

Nr 4 (305) 2020
Tom LXXXI
WRZESIEŃ
PAŹDZIERNIK

SZKOŁA SPECJALNA

CZASOPISMO AKADEMII PEDAGOGIKI SPECJALNEJ
im. Marii Grzegorzewskiej



Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej

Redaktorzy tematyczni

Akbota N. Autayeva (KZ) – psychologia
Andrzej Giryński (PL) – pedagogika specjalna
Jan Łaszczyk (PL) – pedagogika, metodologia
Bernadeta Szczupał (PL) – pedagogika specjalna

Redakcja naukowa

Ewa M. Kulesza

Redaktor statystyczny

Mariusz Fila

Redakcja

Julita Kobos (PL) – język polski
Renata Wójtowicz (PL) – język angielski

Tłumaczenie na język angielski

Renata Wójtowicz

Skład komputerowy

Andrzej Kowalczyk

Wersja papierowa jest wersją pierwotną (referencyjną)



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Czasopismo „Szkoła Specjalna” posiada punktację MNiSW (20 punktów)
„Szkoła Specjalna” znajduje się w wykazie czasopism objętych programem
„Wsparcie dla czasopism naukowych” (poz. 21)

Rada Naukowa:

Kulash B. Bektayeva (KZ), Roy Chen (USA), Tadeusz Gałkowski (PL), Joanna Głodkowska (PL), Oleksy Gavrilov (UA), Sally Goddard Blythe (GB), Chiu-Hsia Huang (RC), Vitaly Z. Kantor (RUS), Aniela Korzon (PL), Bohumil Koukola (CZ), Manabu Kuroda (JP), Tatiana Lisovskaya (BL), Irena Pospiszyl (PL), Natalia D. Sokolova (RUS), Adam Szecówka (PL), Grzegorz Szumski (PL), Alicja Zarin (RUS)

Komitet Redakcyjny:

Ewa Maria Kulesza (redaktor naczelna), Agnieszka Dłużniewska (z-ca redaktor naczelnej), Jolanta Jamiołkowska (sekretarz redakcji), Diana Aksamit (redaktor działu współpracy z zagranicą), Danuta Al-Khamisy (członek), Małgorzata Kierzkowska (członek), Karolina Skarbak (członek)

**Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej**

**Adres redakcji: Wydawnictwo APS, 02-353 Warszawa
ul. Szczęśliwicka 40, tel. 22-589-36-45
e-mail: redakcja@aps.edu.pl
www.szcolaspecjalna.aps.edu.pl • <https://e-szcolaspecjalna.pl>
nakład 500 egz.**

SPIS TREŚCI

OPRACOWANIA NAUKOWE

- 245 – *Karolina Walczak-Człapińska*
Dziecko z niedokształceniem mowy o typie afazji – zarys problematyki
- 255 – *Jolanta Zielińska*
Eye tracker jako narzędzie pracy pedagoga specjalnego – przykładowe zastosowanie w obszarze surdopedagogiki
- 264 – *Monika Masłowska*
Funkcjonowanie uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną w wieku wczesnoszkolnym w zakresie komunikacji werbalnej
- 273 – *Maja Jędruszczak, Danuta Al-Khamisy*
Terapia biomedyczna a funkcjonowanie społeczne dziecka z zaburzeniem ze spektrum autyzmu

Z PRAKTYKI PEDAGOGICZNEJ

- 283 – *Paulina Krzeszewska, Emilia Mikołajewska*
Przegląd i analiza metod terapeutycznych dedykowanych przetrwałym odruchom pierwotnym
- 293 – *Maja Zielińska*
Terapia ręki jako holistyczna forma wsparcia ucznia z obniżoną sprawnością motoryki małej

ZASŁUŻENI DLA PEDAGOGIKI SPECJALNEJ

- 298 – *Anna Hryniewicka*
Profesor Tadeusz Stanisław Gałkowski (1936–2020) – człowiek i psycholog

PRAWO I PRAKTYKA

- 309 – *Małgorzata Szeroczyńska*
Osoba z niepełnosprawnością intelektualną jako spadkobierca. Część III

NASZYM CZYTELNIKOM POLECAMY

- Józefa Brągiel, Beata Górnicka: Rodzina w kręgu ponowoczesnych przemian i wyzwania niepełnosprawności. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2020, ss. 180 (*Karina Leksy*)
- Bożena Odowska-Szlachcic, Natalia Górka-Pik: Strategie sensoryczne w jedzeniu i mówieniu. Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2020, ss. 362 (*Anna Małgorzata Zuchora*)

CONTENTS

SCIENTIFIC STUDIES

- 245 – *Karolina Walczak-Człapińska*
A child with aphasia – An outline of the problem
- 255 – *Jolanta Zielińska*
Eye tracker as a tool for special teachers – An example of application in deaf education
- 264 – *Monika Masłowska*
Verbal communication in students with mild intellectual disabilities at an early elementary school age
- 273 – *Maja Jędruszczak, Danuta Al-Khamisy*
Biomedical treatment versus the social functioning of a child with autism spectrum disorders

TEACHING PRACTICE

- 283 – *Paulina Krzeszewska, Emilia Mikołajewska*
Review and analysis of therapeutic methods dedicated to retained primitive reflexes
- 293 – *Maja Zielińska*
Hand therapy as a holistic form of support for students with fine motor challenges

DISTINGUISHED IN SPECIAL EDUCATION

- 298 – *Anna Hryniewicka*
Professor Tadeusz Stanisław Gałkowski (1936–2020) – A human being and a psychologist

LAW AND PRACTICE

- 224 – *Małgorzata Szeroczyńska*
People with intellectual disabilities as heirs. Part 3

WE RECOMMEND

- Józefa Brągiel & Beata Górnicka: Rodzina w kręgu ponowoczesnych przemian i wyzwań niepełnosprawności [The family versus postmodern transformations and disability-related challenges]. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2020, pp. 180 (*Karina Leksy*)
- Bożena Odowska-Szlachcic & Natalia Górka-Pik: Strategie sensoryczne w jedzeniu i mówieniu [Sensory strategies in eating and speaking]. Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2020, pp. 362 (*Anna Małgorzata Zuchora*)

DZIECKO Z NIEDOKSZTAŁCENIEM MOWY O TYPIE AFAZJI – ZARYS PROBLEMATYKI

Artykuł jest naukowym opracowaniem podejmującym problematykę niedokształcenia mowy o typie afazji. Autorka dokonuje przeglądu i krytycznej analizy terminologii opisującej to specyficzne zaburzenie rozwoju mowy. Wskazuje na brak spójności terminologicznej zarówno wśród specjalistów, jak i rodziców dzieci z afazją. Wymienia także rodzaje afazji u dzieci, dokonuje ich charakterystyki, a także przedstawia źródła zaburzeń warunkowych korowo. Druga część artykułu stanowi prezentację procedur zapisanych w wybranych aktach prawnych dotyczących organizacji kształcenia i wychowania dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, w tym z afazją. W tekście autorka dokonuje analizy kolejnych etapów procedur pomocy psychologiczno-pedagogicznej, przez jakie przechodzą rodzice podczas procesu diagnozowania i terapii dziecka z afazją.

Słowa kluczowe: niedokształcenie mowy o typie afazji, afazja, alalia, zaburzenia ekspresyjne, zaburzenia percepcyjne, specjalne potrzeby edukacyjne

Wprowadzenie

Problematyka dziecka z niedokształceniem mowy o typie afazji w literaturze nie jest wystarczająco rozpoznana. Podczas krytycznej analizy publikacji naukowych trudno doszukać się spójności terminologicznej, opisującej zaburzenia afatyczne u dzieci. Te nieścisłości, poza wprowadzaniem chaosu pojęciowego, mają także odzwierciedlenie w diagnozowaniu i orzecznictwie w zakresie wspomagania dzieci z afazją w procesie kształcenia. Stają się także powodem odczuwania dodatkowego stresu przez rodziców i opiekunów prawnych. Jest on uwarunkowany zarówno zaburzeniami dziecka, nową sytuacją, jak i nieścisłościami w zakresie formułowania orzeczeń i opinii, a także bezpośrednio przekazywanymi im informacjami.

W artykule podejmuję próbą uporządkowania terminologii dotyczącej niedokształcenia mowy o typie afazji. Powołując się na wybrane ujęcia teoretyczne, prezentuję uwarunkowania zaburzeń mowy pochodzenia centralnego. Odnoszę się także do ważniejszych aktów prawnych regulujących proces wspierania osób ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, w tym przypadku osób z afazją.

Niedokształcenie mowy o typie afazji – problemy nozologiczne

Analizując piśmiennictwo można zauważyć wiele różnych terminów opisujących zaburzenia mowy pochodzenia centralnego uwarunkowane patologią rozwoju lub uszkodzeniem określonych struktur mózgowych w okresie rozwo-

ju mowy. Wśród nich Jolanta Panasiuk (2015) wymienia między innymi takie pojęcia, jak: alalia, niedokształcenie mowy o typie afazji, afazja rozwojowa, dysfazja/dysfazja dziecięca, niedokształcenie mowy pochodzenia korowego, specyficzne zaburzenia rozwoju mowy. Istnieje jeszcze wiele terminów, których autorka artykułu nie przywołuje ze względu na ich istotnie stygmatyzujący charakter. Zdaniem Anny Herzyk (1992, s. 35) afazja rozwojowa to „pierwotne zaburzenia zachowania językowego wynikające z patologii mózgu. Zachowania te nie są rezultatem głuchoty, niedorozwoju umysłowego czy zaburzeń emocjonalnych”. Autorka wymienia dwie postaci afazji dziecięcej: afazję rozwojową (wrodzoną) i afazję nabytą.

Afazję rozwojową nazywa specyficzne zaburzenia rozwoju mowy spowodowane czynnikami patologicznymi oddziałującymi na mózg, które zaistniały w okresie prenatalnym, perinatalnym oraz w pierwszych miesiącach po urodzeniu. Podkreśla, że zaburzenia mowy nie są konsekwencją innych, pierwotnych zaburzeń rozwojowych, a rozwój mowy dziecka z afazją rozwojową od początku przebiegał nieprawidłowo.

