

Ewa Kaptur

Instytut Filologii Polskiej Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Zabawa we wczesnej terapii logopedycznej u dzieci z zespołem Downa

1. Wprowadzenie

Żyjemy w czasach, w których terapeuci i rodzice mają możliwość korzystania z bardzo wielu różnych, czasami wykluczających się, czasami uzupełniających, form terapii dzieci od okresu noworodkowego do wieku późnoszkolnego. Wielość i różnorodność metod mogą powodować problem z wyborem tej, która będzie najkorzystniejsza dla konkretnego dziecka. Nierzadko sięgamy do metod kontrowersyjnych, których twórcy obiecują natychmiastowe i spektakularne efekty. W gąszczu wielości metod czasami gubimy z oczu czynności, które powinny być podłożem każdej długofalowej, zaplanowanej pomocy terapeutycznej udzielanej dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu od chwili narodzin. Taką czynnością jest zabawa, rozumiana z jednej strony jako specyficzna, naturalna, wrodzona i swoista forma działalności dziecka, a z drugiej będąca szczególną metodą, dzięki której dziecko wzbogaca swoje doświadczenie i zdobywa informacje o otaczającym świecie. Aktywność małego dziecka realizuje się w zabawie. Rozwój ruchowy i rozwój językowy przebiegają równolegle, stąd też konieczność jednoczesnego stymulowania tych funkcji poznawczych w terapii logopedycznej [Cieszyńska, Korendo 2016: 389].

2. Wspomaganie rozwoju dziecka

Podstawą wczesnej terapii dzieci, zwłaszcza ze zdiagnozowanymi nieprawidłowościami w rozwoju psychoruchowym, będzie wspomaganie ich rozwoju na każdym etapie. Wspomaganie postrzegane jako zamierzone, ukierunkowane oddziaływanie rewalidacyjno-wychowawcze stymulujące rozwój od momentu rozpoznania zagrożenia do osiągnięcia dojrzałości szkolnej przez dziecko oparte powinno być na diagnozie lekarskiej, pedagogicznej, psycho-

logicznej, rehabilitacyjnej i logopedycznej. Sama terapia zaś, prowadzona przez zespół specjalistów (logopeda, fizjoterapeuta itd.) i rodziców, rozumiana jako działanie skoordynowane i kompleksowe, buduje bezpieczną przestrzeń dla dzieci z problemami rozwojowymi, zachęca je do eksperymentowania, badania, poznawania własnych możliwości. Pozwala dziecku na zdobycie wielu doświadczeń potrzebnych do osiągnięcia samodzielności, odporności emocjonalnej, pewnej niezależności w życiu dorosłym [Cytowska 2008: 17; Kielar-Turska 2003: 20; Piotrowicz 2013: 30].

3. Wspomaganie rozwoju dziecka z zespołem Downa

Każde dziecko ze zdiagnozowanym zespołem genetycznym powinno być objęte wczesnym wspomaganiam. Najczęściej występującą zmianą uwarunkowaną genetycznie jest zespół Downa (ZD)¹.

Świadomość podjęcia wczesnego wspomaganie rozwoju u dziecka z ZD wśród rodziców wydaje się coraz większa. W gabinetach logopedycznych działających w przychodniach, ośrodkach wczesnej interwencji, wczesnego wspomaganie rozwoju itd. nie dziwi widok niemowlęcia wraz z opiekunem na konsultacjach logopedycznych bądź regularnej terapii [Kaptur 2017: 100]. Warto jednak podkreślić, iż rodzice dzieci z niepełnosprawnością nadal w pierwszej kolejności korzystają z zajęć fizjoterapeutycznych, a niejako pomocniczo zasięgają opinii u logopedy czy neurologopedy. Zdaniem logopedów wraz z ćwiczeniami fizjoterapeutycznymi powinna równolegle być prowadzona terapia logopedyczno-pedagogiczna, która wprowadzona w 1. roku życia może m.in. zapobiec rozwinięciu lub pogłębieniu się deficytów z obszaru ustno-twarzowego [Regner 2008: 239].

Celem wczesnego wspomaganie dziecka z ZD jest m.in. wszechstronne stymulowanie jego rozwoju, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb określonych na podstawie specjalistycznej diagnozy, opracowanie i realizowanie programów terapeutyczno-edukacyjno-profilaktycznych dla objętego programem dziecka i jego rodziny, współpraca z rodzicami polegająca na dostarczaniu im wiedzy na temat potrzeb rozwojowych dziecka i sposobów ich zaspokajania, a także wspieranie ich w trudnych sytuacjach czy udzielanie im pomocy w planowaniu edukacji dziecka [Cytowska 2008: 20; Kowalczyk 2009: 31; Piotrowicz 2013: 39–40].

1 Częstość występowania ZD wśród noworodków żywych, według różnych źródeł, wynosi 1 : 600–700 dzieci [Sadowska, Mysłek-Prucnal, Gruna-Ożarowska 2014: 37], 1 : 750 dzieci [Kaczan, Śmigiel 2012: 35–36], 1 : 800 dzieci [Kaczmarek 2014: 65; Wierzbą 2014: 91].

