Renata Marciniak-Firadza

Uniwersytet Łódzki*

ELEMENTY METODY WERBOTONALNEJ¹ W TERAPII DZIECI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ

VERBOTONAL METHOD ELEMENTS IN THERAPY FOR CHILDREN WITH INTELLECTUAL DISABILITY

Słowa kluczowe: logopedia, niepełnosprawność intelektualna, metoda werbotonalna.

Keywords: speech therapy, intellectual disability, verbotonal method.

Henry Viscardi – osoba niepełnosprawna – pisze, że „[...] każdy chce kochać i być kochanym, nie różnić się niczym od reszty świata, mieć zwyczajny los, mimo że się nie jest zwyczajnym [...]” [Viscardi, 1973, s. 11]. I dalej, zwracając się do osób niepełnosprawnych: „Im bardziej uczciwie, obiektywnie i naturalnie potraktujesz ograniczenie spowodowane twoim upośledzeniem, tym większe będziesz miał szanse znalezienia drogi wyjścia czy zupełnego pokonania twoich ograniczeń” [Viscardi, 1973, s. 45].

Co to jest niepełnosprawność intelektualna?

Termin „niepełnosprawność intelektualna”, stosowany coraz częściej w polskiej literaturze przedmiotu, został wprowadzony w 1997 roku przez Polski Zespół do Badań Naukowych nad Upośledzeniem Umysłowym, zgodnie ze wskazaniami Międzynarodowego Stowarzyszenia do Badań Naukowych nad Upośledzeniem Umysłowym (International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities – IASSID) jako mniej stygmatyzujący niż termin „upośledzenie umysłowe”, choć w międzynarodowych klasyfikacjach medycznych ICD-10 oraz DSM-IV funkcjonuje ten drugi [por. Bobkowicz-Lewartowska, 2011, s. 10]. W artykule traktuję oba te terminy jako synonimiczne.

* Wydział Filologiczny, Katedra Dialektologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź.

1 W literaturze przedmiotu spotykamy trzy zapisy omawianej metody: metoda werbo-tonalna, verbotonalna i werbotonalna. W artykule przyjmuję trzeci zapis.

Niepełnosprawność intelektualna jest zjawiskiem niejednorodnym i wielowymiarowym, co znajduje wyraz w definicjach zawierających zarówno elementy psychologiczne, jak i społeczne, i wpływa na zastosowanie w diagnozie zarówno pomiaru sprawności intelektualnej, jak i przystosowania społecznego, por. definicję Amerykańskiego Stowarzyszenia Upośledzenia Umysłowego (American Association on Mental Retardation – AAMR) z 1992 roku:

Upośledzenie umysłowe charakteryzuje się istotnie niższym niż przeciętne funkcjonowaniem intelektualnym, z jednocześnie współwystępującym ograniczeniem w zakresie dwóch lub więcej spośród następujących umiejętności przystosowawczych: porozumiewania się, samoobsługi, trybu życia domowego, współczynnienia, korzystania z dóbr społeczno-kulturalnych, samodzielności, troski o zdrowie i bezpieczeństwo, umiejętności szkolnych, organizowania czasu wolnego i pracy. Upośledzenie umysłowe ujawnia się przed 18. rokiem życia [Bobkowicz-Lewartowska, 2011, s. 9].

Niepełnosprawność ta, będąc „zespołem różnorodnych zaburzeń, których podstawową cechą jest ukształtowanie się procesów poznawczych poniżej poziomu uważanego za przeciętny” [Żyta, 2005, s. 169–170], nie stanowi określonej jednostki nozologicznej, jest to szereg zaburzeń spowodowanych różnymi czynnikami przyczynowymi, mającymi niejednakową patogenezę oraz zmienny obraz kliniczny i przebieg. Osoby niepełnosprawne intelektualnie różnią się znacznie nie tylko poszczególnymi stopniami, ale także w ich obrębie, co wynika z faktu, że każda z tych osób „ma odrębne doświadczenia, potencjał i warunki rozwoju” [Żyta, 2005, s. 170], czyli w różnym stopniu oddziałują na nie czynniki natury konstytucjonalnej, psychologicznej i społecznej.

