

Alicja Chilińska-Pułkowska\*

## SPRAWNOŚĆ KOMUNIKACYJNA OSÓB Z GŁĘBOKĄ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ

---

THE COMMUNICATION EFFICIENCY OF PERSONS WITH  
PROFOUND INTELLECTUAL DISABILITIES

**Słowa kluczowe:** niepełnosprawność intelektualna, głęboka niepełnosprawność intelektualna, komunikacja, AAC, komunikacja alternatywna i wspomagająca, logopedia.

**Keywords:** intellectual disability, profound intellectual disability, communication, AAC, alternative and augmentative communication, speech therapy.

### Wprowadzenie

Zagadnienie kompetencji i sprawności komunikacyjnej osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną to temat pozostający nadal na pograniczu rozważań teoretycznych i praktycznych logopedów. Przedmiotem logopedii są „biologiczne uwarunkowania języka i zachowań językowych” (Grabias, 2016, s. 35), a logopeda powinien posiadać „procedury i narzędzia badawcze pozwalające oceniać i interpretować wypowiedzi jednostki (w jej pełnym, werbalnym oraz gestyczno-mimicznym charakterze)” (Grabias, 2012, s. 57–58). Wobec tej warunkującej definicji trudno sprostać wymaganiom terapeutycznym, diagnostycznym i badawczym, jakie stawia przed logopedami grupa osób niemownych i niemówiących<sup>1</sup>.

---

\* Uniwersytet Gdański, Instytut Logopedii, 80-308 Gdańsk, ul. Wita Stwosza 58, e-mail: [alapruszcz@wp.pl](mailto:alapruszcz@wp.pl)

<sup>1</sup> Pojęcie niemowności nie jest obecne ani w językoznawstwie, ani w logopedycznym dyskursie. Mirosław Michalik dokonuje swoistej reinterpretacji pojęć *mowy* i *mówienia* oraz proponuje następujące definicje: *niemówienie* to sytuacja, w której „nadawca, chcąc przekazać odbiorcy pewną informację, nie wybiera z kodu językowego odpowiedniego słownictwa i struktur gramatycznych, nie uruchamia narządów mownych mających zrealizować formę wybranych jednostek językowych, w wyniku czego nie wysyła fal

Rzeczywistość terapeutyczna wymaga jednak podejmowania działań rehabilitacyjnych, gdyż „podstawowym zadaniem rehabilitacji dziecka z niepełnosprawnością jest opanowanie przez nie umiejętności porozumiewania się” (Bombińska-Domżał, 2012, s. 503). Mimo że problematyka rozwoju umiejętności porozumiewania się u dzieci niemówiących, zwłaszcza dzieci z głęboką niepełnosprawnością intelektualną, jest wciąż niedostatecznie zbada i opisana, trudno nie zgodzić się ze stwierdzeniem, iż „wykorzystanie systemów komunikacji alternatywnej i wspomagającej daje szansę dzieciom nie mogącym porozumiewać się werbalnie na pełniejsze uczestnictwo w życiu społecznym i kulturalnym” (Bombińska-Domżał, 2012, s. 503). Podejmowane badania, rozważania teoretyczne i praktyczne są niezbędne do poszerzania wiedzy na temat opisywanego zjawiska.

Jak zaznacza Alina Smyczek, logopeda wraz z fizjoterapeutą stanowią pierwszy zespół diagnostyczny i terapeutyczny małego dziecka zagrożonego niepełnosprawnością. Narzuca to konieczność posiadania wiedzy na temat wszystkich dostępnych sposobów postępowania, gdy zespół ów stwierdzi mogące pojawić się poważne trudności w rozwoju umiejętności porozumiewania się. Logopeda powinien orientować się w formach diagnozy zachowań komunikacyjnych oraz w formach terapii z wykorzystaniem alternatywnych i wspomagających metod komunikacji już na najwcześniejszym etapie wspomagania rozwoju (por. Smyczek, 2006, s. 71). Powinien także wykazać się umiejętnościami, które Mirosław Michalik nazywa kompetencją lingwoedukacyjną i definiuje jako dostateczny poziom wiedzy i umiejętności terapeuty w zakresie: „1. Kształtowania zdolności odbiorczych osób niemówiących/niemownych [...]; 2. Wyposażania osoby niemówiącej lub niemownej w sposoby przekazywania wiedzy [...]; 3. Umiejętności diagnozowania stopnia przyswojenia kompetencji lingwistycznej przez osobę niemówiącą/niemowną” (Michalik, 2018, s. 204).