Drugim rodzajem afazji dziecięcej wymienianym przez Herzyk jest afazja nabyta określana jako „zaburzenie językowego rozwoju, wywołane dysfunkcją mózgową nabytą najczęściej w 2. r.ż. (lub później). Do momentu uszkodzenia rozwój mowy dziecka przebiegał prawidłowo” (tamże, s. 35). Podobnie pojęcie to rozumiane jest w literaturze obcojęzycznej. Junko Kozuka i in. (2017, s. 493) definiują dziecięcą afazję nabytą jako „zaburzenie językowe spowodowane uszkodzeniem mózgu, nawet jeśli do momentu patogenezy rozwój mowy dziecka przebiegał zgodnie z normą”. Z tym podejściem zgadza się także Grażyna Jastrzębowska (2003, s. 95), uwzględniając dodatkowo w nomenklaturze dotyczącej opisywanych zaburzeń rozwoju mowy pojęcie dysfazji, jednocześnie różnicując je z afazją. „Przedrostek *a-* w pojęciu *afazja* zdaniem autorki odnosi się bowiem do stanu określanego jako brak mowy, do którego może dojść zarówno w przypadku, gdy mowa się nie wykształciła, jak i wtedy, gdy [...] człowiek całkowicie utracił zdolność porozumiewania się. Z kolei przedrostek *dys-* oznacza, że dana czynność została ograniczona lub zniekształcona” (tamże). Afazją określa więc „całkowity brak rozwoju mowy lub całkowitą utratę zdolności mówienia i/lub rozumienia. Z kolei dysfazją nazywa zaburzenie rozwoju mowy bądź częściową utratę nabytych wcześniej już zdolności ekspresyjnych i/lub percepcyjnych” (za: Skibska, 2012, s. 48; Stasiak, 2014, s. 341). Pojęcie dysfazji pierwotnej (niem. *primäre Dysphasie*) funkcjonuje także w literaturze niemieckiej i jest definiowane jako „zaburzenie rozwoju językowego spowodowane uszkodzeniem mózgu przed rozpoczęciem kształtowania się mowy” (Pokorska, 2017, s. 103). Odmienne stanowisko prezentuje Jolanta Panasiuk (2015, s. 316), opisując afazję dziecięcą jako „specyficzne zaburzenie mowy powstałe na skutek uszkodzenia pewnych struktur mózgowych w okresie postlingwalnym (po 6. r.ż.) prowadzące do całkowitej lub częściowej utraty nabytych zdolności rozumienia i programowania wypowiedzi”. Autorka porównuje afazję dziecięcą do afazji u osób dorosłych. Podkreśla bowiem, iż rozwój mowy dziecka został już zakończony, a zdolności komunikowania się związane są (podobnie jak w przypadku afazji u dorosłych) z uszkodzeniem struktur mózgowych. Podobne podejście przedstawia Magdalena Bury (2015, s. 153). Przywołuje ona

klasyczne rozumienie pojęcia afazji, opisując ją jako „spowodowane organicznym uszkodzeniem odpowiednich struktur mózgowych częściowe lub całkowite zaburzenie mechanizmów programujących czynności mowy u człowieka, który już uprzednio opanował te czynności”. Obie autorki zwracają uwagę na zakończenie rozwoju mowy jako kryterium różnicujące afazję dziecięcą i inne terminy odnoszące się do specyficznych zaburzeń mowy u dzieci. Podkreślają także dynamikę ustępowania trudności językowych. W przypadku dzieci zdolności odzyskiwania i/lub kompensacji utraconych sprawności są większe, a proces terapii przebiega szybciej niż u osób dorosłych (Pansiuk, 2015, s. 316).

Innym terminem przysparzającym trudności podczas procesu diagnozowania jest alalia, nazywana także afazją rozwojową lub afazją wrodzoną. Pojęcie to funkcjonuje także w piśmiennictwie czeskim i słowackim pod nazwą *alalia idiopatica* (Pokorska, 2017, s. 103). Zdaniem Pansiuk (2008; 2015; 2016) alalia określana jest jako specyficzne zaburzenie mowy powstałe na skutek wystąpienia różnych schorzeń neurologicznych w okresie prelingwalnym (do końca 1. r.ż.), które doprowadzają do trudności w opanowaniu języka. Autorka podkreśla, że dzieci z alalią prezentują prawidłowy rozwój umysłowy, słuch fizyczny oraz mają sprawny aparat artykulacyjny.

Kolejnym terminem, który wymaga wyjaśnienia przy podejmowaniu tematyki specyficznych zaburzeń rozwoju mowy uwarunkowanych uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego, jest pojęcie niedoksztalcenie mowy o typie afazji, wprowadzone przez Zofię Kordyl (za: Pansiuk, 2016, s. 340). Niedoksztalcenie mowy opisywane jest w literaturze rodzimej jako specyficzne zaburzenie mowy, powstałe w wyniku różnych schorzeń neurologicznych w okresie rozwoju mowy (od 2. do 6. r.ż.). Istotny jest fakt, że mowa od początku rozwijała się prawidłowo i w wyniku ogniskowego uszkodzenia i/lub dysfunkcji mózgu doszło do zatrzymania rozwoju mowy lub regresu. Warto podkreślić, że dzieci z niedoksztalceniem mowy o typie afazji (podobnie jak dzieci z alalią) rozwijają się prawidłowo pod względem intelektualnym, właściwie funkcjonuje ich aparat słuchu, a aparat artykulacyjny jest prawidłowo ukształtowany. Ponadto rozwój dziecka przebiega w sprzyjających warunkach wychowawczych i środowiskowych (tamże). Należy jednak wspomnieć o współwystępujących z niedoksztalceniem mowy o typie afazji zakłóceniach w ogólnym funkcjonowaniu dziecka. Anna Żywot (2015, s. 184) wymienia tu deficyty poznawcze, takie jak: zaburzenia przetwarzania słuchowego, uwagi słuchowej, percepcji sekwencji, pamięci świeżej werbalnej i niewerbalnej, deficyty w organizacji niehierarchicznej i planowaniu oraz ogólne deficyty w funkcjach symbolicznych i wyobrażeniach wzrokowych (por. Olszewska, 2007).

Charakterystyka objawów

Analizując opisane zaburzenia rozwoju językowego, można dokonać ich klasyfikacji, biorąc pod uwagę symptomy.

Pansiuk (2015) wymienia w alalii i niedoksztalceniu mowy o typie afazji zaburzenia sensoryczne (percepcyjne) i zaburzenia ekspresyjne (motoryczne). W alalii motorycznej i niedoksztalceniu mowy o typie afazji motorycznej obserwujemy

zaburzenia w zakresie motoryki dużej, małej oraz kompleksu ustno-twarzowego. „Afazja ekspresyjna charakteryzuje się znacznym ograniczeniem mowy spontanicznej przy dobrze zachowanym rozumieniu prostych konstrukcji zdaniowych” (Wiśniewska, 2009, s. 13). Trudności objawiają się zaburzeniem czynności mówienia, powtarzania oraz rozumienia złożonych wypowiedzi. Zaburzenia na poziomie fonologiczno-fonetycznym obejmują zakłócenia artykulacyjne, tj. deformacje dźwięków mowy, ograniczony inwentarz głosek, brak zdolności do oceniania i korygowania nieprawidłowej wymowy, zmiany w strukturze wzorca wyrazu (elizje, epentezy, asymilacje, dysymilacje, kontaminacje). Motoryczne zaburzenia manifestują się także nieprawidłowym tempem, rytmem, intonacją i melodią. Na poziomie morfologicznym wypowiedzi przyjmują postać agramatyzmów ruchowych. Dzieci z afazją motoryczną nie uwzględniają w swoich wypowiedziach osoby, czasu, strony, liczby, rodzaju, przypadku. Słownik dziecka jest ograniczony. Najczęściej występują w nim rzeczowniki, wykrzykniki i zaimki. Zdania zastępowane są pojedynczymi słowami lub równoważnikami zdań. Trudności w budowaniu prostych nierozwiniętych zdań przekładają się na problemy w tworzeniu struktur dialogowych i monologicznych (Panasiuk, 2016). Ponadto wśród objawów towarzyszących alalii motorycznej i niedokształceniu mowy o typie afazji motorycznej występują objawy wtórne, tj. zaburzenia lateralizacji, deficyt uwagi czy zaburzenia w orientacji przestrzennej.

W przypadku alalii sensorycznej i niedokształceniu mowy o typie afazji sensorycznej przeważają trudności w zakresie percepcji słuchowej, a szczególnie zaburzenia słuchu fonematycznego, słuchowej pamięci słownej. Jak podaje Barbara Wiśniewska (2009, s. 12), „w afazji percepcyjnej zaburzeniu ulega sfera znaczeniowa wypowiedzianych wyrazów, ponieważ dezintegracji uległ wzorzec słuchowy, znajdujący się w korze mózgowej, odpowiedzialny za różnicowanie słów”. Zaburzenia rozumienia komunikatów werbalnych ściśle wiążą się z trudnościami w budowaniu komunikatów słownych oraz przekładają się na deficyty w zakresie rozwoju poznawczego. Na poziomie fonetyczno-fonologicznym dzieci z zaburzeniami sensorycznymi mają trudności z rozpoznawaniem głosek, zastępują jedne dźwięki innymi, tworzą kontaminacje dźwięków i sylab w wyrazie, stosują także epentezy, elizje. Trudno jest im opanować wzorzec słuchowo-ruchowy wyrazu. Warto także podkreślić, że zniekształcenia pojawiają się w wypowiedziach dziecka nieregularnie i nie jest ono świadome niedoskonałości w mowie, co przekłada się na brak autokontroli i autokorekty wypowiedzi. Dzieci z zaburzeniami sensorycznymi posługują się neologizmami oraz szczątkową formą wyrazów, jednak nie łączą ich ze stałym znaczeniem. Porozumiewają się często stosując onomatopeje i neologizmy funkcyjne czy strukturalne, co jest uwarunkowane ubóstwem słownika czynnego dziecka. Dziecko nie koncentruje się na wypowiedziach słownych, nie reaguje na nie, co może budzić podejrzenie niedosłuchu lub całościowych zaburzeń rozwojowych. Dziecko jest w stanie odczytywać mimikę, gesty, pantomimę, muzykę i za pomocą tych środków podtrzymywać kontakt z drugą osobą. Jako wtórne zaburzenia wynikające z alalii sensorycznej lub niedokształcenia mowy o typie afazji sensorycznej mogą pojawić się zaburzenia uwagi, pamięci, impulsywność, trudności w kontaktach interpersonalnych (Panasiuk, 2016). W tabeli zaprezentowano funkcjonowanie dziecka z obiema rodzajami zaburzeń.

Tabela. Obraz zaburzeń w alalii i niedokszałceniu mowy o typie afazji

Zaburzenia sensoryczne	Zaburzenia motoryczne
<ul style="list-style-type: none"> • Dziecko przejawia znaczne trudności w rozumieniu wypowiedzi słownych; • Dziecko posługuje się neologizmami i szcątkową formą wyrazów; • Dziecko wypowiada deformowane quasi-słowa bez stałego związku ze znaczeniem; • Dziecko dobrze rozumie gest, mimikę i pantomimę; • Dziecko nie jest zainteresowane mową; • Dziecko prawidłowo reaguje na muzykę; • Dziecko nawiązuje dobry kontakt uczuciowy z otoczeniem; • Dziecko ma zaburzony kontakt intelektualny z otoczeniem; • Dziecko jest inteligentne. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dziecko poprawnie wykonuje proste polecenia słowne (dobry stan słuchu i gnozi słuchowej); • Dziecko nie mówi, unika mówienia, posługuje się okrzykiem, gestem, pantomimą; • Dziecko nie powtarza słów i prostych zdań; • Dziecko wolniej i gorzej rozwija się ruchowo; • Dziecko jest często leworęczne, ma trudności w orientacji przestrzennej; • Dziecko wykazuje trudności w koncentracji uwagi w stopniu właściwym dla wieku; • Dziecko nawiązuje właściwy kontakt uczuciowy i intelektualny z otoczeniem; • Dziecko jest inteligentne.

Źródło: Panasiuk, 2015, s. 331.