Istotą niepełnosprawności intelektualnej są różnego rodzaju uszkodzenia i niedorozwoje centralnego układu nerwowego, szczególnie kory mózgowej, które powstały na skutek wielu różnych czynników i procesów działających na układ nerwowy we wczesnym okresie życia człowieka – prenatalnym, perinatalnym bądź postnatalnym. Objawem niepełnosprawności intelektualnej jest niedorozwój wyższych czynności poznawczych, w tym mowy i szeroko pojętej komunikacji. Temu typowi niepełnosprawności często towarzyszą duże zakłócenia w procesach poznawczo-emocjonalnych, trudności w skupieniu uwagi, konkretyzm myślenia, słaba pamięć, mało rozwinięta wyobraźnia, ubogie słownictwo, często wady wymowy [Minczakiewicz, 2002, s. 247; Wasilewska, 2005, s. 183]. Poza zmianami w ośrodkowym układzie nerwowym, poziom sprawności różnych funkcji u osób upośledzonych umysłowo determinowany jest „innymi, towarzyszącymi upośledzeniu czynnikami, tj. schorzeniami i zaburzeniami rozwojowymi (np. zespół Downa, rozszczep podniebienia i wargi, mózgowie porażenie dziecięce, wady wzroku, słuchu itp.) oraz szeroko pojętym wychowaniem” [Minczakiewicz, 2002, s. 247–248].

Należy podkreślić, że mimo długotrwałych badań, które prowadzono w XX wieku, mimo ciągłego postępu medycyny, psychologii, pedagogiki i całego szeregu dyscyplin naukowych, mimo stale postępujących zmian w mentalności ludzkiej – niepełnosprawność intelektualna (zwłaszcza głębszych stopni) wciąż jest obiektem licznych uprzedzeń i negatywnych stereotypów oraz fałszywych przekonań na temat potrzeb i zdolności osób z omawianym typem niepełnosprawności. Jak pisze Agnieszka Żyta: „Współczesne

wyniki badań dowodzą, że problemy z rehabilitacją osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną w znacznie mniejszym stopniu wynikają z ich możliwości poznawczych, natomiast w dużej mierze są rezultatem niewłaściwego doboru metod wspomagania i usprawniania oraz trudności z komunikacją” [Żyta, 2005, s. 169].

Rozwój mowy u dzieci niepełnosprawnych intelektualnie

W logopedii zaburzenia mowy i języka u jednostek z różnym stopniem upośledzenia umysłowego określa się najczęściej mianem oligofazji i dyslogii, a w nowszych ujęciach definiuje się jako specyficzne zaburzenia występujące w mowie osób z niepełnosprawnością intelektualną [Błęszyński, 2013, s. 70–71].

U osób z niepełnosprawnością intelektualną mamy do czynienia z całym spektrum zaburzeń w zakresie rozwoju komunikacji, mowy i języka – od całkowitego braku gotowości do porozumiewania się, po zaburzenie zdolności inicjowania i podtrzymywania rozmowy z innymi, mimo dobrego opanowania mowy i języka [Wolska, 2002, s. 213], od braku możliwości porozumiewania się, przez wykorzystanie komunikacji alternatywnej i wspomaganej, do opóźnień w rozwoju mowy czy nieprawidłowości artykulacyjnych [Błęszyński, 2013, s. 40]. Należy jednak podkreślić, że u osób tych istnieje, nie mniej niż u innych, w pełni sprawnych intelektualnie ludzi, silna potrzeba komunikowania się z otoczeniem.