### **Charakterystyka funkcjonowania osoby z głęboką niepełnosprawnością intelektualną**

Iloraz inteligencji osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną wynosi poniżej 20 (tzn. 5 i więcej odchyłeń standardowych). Literatura przedmiotu uwzględnia podział wewnątrz tej grupy na jednostki bardziej lub mniej

---

akustycznych do ucha odbiorcy, w którego narządach odbiorczych nie dokonuje się recepcja dźwięku i jego interpretacja mentalna” (Michalik, 2018, s. 44). Za nadrzędne do pojęcia *niemówienia* uznaje pojęcie *niemowności*, które definiuje jako „niepodejmowanie zespołu czynności, jakie przy udziale języka wykonuje człowiek mówiący [...], nie pozna je przy tym samymi rzeczywistości na poziomie osób mownych, nie przekazuje także jej interpretacji [...] innym uczestnikom życia społecznego” (Michalik, 2018, s. 44).

niepełnosprawne. Dokonuje się go na podstawie ilorazu inteligencji i według następującej skali: 0–9 – bardziej głębokie, 10–19 – mniej głębokie (por. Kostrzewski, 1981, s. 102; Zasępa, 2016, s. 140). Zgodnie z charakterystyką dostępną w opracowaniach osoby te posiadają znaczne ograniczenia w porozumiewaniu się, odbieraniu i nadawaniu komunikatów, wykonywaniu poleceń, mają głęboko zaburzone funkcje ruchowe i percepcyjne. Towarzyszą temu zarówno zmiany neurologiczne, jak i zaburzenia wzroku i słuchu, liczne deformacje oraz schorzenia wymagające leczenia specjalistycznego (por. Bobińska i in., 2012; Kępiński, 2018, s. 370). Nawet jeśli nie diagnozuje się wad fizycznych w zakresie funkcjonowania wzrokowego czy słuchowego, zawsze rozpoznaje się ograniczenia procesów orientacyjno-poznawczych, intelektualnych, wykonawczych, motywacyjnych oraz emocjonalnych (Kostrzewski, 1981, s. 102; Lausch-Żuk, 2005, s. 150). Przyjmuje się, że osoby te nie przekroczą ogólnego poziomu sprawności intelektualnych trzyletniego dziecka, a w zakresie przystosowania społecznego – poziomu dziecka czteroletniego (por. Kostrzewski, 1981; Kępiński, 2018, s. 371).

Obserwowane dysfunkcje warunkują ograniczoną aktywność własną, potrzebę wspierania czynności życiowych oraz konieczność stałej opieki przez całe życie (por. Smith, 2009, s. 311; Zasępa, 2016, s. 140). Opiekę tę przejmują zazwyczaj rodzice lub specjalistyczne instytucje pełniące funkcję placówek rewalidacyjnych lub opiekuńczych. „Większość [...] w ciągu całego życia wymaga uwagi, pielęgnacji i troski, jaką otaczać trzeba małe dziecko. Ci, którzy potrafią chodzić bez pomocy, wymagają nadzoru, ponieważ nie umieją ustrzec się zwykłych fizycznych niebezpieczeństw” (Clarke i Clarke, 1969, s. 19).

Istotnym problemem w funkcjonowaniu osoby z głęboką niepełnosprawnością intelektualną jest, wspomniana wyżej, minimalna aktywność własna. Brak możliwości doświadczania rzeczywistości, zmniejszony dopływ wrażeń oraz niemożność prawidłowego odbierania i odczuwania bodźców sensorycznych warunkują ograniczenia w postrzeganiu siebie jako odrębnej jednostki. Zaburzone jest poczucie własnego „ja”, odczuwanie tożsamości i rozumienie odrębności, co stanowi o całkowitym subiektywizmie, niekiedy również o bierności w postrzeganiu rzeczywistości. Może to mieć znaczący wpływ na rozwój umiejętności w zakresie porozumiewania (Frohlich, 2016).

Należy zwrócić uwagę na dużą rozpiętość rozwoju poszczególnych umiejętności i funkcji w zależności od głębokości niepełnosprawności intelektualnej:

[...] od braku percepcji do zdolności spostrzegania przedmiotów, czynności, sytuacji, od braku koncentracji uwagi mimowolnej przez dość długi czas; od braku zdolności opanowania kilku słów i rozumienia nawet melodii słów do porozumiewania się 2- lub 3-wyrazowymi zdaniami oraz rozumienia prostych poleceń [...]; od niezdolności opanowania jakiegokolwiek umiejętności [...] do sprawnego wykonywania prostych zadań porządkowych i innych (Kostrzewski, 1981, s. 104).

