

Adam Stankowski, Jolanta Brzozowska

Terapia logopedyczna w procesie rewalidacji dzieci upośledzonych umysłowo (oligofrenopedagogika, oligofrenologopedia)

Chowanna 2, 54-82

2003

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

„Chowanna”	Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego	Katowice 2003 [2004]	R. XLVI (LIX)	T. 2 (21) Cz. II	s. 54–82
------------	--	-------------------------	------------------	------------------------	----------

Adam STANKOWSKI
Jolanta BRZOZOWSKA

Terapia logopedyczna w procesie rewalidacji dzieci upośledzonych umysłowo (oligofrenopedagogika, oligofrenologopedia)

Przedmiotem rozważań w niniejszym opracowaniu są „oligofrenologopedia” – specjalizacja logopedyczna, której przedmiotem zainteresowania jest problematyka rozwoju mowy dzieci upośledzonych umysłowo w różnym stopniu, oraz „oligofrenologopeda” – bardziej utrwalone w pedagogice specjalnej określenie odnoszone do logopedy, którego podmiotem oddziaływania rehabilitacyjnego, terapeutycznego bądź rewalidacyjnego jest dziecko upośledzone umysłowo mające problem logopedyczny. Oba przytoczone pojęcia wywodzą się z oligofrenopedagogiki – działu pedagogiki specjalnej, którego przedstawiciele w obszarze zainteresowań tej dyscypliny poszukują przesłanek do wychowania i nauczania dzieci upośledzonych umysłowo oraz formułują wnioski.

Pedagogika specjalna wyznacza cele, zasady, metody, a przede wszystkim „filozofię” nauczania i wychowania osób niepełnosprawnych. Nie może być inaczej, ponieważ pedagogika specjalna stanowi dział pedagogiki ogólnej i tak jak ona jest nauką humanistyczną, mającą walory społeczne i znaczenie praktyczne, co odzwierciedla się zarówno w teorii, jak i praktyce wychowania i nauczania. Takie usytuowanie pedagogiki specjalnej zawdzięczamy M. Grzegorzewskiej.

Można powiedzieć, że dopóki pedagogika specjalna będzie zajmować się formułowaniem przesłanek dla teorii i praktyki w zakresie procesów nauczania i wychowania dzieci oraz młodzieży – niepełnosprawnych, jednostek specjalnej troski, upośledzonych, opóźnionych w rozwoju – dopóty pozostanie działem pedagogiki ogólnej. „Jej przedmiotem jest działalność wychowawcza, której rozległe cele obejmują wyposażenie całego społeczeństwa, a przede wszystkim młodego pokolenia, w wiedzę, sprawności zawodowe, zainteresowania, systemy wartości oraz wykształcenie postaw i przekonań” (Okoń, 1973). Ponadto od czasów, gdy Jan Amos Komenský (uważany przez badaczy za twórcę pedagogiki nowożytnej) opublikował *Wielką dydaktykę* i zawarł w niej przesłanki do organizowania procesów nauczania, w pedagogice specjalnej respektuje się zadania, jakie przed nią stawia nauka i społeczeństwo.

Zakres działania pedagogiki specjalnej jest bardzo szeroki. Najczęściej jednak zaznacza się w procesach adekwatnych do potrzeb wychowania i nauczania jednostek odbiegających od normy. Mam tutaj na myśli procesy: rewalidacji, resocjalizacji, rehabilitacji, terapii, ortodydaktyki. Złożoność i coraz bardziej poszerzający się obszar problematyki badawczej pedagogiki specjalnej, jak również szeroka skala kategorii niepełnosprawności jako przedmiotu jej zainteresowań powodują, że uzasadnione są zdania o interdyscyplinarnym charakterze jej badań podstawowych. Szczególnie wyraźnie zaznacza się ten fakt w działach pedagogiki specjalnej, niezależnie zresztą od typologii jednostek odbiegających od normy czy klucza klasyfikacji. Jednak najbardziej popularny jest podział na:

- **pedagogikę resocjalizacyjną**, która współcześnie rozwija się bardzo dynamicznie i poszerza swój zakres zainteresowań, a przedmiotem jej zainteresowania są zagadnienia resocjalizacji osób niedostosowanych społecznie oraz wszystkie procesy patologii społecznej powiązane z zaburzeniami rozwoju społecznego i mechanizmami przystosowania do otaczającej rzeczywistości społecznej;
- **pedagogikę leczniczą**, która zajmuje się ustalaniem mniej lub bardziej zasadnych twierdzeń teoretycznych procesu wychowania i nauczania jednostek przewlekle chorych oraz kalekich;
- **tyflopedagogikę**, której przedmiotem badań jest proces wychowania i nauczania jednostek niedowidzących i niewidomych (słabo widzących, niewidzących, ociemniałych);
- **surdopedagogikę**, która zajmuje się procesami wychowania i nauczania jednostek głuchych i niedosłyszących;
- **oligofrenopedagogikę**, której przedmiotem zainteresowania są zjawiska związane ze specyficznym rodzajem upośledzenia – upośledzeniem umysłowym; w związku z tym przedstawiciele tej dyscypliny zajmują się jednostkami upośledzonymi umysłowo w różnym stopniu (lekkim, umiarkowanym, znacznym, głębokim);

- **logopedię**, naukę o kształtowaniu prawidłowej mowy, usuwaniu wad wymowy oraz nauczaniu mowy (Styczek, 1981).

W każdym z działów pedagogiki specjalnej, sklasyfikowanych przez M. Grzegorzewską, możemy dokonać charakterystyk zarówno etiologicznych, jak i symptomatologicznych, jeśli idzie o zaburzenia rozwoju człowieka – w warstwie teoretycznej oraz empirycznej.

W prezentowanym artykule ograniczono się do tych zagadnień, które są związane z procesem rewalidacji i terapii dzieci upośledzonych umysłowo. Dokonano więc krótkiej charakterystyki dyscypliny pedagogicznej oraz podmiotu oddziaływania.

Oligofrenopedagogika

Nazwa wywodzi się z greckiego *oligos* – mało, mały, i *phren* – umysł. Oligofrenopedagogika dając podstawy teorii i praktyki pedagogicznej, dotyczy warstwy procesów rewalidacji i terapii. Zaznaczyć tu jednak trzeba, że wśród dzieci upośledzonych umysłowo spotykamy większy odsetek dzieci z tzw. sprzężeniami, np. upośledzenie umysłowe i niedostosowanie społeczne. Wtedy należy poruszać się także w obrębie procesów resocjalizacji. Widzimy, że o tym, jaki proces będzie wiodącym, zadecyduje wiele czynników, a przede wszystkim rozpoznanie diagnostyczne ustalające charakter niepełnosprawności.

Tak jak termin „upośledzenie” nie jest w swojej warstwie znaczeniowej jednoznaczny, gdyż ograniczają go kryteria normy (np. statystycznej, moralnej, intelektualnej, społecznej), tak upośledzenie ze wskazaniem upośledzonych funkcji, np. intelektualnej, nie oddaje charakteru tegoż upośledzenia. Przykładowo, M. Grzegorzewska różnicuje upośledzonych umysłowo (oligofrenia i otępienie). Inni badacze wprowadzają terminy „niedorozwój umysłowy”, „wstrzymanie rozwoju mózgu i wyższych czynności nerwowych” (jako cecha diagnostyczna charakteryzująca niedorozwój umysłowy od urodzenia) itp.

Termin „upośledzenie umysłowe” odnosi się do szeroko pojmowanego zespołu różnorodnych wad rozwojowych, charakteryzujących się różną etiologią i szerokim wachlarzem objawów oraz zróżnicowanym stopniem zaburzeń w zachowaniu. Od roku 1968 Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wprowadziła klasyfikację zróżnicowanych stopni upośledzenia umysłowego, kierując się przesłankami humanitarnymi. Określenia stopni upośledzenia umysłowego nie mogą w swojej warstwie treściowej deprecjonować, obrażać, naznaczać negatywnie upośledzonych. Stąd generalnie odstępuje się w Polsce od określeń, które miały w przeszłości znaczenie diagnostyczne, ale utrwaliły się

w świadomości społecznej jako synonimy obrażające godność człowieka, np. debil, imbecyl, idiota.

Przyjmując za zasadne wysiłki podejmowane przez Polskę w celu związania się z Unią Europejską, należy uporządkować także terminologię związaną z standardami europejskimi. Tak więc posługując się zróżnicowanymi narzędziami badawczymi diagnozującymi upośledzenie umysłowe, kierować się powinniśmy wskazaniem, dla których standard wyznaczony jest przez tzw. odchylenie standardowe stosowanej skali. Zwykle w przypadku upośledzenia umysłowego (normy intelektualnej) jest to przedział od 15 do 17 punktów na jedno odchylenie standardowe. Pierwsze odchylenie standardowe nie świadczy o upośledzeniu (przedział np. $100 - 16 = 84$)

Drugie odchylenie standardowe (np. $83 - 16 = 67$) to pogranicze normy, często zwane ociężałością umysłową. Wykładnia pedagogiczna sformułowana przez O. Lipkowskiego jest tutaj ciągle aktualna. „Pogranicze niedorozwoju umysłowego – poprzednio określane jako ociężałość umysłowa – nie jest uznawane za górną granicę upośledzenia umysłowego, ale raczej za dolną granicę normy” (Lipkowski, 1977).

Jednocześnie analizując wskazania narzędzi badawczych na poziomie 1,01 – 2,00, należy zwrócić uwagę na pewne utrudnienia diagnostyczne z wyróżnieniem jednostek:

- zaniedbanych pedagogicznie, kulturowo, środowiskowo,
- z deficytami parcjalnymi, określanymi także jako ubytki fragmentaryczne,
- o powolnym przebiegu procesów regulacji psychicznej,
- upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim intensywnie rehabilitowanych,
- o obniżonym poziomie sprawności intelektualnej (Kostrzewski, 1977).

Dlatego wielu badaczy wypowiada się zdecydowanie za traktowaniem ilorazu inteligencji jako wskaźnika informującego o poziomie funkcjonowania umysłowego, natomiast poziom mechanizmów przystosowawczych – szczególnie przystosowania społecznego – chce uczynić podstawowym wskaźnikiem funkcjonowania upośledzonych umysłowo.