W tym zakresie mieści się wczesna interwencja logopedyczna, rozumiana dwojako: jako działania zmierzające do zmiany istniejących nieprawidłowości anatomicznych i/lub funkcjonalnych w obrębie aparatu oralnego oraz działania i starania zmierzające do wywołania prawidłowego odruchu lub jego wygaszenia [Wiśniewska 2012: 161] oraz jako udzielana w pierwszych latach życia pomoc w nabywaniu kompetencji językowych, komunikacyjnych, kulturowych oraz rozwoju sprawności systemowych, komunikacyjnych, biologicznych dzieci, u których rozwój mowy może być zagrożony lub u których nieprawidłowości już zdiagnozowano [Gacka 2012: 31]². Wczesna interwencja obecnie rozumiana jest jako podejście uprzedzające, pozwalające na przewidywanie występowania określonych zespołów zaburzeń, które – dzięki odpowiednio prowadzonej terapii – mogą zostać zminimalizowane lub wyeliminowane [Błęszyński 2015: 39; Kaczorowska-Bray 2012: 225].

Wczesne i intensywne usprawnianie dziecka z ZD, w tym także logopedyczne, przynosi efekty w dalszym, coraz lepszym jego funkcjonowaniu. Teresa Kaczan przeprowadziła szereg badań pokazujących zalety zastosowania wczesnej, intensywnej, zróżnicowanej jakościowo i ilościowo terapii. Stwierdziła, iż niemowlęta z grupy rehabilitowanej były zdrowsze, ich rozwój fizyczny – na skutek zmniejszonej wiotkości – znacznie się poprawił. Odnotowano także poprawę w badaniach wzroku, słuchu, komunikacji [Kaczan, Śmigiel 2012: 50; Kaczan 2008: 359]. Również Jagoda Cieszyńska potwierdza skuteczność podjęcia natychmiastowej stymulacji, co w sytuacji dzieci z ZD jest możliwe już od 1. miesiąca życia. Zaznacza, że wyniki tak wczesnej stymulacji nie są co prawda wówczas wyraźnie widoczne, ale „pozwalają zbudować drogi nerwowe dla ćwiczenia wszystkich funkcji poznawczych” [Cieszyńska-Rożek 2013: 255]. Taka wczesna interwencja terapeutyczna nie zawsze jest jeszcze normą, ale zdaniem badaczki i jej zespołu „rozpoczęcie ćwiczeń z dziećmi w wieku sześciu miesięcy znacznie ułatwia późniejszą pracę nad budowaniem systemu językowego i myślenia” [Cieszyńska-Rożek 2013: 255–256]. W badaniach skuteczności wczesnego wspomaganie dzieci z ZD zwraca się także uwagę na dużą rolę środowiska rodzinnego w procesie kształtowania się umiejętności poznawczych i wyrównywania deficytów rozwojowych [Sadowska 2014: 204].

2 W tej części nie brano pod uwagę innego znaczenia terminu, zgodnie z którym wczesna interwencja logopedyczna postrzegana jest jako działania podejmowane wobec osób dorosłych [Gacka 2016: 14].

4. Interdyscyplinarne oddziaływanie terapeutyczne w logopedii

Stymulacja ogólnego rozwoju dziecka z ZD obejmuje szereg działań, do których należą również działania logopedyczne, m.in.: rehabilitacja ruchowa w zakresie motoryki dużej i małej (pobudzanie do opanowania wzorców i schematów ruchowych, właściwe pozycjonowanie dziecka, np. w czasie poboru pokarmu, pracy przy stoliku, precyzja kontroli rąk i palców podczas chwytania, manipulacji, reakcji obronnych i samoobsługi), ćwiczenia reakcji prymarnych, czyli reakcji ustno-twarzowych, sposobu oddychania, sposobu przyjmowania pokarmu oraz sekundarnych, czyli rozumienia i aktywizowania mowy werbalnej, ćwiczenie koordynacji wzrokowo-ruchowej, ćwiczenie funkcji i czynności poznawczych prowokujących do zdobywania doświadczeń, dokonywania wyborów, stymulacja polisensoryczna czy umiejętność naśladownictwa, która jest szczególnie ważna przy kształtowaniu i rozwijaniu kompetencji językowych i współpracy przy umiejętnościach percepcyjnych czy ruchowych [zob. np. Gacka 2016: 19–22; Piotrowicz 2013: 39–40].

Jedną z chętniej wykorzystywanych metod we wczesnej terapii logopedycznej u dzieci z ZD jest należąca do obszaru terapii neurobiologicznych, nastawionych na stymulację wszystkich funkcji poznawczych, Metoda Krakowska[®]. Zajęcia prowadzone według tej metody obejmują takie elementy, jak: terapię słuchową (opartą na programie „Słucham i uczę się mówić”), stymulację naśladowania mowy (z wykorzystaniem Gestów Artykulacyjnych i Manualnego Torowania Głosek), terapię funkcji wzrokowych, naukę wczesnego czytania (Symultaniczno-Sekwencyjna Nauka Czytania[®]), programowanie języka, diagnozę dominacji stronnej, stymulację zabawy, stymulację funkcji lewej półkuli mózgu, terapię zachowań społecznych, stymulację funkcji motorycznych i manualnych, stymulację przetwarzania bodźców smakowych, zapachowych i dotykowych, stymulację pamięci, ćwiczenia kategoryzacji, ćwiczenia myślenia sytuacyjnego i przyczynowo-skutkowego, ćwiczenia myślenia przez analogię, logoterapię (rozumianą jako rozmowy z rodzicami, wyjaśnianie zasad terapii itd.) [np. Cieszyńska-Rożek, Korendo 2016: 380].

