

Heidi Heldstab

Uniwersytecka Klinika Dziecięca
Zurych

Zaburzenia mowy u dzieci wynikające z zaburzeń postrzegania*

Speech Disorders in Children Due to Perception Disturbances

Streszczenie

U znacznej liczby dzieci, które nie mówią, nie stwierdzono zaburzeń słuchu, inteligencji czy sprawności ruchowej. Wiele z tych dzieci wykazuje jednak braki w zakresie sprawności poprzedzających rozwój mowy.

Podstawowymi procesami rozwojowymi, według dr Affolter, są dotykowo-kinestetyczne funkcje postrzegania. Niezależnie od tego, czy dziecko widzi i słyszy, wchodzi ono w kontakt z otaczającym je światem poprzez zmysł dotykowo-kinestetyczny. Mianem zaburzeń postrzegania, w modelu dr Affolter, określa się zaburzenia modalności dotykowo-kinestetycznej, co odbija się na całym dalszym rozwoju. U dzieci tych już w wieku niemowlęcym obserwuje się zbyt małe lub zbyt duże napięcie mięśniowe. W okresie późniejszym dziecko hipotoniczne oceniane bywa często jako debilne, dziecko hipertoniczne — jako dziecko agresywne i destruktywne.

W odróżnieniu od dzieci głuchych prawie nie obserwuje się fazy głuszenia u dzieci z zaburzeniami postrzegania. Rozwój mowy zaczyna się z opóźnieniem; także później obserwuje się wiele odpowiedzi bezsensownych, brak właściwej struktury zdania, zamiany semantyczne, nieprawidłową wymowę, zaburzenia czytania i pisanie.

Prowadząc terapię dzieci z zaburzeniami postrzegania, mamy na celu zapoznavanie ich z otaczającym światem i umożliwianie im nabywania informacji. Zwraca się przy tym uwagę nie tylko na aktywność zewnętrzną, ale i na myślenie. Stawia się przed dzieckiem problemy dostosowane do jego możliwości i pomaga się mu je rozwiązywać. Umożliwia to dziecku

*Publikowany artykuł stanowi drugą z trzech części pracy H. Heldstab pt. Dzieci, które nie mówią. Nowe podejście do terapii — *Kinder, die nicht sprechen. Neue Therapieansätze*. Zürich b.r. Pierwsza część została opublikowana w poprzednim numerze („Biuletyn Audiofonologii” T. 4: 1992 nr 1 s. 59–69).

nabywanie doświadczenia o charakterze poznawczym i emocjonalnym. Wskutek tego u dzieci hipotonicznych napięcie wzrasta, a u dzieci hipertonicznych zmniejsza się nadmierna ruchliwość. Terapeuta winien zawsze pamiętać, że mowa – czy to ustna, czy to pisana – stanowi przede wszystkim środek porozumiewania się; ćwiczenie formy musi odbywać się zawsze w łączności z doświadczeniem.

Summary

A considerable number of children who do not speak have not manifested any disorders in hearing, intelligence or locomotor efficiency. Many of these children, however, show some shortcomings as to the abilities prior to the development of speech. Adults who lost their ability to speak or are no longer independent in every day life due to an accident of illness manifest similar disorders.

According to dr. Affolter the tactile-kinesthetic functions of perception constitute the basic developmental processes. Irrespectively of that whether the child can see or hear, whether he can establish contact with the surrounding world through the tactile and kinesthetic stimulation. By the disturbances of perception in Affolter's model we mean the disturbances in the tactile-kinesthetic modality, which in turn has a bearing on further development. When these children are infants we observe too little or too great muscular tension. In later period the hypotonic child is being often assessed as a child with mental debility, the hypertonic child as aggressive and destructive.

Unlike in deaf children one reports almost no gurgling in children with the disorders in perception. The development of speech begins with some delay. Later on we also notice many senseless responses, incorrect sentence structure, semantic exchange, incorrect pronunciation, and faulty reading and writing.

In the therapy of children with the disorders in perception we seek to get the child to know the surrounding world, to enable him to acquire information. One should bear in mind here not only the external activity but also thinking. We have the child face problems adjusted to his capabilities and help to solve them. This enables him to gain the experiences of cognitive and emotional character. As a result of this tension in hypotonic children increases, and excessive mobility in the hypertonic children decreases. The therapist should always bear in mind that it is speech, be it in verbal or written form, that constitutes first and foremost the means of communication.

I. NOWSZE KIERUNKI BADAŃ

Aż do lat czterdziestych XX w. uważano w Szwajcarii, a sądzę, że podobnie było w innych krajach zachodnich, że dziecko niesłyszące, jak każde inne dziecko, osiąga dojrzałość szkolną w wieku ok. 6 lat. Za dojrzałość szkolną uważano sytuację, kiedy dziecko może być nauczane przez nauczyciela mowy i rachunków. Dziecko głuche miało więc takie samo prawo do nauki szkolnej i takie same obowiązki, jak dziecko słyszące. W tym celu utworzono już przed ponad 100 laty szkoły dla dzieci głuchych. Dopiero po drugiej wojnie światowej utworzono przedszkola dla dzieci niesłyszących, aby mogły one przygotowywać się do nauki szkolnej, podobnie jak dzieci słyszące. Przy

całym tym jednak zrównaniu okazało się, że dzieci z uszkodzonym słuchem mają problemy, których nie daje się uniknąć. Nieliczne regionalne szkoły dla głuchych były z konieczności szkołami internatowymi. Dzieci w wieku 4–5 lat musiały opuszczać swoje rodziny, z którymi kontakt przez szereg lat ograniczony był do wakacji i dni świątecznych.

W latach pięćdziesiątych zaczęto się zastanawiać, że przecież słyszące dzieci uczą się mówić nie w szkole, lecz we wczesnym wieku dziecięcym w rodzinie i że powinno się zapewnić tę samą szansę dzieciom niesłyszącym. Tak zrodziła się idea wczesnego wychowania. Było dla wszystkich jasne, że małe dzieci nie powinny pozostawać w szkole, z dala od matki, lecz że szkoła, tzn. nauczyciel lub terapeuta powinni przyjść do nich. W różnych ośrodkach zostało ustalone, że matka lub ojciec przychodzić będzie wraz z dzieckiem regularnie 1–2 razy w tygodniu na terapię. Rodzice uczą się, na czym polega terapia z dzieckiem, i otrzymują polecenia, aby te metody wykorzystywać w domu, w życiu codziennym.