Podsumowując, osoby z głęboką niepełnosprawnością doświadczają całościowych i wielorakich ograniczeń we wszystkich dziedzinach codziennego życia. Zarówno w zakresie funkcjonowania emocjonalnego, poznawczego, ruchowego, fizycznego, jak i społecznego. Mają trudności w zaspokajaniu swoich potrzeb, nawiązywaniu kontaktów i więzi. Uzależniają się od pomocy, wsparcia i interpretacji swoich zachowań od rodziców, opiekunów, terapeutów.

Autorzy podkreślają wiążącą się z tym samotność, brak akceptacji, demobilizację (Frohlich, 2016). „Sytuacja osób z głębokim stopniem niepełnosprawności jawi się jako szczególnie trudna, stąd niezwykle ważne jest znalezienie sposobów, które pozwoliłyby na przewyższanie ograniczeń w ich własnej aktywności, samostanowieniu i porozumiewaniu się” (Rudomska, 2016, s. 122).

### **Sprawność komunikacyjna osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną**

Mowa – jako „układ czynności, jakie przy udziale języka wykonuje człowiek, poznając świat i przekazując wiedzę o sobie i świecie innym uczestnikom życia społecznego” (Grabias, 2012, s. 61) – u osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną nie rozwija się. W charakterystykach przytaczanych w publikacjach czytamy, że osiąga ona okres melodii. Dzieci krzyczą, głużą, gaworzą, niekiedy są w stanie opanować 2–3 wyrazy, które nie są kojarzone z konkretną sytuacją, zdarzeniem czy potrzebą (Kaczorowska-Bray, 2012, s. 60; Błeszyński, 2012, s. 196). Dlatego u podstaw porozumiewania się z osobami z głęboką niepełnosprawnością intelektualną „leży odczytywanie ich zachowań w kategoriach komunikatu” (Smyczek, Siwiec, 2000, s. 55).

Charakterystyki osób z głębokim upośledzeniem umysłowym – poza wzmianką o ilorazie inteligencji – nie zawierają zbyt wielu danych, zwłaszcza o charakterze funkcjonalnym. Informacje dotyczące tak ważnego obszaru, jakim jest komunikacja, najczęściej mówią o jej braku lub niemożności jej nawiązania; czytamy: uczeń nie reaguje, uczeń nie wykazuje zainteresowania, kontakt z uczniem jest niemożliwy (Baraniewicz i Baraniewicz, 2007, s. 195).

Pod względem poziomu funkcjonowania komunikacyjnego grupa ta jest bardzo różnorodna. U większości jednak „poziom komunikacji zredukowany jest [...] do podstawowych potrzeb” (Błeszyński, 2012, s. 199). Osoby niepełnosprawne w stopniu głębokim podzielić można na te, które komunikują się w sposób przedintencjonalny i te, których komunikacja osiąga poziom intencjonalny (por. Baraniewicz i Baraniewicz, 2007).

W przypadku porozumiewania się na poziomie przedintencjonalnym skuteczność nadawania uzależniona jest od interpretacji zachowań mogących mieć znaczenie komunikacyjne. Obserwacja sygnałów płynących od dziecka wymaga

od odbiorcy szczególnej uważności i wrażliwości zarówno na reakcje fizjologiczne (oddech, pocenie się, rytm serca, źrenice, zabarwienie skóry, napięcie mięśniowe), jak i afektywne (mimika, postawa i ruchy ciała, gesty, kompleks ożywienia<sup>2</sup>, proksemika), a także na wszelkie niewerbalne formy porozumiewania się (natężenie, wysokość głosu, tempo mówienia), dźwięki niejęzykowe (śmiech, pisk, krzyk, mruczenie, mlaskanie, ziewanie) (por. Smyczek, Siwiec, 2000; Baraniewicz i Baraniewicz, 2007; Kaczorowska-Bray, 2012).

Komunikacja intencjonalna odbywa się poprzez sygnały zapowiadające, fizyczne naprowadzanie, gest i najtrudniejszy do opanowania model, czyli mowę (por. Baraniewicz i Baraniewicz, 2007; Kaczorowska-Bray, 2012). Należy pamiętać, że mowa, nawet jeśli się pojawi, nie będzie nigdy stanowiła głównego sposobu porozumiewania się z osobą z głębokimi zaburzeniami rozwoju intelektualnego (por. Jęczeń, 2015, s. 278).

