997.
- Minczakiewicz E.M., *Zabawa w rozwoju poznawczym i emocjonalno-społecznym dzieci o zróżnicowanych potrzebach i możliwościach*, Kraków 2006.
- Minczakiewicz E.M., Grzyb B., Gajewski Ł., *Elementarz dla rodziców. Dziecko ryzyka a wychowanie*, Kraków 2003.
- Młynarska M., Smereka T., *Psychostymulacyjna metoda kształtowania i rozwoju mowy oraz myślenia*, Warszawa 2000.
- Mumenthaler M., Mattle H., *Neurologia*, przeł. S. Budrewicz et al., Wrocław 2001.
- Nawrocka D., Rodak H., *Słucham i mówię*, Warszawa 2000
- Rowland L.P., Pedley T.A., *Neurologia Merritta*, przeł. J. Bojakowski et al., Wrocław 2008.
- Rozwój daje radość. Terapia dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim*, red. J. Kielin, Gdańsk 2000.
- Schopler E. et al., *Profil Psychoedukacyjny PEP–R*, przeł. A. Witkowska, Gdańsk 1995.
- Spizer M., *Jak uczy się mózg*, Warszawa 2008.
- Smyczek A., *Nie mówię, ale postuchaj mnie – wspomagające sposoby porozumiewania się AAC*, „Światło i Cienie” 2003, z. 3.
- Springer S.P., Deutsch G., *Lewy mózg, prawy mózg z perspektywy neurobiologii poznawczej*, Opole 1998.
- Stecko E., *Zaburzenia mowy u dzieci – wczesne rozpoznawanie i postępowanie logopedyczne*, Warszawa 2001.
- Tomasello M., *Kulturowe źródła ludzkiego poznawania*, przeł. J. Rączaszek, Warszawa 2002.
- Wianecka E., *Manualne Torowanie Głosek (MTG)*, Kraków 2011.
- Wianecka E., *Słucham i uczyć się mówić*, Kraków 2007.

WSPIERANIE ROZWOJU KOMUNIKACJI JĘZYKOWEJ DZIECKA Z GŁĘBOKIMI
ZABURZENIAMI W ROZWOJU. WYBRANE METODY PRACY Z MAŁYM
DZIECKIEM Z AUTYZMEM W TERAPII NEUROLOGOPEDYCZNEJ –
ANALIZA INDYWIDUALNEGO PRZYPADKU

Streszczenie: W artykule przedstawiono historię siedmioletniego dziecka autystycznego, które los obarczył głęboką niepełnosprawnością. Mimo licznych dysfunkcji sensomotorycznych implikujących niekorzystne rokowania rozwoju, chłopiec systematycznie wykazuje progres w obszarze funkcjonowania poznawczego, emocjonalnego i społecznego. Autorka podkreśla, że opracowanie programu terapii logopedycznej adresowanego do dziecka ze sprzężoną niepełnosprawnością jest zadaniem bardzo trudnym i odpowiedzialnym. Zawsze należy dokładnie określić poziom funkcjonowania psychomotorycznego małego dziecka, realnie ocenić jego możliwości, a przede wszystkim wykazać kreatywność terapeutyczną w realizowaniu wytyczonych w programie celów.

Słowa kluczowe: komunikacja werbalna i niewerbalna, wspomagające i alternatywne metody

SUPPORTING LANGUAGE DEVELOPMENT IN A CHILD WITH SERIOUS
DEVELOPMENTAL DISORDERS. SELECTED METHODS OF WORK WITH
AUTISTIC CHILDREN IN NEUROLOGOPEDIC THERAPY – A CASE STUDY

Summary: The article presents the case of a severely handicapped seven-year-old male child with autism. Despite several sensorimotor dysfunctions which presuppose unfavourable prognosis in his development, the boy systematically shows progress in the areas of cognitive, emotional and social functioning. The author stresses that designing neurologopedic therapy for a child with multiple disability is a very difficult and responsible task. It is always necessary to precisely assess the level of psychomotor functioning of the child, to reasonably estimate its potential and, most importantly, to show therapeutic creativity in the process of attaining the objectives set in the program.

Keywords: verbal and nonverbal communication, argumentative and alternative methods of communication (AAC), neurologopedic therapy