Terapeuci, którzy przekonali się o możliwościach wczesnego wychowania, stanęli przed problemem, w jaki sposób mają docierać do małych dzieci niesłyszących. Rodzice, którzy zwykle jako pierwsi zauważali nieprawidłowy słuch, nic nie wiedzieli o wczesnym wychowaniu, podobnie jak nie wiedzieli o tym większość lekarzy domowych. Informowanie specjalistów otolaryngologów dawało nikłe efekty. W swojej praktyce mieli oni niewiele do czynienia z małymi dziećmi, a jeśli zgłaszały się one – występowały trudności w ocenie słuchu ze względu na brak współpracy ze strony dziecka. Poinformowano lekarzy pediatrów i kliniki dziecięce. Wyniki okazały się w znacznej mierze nieprzewidziane i zaskakujące. Do pediatrów zgłaszało się coraz więcej zaniepokojonych matek. Były to matki dzieci, które nie mówiły bądź mowa rozwijała się u nich ze znacznym opóźnieniem albo była nieprawidłowa.

Surdopedagodzy z dodatkowym przygotowaniem w zakresie audiologii dziecięcej, tzw. pedomaudiolodzy, przeprowadzali wstępną ocenę tych małych dzieci. Wyodrębniano dzieci z uszkodzonym słuchem i kierowano wraz z wynikami testu na badania do kliniki otolaryngologicznej. Rozpoczynano jednocześnie wczesną terapię we współpracy z rodzicami. Było rzeczą trudną do przewidzenia, że uszkodzenie słuchu wystąpi tylko u niewielkiej części zgłaszanych dzieci. Dlaczego więc pozostałe dzieci nie mówiły? Zostały one przebadane przez neurologa. Kilko z nich miało ogólne problemy ruchowe, część miała specyficzne problemy motoryki oralnej lub objawy lekkiego porażenia mózgowego. Badano inteligencję i wiek rozwojowy, stwierdzając przy tym nieprawidłowości u niektórych dzieci. Jednakże u większości dzieci nie wykazano zaburzeń słuchu, inteligencji czy sprawności ruchowej. Co było więc przyczyną braku lub nieprawidłowości w rozwoju mowy?

Odpowiedzi na to pytanie dostarczyła długoletnia praca badawcza dr Felicji Affolter i jej zespołu w St Gallen (Szwajcaria).

Dr Affolter, zanim podjęła pracę badawczo-naukową w zakresie patologii mowy, była doświadczonym surdopedagogiem, logopedą i psychologiem. W swojej pracy badawczej nad przyczynami braku rozwoju mowy postawiła sobie początkowo pytanie odwrotne: Jakie warunki muszą być spełnione, aby prawidłowa mowa mogła się rozwijać? Na wstępie przestudiowała dostępne piśmiennictwo dotyczące rozwoju dziecka w wieku przedszkolnym, przede wszystkim obserwacje Piageta poczynione w sytuacjach doświadczalnych i naturalnych. Wspólnie ze swoim zespołem dr Affolter obserwowała wiele dzieci zdrowych oraz dzieci z zaburzeniami mowy, począwszy od najmłodszych lat, rejestrując swoje obserwacje na filmach i analizując je. Opracowano model rozwojowy, który do dzisiaj jest sprawdzany i korygowany na bieżąco w praktyce. Ośrodek badawczy jest jednocześnie placówką diagnostyczno-terapeutyczną. Opracowany został program naukowy, który wyrósł z praktyki, a którego program weryfikowany jest znowu w praktyce. Od lat sześćdziesiątych dr Affolter wydaje w różnych czasopismach naukowych artykuły na temat swojej działalności. W 1980 r. ukazała się jej pierwsza książka w języku angielskim: *Perceptual Processes as Prerequisites for Complex Human Behavior*, a w 1987 r. jej główna praca w języku niemieckim: *Wahrnehmung, Wirklichkeit und Sprache*. We wstępie do tej książki dr Affolter pisze o swoich pierwszych obserwacjach u dzieci niesłyszących.

„Byłam zdziwiona, jak normalne są dzieci niesłyszące. Przekonałam się, że myślenie jest niezależne od mowy, że takie dziecko pozbawione słuchu i rozwiniętej mowy może rozwijać swoją wiedzę i uczucia. Jak można to wytłumaczyć?”

A nieco później, obserwując dzieci z zaburzeniami mowy, dr Affolter pisze:

„Wkrótce zauważyłam, że zaburzenia mowy nie były jedynym mankamentem u niektórych dzieci. U dzieci tych występowały niedobory także w zakresie sprawności pozajęzykowych. Dokładniejsze obserwacje pozwalały wykazać braki również w zakresie sprawności poprzedzających rozwój mowy. Zadawałam sobie pytanie: Dlaczego te dzieci z zaburzeniami mowy zachowują się inaczej niż dzieci niesłyszące? Dlaczego nie przyswajają sobie mowy, chociaż słyszą?”

Te dwa pytania znalazły się w centrum dociekań naukowych. Do tego dołączono problematykę pacjentów dorosłych, którzy w wieku dziecięcym mieli prawidłowy rozwój mowy, lecz później utracili zdolność mówienia i samodzielność w życiu codziennym na skutek wypadku lub choroby — częściowo lub całkowicie.

„Badania naukowe — pisze dr Affolter we wstępie do swojej drugiej książki — opierają się na pracy klinicznej z dziećmi niesłyszącymi i z dziećmi z zaburzeniami mowy oraz z dorosłymi z uszkodzeniami mózgu”.

II. W SPRAWIE MODELU ROZWOJU

Noworodek, którego matka z miłością tuli do serca, otacza ramionami, który swobodnie porusza się lub zasypia, musi — tak się wydaje — czuć się w pełni bezpieczny. Poczucie bezpieczeństwa wiąże się z dobrym samopoczuciem. Niemowlę jest przez swoją matkę dotykane, obejmowane i poruszane. Ale również dziecko dotyka swoją matkę — najpierw przypadkowo, obejmuje rączkami i porusza — początkowo odruchowo. Odruchy ulegają osłabieniu w ciągu pierwszego miesiąca życia, natomiast dotykane, obejmowanie i poruszanie przez dziecko staje się bardziej intensywne. Również samo dziecko jest dotykane, obejmowane i poruszane także przez ojca, przez inne osoby, także przez ubranko, łóżeczko itd.