Szczegółowej charakterystyki poszczególnych typów afazji dziecięcej dokonała także Joanna Skibska (2012), powołując się na informacje zebrane od różnych autorów (por. Kordyl, 1968; Szumska, 1982; Kurcz, 1995; Herzyk, 1998; Skorek, 2002; Daniluk, 2006). Wymieniła ona afazję typu ekspresyjnego (motoryczną), afazję typu percepcyjnego (sensoryczną), afazję typu percepcyjno-ekspresyjnego (określaną jako mieszana).

Podłoże niedokszałcenia mowy o typie afazji

Analizując literaturę opisującą przyczyny specyficznych zaburzeń rozwoju mowy, autorzy podkreślają znaczenie czynników działających w obszarze ośrodkowego układu nerwowego. „Wskazuje się na: uszkodzenie lub uraz mózgu, minimalną dysfunkcję mózgu, uszkodzenia neurologiczne, nieregularne zakłócenia czynności mózgu, fragmentaryczne lub nieznaczne zaburzenia czynności mózgu, psycho-neurologiczne uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, zespół minimalnego uszkodzenia mózgu, mikrouszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego” (Parol, 1989; 1998, s. 7–8). Określenie przyczyny, która warunkuje poziom komunikacyjnego funkcjonowania dziecka, bywa często trudne, a zdarza się, że jest wręcz niemożliwe mimo dostępności badań specjalistycznych, jaką mają rodzice i lekarze. Kordyl podaje, że u niektórych osób z niedokszałceniem mowy o typie afazji stwierdza się „defekt bliżej nieokreślony – w obrębie ośrodkowego układu nerwowego”, a stosowane obecnie techniki neuroobrazowania nie zawsze uwidaczniają uszkodzenia mózgu (Kordyl, 1968, s. 11; Panasiuk, 2015, s. 327). „Źródeł dysfunkcji można dopatrywać się w deficycie biochemicznym (np. w zaburzeniach na poziomie neurotransmiterów lub neurohormonów powodujących zakłócenia w przepływie informacji w sieciach neuronalnych)” (Borkowska, Robak, 2016, s. 249).

Jastrzębowska (2003, s. 113), biorąc pod uwagę różne ujęcia teoretyczne wybranych autorów, podzieliła przyczyny afazji rozwojowej na trzy grupy:

- zaburzenie to nie ma żadnej ustalonej przyczyny w budowie i funkcjonowaniu ośrodkowego układu nerwowego, a może być uwarunkowane konstytucjonalnie lub dziedzicznie;
- brak jest organicznych zmian w mózgu, a afazja jest spowodowana opóźnionym dojrzewaniem procesów neurologicznych lub ich niedostatecznym rozwojem; przyczyną są więc dysfunkcje ośrodkowego układu nerwowego;
- obserwuje się organiczne uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego (najczęściej są to mikrouszkodzenia mózgu).

Podczas poszukiwania podłoża alalii i afazji należy wziąć pod uwagę kryterium czasowe, w którym doszło do zaburzenia mowy. I tak w przypadkach alalii (o których mówimy, jeśli zaburzenie zostało ujawnione do końca 1. r.ż) uszkodzenia mogą być spowodowane działaniem czynników szkodliwych w okresie prenatalnym, perinatalnym i postnatalnym. Panasiuk (2015) opisując je, wskazuje m.in. na krwawienia z dróg rodnych, zatrucie farmakologiczne, uraz lub wstrząs psychiczny u matki (okres przed urodzeniem), niedotlenienie okołoporodowe, wylew śródczaszkowy, uraz czaszkowy (okres okołoporodowy), schorzenia układu sercowo-naczyniowego, zakażenia bakteryjne i wirusowe mózgu, uraz czaszkowo-mózgowy, zmiany nowotworowe (okres od urodzenia do końca 1. r.ż). Podobne czynniki mogą być powodem niedokształcenia mowy o typie afazji, które nastąpiło w wyniku problemów neurologicznych podczas kształtowania się struktur językowych. Mogą być one uwarunkowane chorobami okresu wczesnodziecięcego, jak zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie ślinianek przyusznych, choroby bakteryjne i wirusowe, urazy mózgu, choroby nowotworowe, zaburzenia endokrynologiczne i neurologiczne (por. Parol, 1989; Dilling-Ostrowska, 1990; Panasiuk, 2015). Warto zaznaczyć, że w przypadku uszkodzenia, które nastąpiło w okresie prelingwalnym (kiedy mówimy jeszcze o współdziałaniu i integracji struktur mózgowych, a nie o dominacji jednej z półkul) trudno wiązać lokalizację uszkodzenia z zaburzeniem określonych czynności językowej (Panasiuk, 2015).

Sytuacja dziecka z niedokształceniem mowy o typie afazji w świetle obowiązujących regulacji prawnych

Funkcjonowanie dziecka z niedokształceniem mowy o typie afazji w przedszkolu, szkole lub innej placówce jest regulowane przez obowiązujące przepisy prawne dotyczące organizacji kształcenia i wychowania dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Wśród istotnych aktów prawnych organizujących kształcenie dziecka z afazją są m.in.:

- *Rozporządzenie MEN w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach* (Dz.U. 2017 poz. 1591);
- *Rozporządzenie MEN w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym* (Dz.U. 2017 poz. 1578);

- *Rozporządzenie MEN w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych* (Dz.U. 2017 poz. 1743);
- *Rozporządzenie MEN w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju* (Dz.U. 2017 poz. 1635).

W myśl wymienionych przepisów prawnych rodzice, opiekun prawny dziecka lub pełnoletni uczeń z afazją składa wniosek do poradni psychologiczno-pedagogicznej o wydanie orzeczenia lub opinii. W przypadku prośby o wydanie obu dokumentów składa tylko jeden wniosek, do którego załącza dokumentację uzasadniającą prośbę (np. opinie psychologiczno-pedagogiczne, logopedyczne lub neurologopedyczne, wyniki obserwacji dziecka, dokumentację medyczną, zaświadczenie lekarskie). Zespół orzekający na podstawie zgromadzonej dokumentacji oraz oceny specjalistycznej funkcjonowania dziecka może wydać orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego oraz opinię o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka (WWR) (ze względu na afazję). Zarówno w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego, jak i opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju zespół orzekający zamieszcza informacje dotyczące wyników diagnozowania dziecka, określa, na jaki okres zostaje wydany dokument, zaleca warunki i formy wsparcia, wymienia cele rozwojowe i terapeutyczne oraz sposoby oceny efektów działań podjętych do realizacji zaleceń, a tym samym wspierania dziecka. Dodatkowo w orzeczeniu określa się wszystkie możliwe formy kształcenia specjalnego, poczynając od najkorzystniejszej dla dziecka, potrzebę realizacji wybranych zajęć wychowania przedszkolnego lub edukacyjnych prowadzonych indywidualnie z dzieckiem, a także zalecane działania ukierunkowane na poprawę jego funkcjonowania, jak również zalecane warunki realizacji potrzeb edukacyjnych. Orzeczenie zawiera ponadto wskazania dla rodziców dotyczące wspierania rozwoju dziecka i współpracy ze specjalistami.

Te dokumenty rodzice lub opiekunowie prawni składają w przedszkolu, szkole lub innej placówce, gdyż na ich podstawie dyrektor powołuje zespół wczesnego wspomagania rozwoju (w przypadku opinii o WWR) lub zespół nauczycieli i specjalistów pracujących z dzieckiem (w przypadku orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego). Warto podkreślić, że (po otrzymaniu orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego) w przedszkolach ogólnodostępnych, innych formach kształcenia przedszkolnego oraz szkołach ogólnodostępnych (za zgodą organu prowadzącego) można zatrudnić nauczyciela mającego kwalifikacje z zakresu pedagogiki specjalnej, asystenta lub pomoc nauczyciela. W placówkach integracyjnych lub ogólnodostępnych z oddziałami integracyjnymi jest to obligatoryjne. Następnie zespół na podstawie informacji zawartych w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego oraz zgromadzonej dokumentacji dokonuje wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania dziecka i na jej podstawie (w terminie 30 dni od otrzymania dokumentów lub do 30 września roku szkolnego, w którym uczeń rozpoczyna kształcenie w danej placówce) opracowuje indywidualny program edukacyjno-terapeutyczny (IPET). Podobnie jest w przypadku opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka. Wtedy zespół wczesnego wspomagania rozwoju na podstawie informacji zawartych w opinii ustala kierunki i harmonogram działań oraz opracowuje program wczesnego wspomagania

dziecka i rodziny. Nawiązuje także współpracę z przedszkolem lub oddziałem przedszkolnym w szkole podstawowej, do której uczęszcza dziecko.

Istotnym elementem pomocy psychologiczno-pedagogicznej oprócz wspierania dziecka jest ścisła współpraca z rodzicami, którą także regulują wymienione dokumenty prawne. Rodzice, opiekunowie prawni mogą zatem liczyć na porady i konsultacje dotyczące pracy z dzieckiem, a także pomoc w zakresie kształtowania właściwych postaw i zachowań podopiecznego. Warto zaznaczyć, że jest to dwustronna wymiana doświadczeń, gdyż w dużej mierze to rodzice mają największą wiedzę o funkcjonowaniu ich dziecka.

Zgodnie z ideą edukacji włączającej coraz więcej dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi realizuje kształcenie specjalne w placówkach ogólnodostępnych. W wyniku tego nauczyciele i wychowawcy zobowiązani są do uwzględniania w procesie kształcenia różnic między uczniami, wspierania ich w procesie kształcenia oraz dostosowania metod i form pracy uwzględniających ich zróżnicowane potrzeby rozwojowe i edukacyjne (Chrzanowska, 2018, s. 28). Wymaga to od nich nie tylko wiedzy teoretycznej dotyczącej afazji, ale także dotyczącej specyfiki funkcjonowania dziecka w różnych obszarach (m. in. emocjonalnym, społecznym, motorycznym) w celu dostosowania sposobów realizacji, sprawdzania treści dydaktycznych i wychowawczych. Jak podaje Magdalena Olempska-Wysocka (2014, s. 221) „u dzieci zaburzenia mowy mogą prowadzić do licznych psychospołecznych konsekwencji – zaburzeń zachowania o różnym stopniu nasilenia – od agresji i przemocy, po takie zachowania ukryte, jak depresja, lęk czy trudności w relacjach społecznych i rówieśniczych”.