5. Z teorii zabawy

Zabawa jest zjawiskiem społecznym i kulturowym determinowanym wieloma czynnikami, m.in.: wiekiem dziecka, jego stanem psychofizycznym, potrzebami, doświadczeniami, poziomem rozwoju społeczno-emocjonalnego, warunkami socjalnymi i kulturowymi środowiska, w jakim się ono wychowuje, nastrojem, umiejętnościami bawienia się itp. To jedna z podstawowych form aktywności człowieka w każdym wieku. Anna Izabela Brzezińska zaznacza, że zabawa

pojawia się w różnych fazach rozwoju i pełni różną w nich rolę. Przyczyniając się do rozwoju, sama także temu rozwojowi podlega. Jednak najpełniej rozwija się w okresie dzieciństwa i dlatego jest uważana za taki rodzaj aktywności, bez którego rozwój dziecka po prostu nie może przebiegać prawidłowo. Prawdziwa zabawa, czyli stworzona przez dziecko od początku do końca, występuje głównie w wieku przedszkolnym, który nazywany bywa czasem po prostu wiekiem zabawy. [Brzezińska i in. 2011: 5]

Zabawa jest jedną z metod wspomagania rozwoju dziecka, może też stanowić element diagnozy czy terapii. Z tego podziału wypływają jej funkcje: społeczno-wychowawcza, kształcąca, diagnostyczna i terapeutyczna.

Już w 1948 roku rosyjski psycholog sportu Peter Antonowicz Rudik zaproponował klasyfikację, która do dziś cieszy się pewnym powodzeniem. Wychoząc od praktyki pedagogicznej, badacz wyodrębnił cztery kategorie zabaw: a) konstrukcyjne, b) twórcze, c) dydaktyczne, d) ruchowe [podaję za: Okoń 1987]. I tak zabawy konstrukcyjne zaspokajają potrzebę twórczej aktywności dzieci, wzbogacają ich wiedzę o materiałach i konstrukcjach, uczą zmieniać rzeczywistość. Zabawy twórcze, zwane również naśladowczo-czynnościowymi czy tematycznymi, sprawiają, że dzieci wyrażają w sposób twórczy interesujące je strony otaczającego życia. Przygotowywane przez wychowawców zabawy dydaktyczne służą przede wszystkim uczeniu się dzieci, a głównie rozwojowi ich spostrzegawczości, uwagi, pamięci, myślenia, wzbogacaniu wiedzy i kształtowaniu mowy. Natomiast zabawy ruchowe wpływają na rozwój fizyczny dzieci, a pośrednio kształtują także takie cechy charakteru, jak śmiałość, wytrwałość, wola zwycięstwa, liczenie na własne siły. Przedstawiona klasyfikacja nie ukazuje genezy bawienia się i przechodzenia od jednej grupy do drugiej, każda z grup zabaw jest niejako niezależna od siebie.

6. Dlaczego zabawa?

Zabawa jako element terapii powinna być uwzględniana we wspomaganiu każdego dziecka z deficytami rozwojowymi. Szczególnie sprawdzi się na zajęciach logopedycznych u dzieci z ZD. W trakcie zabawy dziecko z trisomią 21 wykorzystuje swe dobrze rozwinięte umiejętności niewerbalne, takie jak kontakt wzrokowy czy śmiech i gaworzenie, które sprawiają mu bardzo dużą przyjemność. Sue Buckley, specjalistka w zakresie rozwoju mowy dzieci z tym zespołem genetycznym, niejednokrotnie podnosiła wagę przedwerbalnych zdolności komunikacji dziecka. Pisała m.in.:

Zachęcajcie do kontaktu wzrokowego, uśmiechów, śpiewania, gaworzenia i mówcie do dziecka już w pierwszych tygodniach życia. Podążajcie za obiektem zainteresowania dziecka i mówcie, co teraz robi, na co patrzy lub czym się bawi. Próbuje rozwijać uwagę dziecka i utrzymujcie jego uwagę na zadaniu [...]. Wspomagajcie patrzenie, słuchanie i naśladowanie. Śmiech, gaworzenie i spotkania z innymi – wszystko to rozwija ruchowość twarzy i rozwija mięśnie twarzy. Pracujcie nad dźwiękami, zachęcajcie dziecko do naśladowania dźwięków i znaków [...]. Śpiewanie, praca nad słowami i dźwiękami – to świetna zabawa i sposób na zachęcenie dzieci i maluchów. [podaję za: Kaczan 2012: 51]

Inna badaczka, Elżbieta M. Minczakiewicz, zwraca uwagę na fakt, iż istotnym elementem stymulacji i wspomagania dziecka będą odpowiednio dobrane i prawidłowo przeprowadzone zabawy usprawniające aparat ruchowy oraz układy: oddechowy, artykulacyjny, fonacyjny. Zabawy te polegają także na uczeniu poprawnego poruszania się, siedzenia, oddychania przez nos, zamykania jamy ustnej, umiejętności gryzienia, żucia, połykania i naśladowania różnego rodzaju sygnałów [Minczakiewicz 2001].

W latach 50. ubiegłego wieku nakładem Naszej Księgarni ukazała się książka Wandy Szuman, zatytułowana *Zabawy z najmłodszymi dziećmi*. Autorka w przystępny sposób wyjaśniała w niej specyfikę zabawy – „zabawę dorosłych przy dziecku i na dziecku” [Szuman 1951: 8]. Mając wykształcenie pedagogiczne oraz doświadczenie w pracy z dziećmi z niepełnosprawnością (głównie niewidomymi), głosiła tezę, iż „zabawa jest przygotowaniem do życia” [Szuman 1951: 8].