Model „Affolter” mówi o tych pierwszych, dotykowo-kinestetycznych funkcjach postrzegania jako o podstawowych procesach rozwoju. Niezależnie od tego, czy dziecko widzi i słyszy, wchodzi ono w kontakt z otaczającym je światem za pomocą zmysłu dotykowo-kinestetycznego. Dziecko odczuwa przy tym, że opór pomiędzy jego ciałem a podłożem i ścianą boczną, na jaką napotyka, wciąż podlega zmianom. Szczególnie dobrze dziecko czuje się w zagłębieniu (niszy). Różnorodność tych wyczuwanych informacji doprowadza do zapoznania się dziecka z otaczającym je światem.

Mniej więcej w wieku 4 miesięcy dziecko zaczyna koordynować rozmaite zakresy zmysłów, co oznacza duże wzbogacenie informacji. Cokolwiek dziecko wyczuwa: przedmiot miękki lub twardy, okrągły lub kanciasty, mały lub duży, gorący czy zimny itd., informacje dotyczą czegoś, co może być jednocześnie widziane i słyszane.

Wzrok i słuch nie mają jednak charakteru podstawowego dla rozwoju. U dzieci niewidomych i głuchych procesy podstawowe, oparte na dotykaniu, obejmowaniu i poruszaniu, rozwijają się w analogiczny sposób. Dzieci te poznają istnienie własnej osoby w określonym otoczeniu w sposób podobny i dzięki różnorodności wyczuwanych informacji rozwijają się w nich poczucie bezpieczeństwa. Przy tym jednak dana cecha wiążąca się z uszkodzonym zmysłem pozostaje dla nich niedostępna w konkretnym kontakcie.

Starsze dziecko niewidome potrafi wyczuć określone kształty geometryczne i może je sobie wyobrazić podobnie jak dziecko widzące, jednakże jeśli te figury geometryczne zostaną narysowane na papierze, wyobrażenie takie nie jest możliwe. Dziecko niesłyszące zapoznaje się z żywymi zwierzętami, potrafi

przemyśleć swoje obserwacje tak samo jak dziecko słyszące, nie potrafi natomiast rozpoznawać zwierząt na podstawie głosów, jakie te zwierzęta wydają.

Powróćmy jednak to wieku niemowlęcego. W wieku ok. 6 miesięcy dziecko zdobyło przy poznawaniu otaczającego je świata umiejętność koordynowania ruchów obu rąk. Nie oznacza to równoczesnego poruszania w taki sam sposób. Koordynacja oznacza na przykład, że jedna ręka trzyma lub przyciska jakiś przedmiot, podczas gdy druga drapie go, stuka w niego, rozdziera go itd. Dziecko używa do tego celu obu rąk i wszystkich palców. Podobnie rozwijają się sprawności intermodalne. Daje się zaobserwować koordynację ręki i oczu. Jeśli dziecko zwraca uwagę na coś, co widzi lub słyszy, nie ogranicza się, jak to było w ciągu pierwszych 3 miesięcy, do obserwowania i nasłuchiwania, aby po pewnym czasie zwrócić uwagę na coś innego. Dziecko teraz odkrywa, że to, co widzi lub słyszy, można także uchwycić, zbadać rękami lub włożyć do buzi, wyczuwać, tzn. postrzegać w swojej istocie. To samo dotyczy w zasadzie dzieci niesłyszących i niewidomych.

Tę fazę postrzegania, trwającą mniej więcej przez pierwsze 8 miesięcy życia, ujmuje dr Affolter w sposób następujący: „Świat stał się dla dziecka światem otaczającym:

- dziecko jest dobrze obznajomione ze zmianami oporu pomiędzy podłożem, ścianą boczną i własnym ciałem;
- dziecko rozpoznaje świat, który je otacza, znajduje ono poczucie bezpieczeństwa w zagłębieniu (niszy);
- dziecko odkrywa, że przedmioty widziane mogą być również wyczuwane; idąc w tym kierunku, dziecko postrzega świat otaczający;
- przez wielokrotne dotykanie, puszczanie (jedną ręką, dwoma rękami) dziecko zapoznaje się z postrzeganym, otaczającym je światem”.

I tak dalej:

„Świat otaczający nie stanowi jeszcze jednak rzeczywistości. Aby tak się stało, trzeba brać pod uwagę przyczyny i oddziaływanie. W jaki sposób działa na mnie świat otaczający, jak ja oddziałuję na otaczający świat? W jaki sposób oddziałują na siebie części otaczającego świata – przedmioty lub osoby? Dopiero wiedza o takim oddziaływaniu w obrębie otaczającego świata z jednej strony, z drugiej zaś strony pomiędzy światem otaczającym a mną – sprawia, że świat otaczający staje się dla mnie rzeczywistością”.

Dołącza się coś nowego. Dziecko wchodzi w następną fazę, fazę działania, interakcji ze światem otaczającym. Jest to faza uporczywego poszukiwania związków przyczynowo-skutkowych w ciągu wielu miesięcy. Dzieci niestrudzenie badają otaczający świat, poszukują wciąż czegoś nowego, stawiają sobie problemy i usiłują je

rozwiązywać. Próbuje poznawać rzeczy, których dotąd nie widziały. W ten sposób zdobywają przestrzeń i poznają przebiegi czasowe. Porządkują i budują, integrują sekwencje w przestrzeni i czasie.

Dr Affolter podsumowuje:

„Dziecko odkrywa, że wykonując ruch może coś dotykać, że przez dotykanie może wprawiać coś w ruch.

Dziecko zauważa, że przedmiot i podłoże są oddzielone od siebie, a razem mogą stanowić całość. Odkryta reguła rozdzielności, w której zawarte jest rozdzielanie i łączenie na powrót, pozwala na porządkowanie doświadczeń związanych z przyczyną i skutkiem.

Dziecko zauważa, że wiele przedmiotów ponad podłożem powiązanych jest pomiędzy sobą; jego zakres doświadczeń poszerza się znacznie pod wpływem reguł sąsiedztwa. Poprzez zmiany w tych zależnościach pomiędzy przedmiotami otaczającego świata, jego własnym ciałem i wspólnym podłożem dziecko uzyskuje możliwość wglądu w działalność otaczającego świata i zaczyna poznawać rzeczywistość”.

W wieku ok. 1 roku dziecko osiąga trzeci etap. Interesuje się ono wydarzeniami w swoim życiu codziennym. Postrzeganie i działanie powiązane są w celowe działanie wspólnie z matką w gospodarstwie domowym. Każda rodzina ma swoją własną rzeczywistość i własny porządek. Wszystko to zmienia się w miarę codziennych potrzeb. Dziecko zaczyna – najpierw razem z matką, później także samo – przywracać z powrotem ustalony porządek. Pomagają mu w tym nawiąki. Wrzuca ono odpadki do wiadra ze śmieciami, przynosi sobie łyżkę, aby coś jeść, przysuwa krzesło na swoje miejsce itd. Powstają wciąż nowe problemy, a dziecko jest przy tym zdane na szukanie dróg rozwiązania od nowa na podstawie wyczuwania i działania. Im bogatsze i bardziej wszechstronne jest doświadczenie codzienne dziecka, tym większa jego wiedza na temat rzeczywistości, jaka ona jest, tym bardziej samodzielnie dziecko będzie mogło szukać dróg wyjścia z nowych sytuacji.