Wnioski końcowe

Sytuacja dziecka z niedokształceniem mowy o typie afazji jest problemem wielowymiarowym i niedostatecznie rozpoznany. Warto zwrócić uwagę na ujednoczenie terminologii dotyczącej tego zagadnienia, by nie wprowadzać dodatkowego chaosu pojęciowego zarówno wśród rodziców, jak i specjalistów pracujących z dzieckiem. Wielość terminów prowadzi bowiem do utrudnienia wymiany informacji między diagnostami, terapeutami i rodzicami, którzy posługują się odmiennym nazewnictwem przy opisie tego samego zaburzenia rozwoju językowego. Korzystne byłoby więc usystematyzowanie wiedzy dotyczącej afazji u dzieci, do czego może przyczynić się chociażby wprowadzenie jasnych kryteriów klasyfikacyjnych dla specyficznych zaburzeń mowy, uwzględniając istniejącą specjalistyczną terminologię. Na tę kwestię zwracają uwagę także autorki przywołanych w niniejszym artykule tekstów (m.in. Żywot, 2015; Pokorska, 2017). Dokonując jakościowej analizy indywidualnych przypadków pacjentów z niedokształceniem mowy o typie afazji, znacząco podkreślają one różnorodność terminologiczną, która wprowadza zakłócenia podczas formułowania rozpoznania. Jako główny cel badaczki obrały sobie opisanie skuteczności podjętych działań terapeutycznych w konkretnych przypadkach i choć teksty stanowią nieocenione źródło teoretycznych i praktycznych wskazówek, to nadal brak jest opracowań ilościowych opisujących skalę problemu. System Informacji Oświatowej (SIO) też nie podaje konkretnych danych liczbowych uczniów

ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, wyłaniając jedynie uczniów z afazją (a nie łącznie uczniów z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją). Takie wyłonienie uczniów z afazją (sensoryczną, motoryczną, mieszaną) dałoby wiarygodny obraz wzrastającej liczby dzieci z tym rodzajem zaburzeń językowych, a co się z tym wiąże – mogłoby przyczynić się do podjęcia wcześniejszych działań z zakresu wczesnego wspomagania rozwoju i szeroko pojętej profilaktyki. Istotnym zagadnieniem wartym podjęcia w opracowaniach naukowych jest monitorowanie skuteczności podejmowanych działań wspierających dziecko z afazją i jego sytuacji edukacyjnej oraz wychowawczej.

Bibliografia

- Borkowska, A., Robak, A. (2016). SLI a afazja/dysfazja rozwojowa i dziecięca, afazja nabyta – ujęcie neuropsychologiczne. W: K. Kaczorowska-Bray, S. Milewski (red.), *Wczesna interwencja logopedyczna* (s. 247–255). Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- Bury, M. (2015). Kompetencja komunikacyjna i sprawności komunikacyjne w afazji motoryczno-dynamicznej. Studium przypadku. *Neurolongwistyka Praktyczna*, 1, 151–163.
- Chrzanowska, I. (2018). Edukacja włączająca – wyzwanie dla kompetencji pedagogów specjalnych. *Studia Edukacyjne*, 48, s. 23–32.
- Daniluk, B. (2006). Specyficzne zaburzenia językowe u dzieci – objawy i mózgowe podłoże. W: A. Borkowska, Ł. Domańska (red.), *Neuropsychologia kliniczna dziecka – wybrane zagadnienia* (s. 117–137). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Dilling-Ostrowska, E. (1990). Zaburzenia mowy. W: J. Czochońska (red.), *Neurologia dziecięca* (s. 174–182). Warszawa: PZWL.
- Herzyk, A. (1992). *Afazja i mutyzm dziecięcy. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii*. Lublin: Wydawnictwo Polskiej Fundacji Zaburzeń Mowy.
- Jastrzębowska, G. (2003). Afazja, dysfazja dziecięca. W: T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red.), *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki. T. 2. Zaburzenia komunikacji językowej u dzieci i osób dorosłych*. (s. 83–119). Opole: Wydawnictwo UO.
- Kordyl, Z. (1968). *Psychologiczne problemy afazji dziecięcej*. Warszawa: PWN.
- Kozuka, J., Uno, A., Matsuda, H., Toyoshima, Y., Hamano, S. (2017). Relationship between the change of language symptoms and the change of regional cerebral blood flow in the recovery process of two children with acquired aphasia. *Brain and Development*, 39(6), 493–505.
- Kurcz, I. (1995). *Pamięć. Uczenie się. Język*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Olempska-Wysocka, M. (2014). Dziecko z zaburzeniami mowy w systemie oświaty. *Studia Edukacyjne*, 32, 211–224.
- Olszewska, A. (2007). Autyzm czy niedokształcenie mowy pochodzenia korowego – różnicowanie zaburzeń rozwoju u dzieci z trudnościami w porozumiewaniu się werbalnym. W: M. Młynarska, T. Smereka. (red.), *Afazja i autyzm. Zaburzenia mowy oraz myślenia* (s. 166–167). Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.
- Panasiuk, J. (2008). Standard postępowania logopedycznego w przypadku alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji. *Logopedia*, 37, 69–89.
- Panasiuk, J. (2015). Postępowanie logopedyczne w przypadku alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji. W: S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego* (s. 309–345). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Panasiuk, J. (2016). Specyficzne zaburzenia mowy w diagnozie i terapii logopedycznej. W: K. Kaczorowska-Bray, S. Milewski (red.), *Wczesna interwencja logopedyczna* (s. 211–245). Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- Parol, U. (1989). *Dziecko z niedokształceniem mowy*. Warszawa: WSiP.

- Pokorska, P. (2017). Problematyka zaburzeń mowy i języka pochodzenia korowego u dzieci – analiza przypadku dziecka czteroletniego. *Logopaedica Lodziensia*, 1, 101–114. <https://doi.org/10.18778/2544-7238.01.09>.
- Rozporządzenie MEN z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach. Dz.U. 2017 poz. 1591.
- Rozporządzenie MEN z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym. Dz.U. 2017 poz. 1578.
- Rozporządzenie MEN z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych. Dz.U. 2017 poz. 1743.
- Rozporządzenie MEN z dnia 24 sierpnia 2017 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju. Dz.U. 2017 poz. 1635.
- Skibska, J. (2012). Afazja dziecięca. W: J. Skibska, D. Larysz (red.), *Neurologopedia w teorii i praktyce. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii dziecka* (s. 48–69). Bielsko-Biała: Wydawnictwo Naukowe Akademii Techniczno-Humanistycznej.
- Skorek, E.M. (2002). *Z logopedią na ty. Podręczny słownik logopedyczny*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Stasiak, J. (2014). Alalia. Perspektywy opisu. W: S. Grabias, M. Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy* (s. 337–358). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Szumowska, J. (1982). *Zaburzenia mowy u dzieci*. Warszawa: PZWL.
- Wiśniewska, B. (2009). *Terapia zaburzeń mowy*. Warszawa: WSiP.
- Żywot, A. (2015). Charakterystyczne cechy języka dzieci z niedokształceniem mowy o typie afazji. *Logopedia Silesiana*, 4, 183–189.

A CHILD WITH APHASIA – AN OUTLINE OF THE PROBLEM

Abstract

The article is a scientific paper on the issue of aphasia. The author carries out a review and critical analysis of terminology describing this unique speech and language disorder. She points to the lack of terminological coherence both among specialists and among parents of children with aphasia. She also lists different types of aphasia, describes them, and presents the origins of cortical disorders. The second part of the article presents procedures included in selected legislative acts on the organization of education for children with special educational needs, including children with aphasia. The author analyses the successive stages of the psychological and educational counseling procedures that parents go through in their child's assessment and treatment process.

Keywords: aphasia, alalia, expressive disorders, receptive disorders, special educational needs

EYE TRACKER JAKO NARZĘDZIE PRACY PEDAGOGA SPECJALNEGO – PRZYKŁADOWE ZASTOSOWANIE W OBSZARZE SURDOPEDAGOGIKI

We wprowadzeniu omówiono specyficzne trudności w czytaniu ze zrozumieniem tekstów podręczników szkolnych przez uczniów z problemami słuchu w świetle literatury przedmiotu. Następnie przybliżono podstawy techniki eye trackingu, zastosowanej w prezentowanych badaniach własnych, w tym takie podstawowe pojęcia, jak fiksacje i sakkady. Zasadniczą część to doniesienie z badań własnych, których celem było określenie skuteczności czytania krótkich treści naukowo-informacyjnych o różnej postaci prezentacji infograficznej z zakresu przyrody oraz porównanie przebiegu procesu poznawczego charakterystycznego dla wyszukiwania informacji przez uczniów z uszkodzonym słuchem z analogicznym, realizowanym przez równych im wiekiem, uczniów słyszących.

Badania przeprowadzone zostały techniką eye trackingu. Wyniki opracowano w dwóch formach: graficznej i liczbowej. Formy graficzne to: heat mapa, mapa cieplna pokazująca skupienie wzroku, poprzez to pośrednio uwagi badanego, oraz scan path, ścieżka patrzenia, która pokazuje następowanie po sobie fiksacji i sakkad, informuje o sposobie patrzenia.

Wnioski z badań pokazały możliwości wykorzystania techniki eye trackingu do oceny aktywności poznawczej, w szczególności określenia, jaki układ informacji na infografice jest najlepiej dostosowany do możliwości uczniów z problemami słuchu i uruchamia u nich podobne strategie poznawcze jak u słyszących rówieśników, a więc powinien przeważać w podręcznikach przeznaczonych dla tej grupy uczniów.

Słowa kluczowe: problemy słuchu, czytanie, infografika, przyroda, eye tracker

Wprowadzenie. Specyficzne trudności w czytaniu ze zrozumieniem tekstów podręczników szkolnych przez uczniów z problemami słuchu

Czytanie ze zrozumieniem to istotny etap rozwoju umiejętności czytania. Postrzeganie obrazów graficznych zostaje podporządkowane ujmowaniu sensu czytanego tekstu, a technika czytania i rozumienie tekstu są ze sobą ściśle związane. Wprawa we wzrokowym rozpoznawaniu słów i zdań jest podstawą do rozumienia ich sensu, a ujmowanie istoty czytanego tekstu wpływa pozytywnie na umiejętność rozróżniania jego elementów graficznych (Warsicka, 1977). Podczas czytania ze zrozumieniem czytający powinien m.in. wyszukiwać główne myśli zawarte w tekście, zapamiętywać tekst, wnioskować i umieć wykorzystać uzyskaną wiedzę w działalności praktycznej (Pawłowska, 2009). Możliwość korzystania z tekstów pisanych przez uczniów z problemami słuchu, ze względu na

zastosowany podczas tej czynności poznawczej kod wizualny, stanowi bardzo istotny element efektywnego procesu uczenia się tej grupy osób.

Analiza programów nauczania wykonana pod kątem określenia przyczyn niepowodzeń w czytaniu uczniów pełnosprawnych pozwoliła na stwierdzenie, że nie uwzględniają one w procesie czytania mechanizmów neurofizjologicznych i psychicznych. Konsekwencją tego jest brak ćwiczeń rozwijających spostrzeganie znaków graficznych i ich zespołów wspomagających efektywną pracę oczu. Zbyt mało uwagi poświęca się również konieczności systematycznej kontroli postępów uczniów, nie wskazując niezbędnych sposobów i narzędzi dokonywania tej kontroli poprzez specjalnie przygotowane testy i sprawdziany. Inną istotną wadą programów jest podejście do czytania ze zrozumieniem, które jest traktowane jako cel działań edukacyjnych i jako oczywista umiejętność osiągnięta przez uczniów po jednorazowym przeczytaniu tekstu (Pomirska, 2011).