Przystosowanie społeczne należy tutaj rozumieć jako „efektywność lub stopień, w jakim jednostka realizuje wymogi niezależności osobistej, odpowiedzialności społecznej, oczekiwanej od jej wieku życia i oraz środowiska” (Stankowski, 1991).

W wypadku trzeciego odchylenia standardowego mamy do czynienia z upośledzeniem umysłowym kwalifikowanym na poziomie lekkim, odchylenie standardowe czwarte (51–36) – to umiarkowany stopień upośledzenia umysłowego, odchylenie standardowe piąte – stopień znaczny (35–20), i odchylenie standardowe szóste (19–0) – stopień upośledzenia głęboki.

Etiologia upośledzenia umysłowego jest bardzo zróżnicowana. W kryteriach porządkujących przyjmuje się np. czas działania czynników uszka-

dzających. Mamy wtedy do czynienia z grupami czynników występujących w okresach prenatalnym, perinatalnym i postnatalnym. W stosunku do wszystkich innych analiz czynników wywołujących lub powodujących stan chorobowy musimy odnieść się co najmniej do podstawowych grup czynników zewnątrzpochodnych (egzogennych) i wewnątrzpochodnych (endogennych), coraz częściej nazywanych czynnikami wynikania zewnętrznego i wewnętrznego.

W okresie prenatalnym najbardziej typowe są grupy czynników **genetycznych**:

- 1) monogeniczne (strukturalne i metaboliczne),
- 2) wieloczynnikowe,
- 3) chromosomalne i inne.

W odniesieniu do okresu perinatalnego statystyki określają grupy czynników związanych z: zakażeniami bakteryjnymi, wirusowymi i inwazjami pasożytniczymi; wadami żywienia, czynnikami chemicznymi, fizycznymi i immunologicznymi; zaburzeniami łożyska i hipoksją wewnątrzmaciczną. Z okresem okołoporodowym związane są zamartwica, uraz porodowy, wcześniactwo; natomiast okres postnatalny to zakażenia, urazy, czynniki chemiczne, czynniki żywieniowe, a także socjokulturowe i inne (Wald, 1977). Należy tutaj podkreślić, że mimo coraz doskonalszego rozpoznawania nie wszystkie przyczyny upośledzenia umysłowego są znane, a niektóre znane nie są dostatecznie poznane.

Syntezy poglądów przedstawicieli wielu dyscyplin naukowych rozpowszechnionych na gruncie pedagogiki specjalnej na temat etiologii upośledzenia umysłowego dokonał O. Lipkowski i zawarł je w najbardziej rozpowszechnionym mimo upływu lat skrypcie dla studentów z zakresu pedagogiki specjalnej (Lipkowski, 1977).

Przytoczone uwagi mają na celu wskazanie na wielowarstwowość i wielopłaszczyznowość problematyki pedagogiki specjalnej, ponieważ w praktyce nie ma „czystych” przebiegów realizacji procesu w formułach rewalidacji, resocjalizacji, terapii psychopedagogicznej czy wreszcie rehabilitacji. W praktyce działalność pedagogiczna warunkowana jest koniecznością indywidualizowania przytoczonych procesów ze względu na sprzężenia zaburzeń w obrębie jednostek nozologicznych. Z tego punktu widzenia przygotowanie do pracy nauczyciela wychowawcy w charakterze pedagoga specjalnego jest zadaniem nader trudnym i odpowiedzialnym. Decydujący tutaj jest fakt funkcjonowania pedagogów specjalnych nie tylko w zróżnicowanych strukturach organizacyjnych placówek oświatowo-wychowawczych (szkoły i przedszkola specjalne, szkoły i klasy życia, specjalne ośrodki szkolno-wychowawcze, młodzieżowe ośrodki szkolno-wychowawcze, zakłady poprawcze i inne formy organizacyjne wychowawczego oddziaływania instytucjonalnego), ale także w utrudnionych

warunkach środowisk wychowawczych i zróżnicowanych podmiotów nauczania i wychowania.

Wybitny znawca przedmiotu O. Lipkowski uważa, że do pracy pedagogicznej z jednostkami specjalnej troski, w której trzeba stosować zasady terapii pedagogicznej, pedagog musi być przygotowany praktycznie i teoretycznie, by móc spełniać podstawowe funkcje nauczyciela, wychowawcy, terapeuty. Wyodrębnił trzy zakresy umiejętności w przygotowaniu pedagogicznym kadry pedagogicznej:

1) „**poznanie wychowanków**: potrzebna wiedza z zakresu podstaw biologicznych rozwoju człowieka, z psychologii wychowawczej, psychologii klinicznej społecznie niedostosowanych, psychopatologii, podstaw patologii społecznej,

2) **techniki pracy wychowawczej z uwzględnieniem terapii pedagogicznej**: potrzebna znajomość metodyki pracy z grupą wychowawczą, metodyki zajęć pozalekcyjnych i pozaszkolnych,

3) **organizowanie i prowadzenie zajęć**: potrzebna wiedza i umiejętności pracy w jednym przynajmniej z następujących kierunków: muzyki i śpiewu, zajęć plastycznych i technicznych, sportu i turystyki” (Lipkowski, 1976).

Do przytoczonego zestawu należy dodać znajomość zasad strategii i procedur oddziaływania pedagogicznego. Można wtedy założyć, że tak przygotowany nauczyciel wychowawca powinien spełniać oczekiwania mimo pełnienia różnorodnych funkcji w zróżnicowanych strukturach organizacyjnych szkolnictwa specjalnego.

W kręgu logopedii. Przedmiot i zadania logopedii

Logopedię umiejscawia się w naukach pedagogicznych, w dziale pedagogiki specjalnej. Najczęściej uzasadnia się taką lokalizację logopedii tym, że realizując swe zadania, posługuje się metodami pedagogicznymi.

Termin „logopedia” pochodzi od dwóch greckich wyrazów: *logos* – słowo oraz *paidea* – wychowanie. Logopedia jest nauką interdyscyplinarną. Podstawy teoretyczne logopedii wkraczają coraz głębiej w domenę innych nauk – zdawać się może – z logopedią nie mających nic wspólnego. Wykorzystuje się doświadczenia akustyki psychofizjologicznej w celu wyjaśnienia mechanizmów, np. słyszenia czy elektroakustyki, na potrzeby przenoszenia formantów wysokościowych sygnału językowego i metod badania słuchu (audiometria), czy muzyki – na potrzeby wokalistyki, logorytmiki, terapii zajęciowej. Osiągnięcia neurologii i neurofizjologii stwarzają nowe możliwości podejmowania

terapii w przypadkach fazji, lalii, artrii i innych zaburzeń o uszkodzeniach zlokalizowanych w ośrodkach korowych i podkorowych. Coraz częściej chirurg, neurochirurg, stomatolog, ortodonta, foniatra, pediatra dostrzegają konieczność wplatania w swoje działania zawodowe elementów pedagogicznych. Ponadto przedstawiciele językoznawstwa w dobie współczesnej posługują się w celu określenia skomplikowanych zjawisk fonetycznych oprzyrządowaniem badawczym: kimografią, stroboskopią, palatografią oraz rentgenografią statyczną i filmową. Związki logopedii z wymienionymi dziedzinami wiedzy są już utrwalone. Eksperymentalnie dochodzi się wciąż do nowych, częstokroć zaskakujących, odkryć naukowych, które rzucają światło na zagadki związane z funkcjonowaniem aparatu mowy człowieka. Nie można nie dostrzegać wkładu cybernetyki jako nauki o sterowaniu i programowaniu zjawisk. Cybernetyka pomogła dokonać korelacji klasyfikacyjnych w zagadnieniach związanych z procesem mowy rozumianej jako nauka o łączności i komunikacji werbalnej. Psychologia dostarcza nowych narzędzi i technik stosowanych w diagnostyce i oddziaływaniu psychoterapeutycznym. Dostarcza także rzetelnych przesłanek do organizowania metodycznie zasadnych działań reedukacyjnych. Współcześni logopedzi zajmują się również oddziaływaniami terapeutycznymi na psychikę pacjenta reedukowanego lub korzystają z pomocy wyspecjalizowanych psychoterapeutów. Działania te są konieczne, ponieważ słusznie zakłada się, że każda jednostka mająca kłopoty z prawidłowym funkcjonowaniem albo też z nawiązywaniem pozytywnych kontaktów (w tym słownych) wymaga oddziaływań wspierających i podtrzymujących jej dążenie do prawidłowego funkcjonowania. Terapia taka nie ogranicza się tylko do pacjenta, lecz obejmuje także środowisko, w jakim jednostka funkcjonuje. Obejmowanie akcją „osłaniającą” szkoły, domu rodzinnego jest szczególnie ważne wtedy, kiedy reedukacji podlega dziecko. W takich przypadkach bardzo często któreś z rodziców (lub wychowawca) powinno podjąć się realizacji zaleceń logopedy.

Nauczanie mowy może być także konieczne wtedy, kiedy rozwój mowy w ogóle nie występuje od urodzenia, oraz w przypadku, gdy nastąpiła utrata mowy już w jakimś stopniu rozwiniętej i ukształtowanej. Wady mowy mają ponadto wielokrotnie decydujący wpływ na nieprawidłowe kształtowanie się osobowości dziecka.

Przedmiotem logopedii jest szeroko pojęte wychowanie obejmujące akt porozumiewania się. Takie ujęcie pozwala określić zadania, jakie przypadają logopedii w badaniach naukowych i praktyce. Zadania te można ująć w trzy grupy:

- 1) zadania związane z procesem mówienia, do których należą ortofonia, profilaktyka, metodyka logopedyczna; należy włączyć do tej grupy wyrabianie poprawności gramatycznej i ustalanie jej normy, rozumienie stosunków skła-

dniowych i semantycznych, wzbogacanie zasobu słownikowego oraz kształtowanie tzw. mowności, tj. chęci, odwagi, umiejętności wypowiedzania się, gotowości językowej;

2) problemy związane z surdopedagogiką (pedagogika głuchych / niesłyszących, niedosłyszących);

3) zagadnienia percepcji mowy dźwiękowej za pośrednictwem surogatowym.