Z chwilą gdy dziecko zdobyło i przyswoiło sobie pewien zasób doświadczenia opartego na wyczuwaniu, pragnie ono swoją wiedzę przekazać. Dochodzi ono do osiągnięć semiotycznych. Znaczy to, że dziecko pobiera od otoczenia jakąś formę dla wypowiedzenia nagromadzonych treści. Treści te nie dotyczą aktualnie przeżywanych sytuacji, lecz sytuacji przeżytych uprzednio lub przyszłych. Znajdując kawałek drewna dziecko udaje, że jest to krowa, która je trawę na łące. Innego dnia ten kawałek drewna jest samochodem, który wjeżdża z szumem motoru na deskę, przedstawiającą ulicę. Później ten sam kawałek drewna znowu przedstawia krowę jedzącą trawę. Dziecko gra całym swoim ciałem, symbolicznymi gestami, mimiką.

Dziecko rozwija także swoje rozumienie obrazów. Oznacza to, że dzięki swemu doświadczeniu dziecko rozumie na przykład, że chłopiec na obrazku rzuca piłkę, która wpada do potoku. Dziecko wie dobrze, że nie dzieje się to tutaj, lecz zostało przedstawione na obrazku. Gdy dziecko będzie starsze, będzie mogło samo narysować takie wydarzenie.

„Udawać coś” i granie roli, gesty, mimika, zrozumienie obrazków i rysowanie należą – według Piageta – do etapu symbolu. Symbole mają pewne podobieństwo do rzeczywistości. Ich zastosowanie rozwija się spontanicznie i niezależnie od mowy. Na wyższym etapie dziecko może także pójść odwrotną drogą. Znajduje na przykład pierścionek, zapoznaje się z nim, a następnie bawi się w „szofera z kierownicą”. Albo też, widząc na rycinie większą i mniejszą postać, dziecko wyjaśnia, że jest to mama z dzieckiem przy zakupach.

Jednocześnie z symbolami dziecko odkrywa także mowę (język). Przyjmuje ono od swego otoczenia formy językowe i zaczyna za ich pomocą wyrażać swoją wiedzę. Język (*Sprache*) opiera się – według Piageta – pominiawszy takie obrazowe wyrażenia, jak np. „miau” dla kota, „tu-tut” dla samochodu, na sztucznych znakach konwencjonalnych. Znaki optyczne: grafemy, znaki wykonywane za pomocą palców i dłoni, znaki akustyczne: fonemy, znaki wyczuwane dotykem: pismo Braille’a dla niewidomych – wiążą się z różnymi kulturami i muszą być przyswajane indywidualnie.

Przy mówieniu, jak również przy stosowaniu ruchów palców i dłoni, następuje samokontrola na drodze dwóch zakresów zmysłów: w pierwszym przypadku poprzez postrzeganie słuchowe i wyczuwanie, w drugim – poprzez postrzeganie wzrokowe i wyczuwanie. Oznacza to, że jeśli dziecko nie opanuje używania tych znaków, może to mieć swoją przyczynę zarówno w zaburzeniu postrzegania słuchowego lub wzrokowego, jak również dotykowo-kinestetycznego lub sprawności koordynacji.

Przypomnijmy sobie: formy służą do przedstawienia treści. Fonemy i grafemy to nie jest mowa. Kiedy dziecko odkrywa związek pomiędzy tymi znakami i treścią, którą chce przedstawić – wtedy odkrywa ono mowę. Mowy (języka) nie można więc nauczyć. Związek semantyczny, tj. zestawienie treści z formą, stanowi akt twórczy, który każdy człowiek wykonuje samodzielnie. Z tego wynika, że: 1) w pierwszym etapie rozwija się rozumienie mowy i dopiero w drugim – przyswojenie znaków mowy dla własnego użytku; 2) znaki mowy stanowią najpierw część aktualnej sytuacji, są to więc sygnały. Matka mówi spoglądając na szklankę: „Chce Ci się pić”? Później dziecko, wyciągając rękę po szklankę, mówi do matki: „Pić”. Chodzi tutaj o rodzaj wstępnego etapu mowy, po czym w wieku 1 roku – według Piageta – zaczyna się rozwijać mowa sygnałowa (*Signalspra-*

che). Dziecko doświadcza konkretnej sytuacji, np. mieć pragnienie – pić, czy to z jednoczesną wypowiedzią, czy bez niej. Mowa nie jest do tego niezbędna. Dopiero później, poczwąwszy od ok. 18 miesięcy życia, dziecko jest w stanie rozumieć, a w końcu też używać mowy semantycznej, mowy stosowanej w celu przekazywania treści nie związanej z sytuacją „tu i teraz”, a więc kiedy opowiada się o pragnieniu i piciu w przeszłości lub na przyszłość. Także do rozdziału o dokonaniach przy użyciu sygnałów, a nie o dokonaniach językowych należy nazywanie obrazków w tzw. pierwszych książeczkach obrazkowych. Dziecko rozpoznaje tutaj sygnał optyczny jako część, jako aspekt aktualnej rzeczywistości.

Ponieważ znaki nie wykazują podobieństwa do rzeczywistości i ustalone zostały umownie, nie istnieje tutaj odwracalność – w przeciwieństwie do symboli. Nie możemy więc uważać jakiejś tradycyjnej lub nie należącej do systemu formy za nośnik znaczenia określonej treści. Nikt nie byłby w stanie tego zrozumieć.

Formy językowe dostarczane są dziecku od najwcześniejszego wieku. Zawsze są one związane z wydarzeniami. Dziecko wybiera z tych wydarzeń to, co ma dla niego znaczenie i wydaje się mu ważne, oraz przynależne to tego formy językowe. Często bywa to coś zupełnie innego niż to, co wyniósłby z tego dorosły; stąd powstaje rodzaj dziecięcej gramatyki. Znaczy to, że połączenie treści i formy odbywa się zupełnie inaczej niż u dorosłych. Dziecko produkuje wiele zdań, których samo nie słyszało. Można stąd wnioskować, że nabywanie języka nie polega na naśladowaniu, lecz stanowi akt twórczy dziecka. Chomsky opisuje tę twórczą cechę gramatyki w następujący sposób:

„W użyciu jest ograniczony zestaw reguł, aby za jego pomocą tworzyć niezliczoną liczbę zdań, które mogą być dostosowane do nieograniczonych sytuacji” [Palermo 1978 – cyt. za: Affolter 1987].