Jagoda Cieszyńska i Marta Korendo w swych publikacjach pokazują paralele między podstawową aktywnością dziecka, czyli zabawą, a mową [np. Cieszyńska, Korendo 2007: 195–221, 2016: 386–393]. Na przykładzie dzieci rozwijających się normatywnie wskazały wzajemne relacje między zabawą a rozwojem systemu językowego. Według wymienionych wyżej badaczek naśladowanie w zabawie prostych ruchów aż do bardziej złożonych sekwencji z regułami powoduje formowanie się w umyśle dziecka schematów działania, które potem przekładają się na budowanie języka. Zabawa stanowi więc nieodzowny element terapii prowadzonej Metodą Krakowską® i odgrywa tak samo istotną rolę jak np. tworzenie kompetencji komunikacyjnej i językowej. Szczególnie ważna powinna być w programach terapeutycznych przeznaczonych dla dzieci z zaburzeniami rozwojowymi, w tym też dla dzieci z ZD.

Autorki *Wczesnej interwencji terapeutycznej* zaproponowały podział rozwoju zabawy uwzględniający kryterium wieku. Stąd wyróżniły zabawę w okre-

sie niemowlęcym, poniemowlęcym i przedszkolnym. W tym artykule opisałam zabawę w dwóch pierwszych okresach życia dziecka. Funkcja zabaw na tym etapie rozwoju polega przede wszystkim na opanowaniu własnego ciała, przedmiotów i materiałów. Spełniają ją głównie zabawy funkcjonalne, w których „dziecko realizuje zadania bezpośrednio dostępne zmysłom, nie potrafi jednak przewidywać dalszego rozwoju sytuacji” [Jędrzejowska 2014: 154].

7. Zabawa w okresie niemowlęcym

W okresie niemowlęcym badaczki wyróżniły pięć etapów kształtowania się zabawy: a) do 4. miesiąca życia – zabawę palcami, b) do 6. miesiąca życia – zabawę grzechotkami, c) do 8. miesiąca życia – zabawę nowymi przedmiotami, d) do 10. miesiąca życia – zabawę przez naśladownictwo, e) do 12. miesiąca życia – świadome korzystanie z zabawki.

Jak zauważa Radosław Piotrowicz, okresem najbardziej sprzyjającym stymulacji jest czas aktywnego czuwania [Piotrowicz 2013: 41]. W tym stanie terapeuta, a potem rodzic, może wdrażać zabawy z wykorzystaniem przedmiotów, a we wcześniejszym okresie niemowlęcym także własnego ciała. Dziecko jest wówczas gotowe do interakcji z rodzicem i logopedą: skupia wzrok na twarzy osoby dorosłej, koncentruje się na kontrastowych kolorach, chętnie uczestniczy w zabawach ruchowych, dotykowych i paluszkowych.

Czteromiesięczne niemowlę często ma już umiejętność wykonywania stereotypowych **ruchów palcami**, które początkowo są niezdarne i niezborne. Ruchom manipulacyjnym towarzyszy wydawanie dźwięków zbliżonych do samogłosek. Jagoda Cieszyńska i Marta Korendo podkreślają, że na tym etapie zabawy dziecko koordynuje schematy chwytania i postrzegania, zarówno wzrokowego, jak i słuchowego [Cieszyńska, Korendo 2007: 200]. Zabawy palcami przygotowują niemowlę do chwytania przedmiotów w dalszych etapach rozwoju. Pomagają też odkrywać przyjemność z odczuwania własnego ciała. Logopeda, a potem rodzic, może stymulować zabawę, wykorzystując do tego celu np. książeczki czy zabawki w kontrastowym kolorze (czarnym, białym, żółtym i czerwonym). Umieszczenie atrakcyjnych kolorystycznie przedmiotów w polu widzenia dziecka powinno zachęcić niemowlę do wyciągnięcia dłoni w ich kierunku. W tym wieku niemowlę nie będzie jeszcze umiało dobrze chwytać, ale powinno już przytrzymywać zabawkę przez chwilę. Będzie też podejmowało próby umieszczenia jej w jamie ustnej, ćwicząc niejako przy okazji koordynację ręka – usta.

Umiejętności manipulacyjne doskonalą się w kolejnych miesiącach życia dziecka. Sześciomiesięczne niemowlę chętnie i pewnie będzie wykorzystywało w zabawie **przedmioty wydające dźwięki** – grzechotki. Trzymanie grzechotki

w ręce, przekładanie jej do drugiej ręki pozwolą na ćwiczenie analizatora słuchowego. W terapii dziecka z ZD ważne jest, aby ten etap zabawy trwał stosunkowo długo, gdyż manipulowanie zabawkami bezpośrednio przekłada się na manipulowanie dźwiękami, czyli gaworzenie samonaśladowcze. Logopeda może w tym celu wykorzystać grzechotki czy proste instrumenty muzyczne, takie jak np. marakasy, kołatki, deszczownice.