Zadania te realizowane są w obrębie działów logopedii, które w zależności od stanu wiedzy, metodologii nauk i wyposażenia instrumentalno-technicznego skupiają się wokół: teorii mowy, kształtowania się mowy dzieci niedosłyszących i głuchych, porozumiewania się głucho-niewidomych, percepcji wypowiedzi słownych i pisanych, fonetyki artykulacyjnej i akustycznej, a także audytywnej i wizualnej, zaburzeń porozumiewania się w przytoczonych zakresach, teorii kultury żywego słowa. Nie wyczerpuje to wszystkich możliwości, ale jest mocno osadzone w praktyce.

„Możemy założyć, że w każdym zespole klasowym znajduje się przynajmniej jedno dziecko z wadą mowy lub wymowy, które utrudnia normalny tok pracy szkolnej. Każdy nauczyciel, który zajmuje się kształtowaniem mowy dziecka i swoim działaniem dąży do zapobiegania powstawaniu wad mowy i wymowy jest w jakimś stopniu logopedą. Oczywiście, nie wszystkie przypadki zaburzeń i wad nadają się do korygowania, reedukowania w warunkach postępowania niespecjalistycznego. Jednak zdecydowana większość to przypadki błahe, z którymi nauczyciel wprowadzony w tajniki korekcji wad wymowy powinien dać sobie radę. W tym celu nauczyciel musi dysponować odpowiednim zasobem wiedzy i umiejętności, które pozwolą mu skutecznie korygować i zapobiegać wadom wymowy. Środki i działania podejmowane dla osiągnięcia celu zależą od: jednostki nozologicznej (chorobowej), wieku ucznia, warunków środowiskowych” (Stankowski, 1986).

Oligofrenologopedia. Terapia logopedyczna w pracy z dziećmi upośledzonymi umysłowo

Praca logopedy w szkole specjalnej uwarunkowana jest następującymi czynnikami: stopniem i cechami upośledzenia umysłowego, wielorakimi i złożonymi zaburzeniami mowy, organizacją nauczania, postawami rodziców. Terapię utrudniają cechy dzieci upośledzonych umysłowo, które manifestują się zaburzeniami:

- rozwoju ruchowego,
- autoorientacji,
- orientacji przestrzennej,
- koordynacji wzrokowo-ruchowo-słuchowej,
- percepcji wzrokowej, słuchowej,
- procesów poznawczych,
- motoryki narządów mowy,
- mowy.

Praca logopedy z dziećmi z wielorakimi i sprzężonymi zaburzeniami rozwoju psychofizycznego nie może ograniczać się do kształtowania mowy dzieci, ale całej ich osobowości. Powinien on uwzględniać swoisty rozwój dzieci upośledzonych umysłowo, usprawniać jego zaburzone funkcje, a szczególnie te, które z mową mają bezpośredni lub pośredni związek, np. orientacja przestrzenna, koordynacja wzrokowo-ruchowo-słuchowa, spostrzeganie, analiza i synteza wzrokowo-słuchowa.

Zaburzenia mowy współwystępują z zaburzeniami motoryki. Przejawiają się one w postaci wzmoczonego lub obniżonego napięcia mięśniowego, występowania współruchów, dyskoordynacji ruchowej w obrębie motoryki „dużej” i „małej”. Deficyt sprawności ruchowej u dzieci upośledzonych umysłowo obejmuje różne sfery motoryki. Najwyższy deficyt sprawności ruchowej występuje u dzieci z niedokształceniem mowy (alalia). Objawia się on ograniczeniem zasobu ruchów, nieprecyzyjnym ich wykonaniem, zakłóceniem w łączeniu ruchów oraz organizacją ruchu w przestrzeni. Obserwuje się wykonywanie ruchów „własnych” z jednoczesnym brakiem umiejętności wyuczenia się nowych. Ruch jest często chaotyczny. Konsekwencją wymienionych zakłóceń jest dyskoordynacja ruchowa, słuchowo-ruchowa, wzrokowo-ruchowa oraz statyczna. U dzieci z zaburzeniem płynności mówienia występuje głównie zaburzenie napięcia mięśniowego, a także dyskoordynacja ruchowa.

Zwiększanie ilościowe i stopniowanie trudności wykonywanych ćwiczeń dostosowuje się do możliwości dzieci. Dzieci wykonują ćwiczenia ruchowe z użyciem przyborów (woreczków, piłek, wstążek, sznurków), co koreluje z bezpośrednim działaniem, manipulowaniem przedmiotem i jego obserwacją. W toku podejmowanych czynności dzieci poznają język (nazwa, przeznaczenie przedmiotu). Manipulowanie przedmiotem daje poczucie radości, przeżycia sukcesu – „łączy umysł i ciało”. Zadowolenie z podjętej czynności wyzwala potrzebę komunikacji, dzielenia się swoimi przeżyciami.

Sprzężone zaburzenia mowy u dzieci upośledzonych umysłowo są bardzo trudne do usunięcia i wymagają stosowania niekonwencjonalnych metod pracy. Tradycyjne formy i metody pracy w usuwaniu zaburzeń mowy są mało skuteczne. Obserwowanie dzieci upośledzonych umysłowo w czasie zajęć skłania do wyboru prowadzenia terapii logopedycznej technikami zaczerpniętymi z metod stymulująco-terapeutycznych (Stankowski, 2000).

Wybrane metody oddziaływań stymulująco-terapeutycznych

1. Ruch Rozwijający Weroniki Sherborne (Bogdanowicz, 1994).
2. Pedagogika Zabawy (Zaorska, 1995).
3. Psychostymulacyjna Metoda Kształtowania Rozwoju Mowy i Myślenia.
4. Kinezylogia Edukacyjna Paula Dennisona.
5. Holistyczna terapia widzenia – Trening widzenia.

Proponowany wybór metod terapeutycznych w pracy z dziećmi upośledzonymi umysłowo jest wynikiem poszukiwań, refleksji nad skutecznością oddziaływań logopedycznych. Stwarzanie optymalnych warunków ułatwiających wspomaganie rozwoju psychofizycznego dzieci upośledzonych umysłowo skierowały moją uwagę na formuły *Gestalt*, w której pedagog rozumie własne potrzeby psychofizyczne, ma własny system wartości i dlatego może wejść bardziej prawdziwie i autentycznie w kontakt z dziećmi i pomóc im w wyborze wartości.

Terapia logopedyczna prowadzona w atmosferze zaufania, otwartości w komunikacji wyzwala aktywność, niweluje napięcie emocjonalne. Twórca terapii *Gestalt*, Fritz Perls, zwraca uwagę na występowanie w kontakcie terapeutycznym trzech elementów: osobowego spotkania, aktualnej świadomości własnych przeżyć, gotowości do eksperymentowania (Sękowski, 1995).

Terapia uwzględniająca wymienione przez F. Perlsa elementy umożliwia samorealizację przez rozumienie samego siebie, własnych przeżyć, emocji, myśli, zachowań. Twórcy terapii *Gestalt* poszukiwali takich metod, które ułatwiają kontakt z samym sobą, a także z innymi. Biorąc pod uwagę istotę związku między psychiką i motoryką dziecka oraz znaczenie tej relacji rozwoju dla całokształtu procesów poznawczych i emocjonalnych w procesie terapii logopedycznej, wybieram te metody, dla których „język ciała” jest podstawą kontaktów interpersonalnych.

Podstawową formą zajęć w wybranych metodach na potrzeby terapii logopedycznej jest zabawa i ćwiczenia zabawowo-zadaniowe. Zabawa jest jedną z podstawowych form wyrażania potrzeb, wyzwalającą aktywne poznanie otaczającego świata.

Ruch Rozwijający Weroniki Sherborne

Ćwiczenia prowadzone metodą Ruchu Rozwijającego W. Sherborne zostały opracowane w zasadzie dla dzieci głębiej upośledzonych umysłowo. Sto-

sowanie ich również w pracy z dziećmi upośledzonymi umysłowo w stopniu lekkim jest uzasadnione, ponieważ doskonale pobudzają dzieci do celowej aktywności ruchowej, dają poczucie władania własnym ciałem. Zajęcia prowadzone metodą W. Sherborne ułatwiają nawiązanie kontaktów interpersonalnych. Dzieci upośledzone umysłowo bardzo często nie reagują na bodźce płynące z otoczenia. Brak inicjatywy, słaba aktywność, brak motywacji do działania są wyrazem braku zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa, własnej wartości. W omawianej metodzie dziecko nawiązuje kontakt fizyczny i wzrokowy, współdziała z partnerem (osobą dorosłą lub rówieśnikiem).

Aktywność ruchowa w Ruchu Rozwijającym ma korzystny wpływ na usprawnienie zarówno w zakresie motoryki „dużej”, jak i precyzji ruchów. Wykonywanie ćwiczeń ruchowych w tej metodzie daje dzieciom upośledzonym poczucie sprawności ruchowej, radości i sukcesu, ćwiczy funkcje poznawcze. Trudności w zapamiętywaniu i odtwarzaniu ćwiczeń są eliminowane przez wielokrotne ich powtarzanie. Pozytywne przeżycia emocjonalne poprawiają komunikację dziecka z otoczeniem.

Pedagogika Zabawy

Kulturowe pojęcie zabawy omawia J. Huizinga, tworząc definicję, według której zabawa jest dobrowolną czynnością lub zajęciem w pewnych ustalonych granicach czasu, przestrzeni dobrowolnie przyjętych lecz bezwarunkowo obowiązujących reguł, jest celem samym w sobie, towarzyszy jej uczucie napięcia i radości oraz świadomość odmienności od zwyczajnego życia.

Obecnie pedagodzy zabawy powołują się jeszcze na inne uzasadnienie, które wniosła współczesna psychologia, a zwłaszcza psychoterapia i doświadczenie praktyków poszukujących bardziej skutecznych metod uczenia się.

Inspiracje teoretyczne czerpie pedagogika zabawy z psychologii humanistycznej, w której zakłada się, że człowiek jest zdolny do wzrostu i rozwoju oraz posiada zdolność uczenia się na podstawie własnego doświadczenia. Tworzenie w czasie zabawy odpowiednich warunków i atmosfery sprzyjającej rozwojowi, akceptacja i autentyczność, empatyczne zrozumienie dziecka umożliwiają samorealizację przez poznanie siebie, własnych emocji, zachowań.

Pedagogika zabawy korzysta z bardzo różnych pomysłów, ułatwiających kontakt z dzieckiem, grupą, wymianę myśli i odczuć bez lęku przed oceną. W doborze zabaw rezygnuje się z tych, które stwarzają nadmierne napięcie emocjonalne, spowodowane rywalizacją, ośmieszają jej uczestników, a preferuje te, które sprzyjają aktywności wszystkich jej członków, wymuszają posługiwanie się różnymi środkami (słowo, gest, ruch, taniec, dotyk, dźwięk).