Ten ograniczony zestaw reguł – jak podaje Affolter – „dotyczy semantycznego, syntaktycznego i fonologicznego aspektu mowy”.

Każde wydarzenie, każde rozwiązywanie problemów zawiera jakąś czynność, jakąś zmianę. Do każdego wydarzenia należy jakiś aktor, który powoduje zmianę, często należy do tego także obiekt, który ulega zmianie. Najprostsze zdanie, tzw. zdanie centralne (*Kernsatz*), kształtuje się dookoła takiej akcji [Fillmore 1968 – cyt. za: Affolter 1987]. Powiązanie przyczyny ze skutkiem – jako źródło rozwoju – stanowi ośrodek i korzenie głębokiej struktury języka. Przez rozwiązywanie codziennych problemów: gdzie? co? z czym? kiedy? itd. struktura głęboka języka wiąże się z jego strukturą powierzchniową. Doświadczenie odczuwane na drodze postrzegania dotykowo-kinestetycznego oraz działania w sytuacjach codziennych, wymagających rozwiązywania problemów, ma w mode-

lu rozwojowym Affolter znaczenie korzenia rozwoju językowego, poznawczego i emocjonalno-społecznego.

III. W SPRAWIE ZABURZEŃ POSTRZEGANIA

Na podstawie dociekań naukowych w pracy z dziećmi i osobami dorosłymi z zaburzeniami mowy, dziećmi niesłyszącymi, a później także z dziećmi niewidomymi dr Affolter często przedstawia rysunek drzewa jako symbolu prawidłowego rozwoju. Wysuwa ona hipotezę i weryfikuje ją w swoich systematycznych badaniach oraz podczas bieżącej terapii. Uważa ona, że wyczuwane doświadczenie interakcji należy traktować jako korzenie drzewa. Odkrycie reguł dotykania, obejmowania, poruszania i powodowania jest odpowiedzialne za zdrowy wzrost całego drzewa. Podczas gdy ludzie głusi i niewidomi, pomimo swego ciężkiego upośledzenia, mogą się rozwijać na tzw. normalne, zdolne do przystosowania się, samodzielne osobowości, ludzie z zaburzonym postrzeganiem dotykowo-kinestetycznym odróżniają się właśnie przez to, że są za mało lub nadmiernie podatni w przystosowywaniu się. Dlatego trudno im się znaleźć w rzeczywistości dnia codziennego i dlatego często stają się obciążeniem dla świata otaczającego. Zdaniem dr Affolter ich korzenie są chore. Drzewo wzrasta krzywe, wątłe, zniekształcone. W przeciwieństwie do tego u ludzi z uszkodzeniem wzroku i słuchu wzrost korzenia może być zdrowy, natomiast braki występują w koronie drzewa – brak jest najważniejszych i wzbogacających gałęzi. Osoby z upośledzeniem wzroku i słuchu mogą bez przeszkód zdobywać wiedzę o rzeczywistości poprzez wyczuwanie, ale doświadczenia te są niepełne. Nie mogą one odpowiednio reagować na bodźce akustyczne czy optyczne, a więc na te specyficzne formy i zawarte w nich treści.

Mianem zaburzeń postrzegania – w modelu Affolter – określa się zaburzenie modalności dotykowo-kinestetycznej. Zaburzenie postrzegania dotyczy odgraniczenia oraz interakcji pomiędzy własnym „ja” a światem otaczającym. To „ja” nie może w normalny sposób „brać”, aby poznawać prawdę poprzez rzeczywistość. Czynności mające na celu zdobywanie informacji są utrudnione. Dziecko z zaburzeniami postrzegania buduje – po pierwsze – zbyt mało, a po drugie – wiele fałszywych wyobrażeń. Wiedza o rzeczywistości jest niewystarczająca pod względem ilościowym i jakościowym. Odpowiednio do tego skąpy i obarczony błędami jest wynik wywoływania treści ze zmagazynowanych wyobrażeń.

Z zaburzeniami przetwarzania postrzeganych zjawisk wiąże się z jednej strony zaburzenie intermodalności, a więc koordynacji różnych wrażeń zmysłowych, a z drugiej strony zaburzenie zdolności integracji seryjnej. Mniej więcej od 3 miesiąca życia rozwija się pierwsze z nich, a od 8 miesiąca – ostatnie. Nie jest to tak, że nowy etap zwalnia poprzedni, lecz stanowi on jakby rozszerzenie poprzedniego. Jeśli zostaje zaburzone postrzeganie dotykowo-kinestetyczne, zostają wskutek tego zaburzone funkcje procesów podstawowych, co odbija się na całym dalszym rozwoju.

Jeśli chodzi o zaburzenie intermodalności, to wejścia (*input*) ze zdrowych modalności zmysłów nie zostają dostatecznie skoordynowane. Z kolei zaburzona integracja seryjna utrudnia rozprzestrzenianie się w miejscu i w czasie, porządkowanie i budowanie struktur, ujmowanie wzorców i kolejności.

Ponieważ w tym supramodalnym przetwarzaniu postrzegania funkcja podstawowa (*Wurzelfunktion*) przypada wyczuwaniu, przy tego rodzaju zaburzeniach dotknięte są wszystkie wyższe sprawności.

Po czym można rozpoznać zaburzenia postrzegania u dzieci?

1. Do 8 miesiąca życia

Jeśli chodzi o zaburzenia dotykowo-kinestetyczne, obserwuje się zbyt duże lub zbyt małe napięcie mięśniowe. Oznacza to, że w tym drugim przypadku podstawowe procesy: dotykanie, obejmowanie, poruszanie – prawie nie występują. Dzieci te są bardzo spokojne, dużo śpią lub patrzą dokoła, ze znacznym opóźnieniem uczą się siedzieć lub raczkować, często bardzo leniwie piją. Natomiast w pierwszym przypadku są to zwykle dzieci, które dużo krzyczą, piją łapczywie, często zakrztuszają się i wymiotują. Dotykanie i obejmowanie występuje wcześniej, są natomiast trudności z puszczaniem przedmiotu. Matka często zauważa, że dziecko w każdej piątce coś trzyma, jednocześnie krzycząc, wywijając rączkami i nóżkami. Przy dużym napięciu dzieci te opierają się o przedmioty i podciągają się na nogi, trzymając się mebli, już w wieku 5-6 miesięcy. Nierzadko chodzą samodzielnie przed ukończeniem 1 roku.