Manipulowanie prostymi przedmiotami w obu dłoniach przekłada się w kolejnych etapach rozwoju dziecka na umiejętność chwytania dwóch różnych rzeczy obiema rękami. Widoczna w ruchach dłoni precyzja oznacza coraz dokładniejsze ruchy artykulatorów. Ośmiomiesięczne niemowlę z zainteresowaniem będzie przyglądało się znikającym z jego pola widzenia przedmiotom. Upuszczanie zabawek na ziemię, szukanie przedmiotów ukrytych pod zasłoną (pieluchą, kocykiem) przez logopedę czy rodzica sprawiają, że w umyśle dziecka formułuje się stałość przedmiotu [Cieszyńska, Korendo 2007: 202–203]. Dziecko włącza **nowe obiekty** (przedmioty) w wyćwiczone już schematy działania. Ten etap zabawy w terapii dziecka ZD będzie mocno wydłużony w czasie. Warto wzmocnić zabawy w ukrywanie, wykorzystując do tego celu dodatkowo dźwięk. Szukanie schowanego, nastawionego na określony czas budzika czy ciekawego wizualnie minutnika będzie bardziej atrakcyjne dla dziecka niż szukanie zwykłego drewnianego klocka. Jedną z częściej wykorzystywanych przez logopedów zabaw jest „A kuku”. Jeżeli terapeuta wykorzysta do zakrycia siebie lub dziecka kolorową chustę, dodatkowo przyciągnie wzrok niemowlęcia i spowoduje go do wydobywania ciągu dźwięków³.

Dziesięciomiesięczne niemowlę potrafi śledzić ruchy dorosłych [Cieszyńska, Korendo 2007: 203]. To czas, w którym stara się **naśladować czynności** zaproponowane przez terapeutę lub rodzica. Zapamiętanie całej sekwencji ruchów w obrębie motoryki dużej będzie się bezpośrednio przekładało na motorykę małą (mowę). Dziecko stara się powtórzyć podawane wraz z gestem dźwięki w rodzaju: *pa, pa* (polecenie: *zrób pa, pa*), *da, da* (polecenie: *zrób da, da*) lub same gesty: ręce uniesione ku górze (polecenie: *pokaż, jaki jesteś duży*), ręce złożone w górze (polecenie: *pokaż, jak ładnie tańczysz*), ręce rozłożone (pytanie: *gdzie jest auto? Nie ma*), klepanie się po brzuchu (polecenie: *pokaż, jak smakował obiadek*) itd. W terapii logopedycznej warto wykorzystać jak najwięcej czynności imitujących zachowanie osób dorosłych: rozmawianie

3 Zestaw zabaw usprawniających umiejętności komunikacyjne niemowlęcia, także takiego, u którego przyswajanie języka nie przebiega zgodnie z normą, można znaleźć w publikacji *Od zabawy do mówienia* [Machoś 2012].

przez telefon, żegnanie się, witanie. To również czas włączenia zabaw paluszkowych⁴. Często logopeda jest tą osobą, która uczy rodzica dziecka dawnych zabaw, typu: *Idzie rak nieborak, Lata osa koło nosa, Kosi, kosi łapki, Sroczka kaszkę warzyła*. Już w połowie XX wieku Wanda Szuman zauważyła, że

poprzez zabawę paluszkami, tysiące razy powtarzaną, uczy się małe dziecko wykonywania palcami wielu prostych ruchów, potrzebnych mu w późniejszym życiu, przy zabawie i pracy. Dla osób, które nie obserwują systematycznie rozwoju dziecka, pojawianie się tych ruchów wydaje się równoległe do stopniowego wzrostu dziecka, niejako bez jego zasługi i współdziałania. Tymczasem matka i każdy pilny obserwator potwierdzają stale, ile wysiłków, niepowodzeń i radości przeżywa małe dziecko, zanim nauczy się wyodrębnić każdy ze wspomnianych ruchów. Np. przy ruchach chwytania możemy łatwo spostrzec następujące stadia: próbę chwytania każdego przedmiotu dwoma rękami i wyprostowanymi palcami, potem już ze zgiętymi palcami i tylko jedną ręką; później dopiero chwyta dziecko odpowiednio nastawionymi palcami jednej ręki i to zazwyczaj najpierw pierwszym i drugim. [Szuman 1951: 8–9]

Zebrane i opisane przez toruńską pedagog w historycznej już publikacji *Zabawy dla najmłodszych dzieci* zostały przywołane w pozycjach współczesnych autorów, m.in. Krzysztofa Sąsiadka (*Zabawy paluszkowe*), Anety Winczewskiej i Piotra Winczewskiego (*Całkiem nowe zabawy paluszkowe. Usprawnianie dłoni dzieci*).

Umiejętność naśladowania, a następnie powtarzania sekwencji najpierw ruchów całego ciała, potem dłoni, a na końcu dźwięków jest największym osiągnięciem tego etapu zabawy [Cieszyńska, Korendo 2007: 204]. Dziecko rozumie słowa, naśladuje wypowiedzi dorosłych, aby w efekcie budować słowa złożone z sylab otwartych.