Do głównych czynników wpływających na kształtowanie się mowy dzieci z niepełnosprawnością intelektualną można zaliczyć:

- 1) poziom rozwoju (stopień upośledzenia umysłowego; generalnie można przyjąć, że im głębsze upośledzenie umysłowe, tym poważniejsze jest opóźnienie rozwoju mowy [Tarkowski, 2003, s. 205]);
- 2) środowisko, w jakim dziecko się wychowuje;
- 3) możliwości, jakie są wykorzystywane do stymulowania, wspomagania, a często kompensowania i rozwoju funkcji niezaburzonych;
- 4) zaburzenia związane z koncentracją uwagi, pamięcią, motoryką, mogące utrudniać nabywanie umiejętności oraz funkcji społecznych;
- 5) współwystępujące choroby, zaburzenia i inne ograniczenia [Błęszyński, 2013, s. 40].

Według Zbigniewa Tarkowskiego [2003, s. 203] można wyróżnić dwa zasadnicze modele rozwoju mowy osób upośledzonych umysłowo: inny u jednostek lekko upośledzonych i inny u upośledzonych w stopniu głębszym.

Ponieważ tematyka artykułu dotyczy osób z upośledzeniem w stopniu głębszym, dlatego skupię się tylko na tej grupie.

Model rozwoju mowy osób głębiej upośledzonych umysłowo różni się zasadniczo od modelu rozwoju mowy w normie, ponieważ:

- 1) jednostki głębiej niedorozwinięte mają ewidentny deficyt biologicznego mechanizmu rozwoju mowy;
- 2) osoby te różnią się od jednostek normalnych zarówno pod względem liczby, jak i jakości przeprowadzanych operacji językowych;
- 3) rozwój mowy osób głębiej upośledzonych jest autonomiczny, żaden bowiem etap tego rozwoju nie stanowi pełnego powielenia analogicznego stadium roz-

woju jednostek pełnosprawnych umysłowo; prawidłowo rozwijający się czterolatek jest sprawnym użytkownikiem języka, natomiast jego upośledzony rówieśnik albo jeszcze milczy, albo z trudnością tworzy nieliczne wyrazy i buduje nieporadne zdania;

- 4) na każdym z tych etapów (wyrazu, zdania, wypowiedzi) dzieci głębiej niedorozwinięte ponoszą ewidentne straty, które są nie do wyrównania; w wyniku ich kumulowania się kształtuje się język mocno ograniczony, ze specyficzną składnią, semantyką i fonologią [Tarkowski, 2003, s. 204, 206].

Grażyna Jastrzębowska i Olga Pelc-Pękala wyróżniają następujące cechy mowy osób z upośledzeniem w stopniu umiarkowanym i znacznym:

- 1) zwolnione tempo mowy, często zaburzona jest płynność mowy (objawowo przypominająca jąkanie),
- 2) mowa jest bełkotliwa, artykulacja wyraźnie zamazana,
- 3) trudności w posługiwaniu się swobodną mową, a wypowiedziom często towarzyszą gesty wspomagające,
- 4) mowa może być ograniczona do zdań dwuwyrazowych lub tylko do kilku słów,
- 5) zasób leksykalny jest ubogi [Jastrzębowska, Pelc-Pękala, 2003, s. 457].

Wielu badaczy podejmujących próby wyjaśnienia istoty zaburzeń komunikacyjnych u osób głębiej upośledzonych umysłowo uważa, że przyczyną ich powstawania są między innymi nieprawidłowości w zakresie myślenia, uwagi, pamięci, percepcji wzrokowej i słuchowej, a także koordynacji wzrokowo-ruchowej, a te ograniczają równocześnie rozwój mowy [por. Minczakiewicz, 2002, s. 256–257].

Metody rewalidacji dzieci niepełnosprawnych intelektualnie

O ile pierwsza połowa XX wieku upłynęła pod znakiem głoszenia hasła o niemożności kształcenia osób zdiagnozowanych jako głębiej upośledzone umysłowo [por. Żyta, 2005, s. 170], o tyle współcześnie obserwujemy podejście do osób niepełnosprawnych, mające na celu doskonalenie ich umiejętności komunikacyjnych i społecznych z wykorzystaniem nowych metod pracy.