W tej fazie dziecko o prawidłowych procesach postrzegania, poszukując informacji, zdobywa ważny wzorzec organizacji. Dziecko porusza się na stałym podłożu, aby wyczuwać stosunek świata otaczającego do jego własnego ciała. Odkrywa w pobliżu jakiś przedmiot i bada, w jaki sposób musi się poruszać, aby ten przedmiot osiągnąć. Porusza ono swoim ciałem, rękami i ustami w celu lepszego poznania przedmiotu. Każdy ruch powoduje doznanie dotykowo-kinestetyczne. Nagle dziecko zauważa coś z daleka. Teraz przestaje się poruszać. Spogląda, obserwując przez pewien czas. Albo też dziecko słysząc coś, lokalizuje i nasłuchuje. Ruchy dziecka zostały wstrzymane i pojawiają się ponownie wtedy, gdy dziecko zwraca się znów do najbliższego otoczenia, które może być postrzegane na drodze zmysłu

dotykowo-kinestetycznego. U dzieci z zaburzeniami postrzegania rzadko można obserwować taką organizację przyswajania. Jedne z nich trwają w bezruchu, głównie podczas spoglądania i nasłuchiwanie. Inne są stale w ruchu, nie mogą się powstrzymać, nawet gdy coś zobaczą lub usłyszą. Przeciwnie, wydaje się, jakby ich ruchy były wtedy wzmożone. Większość gwałtownych ruchów u tych dzieci mniej służy zdobywaniu informacji poprzez wyczuwanie, a więcej – zwolnieniu nadmiernego napięcia. Dlatego im większe napięcie powstaje wskutek bodźców zmysłowych, tym większa zachodzi potrzeba jego rozładowania poprzez motorykę. Ruch jest zawsze współdziałaniem motoryki i postrzegania. Dla rozwoju decydujący jest składnik postrzegania.

2. Po 8 miesiącu życia

U dzieci z zaburzeniami dotykowo-kinestetycznymi, które nie potrafią dobrze chwycić, interakcja ze światem otaczającym następuje często w postaci stukania i uderzania ręką ewentualnie przedmiotem trzymanym w ręce o jakiś inny przedmiot. Dzieci te z reguły późno uczą się chodzić, często dopiero pomiędzy 18 a 24 miesiącem życia. Wykazują one zwykle duże upodobanie do oglądania obrazków. Chętnie godzinami wyglądają przez okno, obserwując ludzi, zwierzęta, ruch uliczny itd.

Dzieci ze zwiększonym napięciem mięśniowym (hipertoniczne), które wcześniej uczą się chodzić, trudniej poznają związki przyczynowo-skutkowe na stałym podłożu. Podłoże nie stało się dla nich płaszczyzną odniesienia pomiędzy ciałem dziecka a przedmiotami. Dzieci chodzą, a przy chwytaniu poruszają ręką w powietrzu, jak to robimy wszyscy. Chwytają one przedmioty tylko jedną ręką, wystarczają mu do tego dwa palce. Obejmowanie, poruszanie, oddziaływanie na przedmioty – nie jest w ten sposób możliwe. Pozostaje wypuszczanie przedmiotu z ręki. Jest to jednak utrudnione ze względu na nadmierne napięcie mięśni. Dzieci chodzą od jednego przedmiotu do drugiego, chwytają je, rzucają, ich ruchy stają się przy tym coraz gwałtowniejsze. Często zużywają na to wiele energii, rozdzielają ze złością, badają także ustami, gryząc przy tym mocno zębami. Wszędzie stosują zbyt wiele nacisku.

Zachowanie dziecka hipotonicznego, jak też i hipertonicznego pozostaje zawsze charakterystyczne; pierwsze z nich oceniane jest później jako dziecko ze słabym napędem, także jako dziecko debilne, drugie – jako dziecko agresywne i destruktywne.

Wszystkie dzieci mające niedobory w odbiorze (*input*) drogą dotykowo-kinestetyczną wykazują w następstwie swoistego rodzaju wiedzę o rzeczywistości i odpowiednio do tego zmagazynowane treści i wyobrażenia. Bardzo ważne są dla nich wrażenia wzrokowe i słuchowe. Traktują te formalne

informacje często jako przekaz treści i przeżywają w ten sposób wiele rozczarowań i lęków. Jeśli cecha „żółty” oznacza dla dziecka „smaczne banany”, przy następnym żółtym przedmiocie przeżyje ono rozczarowanie. Organizacja w przestrzeni i w czasie może być doświadczana tylko w interakcji, po czym zostaje ona uwewnętrzniona (*verinnerlicht*). Wzrok i słuch towarzyszą temu, gdy jednak mamy do dyspozycji przede wszystkim wrażenia wzrokowe, okazuje się, że nie dochodzi do osiągnięć w orientacji przestrzennej ani do uchwycenia przebiegów czasowych.

3. Począwszy od 18 miesiąca życia

Ponieważ skarb doświadczeń w związku z wyczuwanymi informacjami jest ubogi, dzieci z zaburzeniami postrzegania nabywają sprawności semiotycznych nie w wieku 18 miesięcy, jak dzieci zdrowe, lecz później. Ponieważ w ich zasobie pamięciowym zmagazynowane zostały liczne informacje błędne, sprawności te często bywają nieprawidłowe.

Dziecko takie, często przez długi czas, nie potrafi samo czymś się zająć, samo się bawić. Jego późniejsze zabawy często bywają stereotypowe, o ubogiej treści, jednokierunkowe. Zwykle preferowane bywają zabawy ruchowe, zabawy przy stole, także zabawy, które dają efekt wzrokowy lub słuchowy. W tych zabawach naśladowujących działanie i polegających na odgrywaniu roli można jednak zauważyć wiele bezsensowności w rodzaju pseudofantazji. Dziecko będzie np. budować i konstruować, lecz nie potrafi się tym bawić. Późno zaczyna rysować i odkrywać w książce obrazkowej wiele szczegółów, nie rozumiejąc jednak zasadniczej treści danej sytuacji lub nie zdając sobie sprawy z przebiegu wydarzeń.