W ostatnim, piątym etapie zabawy okresu niemowlęcego dziecko **świadomie korzysta z przedmiotów**, zarówno zabawek, jak i przedmiotów codziennego użytku. Wykorzystując przedmioty jako narzędzia, modyfikuje jednocześnie schematy działań. To przeniesienie działań z jednych obiektów na inne świadczy o prawidłowym rozwoju. U dzieci z ZD etap zabawy z wykorzystaniem narzędzi może być przedłużony nawet do 3. roku życia. Dziecko

4 Pierwszy zbiór zabaw manipulacyjnych przedstawił Łukasz Gołębiwski w opracowaniu z 1831 roku, natomiast nazwa *zabawy paluszkowe* zamiennie stosowana z terminem *gry paluszków* została użyta przez Wandę Szuman w publikacji *Zabawy z najmłodszymi dziećmi* [podaję za: Winczewska, Winczewski 2018: 10–11].

normatywnie się rozwijające poznaje nowe obiekty, będąc w ruchu – pełzając, czworakując, chodząc. Dzieci z dodatkowym chromosomem w wieku 12 miesięcy nie zawsze samodzielnie siedzą. Dlatego też nie widać jeszcze u nich pełnej korelacji między ruchem a mową. Dziecko rozumie polecenia, może powtarzać sylaby, ale jeszcze nie wyrazy. Nie buduje także jednowyrazowych wypowiedzi, tak jak jest to w przypadku dzieci bez obciążeń genetycznych [Cieszyńska, Korendo 2007: 207].

8. Zabawa w okresie poniemowlęcym

Po ukończeniu 1. roku życia dziecko poszukuje przede wszystkim **nowych efektów własnych działań**. Manipuluje zabawkami, przedmiotami codziennego użytku, częściami ubrań – włącza te obiekty w sferę swoich działań, przekształcając istniejące schematy. Ten sam gest może oznaczać różne czynności, np. rozłożone ręce będą naśladowały ruch ptaka, samolotu czy wiatru. Podobnie dzieje się z dźwiękami, np. zreduplikowane sylaby *tu, tu* imitują odgłosy wydawane przez pociąg albo słonia, *io, io* – to sygnał karetki lub osła (wymawiany z inną intonacją). Słowa i gesty są więc wieloznaczne – dziecko wykonuje takie same działania wobec różnych przedmiotów. Na tym etapie rozwoju warto włączyć do zabawy jak najbardziej zróżnicowane pod względem faktury, ciężaru, wielkości przedmioty do manipulacji, np. klocki, które można następnie wkładać do sortera, słoika, pudełka, przewozić samochodem, układać z nich mur. Dzieci z ZD w okolicach 2. roku życia chętnie nakładają krążki na drążek piramidy, segregują pod względem koloru przedmioty, dopasowują zwierzaki do drewnianej układanki, wkładają figury geometryczne do otworów układanki.

Po 2. roku życia pojawiają się **zabawy konstrukcyjne**, które ćwiczą sprawność manualną dziecka i przygotowują do zabaw tematycznych. Zdaniem Jagody Cieszyńskiej i Marty Korendo

niezmiernie ważne jest, aby podczas stymulacji poprzez zabawy konstrukcyjne nie zapominać o specjalnym wspieraniu tych dzieci, które do tej pory takiej aktywności zabawowej nie przejawiały. Chodzi o wykonywanie działań ręką dziecka, a potem prezentowanie sposobów wykonywania zadania przez terapeutę. Umiejętność podjęcia zabawy konstrukcyjnej klockami uczy dostosowania się do zasad, jest bezpośrednim wyznacznikiem gotowości do uczenia się reguł językowych. [Cieszyńska, Korendo 2007: 210]

To wsparcie ważne jest dla dzieci z ZD, które nie zawsze potrafią samodzielnie wykonać ćwiczenie. Pomoc terapeuty w zabawie ułatwi zrozumienie

mechanizmu towarzyszącego wykonywanemu zadaniu. Przykładowo, najpierw logopeda pokazuje, jak karmić butelką lalkę, a potem układa lalkę w objęciach dziecka i przytrzymuje butelkę przy ustach lalki. Na kolejnych zajęciach dziecko samo w wyniku naśladowania będzie umiało nakarmić lalę. Naśladowaniu czynności towarzyszy powtarzanie wypowiedzi dorosłych. Zabawy konstrukcyjne pokazują sekwencję działań potrzebną potem w nauce mówienia, czytania i pisania.

Ostatni etap zabawy w okresie żłobkowym to początki **zabawy tematycznej**, która uzależniona jest od ilości i jakości interakcji dziecka z dorosłym. Dzieci z ZD dość sprawnie radzą sobie z zabawami imitującymi zachowanie dorosłych, takimi jak zabawy w gotowanie (mieszanie składników w garnku), pranie (wieszanie prania), majsterkowanie (wkręcanie śrubek), fryzjera (czesanie), mechanika samochodowego (odkręcanie kół od samochodu). Naśladowanie czynności sprawia im dużą przyjemność i prowokuje do określonych działań językowych: tworzenia dwusylabowych wyrazów oraz łączenia wyrazów w wypowiedzenia.

9. Podsumowanie

Sue Burkley, amerykańska psycholog specjalizująca się w pracy z dziećmi z trisomią 21, pisała, że wczesne i ciągłe nauczanie sprawia, że dziecko z ZD jest mniej opóźnione, gdyż szybciej osiąga poszczególne etapy rozwoju. Jest ono też mniej upośledzone, ponieważ zdobywa więcej umiejętności i wzbogaca zasób wiedzy, a przez to staje się coraz bardziej samodzielne [podają za: Kaczan 2012: 39].

Wykorzystana we wczesnym wspomaganiu zabawa pozwala na harmonijny rozwój wszystkich funkcji poznawczych. Prowadzenie zabaw w terapii logopedycznej stymuluje i motywuje dzieci do mówienia, działa profilaktycznie i terapeutycznie.