Dodatkowo należy brać pod uwagę, że odpowiednio dobrana ilustracja wspomaga odbiór tekstu poprzez wyjaśnianie występujących w nim związków oraz zależności. Jest to wiedza obrazowa, odbierana za pośrednictwem wzroku i kształtująca wyobrażenia wzrokowe (Jakubowicz, Lenartowska, 1997). Dlatego teksty przeznaczone dla uczniów z problemami słuchu powinny być zaopatrzone w atrakcyjne, adekwatne do treści ilustracje. Problemy uczniów niesłyszących z opanowaniem umiejętności czytania wynikają przede wszystkim z ich ograniczeń w rozwoju języka. Pomimo opanowanej techniki czytania często nie rozumieją oni czytanego tekstu (hiperleksja). Tym samym nie potrafią wykorzystać go do zdobywania wiedzy. Zapamiętują tekst w sposób mechaniczny i odtwarzają go dosłownie, bez zrozumienia treści. Pamięć osób z problemami słuchu ma charakter obrazowy i analityczny, dlatego lepiej zapamiętują one poszczególne elementy, natomiast mają problem z uchwyceniem związków i zależności. Dominująca rola zmysłu wzroku sprzyja rozwojowi pamięci wzrokowo-ruchowej, natomiast osłabia pamięć słowno-logiczną (Podgórska-Jachnik, 2004).

„[...] Praktyka terapeutyczna i szkolna od dawna dostarcza dowodów, że podręczniki, z których powinni korzystać niesłyszący uczniowie, są prawie nie używane w trakcie lekcji, a tym bardziej nie mogą służyć do samodzielnego zdobywania wiedzy [...]” (Korendo, 2009, s. 45), a książki nie mogą stanowić źródła informacji i wzorca językowego dla uczniów z wadą słuchu, gdyż język stosowany w podręcznikach nie jest dostosowany do ich możliwości. Stwierdzenie to zostało w praktyce zweryfikowane poprzez badania, w których wykorzystano technikę eye trackingu.

Technika eye crackingu – podstawowe zagadnienia

Technika eye trackingu jest znana od ponad 100 lat. Opiera się na technice okulografii i zastosowaniu w praktyce narzędzi zwanych okulografami. Rozwój nowoczesnych technologii pozwolił na zasadniczą zmianę w zakresie możliwości zastosowania techniki eye trackingu i budowy nowoczesnych narzędzi badawczych – eye trackerów. Obecnie technika ta wykorzystywana jest głównie w medycynie, psychologii oraz w celach komercyjnych, przykładowo do śledzenia aktywności wzrokowej osób oglądających strony internetowe. Najogólniej rzecz ujmując, technika eye trackingu polega na rejestracji aktywności wzroko-

wej za pomocą wideo. Oczy nie widzą otoczenia w sposób ciągły. Oko zatrzymuje się bowiem na wybranym, obserwowanym fragmencie obrazu na około 200 ms, następnie skokowo wzrok przenoszony jest na inne miejsca z częstotliwością czterech – pięciu razy na sekundę. Świadome przetwarzanie informacji potrzebnej do analizy przeczytanego tekstu zachodzi w czasie 50–120 ms od początku fiksacji dla słowa, zależnie od jego długości. W przypadku obrazu jest to czas 45–75 ms dla oglądanego elementu obrazu (Sikora, Stolińska, 2016).

Opisane prawidłowości pokazują, że interpretowanie danych uzyskanych z badania wykonanego techniką eye trackingu może być obarczone istotnymi błędami, wynikającymi ze złożoności procesów neurokognitywnych, leżących u podłoża procesu widzenia (Bleszyński, Lubińska-Kościółek, Zielińska, 2019). Głównymi miarami używanymi w badaniach z zastosowaniem techniki eye trackingu są fiksacje oraz kaskady. Fiksacjom odpowiada relatywnie stała pozycja gałki ocznej i bardzo niewielkie drgania. Stąd można je określić jako skupienie wzroku na danym elemencie. Sakkady to szybkie ruchy oka zachodzące między kolejnymi fiksacjami, czyli intensywne ruchy gałki ocznej, polegające na bardzo szybkim przemieszczaniu się punktu koncentracji wzroku z jednego miejsca na inne (Zielińska, 2015). Fiksacje to względnie stabilne skoncentrowanie wzroku na elemencie sceny wizualnej, czyli zjawisko pozwalające gałkom ocznym na utrzymanie obrazu obiektu w obrębie, będącej w spoczynku, plamki żółtej. Opisać można je za pomocą czasu, liczby oraz częstotliwości. Pojedyncza fiksacja trwa zazwyczaj od 0,15 do 1,5 sekundy, jednak przyjmuje się, że w ciągu sekundy średnio są trzy fiksacje, a sumaryczny czas fiksacji wynosi około 90% całkowitego czasu oglądania obrazu. Inaczej ujmując, jest to stan, w którym oko pozostaje w bezruchu w celu zarejestrowania bodźca wzrokowego. Sakkady to ruch gałki ocznej zmieniający punkt widzenia do nowego obrazu, który jest oddalony o więcej niż 2 stopnie kontowe. Analizując ruchy kaskadowe, zwraca się uwagę na parametry ilościowe, np.: letencje, amplitudę, prędkość kątową, a także czas trwania. Sakkady nie trwają dłużej niż 80 ms, są to najszybsze ruchy, jakie może wykonać ludzki organizm, natomiast mikrosakkady są to drobne szybkie ruchy o charakterze skokowym (Stolińska, 2016; Marecka, 2017). Uzyskane techniką eye trackingu wyniki mogą być prezentowane w trzech formach: filmu z markerem oznaczającym aktualne skupienie wzroku, mapy cieplnej lub mapy fiksacji. W ramach dbałości o dokładność dokonywanego pomiaru stosuje się kalibrację. Procedura kalibracji polega na śledzeniu przez osobę badaną wzrokiem punktów przesuwających się w różne miejsca na ekranie. Podczas zatrzymania wzroku zgromadzone zostają dane umożliwiające określenie parametrów transformacji między współrzędnymi uzyskiwanymi z urządzenia a współrzędnymi na ekranie komputera (Chodak, Kryjak, 2010).

Doniesienie z badań. Zastosowanie eye trackera do oceny czytania ze zrozumieniem przez młodzież z problemami słuchu treści różnych prezentacji infograficznych

Cel badań

Celem badań było określenie skuteczności czytania krótkich treści naukowo-informacyjnych o różnej postaci prezentacji infograficznej, zaczerpniętych

z podręcznika szkolnego do nauczania przyrody. Ocena dostosowania sposobu prezentacji treści w podręczniku do możliwości czytającego, porównanie przebiegu procesu poznawczego charakterystycznego dla wyszukiwania informacji przez uczniów z uszkodzonym słuchem z analogicznym, realizowanym przez równych im wiekiem, uczniów słyszących.

Problemy badawcze

Wyróżniono następujące problemy badawcze:

- Jaki jest związek między sposobem doboru infografiki przedstawienia informacji naukowej a skutecznością uczenia się młodzieży niesłyszącej?
- Jaka infografika jest najlepiej dostosowana do możliwości ucznia z problemami słuchu podczas czytania ze zrozumieniem?
- Jaką aktywność poznawczą wykazują uczniowie z problemami słuchu podczas wyszukiwania informacji w tekście naukowym?
- W jakim stopniu aktywność ta różni się od aktywności uczniów słyszących? Problemy pozostawiono otwarte.

Badana grupa

Grupę tę tworzyło 48 uczniów w wieku 16 lat, 24 z problemami słuchu oraz 24 pełnosprawnych.

Metoda badań

Test w formie trzech zadań (Rubacha, 2008).

Technika pomiarowa badań

Technika eye trackingu zrealizowana z użyciem eye trackera Hi-Speed 1250 (Zielińska, 2016). Technika ta polega na rejestracji wideo aktywności wzrokowej.

Organizacja badań

Osoba prowadząca badania miała ukończone certyfikowane szkolenie z zakresu używania eye trackera. Badani zostali poinformowani o celu i przebiegu badań oraz wyrazili na nie świadomą zgodę. Treść zadań czytana była „dla siebie”, wyeliminowana została tym samym akustyczno-motoryczna strona czynności. Pozwoliło to potencjalnie na kojarzenie znaków graficznych z treściami pozajęzykowymi, kierowanie się przewidywaniami i domysłami oraz uchwycenie zarówno dosłownego, jak i dodatkowego sensu tekstu. Fakt zrozumienia czytanej informacji był sprawdzany na podstawie wyboru jednej odpowiedzi spośród możliwych pięciu. Treści wybrane do badań miały charakter informacyjno-naukowy, stąd czytanie miało charakter funkcjonalny. Celem było uczenie się, czyli odnalezienie istotnych informacji, zrozumienie, zapamiętanie i taka organizacja wiedzy, która pozwoli na udzielenie poprawnej odpowiedzi na zadane pytanie.

Materiał badawczy

Materiał badawczy został wybrany z podręcznika do przyrody dla klasy II gimnazjum. Dokonano analizy ilościowej i jakościowej zawartości trzech pod-

ręczników do przyrody dopuszczonych do użytku na poziomie tej klasy. Wybrane zostały trzy różne infograficzne reprezentacje informacji naukowej: 1) Cykl rozwojowy paproci (informacja w formie schematu, elementy opisane małą ilością tekstu, łączone strzałkami); 2) Skóra – zmysł dotyku (informacja w formie jednolitego tekstu, obok uzupełnionej ilustracją); 3) Graficzna metoda oznaczania prawidłowego stosunku masy ciała do wzrostu (informacja w formie wykresu z legendą).

Wybrany do badań materiał miał charakter dwumodalny. Wykorzystana została modalność Visual-V, czyli wzrokowa modalność sensoryczna dla preferencji spostrzegania podczas uczenia się informacji w postaci graficznej (wykres, schemat, strzałki), oraz modalność Reading/Writing-R (czytanie/pisanie) dla preferencji informacji w języku pisany drukowanego tekstu.

Wyniki i wnioski z badań

Wyniki badań opracowano w dwóch formach: graficznej i liczbowej. Forma graficzna to *heat mapa*, czyli mapa cieplna pokazująca skupienie wzroku, uwagi osoby badanej, oraz *scan path*, czyli ścieżka patrzenia pokazująca następowanie po sobie fiksacji i sakkad, pośrednio informująca o sposobie patrzenia. W badaniach uzyskano również wyniki liczbowe. Przykładowo należał do nich czas patrzenia, czyli trwania aktywności poznawczej. Wykazane zostało, że czasy aktywności obydwu grup uczniów niesłyszących i słyszących były podobne przy znacząco różnym wyniku końcowym udzielenia odpowiedzi. Na niekorzyść grupy z wadą słuchu. Przykładowe inne otrzymane wyniki liczbowe to: ilość i częstotliwość fiksacji, sakkad, czas ich trwania (całkowity, średni, maksymalny, minimalny), czas do pierwszej fiksacji, czyli podjęcia działania poznawczego, czas przebywania, czyli oglądania danego elementu, czas, po którym został on zauważony, wskazujący na jego istotności, liczba powrotów do danego miejsca i wiele innych.