Sytuacje w czasie zabawy uczą wypowiedzania się, wyrażania odczuć, poszanowania innych, pozwalają dostrzec walory uczestników grupy ze względu na ich różne doświadczenia, umiejętności. Udział w zabawie jest zachętą do działania i pobudza zainteresowania, niesie radość i zadowolenie ze wspólnego odkrywania i przeżywania pewnych treści. Poznanie siebie nawzajem wzbogaca kontakty pozawerbalne i werbalne (Zaorska, 1995).

Psychostymulacyjna Metoda Kształtowania Rozwoju Mowy i Myślenia

Psychostymulacyjna Metoda Kształtowania Rozwoju Mowy i Myślenia opiera się na założeniach bioenergetyki – dziedziny psychoterapii dynamicznej, stworzonej przez Aleksandra Lovenę i Johna Pierrakosa. W Polsce autorami metody psychostymulacji opartej na założeniach bioenergetyki są: logopeda Małgorzata Młynarska i psycholog Tomasz Smereka.

W metodzie tej dziecko traktuje się jako nierozzerwalną jedność cielesno-duchową. Wszelkie procesy psychiczne według twórców tej metody przebiegają w ciele człowieka i przez ciało się wyrażają. Każda myśl, uczucie i emocja znajduje swój wyraz w żywym ciele. Odczuwane subiektywnie oddzielanie umysłu od ciała traktowane jest przez bioenergetykę jako przejaw zaburzenia dynamicznej równowagi organizmu. Zaburzenie funkcji poznawczych i motorycznych powoduje zakłócenie układu stosunków między dzieckiem a otoczeniem. Zaburzenie w kontaktach z ludźmi jest wynikiem zakłócenia przepływu energii, obserwujemy wówczas zjawisko bloków (tj. ograniczenie przepływu energii w ciele). Blokowi energetyczno-mięśniowemu towarzyszy blok w świadomości, tłumienie lub wypieranie impulsów.

Napięcie mięśniowe wywiera także negatywny wpływ na jakość oddechu i głosu dziecka. Dla procesu psychostymulacji w tym aspekcie istotne jest aktywizowanie psychiki i ciała dziecka. W omawianej metodzie ruch traktowany jest jako przejaw ekspresji osobowości. Autorzy tej metody stwarzają możliwość angażowania ciała i umysłu w aktywność poznawczą. Naturalna i spontaniczna aktywność dzieci nie stanowi działalności żywiołowej i chaotycznej. Prowadząc zajęcia tą metodą, terapeuta jest partnerem, który czynnie uczestniczy w zabawie.

Wykorzystując na zajęciach ćwiczenia i zabawy prowadzone metodą psychostymulacji, realizuje się następujące cele terapii logopedycznej:

- aktywizowanie naturalnych procesów nabywania mowy,
- wzmacnianie naturalnych wzorców oddychania, emisji głosu oraz zaangażowanie całego ciała w komunikację słowną,

- rozwijanie naturalnych form aktywności z uwzględnieniem aktywności twórczej, angażujących emocje, wyobraźnię,
- wyzwalanie ekspresji całego ciała,
- łączenie różnych elementów percepcji wzrokowej, słuchowej i kinestetycznej.

Stosowane techniki relaksu są swoistą „pracą z ciałem”, prowadzą do rozluźnienia całego ciała dziecka, są wprowadzeniem do ćwiczeń oddechowo-głosowych. Techniki wyzwalające głos w pozycji leżącej na brzuchu oraz w zabawach ruchowych sprzyjają uwolnieniu oddechu brzuszno-dolnożebrowego.

Głos w metodzie psychostymulacji traktowany jest jako przedłużenie naturalnego oddechu i powinien wypływać bez niepotrzebnych napięć mięśniowych. Uruchomienie wibratorów ciała powodują ćwiczenia na desce wibrującej. Daje ona możliwość pracy nad głosem, wzmacnia odczucie własnego głosu płynące z wnętrza ciała.

Aparat artykulacyjny usprawnia się przez gimnastykę opartą na „pracy z ciałem”. Są to ćwiczenia z pałeczkami, koordynujące ruchy języka, rąk, nóg z percepcją słuchową, wzrokową i czuciową. Ten rodzaj sprawności jest szczególnie zaburzony u dzieci z porażeniem mózgowym i wiąże się z niskim poziomem sprawności motorycznej (szczególnie w zakresie praktyki oralnej), trudnościami w autoorientacji i orientacji przestrzennej. Realizując ćwiczenia z pałeczkami, konsekwentnie przestrzega się doboru kolorów – w prawej ręce dzieci trzymają pałeczkę niebieską, a w lewej – pałeczkę czerwoną. Ćwiczenia z pałeczkami ustalają lateralizację, czucie własnego ciała, usprawniają koordynację wzrokowo-słuchowo-ruchową, pomagają w rozwoju czucia układu narządów artykulacyjnych.

Jedną z form kreacji ruchowych w metodzie psychostymulacji są rytmogesty. Rytmogesty są przyporządkowane dźwiękom mowy [a, o, e, u, i, y, ę, ą]. Ruchy rąk towarzyszące wymowie samogłosek prowokują do otwarcia krtani oraz wskazują układ warg. Dziecko całym ciałem tworzy figury odpowiadające graficznemu obrazowi danej samogłoski. Rytmogesty poprawiają wyrazistość mowy. W czasie zabawy dzieci wykonują rytmogesty, wypowiadając słowo lub zdanie w ruchu tanecznym. W zabawach słowno-ruchowych metody psychostymulacji wprowadza się kreacje ruchowe towarzyszące wypowiedzianym zdaniom. Interpretacja słowno-ruchowa zdań jest dla dzieci upośledzonych trudna.

Zabawy są tak skonstruowane tematycznie, że rozmowa staje się naturalną koniecznością. Istotne dla stymulowania procesów słowno-myślowych w tej metodzie jest różnicowanie bodźców, modyfikowanie sytuacji. Wieloznaczność bodźców stymuluje wyobraźnię i wymaga uzupełnienia komunikowania się za pomocą przekazu słownego. Terapeuta stara się tę motywację podtrzymać, wchodząc w żywy dialog z dzieckiem. Pomocne w rozwijaniu myślenia twórczego, swobodnego kojarzenia są plansze kreowane, które w trakcie rozmowy

dzieci sukcesywnie wypełniają obrazkami. Metoda psychostymulacji zgodnie z opinią jej autorów znajduje się w fazie tworzenia, a o jej kształcie decydują raczej doświadczenia niż przesłanki teoretyczne.

Kinezylogia Edukacyjna Paula Dennisona

Twórca Kinezylogii Edukacyjnej – Paul Dennison – wprowadza model terapii, w którym umysł i ciało traktowane są jako całość. Wykorzystując wiedzę o złożoności struktury mózgu, traktuje świadomość jako niewielką część wiedzy człowieka o sobie samym. Ciało w omawianej metodzie jest skarbnicą doświadczeń, dzięki którym człowiek może działać i myśleć. Część Kinezylogii Edukacyjnej zwana Gimnastyką Mózgu (I–III stopień) skupia się na usprawnieniu funkcji poznawczych człowieka przez odblokowanie zdolności adaptacji do środowiska. Usprawnianie funkcji poznawczych pomaga efektywnie działać, a także wspomaga funkcje analizy i systemy informacji.

Zgodnie z koncepcją Paula Dennisona najważniejszym czynnikiem warunkującym sprawne działanie człowieka w otoczeniu jest gotowość do uczenia się, umiejętność wykorzystania napływających informacji. Gimnastyka Mózgu pobudza i usprawnia pracę zmysłów, czyniąc proces uczenia się bardziej efektywnym. Wykorzystując badania naukowe nad wpływem układu limbicznego na zdolności adaptacyjne człowieka, Kinezylogia Edukacyjna stosuje w terapii pracę nad emocjami – arteterapię.

Metoda Kinezylogii Edukacyjnej jest eklektyczna, stosuje osiągnięcia medycyny naukowej i niekonwencjonalnej (medycyna chińska). Walory pedagogiczne omawianej metody zawierają się w możliwości jednoczesnego diagnozowania i terapii. Diagnoza i terapia pozwalają na uzyskanie informacji dotyczących rozwoju funkcji poznawczych. Kinezylogia Edukacyjna jest metodą terapii pozwalającej na: oczyszczanie bloków emocjonalnych, usprawnienie procesów poznawczych, uczenie się.

W pracy z dziećmi upośledzonymi umysłowo wykorzystuje się ćwiczenia i zabawy usprawniające percepcję wzrokową, słuchową, czucie kinestetyczne, koordynację wzrokowo-słuchowo-ruchową. Szczególnie ważne w usprawnieniu pracy mózgu są ćwiczenia na przekraczanie linii środka: ruchy naprzemiennie, symetryczne bazgranie, leniwe ósemki; oraz ćwiczenia energetyzujące: picie wody, punkty ziemi, punkty przestrzeni, punkty równowagi, punkty na myślenie, punkty pozytywne, integracja trzech wymiarów (lateralności, stabilności, koncentracji). W celu odblokowania emocji stosuje się afirmacje: oczyszczanie, samoakceptacja, więź, harmonia, zmiany, rozluźnienie, niezależność, dowartościowanie, zadowolenie, przyswajanie, łagodność. Ćwiczeniem rozluź-

niającym, wyciszającym i przygotowującym do otwarcia się na przyjmowanie informacji jest pozycja Cooka. Dzieci po kilku zajęciach bardzo chętnie przyjmują tę pozycję i potrafią same wybrać moment wyjścia z niej. Szczególną trudność sprawia dzieciom upośledzonym wykonywanie ruchów naprzemiennych. Umiejętność śledzenia wzrokiem ruchów ciała, jego kończyn, wymaga długotrwałego i systematycznego treningu.

Ze względu na poziom rozwoju umysłowego, zaburzony przepływ informacji, w sprawdzianach nawyków pracy (wymiarów, lateralności, stabilności, koncentracji) nie jest wskazane „oporowanie” mięśni. Wykorzystuje się jednak wybiórczo ćwiczenia i zabawy usprawniające wymiary:

- lateralności ciała (ruchy całym ciałem w lewo – w prawo)
- stabilności ciała (ruchy góra – dół)
- koncentracji ciała (ruchy w przód – w tył)

Ćwiczenie usprawniające omawiane wymiary mają znaczenie w usprawnianiu autoorientacji, orientacji przestrzennej.