Wysyłając komunikaty intencjonalne, osoba korzysta zazwyczaj z kombinacji dźwięków, gestów, spojrzeń, ruchów ciała. Rozumie przy tym, że jej zachowanie skutkuje realizacją potrzeby. Aby „gotowość do komunikacji wyrażana przez nieintencjonalne reakcje i zachowania zmieniała się w komunikację intencjonalną, musi nastąpić reakcja otoczenia, polegająca na prawidłowej interpretacji i reagowaniu na obserwowane sygnały, które osoba wysyła” (Marcinkowska, 2013, s. 36).

## Metodologia badań własnych

Ocena możliwości i umiejętności komunikacyjnych osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną to trudny proces. Wymaga od terapeuty uwzględnienia u badanego trudności motorycznych, pojawiających się przetrwałych odruchów, stereotypii ruchowych, zaburzeń percepcyjnych i sensorycznych, zaburzeń uwagi, zaburzeń emocjonalnych, wśród których mogą pojawiać się zachowania agresywne lub autoagresywne (por. Baraniewicz i Baraniewicz, 2007).

Rozpoczynając pracę z dzieckiem, oceniamy jego indywidualne możliwości komunikacyjne. Ich ocena stanie się bazą przy konstruowaniu planu terapii i doboru strategii komunikacyjnych<sup>3</sup>. W przypadku dziecka z głęboką niepełnosprawnością intelektualną wykorzystanie sformalizowanych testów – zarówno ogólnych testów inteligencji, jak i testów wybiórczych badających rozumienie mowy lub zdolności artykulacyjne – jest niemożliwe. Opierają się one bowiem na diagnozie funkcji, które u tych dzieci są znacznie zaburzone i upośledzone. Zakładają

---

<sup>2</sup> Znaczenie kompleksu w procesie rozwijania funkcji komunikacyjnych opisują Elżbieta Minczakiewicz (2006) oraz Monika Jerzyk (2019).

<sup>3</sup> Strategia komunikacyjna (strategia AAC) to „proces lub planowanie określonego działania w celu wykorzystania go dla poprawy skuteczności porozumiewania się osoby ze złożonymi potrzebami komunikacyjnymi [...]” (Grycman, 2015, s. 8).

ponadto, że badany widzi, słyszy, rozumie polecenia, manipuluje przedmiotami i mówi (por. Pisarek, 2005, s. 106).

Na potrzebę niniejszych badań wykorzystano narzędzie Magdaleny Grycman *Sprawdź, jak się porozumiewam. Ocena efektywności porozumiewania się dzieci ze złożonymi zaburzeniami komunikacji wraz z propozycjami strategii terapeutycznych*<sup>4</sup> (Grycman, 2015) oraz model Indywidualnego Systemu Komunikacyjnego (ISK)<sup>5</sup>. Korzystając z powyższych narzędzi, określono poziom umiejętności porozumiewania się poprzez wyliczenie średniej z poszczególnych ocenianych sfer (por. Grycman, 2015, s. 9), gdzie wyniki 0–0,5 określają niską skuteczność, a 1–2 umiarkowaną skuteczność porozumiewania się. Poddano również analizie zachowania badanych i uwzględniono oraz wyróżniono te, które uznano za komunikacyjne.

Badaniem objęto dziesięcioro podopiecznych Ośrodka Rehabilitacyjno-Edukacyjno-Wychowawczego w Pruszczu Gdańskim. Są to osoby w wieku od 3 do 17 lat (2 osoby w wieku 17 lat, 3 osoby w wieku 7–12 lat, 5 osób w wieku 3–5 lat). Wszyscy uczniowie posiadają orzeczenie o głębokim stopniu niepełnosprawności. Wśród badanych są dzieci, których niepełnosprawność jest wynikiem skrajnego wcześniactwa (2 osoby), mózgowego porażenia dziecięcego (3 osoby), encefalopatii i padaczki lekoopornej (2 osoby), Zespołu Wolfa-Hirschhorna (1 osoba), Zespołu Westa (1 osoba) i Zespołu Sanfilippo (1 osoba).

Diagnozy dokonywano w czerwcu oraz we wrześniu 2019 r. Badania przeprowadzono w oparciu o obserwację, analizę danych uzyskanych z wywiadu z terapeutami pracującymi z dzieckiem oraz analizę dokumentacji medycznej, psychologicznej i pedagogicznej (opinia, diagnoza funkcjonalna, Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny)<sup>6</sup>.