Badania ujawniły, że najdłuższy „czas przebywania” uczniów z problemami słuchu to czas skupienia uwagi na pierwszej odpowiedzi z lewej strony. Wyniósł on średnio 580,4 ms. Pozwoliło to na wyprowadzenie wniosku, że grupa ta praktycznie nie dokonywała analizy tekstu i nie poszukiwała informacji w celu udzielenia odpowiedzi. Wyniki uczniów słyszących w kategorii oceny „czas przebywania” znacząco odbiegały od wyników grupy z wadą słuchu. Uwaga słyszącej młodzieży średnio najdłużej skupiła się na tekście, który zawierał informacje potrzebne do udzielenia prawidłowej odpowiedzi na zadane pytanie. Czas przebywania na niej wyniósł średnio odpowiednio 1653,6 ms i 1684,4 ms. Działania poszukiwania informacji były zamierzone, planowe i skuteczne. Skupienie uwagi na tekście prawidłowej odpowiedzi wskazywało na jej dość szybki wybór, średni czas przebywania na niej wyniósł 972,3 ms, inne odpowiedzi praktycznie nie były brane pod uwagę. Interesujący wynik dotyczył kategorii rewizyty, czyli średniej liczby powrotów do danego miejsca, wskazujący jego istotność i przydatność dla rozwiązania zadania. Wskazał też na planowość strategii pozyskiwania informacji przez uczniów słyszących oraz chaotyczną i nieplanową strategię u niesłyszących.

Inne przykładowe wyniki i wyprowadzone wnioski dotyczyły kategorii oceny sekwencja działania. Pokazały one, że uczniowie z problemami słuchu

w pierwszej kolejności patrzyli na największy z rysunków, a dopiero w drugiej kolejności na tytuł zadania. W analizowanym przypadku był nim wykres opisany wzrostem i masą ciała. Uczniowie słyszący zawsze rozpoczynali analizę od przeczytania tytułu zadania, w drugiej kolejności spoglądali na wykres. Podobieństwa i różnice między uczniami z problemami słuchu i słyszącymi widoczne były również w wyliczonych średnich wartościach charakteryzujących fiksacje i sakkady. Największe różnice były w kategoriach oceny: średni, maksymalny czas fiksacji, całkowity czas sakkad, średnia latencja (opóźnienie). Wyniki te wymagają osobnego omówienia. Między grupami największe różnice dotyczące fiksacji zaistniały podczas rozwiązywania zadania „Paproć”, natomiast między sakkadami zadania – „Skóra”. Najmniejsze różnice, w tych kategoriach oceny, były dla zadania „Waga”, w którym przeważała ilustracja i było mało tekstu. Maksymalny i średni czas fiksacji oraz średnia latencja (opóźnienie) w grupie uczniów z wadą słuchu osiągnęły wyższe wartości niż w grupie słyszącej. Odwrotna sytuacja dotyczyła całkowitego czasu sakkad. Może to świadczyć o tym, że uczniowie z problemami słuchu dłużej niż słyszący koledzy zatrzymują wzrok na poszczególnych elementach oglądanego obrazu, są wolniejsi w działaniu i mniej „dokładnie” patrzą. Stąd maksymalny i średni czas fiksacji oraz średnią latencję mają wyższe, natomiast całkowity czas sakkad mają niższy od uczniów słyszących.

Wyniki badań obydwu grup uczniów w wielu kategoriach oceny okazały się wysoce rozbieżne, chociaż istniały od tej tendencji indywidualne odstępstwa. Różnica między grupami polegała głównie na liczbie poprawnie udzielonych odpowiedzi. Wszystkie trzy zadania okazały się dla uczniów z wadą słuchu bardzo trudne. Jedynie 4 z nich udzieliło jednej poprawnej odpowiedzi. Najlepsze wyniki grupa z problemami słuchu uzyskała w kategorii „Skóra – zmysł dotyku”, w której informacja podana była w formie jednolitego tekstu uzupełnionego ilustracją. Wyniki grupy młodzieży słyszącej były znacząco odmienne. Tematy zadań okazały się dla tej grupy bardzo proste, o czym świadczyły uzyskane wyniki końcowe. Jedynie 4 uczniów popełniło, udzielając odpowiedzi na zadane pytania, po jednym błędzie, pozostałe wszystkie odpowiedzi były poprawne. Zaskakujący był fakt, że aż trzy odpowiedzi błędne uczniów słyszących dotyczyły kategorii, która u głuchych wypadła najlepiej, czyli „Skóra – zmysł dotyku”. Młodzież słysząca nie popełniła żadnego błędu odpowiadając na pytanie w kategorii „Cykl rozwojowy paproci”, w której informacja była podana w formie schematu, a elementy opisane małą ilością tekstu i łączone strzałkami.

Analiza uzyskanych wyników badawczych w formie map skupienia wzroku i ścieżek patrzenia pozwoliła na dokonanie wstępnej oceny, w jaki sposób czytane są różne w formie prezentacji infograficzne informacji naukowej przez badaną młodzież. Między grupami zarysowały się wyraźne różnice w zależności od rodzaju infografiki. Wyniki badań uzyskane dla zadania „Cykl rozwojowy paproci” w grupie uczniów słyszących wskazały, że czytali oni jedynie tekst i nie analizowali rysunków na infografice. Dla uczniów niesłyszących ilustracje okazały się dużo bardziej istotne. Potwierdza to fakt konieczności takiej prezentacji informacji w podręcznikach przeznaczonych dla uczniów z wadą słuchu, która zawiera w sobie jedynie istotne jej elementy. Nie potrafią oni bowiem se-

lekcjonować informacji na infografice naukowej i analizują wszystkie jej elementy. Podobne do przedstawionych wnioski dotyczyły pozostałych dwóch zastosowanych w badaniach zadań. Wyniki zadania „Graficzna metoda oznaczania prawidłowego stosunku masy ciała do wzrostu” oceniane były w kategoriach: liczba uczniów patrzących na tekst, wykres, legendę, odpowiedzi. Rozwiązanie zadania wymagało analizy wszystkich tych elementów. I znów analogicznie, jak we wcześniej omawianym zadaniu, dokonana analiza przez wszystkich uczniów słyszących i jedynie dwoje niesłyszących przebiegła podobnie. Podczas rozwiązywania zadania czytali oni tekst, analizowali wykres, legendę i poszukiwali odpowiedzi. Wśród pozostałych uczniów z problemami słuchu wystąpiły następujące zachowania: nie czytali tekstu zawartego na infografice (nawet tytułu) lub/i nie analizowali wykresu, nie patrzyli na odpowiedzi, nie analizowali legendy. Dlatego nie mogli mieć informacji potrzebnych do udzielenia poprawnej odpowiedzi i jej niestety nie udzielali.

Podsumowanie

Uzyskane wyniki wskazały m.in. na przydatność wykorzystania techniki eye trackingu w procesie określenia, jakie błędy w funkcjonowaniu poznawczym powstają w przypadku braku sukcesu podczas uczenia się oraz jaka prezentacja infograficzna informacji jest najbardziej przystępna. Daje to możliwość indywidualnej, profilowanej, wyrównawczej pracy edukacyjnej z uczniem oraz wyboru podręcznika dostosowanego do jego możliwości (zawsze jest kilka proponowanych na rynku wydawniczym). Badania pokazały jednoznacznie, że badanym uczniom z problemami słuchu nadmiar informacji zawarty w podręcznikach jedynie utrudnia proces uczenia się. Analizują oni bowiem wszystkie informacje i nie przeprowadzają ich selekcji, przykładowo pod kątem ich przydatności do rozwiązania stawianych zadań.

Zaprezentowane badania wykazały, że badana młodzież słysząca preferuje prezentację w podręcznikach informacji w formie schematów opisanych tekstem (w bardzo wielu podręcznikach przedmiotowych jest właśnie taka reprezentacja infograficzna informacji). Dla badanej młodzieży niesłyszącej znacząco lepszym rozwiązaniem jest prezentacja informacji poprzez osobny tekst i osobną jego reprezentację w formie ilustracji. Skupienie się jedynie na tekście, bez odwracania uwagi przez nadmiar grafiki (rysunki, strzałki), przy problemach językowych tej grupy daje szansę na skupienie się nad treścią czytanego tekstu i tworzy komfortową sytuację poznawczą. Wskazały na to jednoznacznie wyniki badań dotyczące sposobu czytania informacji podczas wykonywania zadania „Skóra – zmysł dotyku”. Przyjęcie infografiki typowej dla tego zadania, czyli osobno tekst, osobno rysunek, najważniejsze informacje napisane pogrubioną czcionką, prowadziło do podjęcia przez uczniów z problemami słuchu strategii wyszukiwania informacji identycznych jak strategię uczniów słyszących i to z dużym, w stosunku do pozostałych zadań, sukcesem końcowym. Wyprowadzony na podstawie wyników wniosek końcowy to stwierdzenie, że przyjęty w zadaniu „Skóra – zmysł dotyku” układ informacji jest najlepiej dostosowany do możliwości uczniów z problemami słuchu w zakresie czytania ze zrozumieniem i urucha-

mia u nich podobne strategie poznawcze jak u słyszących rówieśników, a więc powinien on przeważać w podręcznikach przeznaczonych dla tej grupy.

Podsumowując należy podkreślić, że zaprezentowany w badaniach wykonanych w obszarze surdopedagogiki sposób postępowania można zastosować do innych grup osób z niepełnosprawnością niż osoby z problemami słuchu. Pozwala to na planowanie indywidualnego przebiegu ich rehabilitacji, monitorowanie postępów oraz zaplanowanie takiej ścieżki rehabilitacyjno-edukacyjnej, która opiera się na zdolnościach i silnych stronach, a nie zaburzeniach i deficytach. Daje nowe, oparte na technologii eye trackingu, narzędzie pracy pedagogom specjalnym.

Bibliografia

- Bleszyński, J.J., Lubińska-Kościółek, E., Zielińska, J. (2019). *Zastosowanie techniki eye trackingu w diagnozie dzieci z zaburzeniami i ze spectrum autyzmu*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe UP.
- Chodak, J., Kryjak, T. (2010). Metody kalibracji urządzeń do akwizycji sygnałów okoruchowych. *Automatyka*, 14(3/1), 267–278.
- Jakubowicz, A., Lenartowska, K. (1997). *Metody nauki czytania i pisania we współczesnych elementarzach polskich*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Arcanus.
- Korendo, M. (2009). *Jak dzieci niesłyszące czytają teksty podręczników szkolnych*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe UP.
- Marecka, A. (2017). Istota badań pomiarowych z wykorzystaniem narzędzi eye-trackingu. *Zeszyty Naukowe WSP. Technologiczne. Procesy. Bezpieczeństwo*, 3, 40–57.
- Pawłowska, R. (2009). *Czytam i rozumiem... Lingwistyczna teoria nauki czytania*. Kielce: Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP.
- Podgórska-Jachnik, D. (2004). *Przekaz pantomimiczny w komunikacji z dzieckiem niesłyszącym*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Pomirska, Z. (2011). *Proces czytania i jego zaburzenia oraz drogi do efektywnego czytania*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Rubacha, K. (2008). *Metodologia badań nad edukacją*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.
- Sikora, M., Stolińska, A. (2016). Zastosowanie okulografii w badaniach interfejsu użytkownika. W: W. Błasiak (red.), *Neuronauka i eye tracking. Badania i aplikacje* (s. 15–41). Kraków: Wydawnictwo Libron – Filip Lohner.
- Stolińska, A. (2016). Technika eyetrackingowa w studenckich projektach badawczych. *Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Pedagogika*, XXV, 347–360.
- Warsicka, A. (1977). *Stopień opanowania cichego czytania a powodzenie dziecka w nauce szkolnej*. Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.
- Zielińska, J. (2015). *Metody obrazowania pracy mózgu w perspektywie pedagogiki specjalnej – wybrane zagadnienia*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe UP.
- Zielińska, J. (2016). *Wybrane techniki obrazowania sygnałów w perspektywie pedagogiki specjalnej. Przykłady zastosowania w praktyce diagnostyczno-terapeutycznej*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe UP.