Należy podkreślić, że dziecko upośledzone umysłowo napotyka wiele utrudnień w realizacji potrzeby kontaktu i wzajemnego porozumiewania się (rozumienia i bycia rozumianym). Trudności w opanowaniu mowy, a co za tym idzie w odbieraniu i nadawaniu komunikatów słownych związanych z wyrażeniem swoich zamiarów, intencji, uczuć, powodują, że niezbędne staje się poszukiwanie przez nauczyciela/terapeutę nowych metod pozwalających na rewalidację.

Wprowadzenie w 1997 roku obowiązku szkolnego dla uczniów z głęboką niepełnosprawnością intelektualną oraz nowych programów nauczania, uwzględniających nowe poglądy na edukację osób niepełnosprawnych, dało z jednej strony nauczycielom/terapeutom prawo wyboru metod, form pracy i środków dydaktycznych, a z drugiej stworzyło, poprzez uwzględnienie zasad ortodydaktyki, korzystniejsze warunki wspomagania rozwoju, a przede wszystkim wiązało się z aktywizacją poszukiwań metod pracy z takimi osobami. Do najbardziej znanych i wykorzysty-

wanych w terapii metod należą między innymi: metoda Marianny i Christopha Knillów, Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne, integracja sensoryczna A. Jean Ayers, metoda Glenna Domana, metoda Felicji Affolter, metoda Paula Dennisona, program stymulacji od podstaw Andreasa Fröhlicha, metoda Marii Montessori, nauczanie kierowane Andrása Pető, usprawnianie ruchowe Václava Vojty, metoda Berty i Karla Bobathów czy Sala Doświadczenia Świata Snoezelen. Poza tymi metodami, zapożyczonymi z innych krajów, zaczęły powstawać programy polskich autorów, między innymi Małgorzaty Kwiatkowskiej [1997], Jacka Kielina [1999], Marii Piszczek i współpracowników z Centrum Metodycznego Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej [*Edukacja uczniów...*, 2000; *Przewodnik dla nauczycieli...*, 2001; 2002] czy metoda „dwuczłowieka” Stanisława Kowalika [2001].

Terapia logopedyczna osób niepełnosprawnych intelektualnie, będąca elementem rewalidacji, której istotą jest szeroko rozumiane wychowanie językowe, nastawiona jest, jak piszą Grażyna Jastrzębowska i Olga Pelc-Pękala: „na wszechstronną stymulację rozwoju pacjenta, co osiąga się poprzez ćwiczenia ruchowe, ukierunkowaną zabawę, wprowadzanie elementów muzyki i ogólnorozwojowe ćwiczenia logopedyczne” [2003, s. 462], na takie działania, które „pobudzą aktywność własną [dziecka – przypis R.M.-F.], pozwolą na ujawnienie tkwiących w każdym człowieku potencjalnych zdolności” [Pilecki i in., 2002, s. 12].

Jak widać, edukacja i rewalidacja opiera się na następujących paradygmatach:

- 1) wykorzystaniu metod aktywizujących, które stawiają na działanie, odkrywanie, przeżywanie sytuacji zadaniowych;
 - 2) uwzględnianiu takich metod stymulacji, które pobudzają samodzielność i kreatywną aktywność;
 - 3) wszechstronnym usprawnianiu dziecka niepełnosprawnego z wykorzystaniem jego możliwości, zainteresowań, indywidualnych predyspozycji;
 - 4) kształceniu i wychowaniu z wykorzystaniem wszystkich możliwych konwencjonalnych i niekonwencjonalnych środków i metod stymulacji do rozwoju.
- Jedną z metod stymulujących rozwój komunikacji jest metoda werbotonalna.

Co to jest metoda werbotonalna?