---

<sup>4</sup> Publikacja jest skutecznym narzędziem wspierającym diagnozę zaburzonych funkcji w zakresie porozumiewania się, a także doskonałą pomocą podczas ustalania planu terapii dziecka ze specjalnymi potrzebami komunikacyjnymi. Na poziomie diagnozy analizowana jest skuteczność porozumiewania się w zakresie przekazu informacji, budowania wypowiedzi, funkcjonalnego współgrania z rozmówcą oraz motywacji i nastawienia do komunikacji. Analiza danych pozwala terapeutce na określenie skali (poziomu) umiejętności i dostosowanie do tego poziomu odpowiednich strategii (Grycman, 2015).

<sup>5</sup> Jak definiuje Monika Jerzyk, ISK jest „wieloelementowym tworem uwzględniającym wszystkie możliwości użytkownika w zakresie porozumiewania, jak również wiele warunków koniecznych do tego, aby porozumiewanie się osoby z głęboką wieloraką niepełnosprawnością było możliwe” (Jerzyk, 2013, s. 36).

<sup>6</sup> Wsparcie terapeutów podczas procesu diagnostycznego umożliwia szersze spojrzenie i zmniejsza ryzyko przeoczenia istotnego momentu mającego znaczenie komunikacyjne. Wspólna analiza danych pomaga w skutecznej interpretacji zachowań oraz wyodrębnienie tych, które nie pojawiają się zawsze, a jedynie w określonych sytuacjach (np. podczas karmienia, zajęć z hipoterapii, hydroterapii czy zajęć muzycznych). Analiza dokumentacji jest niezbędna do określenia aktualnego poziomu funkcjonowania dziecka, jego stanu zdrowia, stanu emocjonalnego i motorycznego.

Dużym atutem badań była znajomość osób nimi objętych. Dzieci są podopiecznymi placówki, w której pracuje zarówno osoba badająca, jak i terapeuci wspierający proces diagnostyczny. Diagnoza odbywała się w komfortowych warunkach, podczas kilku spotkań odbywających się w formie indywidualnych półgodzinnych zajęć. Następnie, podczas spotkania zindywidualizowanego pod kątem poszczególnych uczniów, przeanalizowano wnioski i zebrano dodatkowe dane z wywiadu z terapeutami.

### **Charakterystyka sposobów komunikacji badanej grupy**

Po dokonaniu oceny umiejętności komunikacyjnych w zakresie przekazu informacji, budowania wypowiedzi, funkcjonalnego współgrania z rozmówcą, ogólnego nastawienia i motywacji do komunikacji (por. Grycman, 2015) oraz wyliczeniu średniej z poszczególnych zakresów, zdiagnozowano niską skuteczność w zakresie umiejętności porozumiewania się u ośmiorga badanych (wynik 0–0,5). Dwoje dzieci pozostaje na wyższych poziomach (poziom 1 i poziom 2).

Dalsza analiza pozwoliła na wyodrębnienie czynności, sytuacji i aktywności, które motywują do komunikacji. U dzieci o niskiej skuteczności zakres tematyczny jest bardzo wąski i dotyczy przede wszystkim jedzenia, sygnalizowania zadowolenia podczas ulubionych aktywności (stymulacja dotykowa, zapachowa, zajęcia muzyczne, zajęcia z wykorzystaniem zabawek wibrujących, świecących, grających, zabawy kontaktowe i baraszkowanie, dogoterapia) lub dyskomfortu związanego z hałasem, zbyt długim przyjmowaniem nie ulubianej pozycji (siedzenie w siedzisku), trudnościami podczas przyjmowania pokarmów, zabranieniem ulubionej zabawki, koniecznością korzystania ze specjalistycznego sprzętu rehabilitacyjnego (łuski, gorset, okulary, pionizator).

Wśród obserwowanych zachowań, które po analizie uznano za komunikacyjne, najczęściej powtarzają się zachowania fizjologiczne w postaci przyspieszonego oddechu, wzmożonego napięcia mięśniowego, przyspieszonej akcji serca oraz afektywne, takie jak wzrok (kierowanie wzroku w określone miejsce lub na przedmiot, zamykanie oczu, odwracanie wzroku), mimika, ruchy ciała, gesty, kompleks ożywienia, proksemika (dziecko zbliża się do terapeuty lub oddala, w zależności od nastawienia do sytuacji), natężenie, wysokość głosu, dźwięki niejęzykowe (śmiech, pisk, krzyk, mruczenie, mlaskanie, ziewanie, dźwięki gardłowe, nucenie, kłaskanie, cmokanie). Zaobserwowano również zachowania agresywne (szczypanie, gryzienie), autoagresywne (gryzienie własnej dłoni, palców, wargi, uderzanie głową o twarde przedmioty lub meble, szczypanie swojego ciała) i te, które można określić jako społecznie nieakceptowalne (plucie, zabawa językiem, wkładanie ręki w miejsca intymne, wyrzucanie przedmiotów, odpychanie przedmiotu lub osoby).