EYE TRACKER AS A TOOL FOR SPECIAL TEACHERS – AN EXAMPLE OF APPLICATION IN DEAF EDUCATION

Abstract

The introduction discusses the distinctive difficulties with reading comprehension of texts in school textbooks experienced by students with hearing impairments in the light of the literature on the subject. Then, the basics of eye tracking are outlined – a technique that was used in the author's research – including such fundamental terms as fixation and saccades. The main part of the article is a report on the author's research whose aim was to determine the effectiveness of reading short educational texts in the field of science where different types of infographics were used, and to compare the cognitive process specific to information search in students with hearing impairments to the one in their hearing peers.

A test was used as a research method. The research was conducted with the use of the eye tracking technique. Results were presented graphically and numerically. The graphical forms included: a heat map, i.e., a map showing a participant's visual fixation – and thus indirectly his or her focus of attention – and a scan path, which shows fixations and saccades following one another, thus revealing eye gaze behaviors.

Conclusions from the research showed that the eye tracking technique could be used to assess a person's cognitive activity, and in particular, to determine what information layout in an infographic is best suited to the abilities of students with hearing impairments and activates similar cognitive strategies in them to those in their hearing peers, and so should be prevalent in textbooks for this group of students.

Keywords: hearing impairments, reading, infographic, science, eye tracker

FUNKCJONOWANIE UCZNIÓW Z LEKKĄ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ W WIEKU WCZESNOSZKOLNYM W ZAKRESIE KOMUNIKACJI WERBALNEJ

Rozwijanie umiejętności komunikacyjnych to jeden z głównych celów rewalidacyjnych w szkole specjalnej (Królowska, Malendowicz, 1976). Sytuacje edukacyjne wymagają od ucznia nieustannego komunikowania się z nauczycielami i rówieśnikami (Głodkowska, 2012). Badanie komunikacji werbalnej dostarcza informacji na temat poziomu opanowania przez uczniów fleksji, słownika biernego i czynnego, poprawności budowania zdań, rozumienia treści wysłuchanego tekstu. Diagnoza komunikacji poszerza również wiedzę na temat potrzeby kontaktu słownego uczniów oraz formy i złożoności wypowiedzi. Przedstawione badania ukazują poziom komunikacji werbalnej uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną w wieku wczesnoszkolnym. Dzięki przeprowadzonej eksploracji możliwe jest opracowanie praktycznych rozwiązań, mających na celu poprawę funkcjonowania badanej grupy w zakresie komunikacji.

Do badania został wykorzystany Test Rozwoju Mowy i Kontakt Słownego w opracowaniu Joanny Głodkowskiej (tamże). W badaniu wzięło udział 63 uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną. Przeprowadzono je w siedmiu szkołach specjalnych w województwie małopolskim. Przyjęto trzy kryteria podziału uczniów: wiek, płeć oraz miejsce zamieszkania. Wśród badanych uczniów było 35 chłopców i 28 dziewcząt. Ze względu na miejsce zamieszkania podzielono uczniów na dwie podgrupy: mieszkających w mieście (31 osób) oraz na wsi (32 osoby). Wyniki badań analizowano z wykorzystaniem współczynnika łatwości w opracowaniu Głodkowskiej (1999).

Celem artykułu jest opracowanie praktycznych wskazówek do pracy z uczniami z lekką niepełnosprawnością intelektualną rozwijających potrzebę kontaktu słownego oraz umiejętności w zakresie komunikacji werbalnej. W końcowej części przedstawiono uzyskane wyniki oraz postulaty dla praktyki edukacyjnej.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność intelektualna, wiek wczesnoszkolny, komunikacja werbalna, zdolności poznawcze, potrzeba kontaktu słownego

Wprowadzenie

W literaturze funkcjonują obecnie dwa podejścia dotyczące rozwoju uczniów z niepełnosprawnością, a więc również rozwoju języka tej grupy osób. Pierwsze z nich zakłada koncentrowanie się na deficytach uczniów szkoły specjalnej i dokumentowaniu trudności w posługiwaniu się językiem. Drugie, coraz bardziej popularne, poszukuje wyjaśnień dotyczących sposobów nabywania i posługiwania

nia się językiem przez uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim (Krzemińska, 2012).

Do diagnozy kompetencji językowych dochodzi poprzez ocenę sprawności w zakresie reagowania na bodźce werbalne, nazywanie obiektów, czynności i cech, operowanie środkami leksykalnymi, gramatycznymi oraz stylistycznymi oraz budowanie zdań, analizowanie i konstruowania tekstów (Wątopek, 2014).

W systemie języka zdaniem Johna Carrola (za: Speck, 2013) można wyróżnić cztery lingwistyczne podsystemy: fonologiczny, morfologiczny, syntaktyczny oraz semantyczny. Pierwszy z nich (fonologiczny) jest związany ze specyfikacją dźwięków. Na poziomie fonologicznym istotą oceny jest rozróżnianie poszczególnych fonemów, będących podstawową jednostką dźwiękową (Zimbardo, 1994). Poziom gramatyczny języka składa się z morfologii i składni. Podsystem morfologiczny odnosi się do stosowania słów i form znaczeniowych oraz ich modyfikacji w zależności od kontekstu (Speck, 2015). Morfem jest najmniejszą jednostką mowy, mającą określone znaczenie (Zimbardo, 1994). Podsystem syntaktyczny (składniowy) obejmuje specyfikację wzorców mowy, przez co rozumie się gramatykę i składnię (Speck, 2015). Ostatni podsystem – semantyczny – odnosi się do znaczenia wyrazów w danym kontekście. Niektóre ze słów lub ich zestawień mają ustalone znaczenie wynikające ze skojarzeń emocjonalnych lub poznawczych, lecz znaczenie części ze słów zależy również od kontekstu oraz modulacji głosu, z jaką je wypowiadamy (Zimbardo, 1994).

Zdolności komunikacyjne uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną

Uczniowie z lekką niepełnosprawnością intelektualną różnią się od pełnosprawnych rówieśników funkcjonowaniem w zakresie komunikacji werbalnej w większości badanych obszarów. Obniżenie zdolności komunikacyjnych jest związane u uczniów także z zaburzeniami w zakresie myślenia. Związek mowy i myślenia szczególnie podkreślał Lew Wygotsky (1989). Zaburzenia myślenia przyczynowo-skutkowego oraz abstrakcyjnego wpływają na brak umiejętności rozumienia żartów, przysłów, przenośni, na co zwracała uwagę również Anna Olechowska (2016).

U uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim zauważa się nieprawidłowości w zakresie mowy w obrębie funkcji semantycznej, syntaktycznej oraz artykulacyjnej (Chrzanowska, 2003). Zauważono, że uczniowie z niepełnosprawnością intelektualną przejawiają wyższy poziom funkcjonowania sfery pragmatycznej niż syntaktycznej oraz semantycznej. W porównaniu z pełnosprawnymi rówieśnikami uczniowie z lekką niepełnosprawnością intelektualną mają deficyt w zakresie środków leksykalnych, składniowych i morfologicznych, które służą opisowi postaw, opinii na temat zdarzeń oraz stanów psychicznych (Kaczorowska-Bray, 2017).

Badania własne

Celem przeprowadzonych badań było określenie funkcjonowania uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną w zakresie komunikacji werbalnej.

W badaniach wzięło udział 63 uczniów, w tym 35 chłopców i 28 dziewcząt. Badanych pochodzących ze środowiska miejskiego było 31, ze środowiska wiejskiego – 32. Badania prowadzono w szkołach specjalnych w 7 miejscowościach w województwie małopolskim. Diagnozę przeprowadzano indywidualnie z każdym uczniem z wykorzystaniem Testu Rozwoju Mowy i Kontaktu Słownego w opracowaniu Głodkowskiej (2012). Test ten składa się z następujących części: rozumienie treści bajki, treść wypowiedzi, słownik, poprawność budowania zdań, fleksja, zadawanie pytań, prośby i rozkazy, forma i złożoność wypowiedzi, potrzeba kontaktu słownego.

Sformułowano następującą hipotezę badawczą: u uczniów z lekką niepełnością intelektualną występują zaburzenia w zakresie funkcjonowania komunikacji werbalnej.

W analizie uzyskanych danych wykorzystano współczynnik łatwości opracowany przez Głodkowską (1999). Przedziały dotyczące łatwości opanowania danej umiejętności przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Współczynnik łatwości

Współczynnik łatwości	Iloraz wyniku surowego do wyniku maksymalnego
Bardzo łatwy	>0,90
Łatwy	0,70–0,90
Średnio łatwy	0,40–0,70
Trudny	0,20–0,40
Bardzo trudny	<0,20

Opracowanie własne na podstawie: Głodkowska (1999).

Współczynnik łatwości danego zadania lub kategorii wrażliwości edukacyjnej jest ilorazem wyniku surowego badanego ucznia do wyniku maksymalnego dla danego zadania lub kategorii (Głodkowska, 1999). Na podstawie przeliczonych w ten sposób wyników surowych podjęto próbę udzielenia odpowiedzi na pytania badawcze. Współczynnik *i* 5-stopniowy. W zależności od stosunku uzyskanego wyniku do wyniku maksymalnego współczynnik łatwości daje informację, czy dane zadanie było dla badanego ucznia bardzo łatwe (wynik ponad 90%), łatwe (70–90% prawidłowo rozwiązanych zadań), średnie (40–70%), trudne (20–40%), bardzo trudne (mniej niż 20% rozwiązanych prawidłowo zadań z danego zakresu).

Wyniki badań

Analizując zgromadzone dane wykorzystano wyniki surowe w zakresie poszczególnych kategorii komunikacji werbalnej oraz odniesiono je do wyników maksymalnych, uzyskując współczynnik łatwości. W tej części pracy podjęto próbę odpowiedzi na pytanie szczegółowe: Jakie jest funkcjonowanie dzieci

z lekką niepełnosprawnością intelektualną w wieku wczesnoszkolnym w zakresie komunikacji werbalnej? Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Funkcjonowanie uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną w zakresie komunikacji werbalnej

Kategorie	M	SD	Współczynnik łatwości				
			>0,90	0,70–0,90	0,40–0,70	0,20–0,40	<0,20
RTB	35,66	27,54	1	8	14	20	20
TW	25,29	28,53	4	0	5	26	28
S	55	16	0	8	43	10	2
PBZ	18,1	24,07	1	2	6	15	39
F	52,4	22,1	4	14	30	10	5
PiR	45,71	36,18	12	8	5	26	12
FiZW	43,46	34,77	3	19	15	6	20
PKSzO	17,78	29,23	3	4	4	22	30

RTB – rozumienie treści bajki, TW – treść wypowiedzi, S – słownik, PBZ – poprawność budowania zdań, F – fleksja, ZP – zadawanie pytań, PiR – prośby i rozkazy, PKSzO – potrzeba kontaktu słownego z otoczeniem, FiZW – forma i złożoność wypowiedzi

Analizie poddano wyniki uzyskane przez badanych uczniów w 10 kategoriach w zakresie komunikacji werbalnej.