Metoda werbotonalna, będąca systemem werbotonalnym, odnoszącym się zarówno do audiometrii werbotonalnej, jak również do rewalidacji osób z uszkodzonym narządem słuchu, została stworzona w latach czterdziestych i pięćdziesiątych XX wieku i opisana w pracy *Lingwistyka mowy* przez profesora Petara Guberinę, dyrektora Instytutu Fonetyki oraz Centrum Rehabilitacji Słuchu i Mowy w Zagrzebiu, glotto-dydaktyka i lingwistę.

Metoda ta, stosowana w ponad czterdziestu krajach, sprowadzona została do Polski przez doktor Zofię Kułakowską – wybitnego neuropediatrę, członka Rady Naukowej Programu „Dźwięki Marzeń”, wieloletniego pracownika Medycznego Centrum Audiofonologii w Brukseli. Wchodzi ona, obok diagnostyki werbotonalnej, metody audiowizualnej – globalnostrukturalnej, metody werbotonalnej lingua (do nauki języków obcych), w skład systemu werbotonalnego, a sama składa się z kilku

technik, do których należą między innymi: zabawy fonacyjne, rytm ciała, rytm muzyczny, drama, ćwiczenia równowagi, graficzne odwzorowanie rytmów [Prożych, 2014, s. 74]. W artykule omówię krótko trzy pierwsze techniki.

I tak, istotą zabaw fonacyjnych jest przyporządkowanie każdej samogłosce oraz wybranym spółgłoskom rekwizytów-zabawek wprawianych w ruch (pacynki, pluszowe zabawki, piłki, instrumenty perkusyjne, bączki, kolorowe kółka, piłeczki, lalki, autka, sprężyny, pompony, wstążki na patykach, chusty itp.). Poprzez odpowiednie poruszanie zabawkami (najpierw w jednym kierunku, a w późniejszych etapach w różnych), budowanie napięcia emocjonalnego poprzez mimikę twarzy i spontaniczną ekspresję głosową oraz równocześnie wydawanie głosu zsynchronizowanego z zabawą, dziecko tworzy skojarzenia pomiędzy poszczególnymi przedmiotami i odpowiadającymi im dźwiękami i po jakimś czasie dzięki temu zaczyna wokalizować. Makroruchy zabawki mają bowiem ilustrować i ułatwiać wywołanie odpowiednich ruchów artykulacyjnych. Należy dodać, że artykulacja dźwięku towarzysząca ruchowi zabawki ma trwać tak długo, jak długo porusza się przedmiot, zgodnie z zasadą mówiącą, że początek i koniec ruchu to obraz początku i końca artykulacji [por. Trochymiuk, 2007, s. 131].

Zabawy fonacyjne to nie tylko wywołanie fonemu, ale również utrwalenie głoski w sylabach śpiewanych czy wypowiadanych rytmicznie, utrwalanie głoski w różnych pozycjach w nagłosie, śródgłosie i wygłosie, rytmizacja sylab czy różnicowanie sylab o różnej budowie.

Jeśli chodzi o rytm ciała, to jest on wykorzystywany w terapii do produkcji dźwięków, poprawy artykulacji oraz tworzenia słów, a następnie zdań. Są to ćwiczenia związane z dużymi ruchami całego ciała, odzwierciedlającymi ruchy narządów artykulacyjnych. Każdy fonem ma przypisany ruch ciała, a każdemu ruchowi towarzyszy głos. „Jest to fundamentalna zasada metody werbotonalnej – ruch jest wtedy, gdy jest głos; nie ma ruchu, nie ma głosu” [Prożych, 2014, s. 74–75].

Celem zabaw z wykorzystaniem rytmu muzycznego jest przekazanie maksymalnej liczby elementów mowy, takich jak rytm, melodia, akcent, pauzy, intonacja, za pomocą wyliczanek, rymowanek, piosenek i innych rytmizowanych tekstów. Dziecko, dzięki poznanim i zapamiętanym rytmom, po opanowaniu słownictwa buduje prawidłowe, jeśli chodzi o prozodię, dłuższe wypowiedzi.