Powyższe zachowania należą do grupy zachowań na poziomie komunikacji nieintencjonalnej i korzystają z nich osoby z poziomów 0–0,5. Wyodrębnienie ich, przypisanie do sytuacji oraz interpretacja pozwalają na weryfikację i ustalenie takich, które poprzez wzmacnianie staną się bazą do rozwijania umiejętności komunikacyjnych i szansą na uzyskanie wyższego poziomu komunikacyjnego.

Wśród badanych mamy również dwie osoby porozumiewające się w sposób intencjonalny. Wynik ich umiejętności w zakresie porozumiewania się określono na poziomie 1 i 2. Korzystają świadomie z określonego repertuaru zachowań, symboli i gestów. Komunikacja dokonuje się poprzez korzystanie z symboli PCS wskazywanych wzrokiem, dłonią lub palcem, mimikę (w tym przypadku czytelną, gdzie uśmiech jest adekwatną reakcją i chęcią potwierdzenia), gesty (dotykanie miejsca na ciele, gdzie odczuwany jest ból lub dyskomfort, machanie na pożegnanie), formy werbalne w postaci pojedynczych słów, wykrzyknień, onomatopei powtarzanych stereotypowo w konkretnych sytuacjach (*tak, nie, no, do domu, soku, jeść, pić, godzina, gdzie Jarek?, jest Ola?, cześć, O nie!, Ooo!, Aha!, Ej!, Och! Ojej!, bam*). Adekwatne korzystanie z werbalnego modelu komunikacji zawsze wymaga wsparcia ze strony terapeuty, np. poprzez zadawanie dodatkowych pytań zamkniętych lub dawanie wyboru. Inne obserwowane zachowania w tej grupie, charakterystyczne również dla dzieci komunikujących się przedintencjonalnie, to płacz, tonus mięśniowy, zaczerwienienie, przyspieszony oddech, pocenie się. Są one reakcjami na nagłe zmiany, mocno emocjonujące sytuacje, duży dyskomfort, ból, zmęczenie.

## Wnioski

Zebrane wyniki badań wskazują przede wszystkim na duże ograniczenia w zakresie możliwości komunikacyjnych dziecka z głęboką niepełnosprawnością intelektualną. Porozumiewanie przybiera formę sygnałów, które nie zawsze są adekwatne, powtarzalne i czytelne. Niektóre z nich pojawiają się częściej i tworzą charakterystyczny dla opisywanej grupy osób repertuar zachowań mających charakter swoistego komunikatu. Warto jednak zaznaczyć, że do ich wyodrębnienia, analizy i interpretacji potrzeba kilkusobowego zespołu oraz czasu pozwalającego na ocenę w różnych sytuacjach i kontekstach. Wymaga to tworzenia sztucznych sytuacji motywujących do aktywności komunikacyjnej, a także uważnej obserwacji dziecka w sytuacjach dnia codziennego.

Zachowania komunikacyjne zaobserwowane podczas badania opierają się na wielu kanałach komunikacyjnych. Korzystając z dostępnych dla siebie środków i sposobów, osoba z głęboką niepełnosprawnością podejmuje próby porozumiewania się i wyrażania podstawowych potrzeb. Brak reakcji na owe próby może prowadzić do frustracji przerażającej się w agresję bądź bierność. Nie pozwoli to w konsekwencji na pełne wykorzystanie potencjału dziecka.



Komunikacja i jej rozwój jako jeden z najważniejszych aspektów naszego funkcjonowania nie może być bagatelizowany bez względu na rodzaj i poziom niepełnosprawności ucznia. Im wyższa jakość komunikacji, tym pełniejsza realizacja potrzeb, a co za tym idzie – lepsza jakość życia. Należy o tym pamiętać zwłaszcza w przypadku uczniów z zaburzeniami komunikacji w tym również osób z głębokim upośledzeniem umysłowym. Może się bowiem okazać, że to „tylko” głęboka wieloraka niepełnosprawność... (Baraniewicz, 2005, s. 117).