Do odblokowania emocji oraz otwarcia się na przyjmowanie informacji dobiera się odpowiedni kolor pomocy i środków, np. balonów, piłeczek, sznurków, wstążek, szarf. Interpretacja koloru w Kinezylogii Edukacyjnej zaadaptowana przez J. Thie i uzupełniona przez P. Dennisona jest następująca:

- **Czerwony** – ogień – stosunki z ludźmi, intuicja; motywacja – jestem – samoakceptacja, przyswajanie, harmonia, więź.
- **Żółty** – ziemia – potrzeby i żywotność – widzenie; motywacja – czuję – rozluźnienie, zadowolenie.
- **Szary** – metal – nagrody i sukces – smak; motywacja – cenię – dowartościowanie, oczyszczanie.
- **Niebieski** – woda – zaufanie i przekonanie – słuchanie; motywacja – akceptuję – niezależność, łagodność.
- **Zielony** – drzewo – rozwój i plany – zapach; motywacja – działam – zmiany, wybór.
- **Fioletowy** – powietrze – ciało, umysł (rozum), emocje i pierwiastek społeczny – dotyk¹.

Holistyczna terapia widzenia – Trening widzenia

Trening wzroku określany jest w kinezylogii terminem „wizjonetyka”. Wzrok i widzenie to umiejętność interpretacji i nadawania znaczenia informa-

¹ Kolor w arteterapii jest wskazówką diagnostyczną, ale również narzędziem terapeutycznym wpływającym na stan emocjonalny dziecka.

cjonem napływającym przez oczy. Jednak informacje te nie zawsze są zgodne z rzeczywistością. Zgranie pracy oczu i ciała jest warunkiem widzenia świata, zdarzeń i siebie takimi, jakimi są. Łączenie naturalnych ruchów oczu i ciała prowadzi do zintegrowanego widzenia.

Deficyt ruchu wywiera szczególnie negatywny wpływ na zdrowie dziecka i jego widzenie. Na poziomie psychologicznym obniżenie ostrości widzenia występuje w sytuacjach stresowych i wówczas dziecko odbiera informacje zniekształcone, „wygodne” dla podświadomości.

Badania naukowe potwierdzają związek między ruchem całego ciała (szczególnie różnymi partiami mięśni, np. mięsień nadgrzebieniowy – wymiar lateralności, część obojczykowa mięśnia piersiowego większego – wymiar stabilności, mięsień najszerzy grzbietu – wymiar koncentracji) a sprawnością oczu. W kinezyologii wykorzystuje się wiedzę okulistyczną (anatomia, fizjologia funkcjonowania oka), jak również wiedzę o psychologicznym aspekcie widzenia.

Wykorzystując doświadczenia Batesa, Warszawski Ośrodek Holistycznej Terapii Widzenia opracował program zawierający schematy pracy ze wszystkimi wymiarami widzenia. W treningu widzenia stosuje się ćwiczenia integrujące i rozwijające: wymiar lateralności ciała, wymiar stabilności ciała i widzenia oraz wymiar koncentracji ciała i widzenia.

Lateralność – wymiar całościowego systemu „ciało – intelekt” – odpowiada za współdziałanie między prawą i lewą połową ciała. Ćwiczenia lateralnego wymiaru ciała i widzenia rozwijają nawyki koordynacji ruchów między prawą i lewą połową ciała oraz oczu, uszu, tj. obuocznego widzenia, obuusznego słyszenia; koordynacji lewej i prawej ręki, lewej i prawej nogi, ruchów całego ciała. Przekraczanie przez prawe i lewe oko linii środkowej wzroku prowadzi do skupienia wzroku na przedmiotach statycznych i poruszających się, a następnie do widzenia obuocznego. Widzenie obuoczne decyduje o dowolnym kierowaniu ruchami oczu podczas czytania i pisanie.

Stabilność – wymiar całościowego systemu „ciało – intelekt” odpowiada za współdziałanie między górną i dolną częścią ciała, zintegrowaną pracą myślenia racjonalnego (górną połową ciała) i kinestetyki – emocji, uczuć i ruchów (dolną część ciała) oraz za integrację funkcji przyczynowo-warunkujących i emocjonalnych obszarów mózgu. Ćwiczenia wymiaru stabilności rozwijają nawyki koordynacji między „myślą a ruchem”, co ma wpływ na opanowanie wielu nawyków i umiejętności. Nawyk wodzenia oczami w górę i w dół rozwija zdolność percepcji świata w pionie (organizuje ruch podczas chodu, tańca, rysowania, w geometrii, matematyce).

Koncentracja – wymiar całościowego systemu „ciało – intelekt”, odpowiada za współdziałanie między przodem i tyłem ciała, za współpracę górnych, przyczynowo-warunkujących, i dolnych obszarów mózgu odpowiedzialnych za przetrwanie. Ćwiczenia w tym wymiarze powodują skupienie świadomości na

szczególach percypowanego przedmiotu, zdarzenia i na całościową ich perspektywę. Ćwiczenia w wymiarze koncentracji rozwijają umiejętność korzystania ze starych doświadczeń w nowych sytuacjach. Stan tego wymiaru ma wpływ na rozumienie własnych i zachodzących wokół nas działań, słów.

Stosowanie ćwiczeń w omawianych wymiarach jest spójnym systemem usprawniającym ciało i intelekt. W pracy z dziećmi upośledzonymi umysłowo terapeuta musi stosować ćwiczenia ciała, ćwiczenia oczu, ćwiczenia uszu oraz zabawy i gry nakierowane na koordynację ruchów całego ciała zaadaptowane do ich poziomu psychofizycznego.

Istota Kompleksowej Terapii Logopedycznej²

Terapia logopedyczna w szkole specjalnej jest składnikiem rewalidacji (indywidualnej i grupowej). U większości uczniów szkoły specjalnej występują zaburzenia mowy. Szanse efektywnej terapii logopedycznej zwiększa stosowanie intensywnych, systematycznych i trafnie dobranych ćwiczeń prowadzonych z młodszymi dziećmi (kl. I–III) szkoły specjalnej i szkoły życia. Terapia logopedyczna z uwagi na kompleksowość działań stymulacyjno-terapeutycznych ma specyfikę, swoisty rytm, metody pracy, które nie zawsze muszą być zgodne z programem rewalidacji prowadzonym przez nauczycieli.

Wiele jest programów psychoterapeutycznych stosowanych w terapii dzieci z zaburzeniami mowy. Zasady konstruowania programów stymulacji i terapii mowy mogą wynikać z modeli: nauczania języka, psychoterapii, psychoedukacji.

W literaturze i praktyce kompleksową terapię logopedyczną określa się jako całokształt działań stymulacyjno-terapeutycznych, konsultacyjnych i diagnostycznych mających na celu usunięcie zaburzenia mowy, poprawę sprawności komunikacyjnych pozawerbalnych i werbalnych na miarę indywidualnych możliwości dziecka. Kompleksowość logopedyczna w tym aspekcie jest zatem zespołowym i systemowym działaniem wielu specjalistów (logopeda, psycholog, lekarz) stwarzającym dziecku z zaburzeniami mowy warunki psychofizyczne umożliwiające rozwijanie kreatywności językowej oraz motywacji do działania. Tak obszerny zakres jest cechą oddziaływań psychopedagogicznych

² Przykładem wspierania procesu rewalidacji dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim i umiarkowanym jest propozycja autorskiego programu kompleksowej terapii logopedycznej opracowanego i realizowanego przez mgr J. Brzozowską (pedagog specjalny i logopeda) w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym (dla dzieci upośledzonych umysłowo) w Tychach.

w aspekcie interdyscyplinarnym. Dziecko pozostaje w systemie określonych warunków społecznych, przyrodniczych i kulturowych. W praktyce oznacza to konieczność brania pod uwagę międzyludzkich kontaktów dziecka w szkole, w określonym środowisku. W kompleksowej terapii logopedycznej istotne są: współpraca z rodzicami lub opiekunami dziecka, a także właściwy kontakt między logopedą a dzieckiem, które w procesie terapii powinno być traktowane jako jedność psychofizyczna w relacji z otoczeniem.

Postępowanie terapeutyczne uwarunkowane jest:

- **psychologicznym** (opartym na empatii), świadomym ukierunkowaniem na właściwości psychiki dziecka, mającym na celu rozhamowanie, odblokowanie funkcji psychicznych, tonowanie (obniżenie napięcia emocjonalnego), stymulowanie, czyli pobudzanie funkcji psychicznych, usprawnianie zaburzonych funkcji;
- **lingwistycznym** (opartym na materiale językowym), korygującym zaburzenia funkcji mowy, rozwijającym komunikację werbalną;
- **pedagogicznym**, modyfikującym zachowanie, ćwiczenie, uczenie się.

W pracy logopedycznej z dziećmi upośledzonymi umysłowo współpraca ze specjalistami ogranicza się do wymiany informacji o aktualnym poziomie rozwoju psychofizycznego dzieci. Nauczyciele uczestniczący w zajęciach terapeutycznych prowadzonych przez logopedę ograniczają się na ogół do roli wolontariuszy. Nie prowadzą jednak, instruktażowo prezentowanych przez logopedę, ćwiczeń i zabaw na swoich zajęciach lekcyjnych czy rewalidacyjnych. Zainteresowanie ofertą logopedyczną, w której dominuje praca z ciałem, wykazują jedynie nauczyciele kultury fizycznej.

Większość rodziców dzieci upośledzonych umysłowo nie angażuje się w proces terapii. Specyfika mojej pracy logopedycznej przyczyniła się do realizacji pomysłu prowadzenia kompleksowej terapii logopedycznej w ramach zajęć rewalidacyjnych w młodszych klasach (I–III) szkoły podstawowej specjalnej i w szkole życia.