Zabawy wykorzystujące ruch i rytm równocześnie, wyklaskiwanie, pocieranie, wykonywanie rytmicznych ruchów rękoma i nogami służą między innymi do utrwalenia danej głoski w sylabach otwartych, zamkniętych, logatomach, wyrazach, wyrażeniach dwuwyrazowych lub całych zdaniach.

W metodzie werbotonalnej kładzie się także nacisk na ćwiczenia słuchowe oraz na ćwiczenia dotyku. Ćwiczenia słuchowe poprawiają orientację przestrzenną, pomagają w lokalizacji źródła dźwięku, w różnicowaniu bodźców akustycznych pod względem czasu trwania, wysokości czy natężenia. Ćwiczenia dotyku mają zaś za zadanie zmniejszyć napięcie mięśniowe dziecka, uwrażliwić dotyk, propriocepcję, odczulić dzieci z obronnością dotykową na różne faktury przedmiotów.

W omawianej metodzie podkreśla się znaczenie stymulacji wszystkich zmysłów, których integracja umożliwia prawidłowe postrzeganie świata. Takie podejście do terapii rozwojowej wynika z holistycznego widzenia dziecka. Jego rozwój psychoru-

chowy to wypadkowa różnych funkcji – nie można rozwijać tylko jednej z nich, nie uwzględniając pozostałych aspektów.

„Diagram-kwiatek”, z przypadkową kolejnością ułożenia celów dotyczących różnych sfer rozwojowych, ukazuje podstawę oddziaływań, mających na celu harmonijny rozwój dziecka. Wszystkie płatki mają wspólny środek, w którym łączą się i mieszają. Przenikanie i nakładanie celów cechuje terapię rozwojową bez względu na rodzaj deficytów i opóźnień [Szubstarska, 2011, s. 224].

Ryc. 1. Diagram celów – harmonijny rozwój dziecka

Źródło: Szubstarska, 2011, s. 224.

Dlaczego elementy metody werbotonalnej można wykorzystać w terapii dzieci z niepełnosprawnością intelektualną?

Dzieci upośledzone umysłowo to w głównej mierze osoby ze sprzężonymi zaburzeniami/niepełnosprawnościami, wymagające metod terapii wielokanałowo stymulujących różne zmysły. Taką metodą może być metoda werbotonalna, mimo że została opracowana dla dzieci z wadami słuchu.

U dzieci upośledzonych umysłowo obserwujemy zaburzenia w zakresie funkcjonowania receptorów wzroku i słuchu oraz zaburzenia pola odbioru wrażeń. Cechuje je opóźniony rozwój ruchowy i zaburzona motoryka, rozproszona uwaga i trudności w koncentracji, nadwrażliwość lub niedowrażliwość. Dzieci te posiadają w bardzo małym stopniu rozwinięty proces seminiscencji, tj. proces ułatwiający zapamiętywanie.

Należy podkreślić fakt, że dzieci niepełnosprawne intelektualnie łatwiej zapamiętują treści w powiązaniu z ruchem, z konkretną ważną dla nich sytuacją, w wyniku wielozmysłowego kontaktu z bodźcami, którym towarzyszy treść emocjonalna, a to

zapewnia im metoda werbotonalna, gdzie wszystkim ćwiczeniom towarzyszy aktywizacja motoryczna dzieci, pozwalająca pobudzić zmysły: wertykalny, proprioceptywny (kinestetyczny) oraz dotykowy, których prawidłowe funkcjonowanie stanowi bazę dla rozwoju percepcji w zakresie nadrzędnych układów zmysłów, tj. słuchowego i wzrokowego [Trochymiuk, 2007, s. 130].