---

## Bibliografia

- Baraniewicz D., Baraniewicz M. (2007), *Możliwości komunikacyjne uczniów z głębokim upośledzeniem umysłowym*, [w:] *Umiejętności komunikacyjne osób z niepełnosprawnością. Teoria, diagnoza, wspomaganie*, red. J. Baran, A. Mikruta, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków, s. 195–205.
- Baraniewicz M. (2005), *Głębokie upośledzenie umysłowe w kontekście komunikacyjnym*, [w:] *Gestem – obrazem – słowem. Materiały z III Krajowej Konferencji „Wspomagające sposoby porozumiewania się”*, red. A. Pilch, E. Przebinda, Stowarzyszenie Mówić bez Słów, Kraków, s. 109–117.
- Barnes C., Mercer G. (2008), *Niepełnosprawność, Sic!*, Warszawa.
- Bleszyński J. J. (2012), *Diagnoza rozwoju mowy osób z niepełnosprawnością intelektualną*, [w:] *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*, red. E. Czaplewska, S. Milewski, GWP, Sopot, s. 177–221.
- Bleszyński J. J. (2013), *Niepełnosprawność intelektualna. Mowa – język – komunikacja. Czy iloraz inteligencji wyjaśnia wszystko?*, Harmonia Universalis, Gdańsk.
- Bobińska K., Pietras T., Galecki P. (red.) (2012), *Niepełnosprawność intelektualna – etiopatogeneza, epidemiologia, diagnoza, terapia*, Continuo, Wrocław.
- Bombińska-Domżał A. (2012), *Komunikacja wspomagająca i alternatywna w pracy z dzieckiem niepełnosprawnym intelektualnie*, [w:] *Niepełnosprawność intelektualna – etiopatogeneza, epidemiologia, diagnoza, terapia*, red. K. Bobińska, T. Pietras, P. Galecki, Continuo, Wrocław, s. 486–505.
- Clarke A. M., Clarke A. D. B. (1969), *Upośledzenie umysłowe*, PWN, Warszawa.
- Cytowska B., Drzazga A. (2018), *Znaczenie i wykorzystanie komunikacji wspomagającej i alternatywnej (AAC) w porozumiewaniu się z osobami z głęboką niepełnosprawnością intelektualną*, [w:] *Dzieci o specjalnych potrzebach komunikacyjnych*, red. B. Winczura, Impuls, Kraków, s. 337–353.
- Frohlich A. D. (red.) (2016), *Edukacja bazalna. Nauczanie i terapia dzieci z głęboką niepełnosprawnością*, GWP, Sopot.
- Grabias S. (2012), *O ostrość refleksji naukowej. Przedmiot logopedii i procedury logopedycznego postępowania*, [w:] *Logopedia. Wybrane aspekty historii, teorii, praktyki*, red. S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, Harmonia, Gdańsk, s. 56–69.
- Grabias S. (2016), *Język w diagnozowaniu umysłu. Terapia logopedyczna a poznawcza i interakcyjna funkcja języka*, [w:] *Współczesne tendencje w diagnozie i terapii logopedycznej*, red. D. Pluta-Wojciechowska, B. Sambor, Harmonia, Gdańsk, s. 35–63.