Kompleksowość terapii logopedycznej polega na wszechstronnym oddziaływaniu na osobowość dziecka za pośrednictwem polisensorycznego, systematycznego i ukierunkowanego stymulowania rozwoju psychofizycznego. Dobór ćwiczeń i zabaw ma również charakter terapeutyczny, zaspokaja potrzeby dziecka (akceptacji, uznania, miłości, dostrzegania własnego rozwoju), wyzwała aktywność pozawerbalną i werbalną, niwelując napięcie emocjonalne. Sądzę, że częste i systematyczne prowadzenie kompleksowych zajęć terapeutycznych jest bardzo ważnym etapem w procesie usprawnienia kompetencji komunikacyjnych dzieci upośledzonych umysłowo.

Proponowany program stymulacyjno-terapeutyczny ma konstrukcję zgodną z założeniami psychoterapii. Podstawową jednostkę stanowi sesja. Sesja może zaczynać się od prostej zabawy i zmierzać do rozwiązania coraz trudniejszych zadań. Strukturę sesji wyznacza program. Program ma układ spiral-

ny, ponieważ problemy w nim zawarte oraz pobudzanie, rozwijanie i usprawnianie zaburzonych funkcji powracają w różnorodnych kombinacjach. Celem proponowanego programu jest usprawnienie zaburzonych funkcji, a także rozwijanie komunikacji pozawerbalnej oraz werbalnej dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim i w stopniu umiarkowanym (kl. od I do III). Cechą wspólną wybranych przez mnie metod jest traktowanie dziecka jako jedności ciała i intelektu, a podstawę kontaktów interpersonalnych stanowi „język ciała”.

Do realizacji programu zastosowano omówione już uprzednio przesłanki i propozycje metody Ruchu Rozwijającego W. Sherborne, Pedagogiki Zabawy, Psychostymulacyjnej Metody Kształtowania Rozwoju Mowy i Myślenia M. Młynarskiej i T. Smereki, Kinezylogii Edukacyjnej P. Dennisona oraz Holistycznej terapii widzenia – Treningu widzenia M. Markiewicza.

Wiele ćwiczeń i zabaw w czasie realizacji programu może ulec modyfikacji, ponieważ struktura programu jest otwarta, nie musi służyć określonej teorii, a raczej wspiera działania rewalidacyjne z punktem ciężkości przesuniętym na efekt logopedyczny.

Podstawowe informacje o programie Kompleksowej Terapii Logopedycznej.

1. Oferta programowa przeznaczona jest dla dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim i umiarkowanym.

2. Program jest ukierunkowany na: rozwiązywanie problemu komunikacji pozawerbalnej i werbalnej dzieci upośledzonych umysłowo, stymulowanie rozwoju psychofizycznego (autoorientacja, orientacja przestrzenna, koordynacja wzrokowo-ruchowo-słuchowa, motoryka, czucie kinestetyczne, motoryka narządów mowy).

3. Program ma charakter kompleksowy – zawiera zbiór uporządkowanych ćwiczeń stymulacyjno-terapeutycznych.

4. Program opiera się na metodach diagnostycznych – zawiera sprawdziany funkcji percepcyjno-motorycznych i komunikacji pozawerbalnej i werbalnej.

5. Program jest otwarty na pomysły, innowacje wynikające z praktyki i uwzględnia badania naukowe.

- W program włączono pomoce, które uwzględniają: poziom rozwoju psychoruchowego dzieci upośledzonych umysłowo, stymulację i terapię zaburzonych funkcji, wszechstronne wykorzystanie.
- Program jest dostosowany do potrzeb terapii długoterminowej.

Organizacja sesji. Sesje programowe prowadzi się pięć razy w tygodniu. Czas trwania sesji dla dzieci lekko upośledzonych umysłowo wynosi 30–45 minut, a dla dzieci umiarkowanie upośledzonych – 30 minut. Dobór dzieci do grup zajęciowych poprzedzają sprawdziany funkcji percepcyjno-motorycznych. Profile sprawności funkcji percepcyjno-motorycznych wykonane przed

rozpoczęciem terapii i w czasie realizacji programu pozwalają na weryfikację i modyfikację postępowania stymulacyjno-terapeutycznego. Prowadzeniem zajęć sześcioosobowej grupy powinien zajmować się logopeda i nauczyciel. Realizacja programu terapii w teamie logopeda – nauczyciel sprzyja właściwej realizacji ćwiczeń, pomaga w analizie programu, wzbogaca doświadczenia i umiejętności prowadzących je terapeutów.

Wszyscy biorący udział w sesji powinni mieć ubranie pozwalające na swobodne ruchy ciała. Najlepiej, jeśli dzieci ćwiczą boso, daje to poczucie oparcia, bezpieczeństwa. Dla efektów terapii ważne są również warunki lokalowe, przestrzeń, odpowiednie podłoże (parkiet), świeże powietrze. Prowadzenie zajęć nie wymaga użycia przyrządów. Przydatne w realizacji programu są wykonane przeze mnie pomoce i przybory (np.: pałeczki, wstążki, miotelki, woreczki, sznurki). Program uwzględnia zarówno potrzeby całej grupy, jak i indywidualne potrzeby każdego członka grupy. Do grupy terapeutycznej przewiduję kwalifikowanie dzieci o tych samych zaburzeniach funkcji percepcyjno-motorycznych z problemami sfery emocjonalnej. Myślę, że nie należy unikać sytuacji konfliktowych, ponieważ w życiu dziecko znajduje się w różnych relacjach międzyludzkich. W sytuacjach konfliktowych dziecko ma okazję nauczyć się, jak może postępować z pożytkiem dla siebie. Sytuacje w grupie powinny dawać mu możliwość bycia silnym i umieć tę siłę wykorzystać, by pomóc innym, a także korzystać z pomocy innych.

Sytuacje, w których znajdują się dzieci w procesie terapii, nie zawsze są zgodne ze scenariuszem zajęć. Program zajęć nie zawsze odpowiada dzieciom w danym dniu (pobudzenie, ospałość) i wtedy modyfikuję zajęcia zależnie od bieżących potrzeb dzieci, ich aktywności i propozycji własnych, nie zapominając o celach kompleksowej terapii logopedycznej.

Sesja składa się konstrukcyjnie z trzech podstawowych części:

I. Część wstępna:

- zaspokojenie potrzeb samoakceptacji działania, zmiany;
- rozwijanie kontaktów i porozumiewanie się przez ruch; równoważenie sfery emocjonalnej;
- zabawy: integracyjne, rozluźniające, pobudzająco-hamujące;
- afirmacje.

II. Część główna:

- ćwiczenia, zabawy stymulująco-terapeutyczne usprawniające funkcje percepcyjno-motoryczne oraz komunikację pozawerbalną i werbalną;
- stymulowanie wymiarów lateralności, stabilności, koncentracji; opanowanie umiejętności napinania i rozluźniania mięśni;
- trening widzenia;
- ćwiczenia i zabawy: oddechowe, motoryki, autoorientacji, lateralizacji, koordynacji wzrokowo-ruchowo-słuchowej, orientacji przestrzennej, napinania i rozluźniania mięśni, motoryki narządów mowy, słowno-ruchowe.

III. Część końcowa:

- wywoływanie nastroju zadowolenia, radości z udziału w zajęciach;
- zaspokojenie potrzeby uznania, własnej wartości;
- przygotowanie do podjęcia aktywnego udziału w innych zajęciach;
- ćwiczenia i zabawy: oddechowe, wyciszające, uspokajające;
- afirmacje.

W czasie realizacji programu mogą pojawić się wyniki, których nie przewiduję, mogą one być pozytywne albo negatywne. Opracowując program terapii, planując jej przebieg i wyniki, nie potrafię wszystkiego przewidzieć do końca. Opracowany przeze mnie program kompleksowej terapii logopedycznej jest otwarty na zmiany.

Dobór dzieci do grup terapeutycznych poprzedza sprawdzian poziomu funkcji percepcyjno-motorycznych oraz sprawności pozawerbalnych i werbalnych. Oceny poziomu funkcji i umiejętności dokonuję za pomocą prób i zadań praktycznych. Program terapii funkcji percepcyjno-motorycznych jest weryfikowany w fazie realizacji co trzy miesiące. Analiza poziomu poddawanych terapii funkcji i sprawności może pomóc w modyfikacji dotychczasowego postępowania stymulacyjno-terapeutycznego lub decydować o jego zakończeniu. Sprawdziany funkcji percepcyjno-motorycznych i sprawności komunikacyjnych zawierają ćwiczenia o różnym stopniu trudności i mogą być wykorzystane do oceny poziomu percepcyjno-motorycznego dzieci upośledzonych w stopniu lekkim i umiarkowanym. Formułowanie poleceń słownych jest dostosowane do poziomu rozwoju tychże dzieci. Profile sprawności funkcji percepcyjno-motorycznych mogą być wykorzystane do analizy postępowania stymulacyjno-terapeutycznego w stosunku do każdego dziecka.

Przykłady sprawdzianów czynnościowych dla wybranych funkcji:

1. Oddychanie:

a) sprawdzian dla dzieci umiarkowanie upośledzonych umysłowo: położyć się na plecach z rękami wzdłuż tułowia, położyć woreczek na brzuchu, oddychaj, unieś woreczek w górę i opuść go (wdech – wydech); stań prosto, chodź po pokoju i dmuchaj na piórko tak mocno, żeby uniosło się nad twoją głową; położyć się na brzuchu z głową na bok i rękami wzdłuż tułowia, naśladować karetkę pogotowia: eoeoeo.....; położyć się na plecach z rękami wzdłuż tułowia, uginaj nogi i oprzyj całe stopy o podłogę, naśladować syczenie żmiji: sssss.....; stań prosto z rękami wzdłuż tułowia, unieś ręce bokiem w górę, wciągnij powietrze – wdech, opuść ręce bokiem, wypuść powietrze – wydech;

b) sprawdzian dla dzieci lekko upośledzonych umysłowo: położyć się na plecach z rękami na brzuchu, ugnij nogi i oprzyj całe stopy o podłogę, oddychaj głęboko tak, żeby twoje ręce unosiły się w górę i opadały; stań prosto z rękami wzdłuż tułowia, wnieś ramiona bokiem w górę, wciągnij powietrze – wdech, wykonaj przysiad i opuść ramiona bokiem w dół, wypuść powietrze

– wydech; usiądź, krzyżując nogi, obejmij dłońmi klatkę piersiową nad pępkiem (na wysokości dolnych żeber), oddychaj głęboko tak, żeby twoje dłonie rozsuwały się na boki; połóż się na plecach, nogi ugnij w kolanach i oprzyj całe stopy o podłogę, naśladuj syczenie żmiji: ssssss.....; połóż się na brzuchu z głową na bok i rękami wzdłuż tułowia – naśladuj karetkę pogotowia: eoeeo.....