Ćwiczenia wykorzystywane w metodzie aktywizują dzieci do działania, motywują do aktywności poznawczej i ruchowej, doskonalą u nich koncentrację uwagi, pomagają w spostrzeganiu wzrokowym, śledzeniu wzrokiem, utrzymaniu uwagi na przedmiocie, pobudzają wyobraźnię i twórczą ekspresję, rozwijają słuch ogólny i muzyczny, poprawiają koordynację motoryki dużej i ruchów precyzyjnych, dokładność, szybkość, zakres, celowość i estetykę ich ruchów, doskonalą autoorientację i orientację w przestrzeni, poprawiają samoocenę oraz akceptację samego siebie, kształtują własną tożsamość i świadomość swojego ciała, wpływają na zniwelowanie nadwrażliwości/niedowrażliwości dotykowej. Zabawy fonacyjne mogą ułatwić dziecku wydanie głosu, usprawnić jego artykulację i fonację, a elementy muzyki poprawić funkcje oddechowe.

Poprzez wspólne ćwiczenia – czy to z innymi dziećmi, czy to z terapeutą – metoda ta pozwala nawiązać kontakt z innym człowiekiem. Stwarza również możliwość przeżycia i doświadczenia w trakcie pracy choćby takich sytuacji terapeutycznych jak odreagowanie czy relaksacja.

Wszystkie wymienione wyżej aktywności dziecka związane z integracją zmysłów wpływają na kształtowanie się wyższych czynności umysłowych, system nerwowy każdego człowieka rozwija się bowiem najbardziej pod wpływem stymulacji. Działając na kilka sfer wrażliwości zmysłowej jednocześnie, wzmagamy stan gotowości układu nerwowego do pracy i rozwoju.

Podsumowując: terapeuci powinni być otwarci na nowe metody terapii, ale muszą przede wszystkim mieć na uwadze fakt, że decyzje dotyczące terapii należy podejmować, uwzględniając poziom funkcjonowania komunikacyjnego (porozumiewania się) dziecka, jego możliwości, potrzeby, aktualny stan fizyczny i psychiczny, zainteresowania, samopoczucie itp. [por. Jastrzębowska, Pelc-Pękala, 2003, s. 460].

Zastosowanie metody werbotonalnej, oferującej dzieciom niepełnosprawnym intelektualnie aktywny udział w ćwiczeniach pozwalających na integrację wszystkich zmysłów i prostych ćwiczeniach muzyczno-ruchowych, może wzbudzić pragnienie odniesienia sukcesów w czynnościach samoobsługowych czy werbalnym komunikowaniu się.

Bibliografia

- Błęszyński Jacek J., 2013, *Niepełnosprawność intelektualna. Mowa – język – komunikacja. Czy i oraz inteligencji wyjaśnia wszystko?*, Gdańsk.
- Bobkiewicz-Lewartowska Lucyna, 2011, *Niepełnosprawność intelektualna. Diagnozowanie, edukacja i wychowanie*, Gdańsk.
- Jastrzębowska Grażyna, Pelc-Pękala Olga, 2003, *Diagnoza i terapia mowy upośledzonych umysłowo*, w: Tadeusz Gałkowski, Grażyna Jastrzębowska (red.), *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, t. II, wyd. II zmienione i poszerzone, Opole, s. 451–463.