- Grycman M. (2015), *Sprawdź, jak się porozumiewam. Ocena efektywności porozumiewania się dzieci ze złożonymi zaburzeniami komunikacji wraz z propozycjami strategii terapeutycznych*, Stowarzyszenie Rehabilitacyjne Centrum Rozwoju Porozumiewania, Kwidzyn.
- Jerzyk M. (2013), *Proces tworzenia Indywidualnych Systemów Komunikacyjnych dla osób z głęboką wieloraką niepełnosprawnością*, [w:] *Rozwój daje radość*, red. J. Kielin, GWP, Sopot.
- Jerzyk M. (2019), *Oddziaływania wspierające rozwój komunikacji osób z głęboką wieloraką niepełnosprawnością*, „Metody Terapii”, nr 4, <https://terapiaspecjalna.pl/artukul/oddziaływania-wspierajace-rozwoj-komunikacji-osob-z-gleboka-wieloraka-niepelnosprawno-scia> (dostęp: 13.12.2018).
- Jęczeń U. (2015), *Postępowanie logopedyczne w przypadku oligofazji*, [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Wydawnictwo UMCS, Lublin, s. 267–282.
- Kaczorowska-Bray K. (2012), *Zaburzenia komunikacji językowej w grupie osób z niepełnosprawnością intelektualną*, [w:] *Diagnoza i terapia logopedyczna osób z niepełnosprawnością intelektualną*, red. J. J. Błęszyński, K. Kaczorowska-Bray, Harmonia Universalis, Gdańsk, s. 36–64.
- Kępiński A. (2018), *Niepełnosprawność intelektualna (F70–F79)*, [w:] *Psychiatria*, red. P. Galecki, A. Szulc, Edra Urban & Partner, Wrocław, s. 365–376.
- Kostrzewski J. (1981), *Charakterystyka osób upośledzonych umysłowo*, [w:] *Upośledzenie umysłowe – pedagogika*, red. K. Kirejczyk, PWN, Warszawa, s. 97–127.
- Lausch-Żuk J. (2005), *Pedagogika osób z umiarkowanym, znacznym i głębokim upośledzeniem umysłowym*, [w:] *Pedagogika specjalna*, red. W. Dykcik, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań, s. 149–165.
- Marcinkowska B. (2013), *Model kompetencji komunikacyjnych osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną*, Wydawnictwo APS, Warszawa.
- Michalik M. (2018), *Lingwistyczno-logopedyczne podstawy komunikacji alternatywnej i wspomagającej, ujęcie metodologiczne*, Wydawnictwo Naukowe UP, Kraków.
- Minczakiewicz M. E. (2006), *Syndrom ożywienia i jego miejsce w procesie rozwoju funkcji mowy i języka u dzieci z uszkodzeniami neurologicznymi*, [w:] *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, red. J. J. Błęszyński, Impuls, Kraków, s. 45–69.
- Ossowski R. (2012), *Niepełnosprawność intelektualna – wprowadzenie do problematyki*, [w:] *Diagnoza i terapia logopedyczna osób z niepełnosprawnością intelektualną*, red. J. J. Błęszyński, K. Kaczorowska-Bray, Harmonia Universalis, Gdańsk, s. 13–35.
- Pisarek A. (2005), *Ocena możliwości komunikacyjnych dzieci z dużymi trudnościami rozwojowymi*, [w:] *Gestem – obrazem – słowem. Materiały z III Krajowej Konferencji „Wspomagające sposoby porozumiewania się”*, red. A. Pilch, E. Przebinda, Stowarzyszenie Mówić bez Słów, Kraków, s. 105–110.
- Rudomska H. (2016), *Stymulacja bazalna w pracy z dzieckiem z problemami rozwojowymi: studium przypadku*, „Czasopismo Pedagogiczne”, nr 2 (3), s. 121–134.
- Smith D. D. (2009), *Pedagogika specjalna. Podręcznik akademicki*, t. 1, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Smyczek A. (2006), *Zastosowanie wspomagających i alternatywnych metod komunikacji (AAC approach) w terapii małych dzieci zagrożonych poważnymi zaburzeniami w porozumiewaniu się*, [w:] *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, red. J. J. Błęszyński, Impuls, Kraków, s. 71–109.

Smyczek A., Siwiec J. (2000), *Poszukiwanie sposobów porozumiewania się*, [w:] *Edukacja uczniów z głębokim upośledzeniem umysłowym*, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, Warszawa, s. 55–64.

Wyczęsany J. (2004), *Pedagogika upośledzonych umysłowo*, Impuls, Kraków.

Zasępa E. (2016), *Osoba z niepełnosprawnością intelektualną. Procesy poznawcze*, Impuls, Warszawa–Kraków.

---

## Summary

The article has characterised the functioning at the level of communication efficiency of persons with profound intellectual disabilities in speech act and reception. The results of the studies, based on available diagnostic tools to help extract communication channels, form, thematic scope and the way messages are transmitted, are taken into account. Final analysis gives an image most of the communication behaviour forms which can be observed in a child with profound disability. Without undermining the need of individualisation of the diagnostic process of communication skills, the data obtained can be illustrative and focus therapists' attention on specific signals which can be interpreted as communicative. Further interpretation of them always depends on the personal characteristics, situations, capabilities and preferences a person under charge. The subject considered in this article is the beginning of a therapist's path, including the speech therapist in improving the ability to communicate with a child with special communication needs. Creating a reliable diagnosis allows you to introduce actions that minimize lack of speech and present other effective forms of communication. It is the basis for introducing AAC actions which allow you to establish clear and relatively satisfying relationship with children and for them it will be helpful in expressing their needs and understanding the reality.