W przypadku dzieci bez zespołu genetycznego można mówić o wzajemnych powiązaniach między rodzajem zabawy a mową. Jagoda Cieszyńska zauważa, że zabawa polegająca na takich samych działaniach na różnych przedmiotach znajduje odzwierciedlenie w stosowaniu przez dziecko wyrazów wieloznacznych. Budowanie konstrukcji można przełożyć na budowanie wypowiedzi wielowyrzowych, używanie zdrobnień, włączenie zaś do działań zabawy tematycznej skutkuje tworzeniem wypowiedzi złożonych, stosowaniem w wypowiedziach neologizmów [Cieszyńska 2000; Cieszyńska, Korendo 2007: 214]. U dzieci z trisomią 21 każdy etap zabawy będzie wydłużony w czasie o kilka miesięcy, a nawet lat. Rozwój mowy w związku z tym także będzie przebiegał z opóźnieniem [Kaczan, Śmigiel 2012: 53; Kaczmarek

2014: 78; Minczakiewicz 2001: 41–50]. Ważne jest, aby dostosować jakość stymulacji do aktualnego poziomu kompetencji dziecka w różnych obszarach. Rozwijanie umiejętności komunikacyjnych powinno odbywać się we wspólnym polu uwagi.

Aktywizowanie mowy dziecka przez włączenie do terapii zabawy jest skuteczne w przypadku każdego dziecka, także z zespołem genetycznym. Wykorzystanie jej w terapii logopedycznej pozwoli dziecku w przyszłości przewidywać i planować własne działania. Obserwacja aktywności w zabawie dorosłego umożliwi również dziecku spontaniczne i nieświadomione zrozumienie tego, co robią inni. Wreszcie zabawa wyzwala aktywność zwierciadlanych neuronów oraz wpływa w widoczny sposób na rozwój mowy [Cieszyńska, Korendo 2007, 2016].

Bibliografia

- Błęszyński Jacek Jarosław (2015), *Wczesna interwencja – różne podejścia, ujęcia, definicje. Różne nie znaczy sprzeczne*, w: *Wczesna interwencja w logopedii*, red. Jacek Jarosław Błęszyński, Ditta Baczała, Harmonia, Gdańsk, s. 31–56.
- Brzezińska Anna Izabela i in. (2011), *O roli zabawy w przygotowaniu dziecka do dorosłego życia*, „Wychowanie w Przedszkolu”, nr 10, s. 5–13.
- Chojak Małgorzata i in. (2017), *Zabawa jako warunek prawidłowego rozwoju dzieci i przygotowania studentów do zawodu nauczyciela – przykład dobrej praktyki*, „Lubelski Rocznik Pedagogiczny”, t. 36, z. 1, s. 235–252.
- Cieszyńska Jadwiga (2000), *Od słowa przeczytanego do wypowiedzianego. Droga nabywania systemu językowego przez dzieci niesłyszące w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków.
- Cieszyńska Jagoda, Korendo Marta (2007), *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od noworodka do 6. roku życia*, Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków.
- Cieszyńska-Rożek Jagoda (2013), *Metoda Krakowska wobec zaburzeń rozwoju dzieci. Z perspektywy fenomenologii, neurobiologii i językoznawstwa*, Centrum Metody Krakowskiej, Kraków.
- Cieszyńska-Rożek Jagoda, Korendo Marta (2016), *Wczesna interwencja terapeutyczna w ujęciu metody krakowskiej*, w: *Wczesna interwencja logopedyczna*, red. Katarzyna Kaczorowska-Bray, Stanisław Milewski, Harmonia, Gdańsk, s. 380–412.
- Cytowska Beata (2008), *Idea wczesnej interwencji i wspomagania rozwoju małego dziecka*, w: *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, red. Beata Cytowska, Barbara Winczura, Impuls, Kraków, s. 15–26.