Sprawdzian zawiera próby oddychania brzuszno-dolnożebrowego. Ćwiczenie oddychania w różnych pozycjach (leżenie, siad, stanie) są połączone z pracą rąk, nóg oraz artykulacją. Wykonanie przez dziecko prób oddychania pozwala na określenie toru oddychania, długości wydechu i siły wydechu.

2. Autoorientacja:

a) polecenia:

- pokaż ręce, dotknij głowy dłońmi, dotknij ramion dłońmi, dotknij brzucha dłońmi, dotknij nóg dłońmi, dotknij kolan dłońmi, dotknij stóp dłońmi, dotknij nosa palcami rąk, zakryj oczy dłońmi, dotknij uszu palcami rąk, dotknij ust palcami rąk, chwyć palcami rąk włosy;
- pokaż, gdzie lalka ma: głowę, oczy, nos, usta, uszy, włosy, ramiona, ręce, brzuch, nogi, kolana, stopy;
- powiedz, czego dotykam (co pokazuję): głowę, oczy, nos, usta, uszy, włosy, ramiona, ręce, brzuch, nogi, kolana, stopy.

Prawidłowe nazywanie części ciała wymaga od dziecka posługiwania się językiem dwuklasowym, tzn. użycia zasad gramatycznych.

3. Orientacja przestrzenna i poruszanie się w przestrzeni:

a) sprawdzian dla dzieci umiarkowanie upośledzonych umysłowo: stojąc, połóż woreczek na głowie, stojąc, połóż woreczek na podłodze, klękni na kolana, włóż woreczek do kosza, klęcząc wyjmij woreczek z kosza, połóż się na brzuchu; usiądź, w siadzie skrzyżnym, połóż woreczek przed sobą, połóż woreczek za sobą, połóż woreczek po prawej stronie, połóż woreczek po lewej stronie; w siadzie rozkrocznym rozsuń nogi na bok i połóż woreczek między nogami; przejdź dowolnym krokiem od klocka do klocka (klocki ułożone w linii prostej na podłodze), idź do tyłu po skakance (położonej w linii prostej na podłodze); biegnij wokół leżącej na podłodze obręczy w jedną stronę i w drugą stronę (w prawo, w lewo); przeskocz skakankę z jednej strony na drugą (z prawej strony na lewą stronę i z lewej strony na prawą stronę); poruszaj się na czworakach między klockami, jeśli pokażę zielony krążek – ruszaj się, a jeśli czerwony – zatrzymaj się w miejscu, stój.

b) sprawdzian dla dzieci lekko upośledzonych umysłowo: połóż się na plecach na podłodze, połóż się na brzuchu na podłodze; usiądź w siadzie skrzyżnym na podłodze i popatrz w górę, usiądź w siadzie skrzyżnym na podłodze i popatrz w dół; wstań, zrób krok do przodu, zrób krok do tyłu, zrób krok w prawą stronę, zrób krok w lewą stronę; obracaj się dookoła siebie w prawo, obracaj się dookoła siebie w lewo; idź po skakance do przodu (po-

łożonej w linii prostej na podłodze), idź do tyłu po skakance (położonej w linii prostej na podłodze); biegnij po ułożonym na podłodze sznurku w prawo, biegnij po sznurku w lewo (koło ułożone ze sznurka), przeskocz skakankę z prawej strony na lewą i z lewej strony na prawą; usiądź na krążku w siadzie skulonym (podkurcz nogi), poruszaj się, odpychając się nogami i rękami: do przodu, do tyłu, w prawo, w lewo.

Zadania wykonywane w sprawdzianie orientacji przestrzennej mają charakter stymulujący i diagnostyczny. Obserwacja dziecka w czasie wykonywania zadania informuje o pracy wymiarów ciała na poziomie funkcjonalnym. Ruchy całym ciałem w lewo, w prawo są sprawdzianem wymiaru lateralności. Ruchy całym ciałem w górę i w dół są sprawdzianem stabilności. Ruchy całym ciałem w przód i w tył są sprawdzianem koncentracji.

Stopień trudności wykonywanych prób jest różny. Włączenie do ćwiczeń przyborów (woreczki, sznurek, obręcz, klocki, skakanka, krążki) aktywizuje do synchronizacji pracy ciała oraz oczu i uszu.

4. Lateralizacja:

a) czynności: stojąc, popatrz przez lornetkę, usiądź w siadzie skrzyżnym i patrz do środka butelki (oko); połóż się na brzuchu, przyłóż muszelkę do ucha, co słyszysz? ktoś dzwoni, podnieś słuchawkę telefonu (ucho); pokaż, jak jesz łyżeczką budyń z miseczki; wytrzymaj tablicę gąbką (ręka); kopnij piłkę do bramki, przeskocz na jednej nodze przez skakankę położoną na podłodze (noga).

Sprawdzian pozwala na określenie dominacji: oka, ucha, ręki, nogi.

5. Koordynacja wzrokowo-ruchowa:

a) próby: w siadzie skrzyżnym turlaj piłkę do instruktora, w siadzie skrzyżnym podaj piłkę górami (nad głową) do przodu, w siadzie skrzyżnym podaj piłkę górami (nad głową) do tyłu; stojąc, rzuć piłkę do tarczy, rzuć woreczek do kosza stojącego na podłodze, kopnij piłkę do bramki; z leżenia przodem przewróć się do leżenia tyłem; idź na czworakach do przodu i tyłu; wstań bez pomocy rąk; chodź (przy akompaniamencie muzycznym), wymachując rękami: w górę – w dół, do przodu – do tyłu, bokiem w górę, bokiem w dół; przejdź do siadu skrzyżnego i powróć do siadu; idąc, tocz obręcz dowolną ręką przed siebie.

6. Koordynacja słuchowo-ruchowa:

a) próby: połóż się na plecach, jedź na rowerze zgodnie z tempem granym na cymbałkach; stojąc, uderzaj piłką o podłogę zgodnie z sygnałami bębna, przerzucaj piłeczkę z jednej ręki do drugiej ręki (w podanym tempie); usiądź w siadzie skrzyżnym i naśladowaj odgłosy nagrane na kasecie magnetofonowej: deszcz – uderzanie palcami rąk o podłogę; grzmot – uderzanie rękami o podłogę; wichura – skłony w prawo i w lewo z rękami wzniesionymi do góry, naśladowanie szumu: szszsz.....; skaczące piłki – naśladowaj skaczącą piłkę zależnie od gry na bębnie: ciche uderzanie – niskie podskoki, głośne uderzanie – wysokie podskoki, tańcz przy muzyce.

Sprawdzian koordynacji wzrokowo-ruchowej i słuchowo-ruchowej określa poziom koordynacji lewej i prawej ręki, lewej i prawej nogi, lewego i prawego ucha, lewego i prawego oka; poprawne wykonanie zadań świadczy o integracji pracy ciała, widzenia i słyszenia; trudności w wykonaniu sprawdzianu potwierdzają zaburzenie funkcji percepcyjno-motorycznych.

7. Napinanie i rozluźnianie mięśni:

a) próby: połóż się na plecach, naśladowuj chód po suficie; zrób przysiad podparty, naśladowuj koci grzbiet; połóż się na brzuchu, odpychaj od siebie rękami balon i przyciągnij go do siebie; usiądź w siadzie skrzyżnym, ściskaj piłeczkę palcami i wypuść ją na podłogę (na sygnał dźwiękowy); stań na palcach, wyciągnij ręce w górę i dotknij rękami balonu zaczepionego na sznurku przy suficie.

Umiejętność napinania i rozluźniania mięśni wywiera wpływ na oddychanie i głos dziecka. Nieekonomiczna praca napiętych mięśni powoduje zaburzenie koordynacji słuchowo-ruchowej i wzrokowo-ruchowej. Próby napinania i rozluźniania mięśni zawarte w sprawdzianie pozwalają na obserwację pracy mięśni w czasie wykonywania zadań i sprawdzenie ich napięcia za pomocą dotyku.

b) motoryka narządów mowy: próba warg: trzymaj wargami serduszko z papieru, uśmiechnij się do ulubionej zabawki, pokaż, jak parska koń; „zliź” dolną wargą czekoladę z górnej wargi, „zliź” górną wargą czekoladę z dolnej wargi, przesunij wargi w miejsce, gdzie czujesz ciepło (przesuwanie kącików ust w lewo, w prawo – wzmocnione użyciem bodźca termicznego – ciepły tampon z waty), przytrzymaj wargami trąbkę – układanie warg w ryjek, pošlij całusa lalce, misiowi – cmokanie wargami; próba języka: dotknij językiem kropki na kartce, zliź językiem czekoladę z brody, zliź językiem czekoladę z nosa, zliź językiem czekoladę z podniebienia, odklej językiem skrawek papieru przyklejonego za górnymi zębami (wałek dziąsłowy), obejmij językiem słomkę, „pokaż” językiem, jak idzie koń – kłaskanie językiem, obliź językiem wargi posmarowane czekoladą.

Sprawdzian motoryki narządów mowy zawiera próby o różnym stopniu trudności. Próby warg i języka prowadzone są w formie zabawy. Obserwacja dziecka w czasie wykonywania prób pozwala na określenie sprawności motorycznej narządów mowy.

8. Komunikacja:

a) sprawdzian dla dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu umiarkowanym:

– zabawy ortofoniczne:

- naśladowuj głosy pokazywanych zwierząt (imitacje, maskotki zwierząt):

kot – miau

koza – me

krowa – mu

kura – ko, ko

kaczka – kwa, kwa,

gęś – gę, gę

owca – be	indyk – gul, gul
pies – hau, hau	kurczęta – pi
koń – ihaha	gołąb – gu, gu

- spróbuj powtórzyć za instruktorem głosy zwierząt:

kot – miau	kura – ko, ko
koza – me	kaczka – kwa, kwa
krowa – mu	gęś – gę, gę
owca – be	indyk – gul, gul
pies – hau, hau	kurczęta – pi
koń – ihaiha	gołąb – gu, gu

- zabawa w rozpoznawanie i nazywanie źródła dźwięku (jeśli dziecko nie potrafi nazwać źródła dźwięku, pokazuje go): śmiech; burza; bębenek; kroki; śpiew; rozmowa; płacz; deszcz; dzwon; warkot motoru; ćwierkanie ptaków; głosy zwierząt na wiejskim podwórku;
- zabawa „Skacze piłka” (muzyka i słowa J. Hilchen):

Skacze piłka po podłodze

klap, klap, klap.