Wiele dzieci starszych z zaburzeniami postrzegania unika wszelkich zabaw. Wolą one pracować, poznawać rzeczywistość. Jednakże wytwory ich działania nie wykraczają zwykle poza ustalone nawyki. Przywracają one ustalony porządek lub powtarzają wyuczoną czynność. Brak im wypróbowywania rzeczy nowych na podstawie wyczuwania. Brakuje im zmagazynowanych informacji związanych z wyczuwaniem, które dziecko mogłoby dopasować do nowych problemów. Być może w jego koronie drzewa wyrosły gałązki, lecz nie rozwinęły się one prawidłowo.

IV. W SPRAWIE MOWY

W odróżnieniu od dzieci głuchych, które w wieku niemowlęcym przechodzą fazę głuchoty, nie obserwuje się prawie takiej fazy u dzieci z zaburzeniami postrzegania. Produkcje głosowe w ciągu pierwszych miesięcy

powiązane są w sposób zasadniczy ze sprzężeniem dotykowo-kinestetycznym. W drugim półroczu życia zdrowe dzieci zaczynają odkrywać i naśladować dźwięki mowy słyszane w swoim otoczeniu. Dzieci z zaburzeniami postrzegania tego nie potrafią. Niemowlę, u którego w pierwszym roku życia nie słyszy się nic innego poza płaczem, musi zastanawiać. Należy tu myśleć raczej o zaburzeniu postrzegania niż o zaburzeniu słuchu. Mimo to dzieci te z reguły opanowują mowę, chociaż prawie zawsze *rozwoj mowy zaczyna się z opóźnieniem*.

Gdy te dzieci już mówią, występuje u nich w krótkim czasie *nadmiar wypowiedzi*. Mówią one prawie bez przerwy o czymś, unikając w ten sposób konkretnej wymiany wypowiedzi, eksploracji. Przeważają prośby, skargi, żądania, rozkazy i pytania.

W ciągu dłuższego czasu rozumienie i produkcja mowy dotyczą aktualnej sytuacji, mają więc charakter sygnałów. Z chwilą gdy do dziecka dociera mowa semiotyczna, a więc wypowiedzi werbalne nie związane z rzeczywistością „tu i teraz” — dziecko je *ignoruje*. Otoczenie uważa, że dziecko zapewne nie słyszy — być może nie chce słyszeć lub jest nieposłuszne.

Jeśli mowa semiotyczna rozwinię się, nadaje się ona do wykorzystania tylko fragmentarycznie. Dziecko produkuje wiele wypowiedzi bezsensownych; otoczenie interpretuje to jako *kłamstwa lub bogatą fantazję*.

Często spotyka się *zamiany semantyczne*, a także rzeczywiste trudności w znalezieniu odpowiedniego słowa. Dzieci plotą coś bez związku lub wpadają w stan dużego napięcia albo też milkną zmęczone. *Zamiast właściwej struktury zdania: aktor — akcja — obiekt* produkują długie ciągi słowne z właściwą im strukturą reguł, z charakterystycznym brakiem czasowników i przyimków. Zdaniem poprawnymi są raczej reprodukcje, frazy potoczne.

Często występująca *nieprawidłowa wymowa głosek* musi być z reguły korygowana przez logopedę. Jednakże błędy te pojawiają się jeszcze przez długi czas w trudnych sytuacjach i mają rozmaity charakter. Sfera dotykowa, kinestetyczna, koordynacja wyczuwania, słyszenia i motoryki oraz integracja seryjna podczas mówienia stwarzają złożone problemy u dzieci z zaburzeniami postrzegania.

Przy czytaniu i pisaniu grafemy i fonemy, które człowiek odbiera przez intermodalną przeróbkę bodźców dotykowo-kinestetycznych, wzrokowych i słuchowych, zostają skojarzone z treścią, jaką człowiek przyswaja sobie na podstawie modalności dotykowo-kinestetycznej. Wszystko to dzieje się w uporządkowanej kolejności, w odpowiednim przebiegu czasowym. Nie jest więc nic dziwnego, że wśród dzieci z dotykowo-kinestetycznym zaburzeniem postrzegania spotyka się wiele z zaburzeniami czytania, pisania oraz z problemami ortografii.

Podsumowując można powiedzieć, że u dzieci z zaburzeniami postrzegania z reguły gałązki językowe ich korony drzewa są ubogie i w taki lub inny sposób *znieskształcone*.

V. W SPRAWIE TERAPII

Niemowlęta, które mają problemy ze spaniem i z piciem lub nadmiernie dużo krzyczą, przynoszone są do lekarza. To samo dotyczy małych dzieci, które nie siedzą, nie raczkują i nie uczą się chodzić w odpowiednim do tego wieku. Jeśli później odbiegają od normy przy zabawie i przy rozwoju samodzielności, jeśli mają problemy w spaniu i jedzeniu, często prosi się o pomoc psychologa. Jeśli także mowa nie rozwija się w normalnym czasie i w zwykły sposób, rodzice mogą zwrócić się do logopedy (terapeuty mowy). Logopeda zdaje sobie sprawę, że nie jest w stanie *przyswoić* dziecku mowy. Natomiast może on wspólnie z rodzicami tak ukształtować otoczenie dziecka i w taki sposób poprowadzić dziecko, aby ono samo *odkrywało mowę*. Dziecko nie ma się koncentrować na koronie drzewa, wydobywać z niej gałązki mowy, trenować je i korygować. Przeciwnie, dąży się do tego, aby *dopomóc* dziecku w zdrowym *wzroście*, poczynając od *korzeni*.

Produkcja, osiągnięcia stanowią poziom wyjściowy (*output*). Energia wyjściowa opiera się, po pierwsze, na energii wejściowej (*input*), a po drugie — na jej indywidualnej obróbce zgodnie z poziomem inteligencji. Zaburzenie postrzegania na drodze dotykowo-kinestetycznej, tak jak każde zaburzenie zmysłowe — stanowi zaburzenie energii wejściowej (*Inputstörung*), a nie zaburzenie inteligencji. Należy to podkreślić, gdyż osiągnięcia osobników z zaburzeniami postrzegania mogą być równie *nie* dostateczne jak u debilów. Są one jednak — i to stanowi różnicę w porównaniu z upośledzonymi umysłowo — często bardzo *rozbieżne*. Obok osiągnięć bardzo złych spotyka się również bardzo dobre. Może to dotyczyć różnych dziedzin, a również tej samej rzeczy w różnych momentach.

Jeśli więc zaburzony jest poziom wyjściowy, należy *dostarczyć pomocy także na tym odcinku*.