- Gacka Ewa (2012), *Wczesna interwencja logopedyczna*, w: *W świecie logopedii*, t. 1: *Materiały dydaktyczne*, red. Alicja Podstolec, Katarzyna Węsierska, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, s. 31–49.
- Gacka Ewa (2016), *Diagnoza logopedyczna noworodka i niemowlęcia*, „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej”, t. 14, s. 13–28.
- Jędrzejowska Agnieszka (2014), *Wczesne zabawy interakcyjne jako płaszczyzna rozwijania umiejętności komunikacyjnych u dzieci z zespołem Downa*, w: *Dzieci o specjalnych potrzebach komunikacyjnych. Diagnoza – edukacja – terapia*, red. Barbara Winczura, Impuls, Kraków, s. 147–158.
- Kaczan Teresa (2008), *Wczesna rehabilitacja mowy i jej znaczenie u dzieci z zespołem Downa*, w: *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, red. Beata Cytowska, Barbara Winczura, Impuls, Kraków, s. 349–362.
- Kaczan Teresa (2006), *Rola neurorozwojowej metody Castillo Moralesa w procesie wczesnej stymulacji rozwoju oraz postępowaniu terapeutycznym wobec dzieci z grupy wysokiego ryzyka zaburzeń komunikacji*, w: *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, red. Jacek Jarosław Bleszyński, Impuls, Kraków, s. 129–135.
- Kaczan Teresa, Śmigiel Robert (2012), *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa*, w: *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju u dzieci z chorobami genetycznymi*, red. Teresa Kaczan, Robert Śmigiel, wyd. 2, Impuls, Kraków, s. 35–62.
- Kaczmarek Bogusława Beata (2014), *Mowa i język dzieci z zespołem Downa – czynniki zakłócające*, w: *Dzieci o specjalnych potrzebach komunikacyjnych. Diagnoza – edukacja – terapia*, red. Barbara Winczura, Impuls, Kraków, s. 65–91.
- Kaczorowska-Bray Katarzyna (2012), *Diagnoza we wczesnej interwencji logopedycznej*, w: *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*, red. Ewa Czaplewska, Stanisław Milewski, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, s. 223–261.
- Kaptur Ewa (2017), *Wczesna interwencja logopedyczna u dzieci z zespołem Downa*, w: *Wokół rozwoju dziecka*, red. Joanna Buława-Halasz, volumina.pl, Szczecin, s. 95–109.
- Kielar-Turska Maria (2003), *Analiza pola semantycznego terminów związanych ze wspomaganie rozwoju*, w: *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja, psychokorekcja*, red. Barbara Kaja, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, Bydgoszcz, s. 11–24.
- Kowalczyk Grażyna (2009), *Kompetencje osób prowadzących wczesne wspomaganie rozwoju dziecka*, w: *Wczesne wspomaganie dziecka niepełnosprawnego i jego rodziny*, red. Ewa Kraszewska, Wydawnictwo Wojewódzkiego Ośrodka Metodycznego, Gorzów Wielkopolski, s. 29–34.
- Machoś Marzena (2012), *Od zabawy do mówienia. Poradnik dla rodziców i logopedów*, Medycyna Praktyczna, Kraków.

- Minczakiewicz Elżbieta Maria (2001), *Jak pomóc w rozwoju dziecka z zespołem Downa. Poradnik dla rodziców i wychowawców*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków.
- Okoń Wincenty (1987), *Zabawa a rzeczywistość*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.
- Piotrowicz Radosław (2013), *Małe dziecko, dużo pomysłów. Wczesna interwencja*, w: *Zespół Downa w XXI wieku*, red. Jolanta Koral, Stowarzyszenie Rodzin i Opiekunów Osób z Zespołem Downa Bardziej Kochani, Warszawa, s. 23–55.
- Regner Anna (2008), *Wczesna interwencja logopedyczna wobec dziecka zagrożonego niepełnosprawnością*, w: *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, red. Beata Cytowska, Barbara Winczura, Impuls, Kraków, s. 239–251.
- Sadowska Ludwika, Mysłək-Prucnal Monika, Gruna-Ożarowska Agata (2014), *Medyczne podstawy zaburzeń struktury i funkcji u dzieci z zespołem Downa*, w: *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa – teoria i praktyka*, red. Bogusława Beata Kaczmarek, Impuls, Kraków, s. 37–62.
- Sadowska Ludwika (2014), *Wrocławski Model Usprawniania (WMU) we wczesnej diagnostyce i terapii dzieci z zespołem Downa*, w: *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa – teoria i praktyka*, red. Bogusława Beata Kaczmarek, Impuls, Kraków, s. 195–223.
- Sąsiadek Krzysztof (2005), *Zabawy paluszkowe*, Media Rodzina, Poznań.
- Sąsiadek Krzysztof (2014), *Moje rączki i nóżki chcą się bawić – wykorzystanie zabaw paluszkowych w pracy z małym dzieckiem*, w: *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa – teoria i praktyka*, red. Bogusława Beata Kaczmarek, Impuls, Kraków, s. 307–320.
- Szuman Wanda (1951), *Zabawy z najmłodszymi dziećmi*, Nasza Księgarnia, Warszawa.
- Wierzbę Jolanta (2014), *Zaburzenia mowy u dzieci z wadami genetycznymi*, w: *Biomedyczne podstawy logopedii*, red. Stanisław Milewski, Jerzy Kuczkowski, Katarzyna Kaczorowska-Bray, Harmonia, Kraków, s. 83–103.
- Winczewska Aneta, Winczewski Piotr (2018), *Całkiem nowe zabawy paluszkowe. Usprawnianie dłoni dzieci*, Harmonia, Gdańsk.
- Wiśniewska Barbara (2012), *Wczesna interwencja logopedyczna u noworodków i niemowląt. Wybrane zagadnienia*, w: *Interwencja logopedyczna. Zagadnienia ogólne i praktyka*, red. Józef Porayski-Pomsta, Maria Przybysz-Piwko, Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa, s. 161–169.

Ewa Kaptur

Games in early speech therapy of children with Down syndrome

The concept of early speech therapy by a team of therapists of different specializations, including a speech and language pathologist, assumes a holistic approach to an infant's development. Children with Down syndrome require the help of a speech and language pathologist since the first day of their lives. The article describes activating the child's speech by incorporating games into the therapy.

KEYWORDS: early speech therapy; Down syndrome; games and speech.

dr hab. Ewa Kaptur, prof. UAM – Zakład Leksykologii i Logopedii, Instytut Filologii Polskiej, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza; zainteresowania badawcze: w obszarze logopedii – wczesna interwencja logopedyczna dzieci przedwcześnie urodzonych, z zespołami genetycznymi, z nefizjologicznych porodów, uwzględniająca zarówno funkcje prymarne (m.in. naukę karmienia i jedzenia na każdym etapie rozwoju), jak i sekundarne (komunikację, obejmującą także AAC).