- Kielin Jacek, 1999, *Rozwój daje radość*, Gdańsk.
- Kowalik Stanisław, 2001, *Metoda „dwuczłowieka” w rehabilitacji osób głęboko upośledzonych umysłowo*, w: Władysław Dykik, Barbara Szychowiak (red.), *Nowatorskie i alternatywne metody w terapii i praktyce pedagogiki specjalnej*, Poznań, s. 219–232.
- Kwiatkowska Małgorzata, 1997, *Dzieci głęboko niezrozumiane*, Warszawa.
- Minczakiewicz Elżbieta, 2002, *Komunikowanie się z osobami głębiej upośledzonymi umysłowo*, w: Jan Pilecki (red.), *Usprawnianie, wychowanie i nauczanie osób z głębszym upośledzeniem umysłowym*, Kraków, s. 247–263.
- Pilecki Jan, Olszewski Sławomir, Żurek Teresa, 2002, *Zasady i metody pracy z osobami głębiej upośledzonymi umysłowo*, w: Jan Pilecki (red.), *Usprawnianie, wychowanie i nauczanie osób z głębszym upośledzeniem umysłowym*, Kraków, s. 11–31.
- Piszczek Maria (red.), 2000, *Edukacja uczniów z głębokim upośledzeniem umysłowym. Przewodnik dla nauczycieli*, Warszawa.
- Proźych Anna, 2014, *Metoda werbotonalna a stymulacja zmysłów dziecka z wadą słuchu*, [w:] Joanna Skibska (red.), *Dziecko z wadą słuchu oraz Centralnymi Zaburzeniami Przetwarzania Słuchowego. Wybrane problemy*, Kraków, s. 67–79.
- Przewodnik dla nauczycieli uczniów upośledzonych umysłowo w stopniu znacznym i umiarkowanym*, cz. I (2001), cz. II (2002), Warszawa.
- Szubstarska Dorota, 2011, *Wyznaczanie celów terapii w rehabilitacji domowej małego dziecka głuche*, w: Tadeusz Gałkowski, Marzanna Radziszewska-Konopka (red.), *Wspomaganie rozwoju małego dziecka z wadą słuchu*, Warszawa, s. 221–228.
- Tarkowski Zbigniew, 2003, *Zaburzenia mowy dzieci upośledzonych umysłowo*, w: Tadeusz Gałkowski, Grażyna Jastrzębowska (red.), *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, t. II, wyd. II zmienione i poszerzone, Opole, s. 203–209.
- Trochymiuk Anita, 2007, *Metoda werbo-tonalna w terapii dzieci z uszkodzeniami słuchu*, „Logopedia” 36, Lublin, s. 125–136.
- Viscardi Henry, 1973, *List do Jima*, Warszawa.
- Wasilewska Anna, 2005, *Szkolnictwo specjalne dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną*, w: Czesław Kossakowski, Cyprian Rogowski (red.), *Wielowymiarowość w edukacji osób z niepełnosprawnością*, Olsztyn, s. 183–193.
- Wolska Danuta, 2002, *Terapia i edukacja dziecka autystycznego*, w: Jan Pilecki (red.), *Usprawnianie, wychowanie i nauczanie osób z głębszym upośledzeniem umysłowym*, Kraków, s. 203–226.
- Żyta Agnieszka, 2005, *Edukacja osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną w Polsce – przeszłość, teraźniejszość i przyszłość*, w: Czesław Kossakowski, Cyprian Rogowski (red.), *Wielowymiarowość w edukacji osób z niepełnosprawnością*, Olsztyn, s. 169–175.

Summary

For children with intellectual disabilities it is easier to remember content in relation to movement, a specific situation important to them, as a result of multisensory contact with stimuli accompanied by the emotional content. Verbotonal method ensures that as all the exercises there are performed together with motor activation allowing for sensory stimulation: vestibulo-

lar, proprioceptive both kinetic and tactile, whose proper functioning sets the base for perception development in the area of superior sensory systems, i.e., auditory and visual.

Exercises used in the method mobilize children for action, stimulate cognitive and motor activity, perfect their attention focus, help them with visual perception, following objects with their eyes, or keeping focus on an object. They also stimulate imagination and creative expression, develop general and musical hearing, improve gross motor coordination as well as precise movements, precision, velocity, range, purposefulness and esthetics of their movements; they perfect self and space orientation, help with self-esteem and self-acceptance, mould their identity and body awareness, help level tactile oversensitivity/undersensitivity. Phonatory games can make it easier for children to produce sound, improve their articulation and phonation and musical elements better respiratory functions.

Through joint games with other children or with the therapist, this method also facilitates establishing contact with another human being.