Co robią rodzice, jeśli ich zdrowe dziecko zachowuje się bojaźliwie w nowej sytuacji, np. przy zetknięciu z kotem? Lub gdy odstępkuje zniechęcone przy rozwiązywaniu trudnego problemu, np. przy otwieraniu drzwi? Rodzice podchodzą z dzieckiem do kota, prowadzą jego rączkę, aby pogłaskało futerko kota. Dziecko wyczuwa, jak miękkie jest futerko, postrzega, jak kotek przytula się do niego, i wtedy nabiera zaufania. Gdy prowadzimy dziecko przy otwieraniu drzwi, dziecko wyczuwa, gdzie, jak i z jaką siłą i w jakiej kolejności trzeba się do tego wziąć, aby spowodować zmianę sytuacji. Wyczuwana informacja *dostarcza* dziecku wiedzy na temat istniejącej rzeczywistości.

Dr Affolter stworzyła podwaliny pod taką terapię, polegającą na naturalnej pomocy i prowadzeniu osoby z zaburzeniami postrzegania. W ciągu długoletniej pracy powstał zespół badawczy, którego celem jest takie prowadzenie dziecka, aby zapewnić mu odpowiednią pomoc na poziomie wejściowym (*input*).

U przeciętnie inteligentnego dziecka z zaburzeniami postrzegania trzeba uwzględnić z jednej strony jego poziom umysłowy, z drugiej – jego rozwój postrzegania. Nie próbujemy dawać mu zadania nie odpowiadającego jego osiągnięciom. Dziecko poczuje się intelektualnie niedowartościowane, a jednocześnie nadmiernie obciążone w wykonaniu i frustrowane. Takie frustracje prowadzą do nieprawidłowych zachowań psychicznych.

W terapii podejmuje się konkretne, sensowne problemy z codziennego życia dziecka. Koncentrują się one wokół jedzenia, ubrania, mieszkania, gotowania, mycia, czyszczenia, naprawiania, porządkowania itd. Celem najważniejszym nie jest rozwiązanie problemu; w punkcie centralnym leży raczej poszukiwanie rozwiązania i zdobywanie treści do tego rozwiązania.

Przypomnijmy sobie: postrzeganie w ciągu pierwszych 8 miesięcy zostaje następnie rozszerzone na działanie, aby – tak jak powiązania przyczynowo-skutkowe – w 2 roku życia skierować się ku konkretnym wydarzeniom życia codziennego. Praca u podstaw oznacza pomoc w tym rozwoju poprzez prowadzenie.

Terapeuta (logopeda) prowadzi dziecko, całe jego ciało, jego ręce, by dziecko dotykało, obejmowało i poruszało, aby postrzegało właściwości przedmiotów, ich kształt, wielkość, temperaturę itd. Dziecko wyczuwa stale zmieniający się opór. Zostaje ono dalej wprowadzane do interakcji. Dowiaduje się, w jaki sposób może oddziaływać na sytuację, aby spowodować określoną zmianę. Terapeuta dba przy tym o zapewnienie stabilnej podstawy jako płaszczyzny odniesienia, nieodzownej dla zdobywania informacji. Stosuje przy tym ruchy prowadzące nie w powietrzu, lecz fiksuje jedną połowę ciała dziecka tak, aby możliwie znaczna część ciała pozostawała w kontakcie z otoczeniem stałym, i porusza drugą połowę. Podczas poszukiwania rozwiązania stabilizuje się i porusza na zmianę obie strony.

Przy prowadzeniu wyróżnia się trzy etapy:

1. Prowadzenie intensywne, aby zapoznać dziecko z otaczającym światem i umożliwić mu nabywanie informacji.

2. Prowadzenie wspomagające, aby umożliwić interakcję i utrzymać ją. Terapeuta powoli cofa swoją rękę, ale jest gotowy podjąć znowu prowadzenie, zanim dziecko przerwie swoją czynność. Zwraca przy tym uwagę nie tylko na aktywność zewnętrzną, ale także na to, czy jej nie wewnętrzna – myślenie – nie została przerwana.

3. Prowadzenie w celu postawienia problemu, aby odwołać się do możliwości poznawczych dziecka. Zastępuje to wyjaśnianie i pokazywanie, usprawniając przede wszystkim naśladowanie.

Badania naukowe wykazały, że dla postrzegania nie odgrywa żadnej roli, czy dziecko wykonuje ruchy samo przy poszukiwaniu informacji, czy też jest przy tym prowadzone.

„Osobnik prowadzony – uważa dr Affolter – otrzymuje poprzez wyczuwanie całościowe doświadczenie o charakterze poznawczym i emocjonalnym”.

Osoba dorosła skierowana ku swemu wnętrzu, która koncentruje całą swoją uwagę na wyczuwaniu, przenosi to na prowadzone przez siebie dziecko. Jeśli nie jest ono poprzez wybrany problem z życia codziennego ani intelektualnie nie doceniane, ani nadmiernie przeciążane pod względem postrzegania, terapeuta może liczyć na optymalny poziom energii wejściowej. U dziecka wytworzy się średnie napięcie. I tak u dzieci hipotonicznych napięcie wzrośnie, a u hipertonicznych zmniejszy się nadmierna ruchliwość, a także nadmiar mowy. Zmieni się zachowanie dziecka, stanie się ono ciekawe świata, zainteresowane wydarzeniami.

Po tej pracy od podstaw (*Wurzelsarbeit*), tj. po wyczuwanym doświadczeniu, płynącym z rozwiązywania problemów dnia codziennego, terapeuta stara się różnymi sposobami przedstawiać wraz z dzieckiem te wydarzenia. Odgrywa i przedstawia na rysunkach przebieg wydarzeń, ze szczególnym uwzględnieniem odczuwanych przez dziecko najważniejszych dla niego wrażeń.

Jeśli dziecko jest na etapie czytania i pisanie, ta droga jest również wykorzystywana dla przedstawienia treści. Terapeuta winien mieć zawsze na względzie, że mowa – czy to ustna, czy pisana – stanowi przede wszystkim środek porozumiewania. Porozumiewanie polega na tym, aby przekazywać własne wyobrażenia i przyjmować cudze wyobrażenia, rozumieć je i brać pod uwagę. Jeśli chodzi o używane do tego celu formy, trzeba je z dzieckiem ćwiczyć, ale zawsze w łączności z doświadczeniem wyczuwania i z treścią.

Praca u podstaw (korzeni) oznacza rozbudowywanie struktury głębi. Powoduje ona poprawę struktury powierzchniowej, jak również lepsze osiągnięcia w rozumieniu, a wreszcie – lepsze produkcje mowy.

Źródło: Maria Góral
Cochlear Center Warszawa