Gdy do ciebie rzucam piłkę,

to ją łap!

Skacze piłka po podłodze

stuk, stuk, stuk.

Gdy nie złapiesz to

ucieknie

choć nie ma nóg!

Prowadzący podrzuca lub odbija piłkę ze słowami:

„skacze piłka”; prowadzący toczy piłkę do dziecka ze słowami:

„leci piłka, łap”; dziecko przy słowach „klap, klap, klap” klaszcze w ręce,

a przy słowach „stuk, stuk, stuk” uderza rękami o podłogę, powtarzając słowa: klap, stuk;

- zabawa „Zwierzątka i Basia” (muzyka i słowa I. Pfeiffer):

Kotek miauczy miau, miau, miau,

piesek szczeka hau, hau, hau,

krówka ryczy mu, mu, mu,

Basia płacze buu, buu, buu.

Kurka gdacze kod-kodak,

kaczka kwacze kwa, kwa, kwa,

indyk woła gul, gul, gul,

Basia pije dul, dul, dul.

Dziecko naśladuje poruszanie się zwierząt, czynności i wydawane przez nie głosy;

b) sprawdzian dla dzieci lekko upośledzonych umysłowo:

– zabawa ortofoniczna:

- naśladowaj głosy pokazywanych zwierząt (imitacje, maskotki zwierząt lub rysunki):

kot	– miau	kura	– ko, ko
koza	– me	kaczka	– kwa, kwa
krowa	– mu	gęś	– gę, gę
owca	– be	indyk	– gul, gul
pies	– hau, hau	kurczęta	– pi
koń	– ihaiha	gołąb	– gu, gu

- zabawa w rozpoznawanie i nazywanie źródła dźwięku: burza; bębenek; kroki; śpiew; rozmowa; płacz; deszcz; dzwon; warkot motoru; ćwierkanie ptaków; głosy zwierząt na wiejskim podwórku;

– nominowanie:

- zabawa „Piłkarz” (do muzyki *Grazy Daisy*) – krótkie opowiadanie historyjki *Na boisku piłkarskim*:

4 takty przygrywki

prawa ręka w górę – hej – 2x

lewa ręka w górę – hej – 2x

prawa noga wymach do przodu – kop – 2x

lewa noga wymach do przodu – kop – 2x

faul – pokazujemy, gdzie nas boli (biodra, kolana) – oj, boli, boli – 2x

walka na boisku – „młynek” wykonywany rękami – 2x

prawa noga wymach do przodu – kop – 2x

lewa noga wymach do przodu – kop – 2x

bramka – prawa ręka w górę – 2x

lewa ręka w górę – 2x

wymach rąk w górę – gol!

wymach rąk w górę – gol!

- zabawa „Nasza piłka” (Danuta Gellnerowa *Nasza piłka*. „Miś” 1986, nr 14): nauczyciel siedzi naprzeciwko dziecka (lub stoi) i odbija piłkę od podłogi:

Nasza piłka malowana

skacze co dzień

już od rana,

jak zaczarowana!

Dziecko (podskakuje jak piłka):

– Piłka, piłka

raz i dwa!

Rzucasz ty,

łapię ja!

Nauczyciel (rzuca piłkę do dziecka):

- Piłka, piłka
- raz, dwa, trzy!
- Rzucam ja,
- łapiesz ty!

Dziecko (turla piłkę do prowadzącego zajęcia):

- Raz jest moja,
- raz jest twoja.

Zestaw pomocy: proponowane pomoce to: niebieskie i czerwone prostokąty samoprzylepne, niebieskie i czerwone wstążki, niebieskie i czerwone woreczki, niebieskie i czerwone krążki, niebieskie i czerwone szarfy, niebieskie i czerwone balony, niebieskie i czerwone szale, niebieskie i czerwone piłeczki, kolorowe wstążki, kolorowe sznurki, kolorowe szarfy, kolorowe balony, kolorowe piłeczki, kolorowe krążki, kolorowe obręcze, kolorowe skakanki, kolorowe pionki, piłeczki, piłeczki pingpongowe, chusta, guma, maskotki, muzyka nagrana na kasecie magnetofonowej.

W omawianym programie jedno ćwiczenie jest realizowane z użyciem różnych pomocy lub ta sama pomoc wykorzystywana jest do różnych ćwiczeń. Wykorzystanie niebieskich i czerwonych prostokątów samoprzylepnych, wstążek, woreczków stymuluje autoorientację, orientację przestrzenną, koordynację wzrokowo-ruchową. Ćwiczenie usprawniające dane funkcje w czasie realizacji programu jest wspomagane różnymi pomocami, np. ćwiczenie autoorientacji realizowane jest z użyciem:

- niebieskich i czerwonych prostokątów samoprzylepnych,
- niebieskich i czerwonych wstążek,
- niebieskich i czerwonych krążków,
- niebieskich i czerwonych balonów,
- niebieskich i czerwonych piłeczek.

Stosowanie proponowanych pomocy ułatwia przyswajanie umiejętności, usprawnia zaburzone funkcje, wspomaga umiejętność porozumiewania się językowego i niejęzykowego. Walorem terapeutycznym wymienionych pomocy jest ich wpływ na rozluźnienie ciała, jednocześnie – obniżenie napięcia emocjonalnego. Manipulowanie przyborami (woreczki, balony, piłeczki) czyni proces przyswajania umiejętności atrakcyjnym i łatwiejszym. Wykonanie ćwiczenia dowartościowuje, daje poczucie zadowolenia z wykonywanej czynności. Wyzwolenie aktywności ruchowej usprawnia koordynację wzrokowo-ruchowo-słuchową, co ma znaczący wpływ na motorykę narządów mowy.

W programie Kompleksowej Terapii Logopedycznej wszystkie pomoce wykorzystane są do treningu widzenia. Zgranie pracy oczu i ciała pozwala na widzenie otaczającego świata takim, jaki jest. Łączenie pracy oczu i pracy ciała prowadzi do zintegrowanego widzenia, jest spójnym systemem usprawniają-

cym ciało i intelekt. Efektem kompleksowego oddziaływania stymulacyjno-terapeutycznego na ciało i intelekt jest rozwijanie oraz usprawnienie komunikacji niewerbalnej i werbalnej dzieci upośledzonych umysłowo. Wszechstronne użycie pomocy, np. balonów, piłeczek, wstążek, woreczków, sprawia dzieciom radość, pozwala bawić się i uczyć. Pomoce są zatem ważnym elementem programu stymulacyjno-terapeutycznego, a ich dobór uwzględnia: cele ćwiczeń, poziom rozwoju psychofizycznego, wartości stymulacyjne, wartości terapeutyczne.

W toku prowadzonych zajęć należy przestrzegać następujących zasad:

- uczestniczenie dziecka w zajęciach jest dobrowolne (instruktorzy mogą zachęcać, ale nie zmuszać),
- w nawiązywaniu kontaktu z każdym dzieckiem szczególnie ważny jest kontakt wzrokowy i dotykowy,
- w grupie zajęciowej każde dziecko jest najważniejsze,
- stopień trudności ćwiczeń i zabaw dostosowany jest do możliwości rozwojowych dzieci,
- ćwiczenia pobudzające, dynamiczne prowadzone są naprzemiennie z ćwiczeniami relaksacyjnymi,
- realizując scenariusz sesji, uwzględnia się stan emocjonalny dzieci w czasie każdego zajęcia,
- kolejność wprowadzania ćwiczeń w pozycji leżącej, siedzącej i stojącej jest metodycznie uzasadniona i praktycznie zweryfikowana,
- istotne dla zapamiętania ruchu jest wykonywanie ćwiczeń w początkowej fazie w miejscu,
- utrudnieniem dla dzieci jest wykonywanie ćwiczeń łączących kilka elementów, np. oddychanie z pracą nóg, rąk i manipulowaniem przyborem (np. woreczek, piłka),
- użycie przyborów, pomocy dydaktycznych aktywizuje dziecko do działania, rozwija myślenie i koordynację wzrokowo-ruchowo-słuchową, a w czasie zabaw słowno-ruchowych ma wpływ na usprawnienie komunikacji ruchowej, niejęzykowej i językowej.

Bibliografia

- Bogdanowicz M., 1994: *Metoda Weroniki Sherborne w terapii i wspomaganii rozwoju dzieci*. Warszawa.
- Kostrzewski J., 1977: *Diagnostyka odchyień od normy u dzieci, młodzieży i dorosłych*. W: *Pedagogika rewalidacyjna*. Red. A. Hulek. Warszawa.
- Lipkowski O., 1976: *Resocjalizacja*. Warszawa.
- Lipkowski O., 1977: *Pedagogika specjalna. Zarys*. Warszawa.

- Okoń W., 1973: *Stan i perspektywy rozwojowe nauk pedagogicznych. Zbiór studiów*. W: *Materiały II Kongresu Nauki Polskiej. Sekcja XV nauk politycznych i społecznych*. Red. W. Okoń. Warszawa.
- Sękowski T., 1995: „*Myśl Fritza Perlsa*” dla pedagogiki gestalt. Cz. III: *Grupa i zabawa*. „Kwartalnik PSPZ Klanza”, nr 4.
- Stankowski A., 1986: *Elementy terapii pedagogicznej w pracy nauczyciela – wychowawcy*. Katowice.
- Stankowski A., 1991: *Negatywizm szkolny młodzieży niedostosowanej społecznie*. Katowice.
- Stankowski A., 2000: *Terapeutyczność procesu wychowania*. „Auxilium Sociale”, nr 1 (13) (wkładka metodyczna I–XLVII).
- Styczek I., 1981: *Logopedia*. Warszawa.
- Wald I., 1977: *Przyczyny upośledzenia umysłowego*. W: *Pedagogika rewalidacyjna*. Red. A. Hulek. Warszawa.
- Zaorska Z., 1995: *Tło teoretyczne pedagogiki zabawy*. Cz. III: *Grupa i zabawa*. „Kwartalnik PSPZ Klanza”, nr 1.