Z uzyskanych danych wynika, że próby z zakresu rozumienia treści bajki dla 40 badanych (63%) są trudne. Tylko dla 2% badanych odpowiedzi na pytania zadane do przeczytanej przez badającego bajki okazały się bardzo łatwe, dla 13% łatwe. Trudność sprawiało uczniom przypomnienie sobie treści bajki i odszukanie odpowiedzi na zadane pytanie. Należy pamiętać, że uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną cechuje słaba pamięć, trudności z koncentracją uwagi, co nie sprzyja zapamiętaniu wysłuchanej treści (Wyczesany, 1998). W zakresie ocenianej treści wypowiedzi badani uczniowie uzyskali wyniki >20% oraz mieszczące się w przedziale 20–40%, co oznacza, że 44% badanych opanowało w tym zakresie >20% ocenianej umiejętności, 42% pomyślnie rozwiązało 20–40% zadań z omawianej kategorii.

Wykazano, że wiedza słownikowa badanych uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną jest na przeciętnym poziomie, o czym świadczy 40–70% pomyślnie rozwiązanych zadań z tego zakresu przez 68% uczniów. Tylko 13% badanych odpowiedziało prawidłowo na 70–90% pytań w tym obszarze. Uczniowie mieli największe trudności w odpowiedzi na pytania z kwestionariusza: „Jak się nazywa miejsce, w którym się zgina noga?”, „Co to jest? Jest twarde i rośnie na palcach rąk i nóg”. Podtest „Słownik” został podzielony w Teście Rozwoju Mowy i Kontaktu Słownego na dwie części. W pierwszej uczniowie nazywali 10 przedstawionych ilustracji, w drugiej – odpowiadali na zadane przez badającego pytania. W pierwszej części nie zaobserwowano istotnych trudności z nazywaniem.

W drugiej części, w której nie pracowano na materiale konkretnym, uczniowie mieli znacznie większe problemy z wyszukiwaniem w pamięci i nazwaniem danych rzeczowników.

W zakresie poprawności budowania zdań zadaniem uczniów było wskazanie błędnie skonstruowanych zdań oraz ich poprawienie. Zadanie składało się z 10 zdań. Pierwsze dotyczyły błędów fleksyjnych i składniowych. W pozostałych zdaniach występowały błędy słownikowe¹. Stwierdzono, że poprawność budowania zdań w badanej grupie jest na niskim poziomie. Świadczy o tym fakt, iż 86% osób w tej kategorii rozwiązało pomyślnie >20% zadań. Największą trudność uczniom z lekką niepełnosprawnością intelektualną sprawiło wskazanie błędów fleksyjnych i składniowych (np. w zdaniu: *Czerwona obrus leży na stole*). Poprawienie zdań, w których występowały błędy słownikowe, nie stanowiło problemu. Zdania były związane z treścią bajki z części pierwszej testu (rozumienie treści bajki). Wpływało to na błędne odpowiedzi badanych, którzy odwoływali się, poprawiając zdania, do treści bajki, nie konstrukcji zdania.

Poddano analizie poziom komunikacji werbalnej w zakresie fleksji. Zadanie składało się z 3 prób, w których uczeń odmieniał przez przypadki rzeczownik w l.p., związek rzeczownika i przymiotnika oraz rzeczownika i liczebnika. Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono, że badani uczniowie są na przeciętnym poziomie w zakresie fleksji. Świadczy o tym dominujący w grupie współczynnik łatwości mieszczący się w przedziale 0,40–0,70, wykazało go 48% badanych. Dla 6% uczniów zadania dotyczące fleksji są bardzo trudne, dla 8% bardzo łatwe. Największą trudność sprawiła uczniom odmiana związku rzeczownika i liczebnika. Częstym błędem było odmienianie wyłącznie rzeczownika, liczebnik pozostawał w mianowniku.

W kolejnych próbach z zakresu komunikacji werbalnej zbadano umiejętność formułowania próśb i rozkazów. Ta część testu składała się z 5 prób. Po przeczytaniu przez badającego tekstu z protokołu, uczniowie odnosili się do przedstawionej sytuacji. Przeprowadzona analiza wykazała, że większość uczniów jest na niskim i bardzo niskim poziomie w zakresie badanej umiejętności. Wskazuje na to uzyskanie przez 60% badanych współczynnika łatwości w przedziale 0,20–0,40 i <0,20. Dla 32% uczniów określony współczynnik łatwości w zakresie formułowania próśb i rozkazów wynosił 0,70–0,90 i więcej. Najczęściej powtarzającym się błędem w tej części testu było opisywanie przez uczniów, jak należy się zachować i co powiedzieć bez formułowania próśb i rozkazów.

W dwóch częściach testu nie jest możliwe obliczenie współczynnika łatwości, ponieważ nie wyznaczono wyniku maksymalnego. Część testu „zadawanie pytań” składa się z 3 prób i 1 będącej ćwiczeniem instruktazowym dla ucznia (wyniku z tej próby nie uwzględniono w obliczeniach, $M = 4,35$; $SD = 6,81$). Na podstawie przedstawionych ilustracji uczniowie zadawali pytania. Na przeprowadzenie prób przeznaczono łącznie 6 minut. Największą trudnością dla badanych uczniów w omawianych próbach było zrozumienie polecenia. Mimo jednej

¹ <https://www.ortograf.pl/zasady-pisowni/klasyfikacja-bledow-jezykowych>, dostęp: 10.08.2018

próby będącej instrukcją wykonania polecenia, uczniowie zamiast zadawania pytań opisywali przedstawione ilustracje. Powtarzającym się postępowaniem było również zadawanie przez uczniów tego samego rodzaju pytań do każdego obrazka oraz sugerowanie się pytaniami zadanymi przez badającego w pierwszej próbie. Przyczyn tego można doszukiwać się w braku elastyczności oraz pomysłowości u uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną (Wyczesany, 1999). W części opowiadania bajki również nie uzyskano wyniku maksymalnego, ponieważ liczba poprawnie wypowiedzianych zdań stanowi liczbę punktów w próbie ($M = 2,12$; $SD = 2,51$). W zakresie opowiadania bajki zaobserwowano wśród badanych uczniów duże rozbieżności wyników. Prawie połowa badanych (44%) uzyskała w badanej próbie 0 punktów. Byli to uczniowie, którzy nie sformułowali żadnego zdania po usłyszeniu bajki oraz uczniowie, którzy wypowiadali poprawnie ułożone zdania, lecz niezgodne z zasłyszaną treścią. Należy mieć na uwadze, że uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną cechują zaburzenia pamięci długotrwałej, duża męczliwość oraz zaburzenia uwagi i koncentracji. Wysłuchanie oraz odtworzenie wysłuchanego tekstu jest dużym wyzwaniem dla uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną w wieku wczesnoszkolnym.

Kolejną kategorią braną pod uwagę podczas analizy zebranych wyników jest forma i złożoność wypowiedzi. Uczeń może uzyskać 0–9 punktów. Omawiana kategoria łączy się z kategorią opowiadanie bajki. W ocenie brano pod uwagę ilość słów w wypowiedzi oraz rodzaj zdań, jakimi posługiwali się badani (zdania pojedyncze, rozwinięte, rozwinięte złożone). Wykazano, iż dla 41% badanych zadanie wymagające sformułowania wypowiedzi na podstawie wysłuchanego tekstu stanowiło trudność (współczynnik łatwości $<0,20$ – $0,40$). Wyniki otrzymane przez 35% badanych wskazują na brak problemów w rozwiązaniu zadania (współczynnik łatwości $0,70$ – $1,0$).

Wykazano również, że 83% badanych jest na niskim i bardzo niskim poziomie w zakresie potrzeby kontaktu słownego z otoczeniem (współczynnik łatwości 0 – $0,40$). Najczęściej występującym zachowaniem wskazującym na trudność w nawiązaniu kontaktu był brak odpowiedzi na zadane pytanie, wykazywanie zniecierpliwienia oraz udzielanie odpowiedzi bez nawiązywania kontaktu wzrokowego.

Dyskusja wyników

Wiele badań wskazuje na występowanie zaburzeń w zakresie komunikacji werbalnej u uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną. Efekty znajdują potwierdzenie w eksploracji przeprowadzonej przez Agnieszkę Wątopek (2014), wynika z nich, że uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną charakteryzuje ograniczony zasób słownictwa, trudności w poprawnym konstruowaniu wypowiedzi, produkowanie zdań niepełnych, mylenie pojęć, postaci i wątków w opowiadaniu. Z przeprowadzonych analiz dotyczących komunikacji werbalnej wynika, że u uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną największe trudności w komunikacji werbalnej występują w obszarach: rozumienie treści bajki, treść wypowiedzi, poprawność budowania zdań, potrzeba kontaktu słownego. Badania przeprowadzone przez Annę Regner (2014) dotyczące kompetencji komuni-

kacyjnych uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną również wskazują na niski poziom rozumienia i odtwarzania wysłuchanego tekstu. Nieprawidłowości są także zauważalne w zakresie zasobu słownictwa oraz poprawności budowania zdań. Badania autorki nie potwierdzają natomiast uzyskanych wyników w zakresie wyrażania prośb i rozkazów. W eksploracji Regner (tamże) badana umiejętność u uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną została oceniona na poziomie wysokim. W zaprezentowanych badaniach natomiast uczniowie wykazali się niskim poziomem omawianej sprawności. Dla ponad połowy badanych uczniów zadania wymagające formułowania prośb i rozkazów mają niski i bardzo niski współczynnik łatwości. W badaniach Wątorek (2014) zauważono, że uczniowie z lekką niepełnosprawnością intelektualną w zakresie kompetencji narracyjnych cechują się zubożeniem doświadczeń ze spontanicznymi wypowiedziami, na co wpływa zadawanie mniejszej liczby pytań. Działa to również na brak umiejętności relacjonowania, co potwierdzają prezentowane badania.

W zakresie słownika należy zwrócić uwagę, że przez uczniów, u których zasób słownictwa dorównuje pełnosprawnym rówieśnikom, pojęcia bywają używane w niewłaściwym kontekście sytuacyjnym, nie są w pełni rozumiane, na co zwracają uwagę Stanisława Królowa i Janina Malendowicz (1976) oraz Marcin Wlazło (2003).

Postulaty dla praktyki edukacyjnej

Obniżony poziom rozumienia treści bajki przez badanych uczniów może wynikać z niedostatecznej stymulacji bądź braku doświadczeń związanych ze słuchaniem czytanego lub opowiadanego przez osoby dorosłe tekstu. Czytanie dzieciom powinno być propagowane zarówno wśród nauczycieli, wychowawców, jak i rodziców. W szkole specjalnej coraz rzadziej obserwowane są lekcje z wykorzystaniem tekstów dla dzieci, czytania i rozmowy na temat przeczytanego tekstu. Z badań nad czasem wolnym uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną wynika, że rodzice chętniej wybierają bierne formy spędzania czasu z dzieckiem, np. oglądanie telewizji. Niewiele czasu w codziennych zajęciach rewalidacyjnych poświęca się na biblioterapię, dzięki której możliwe jest rozwijanie wielu umiejętności komunikacyjnych uczniów.

Mały zasób słownictwa badanych uczniów wynika z rodzaju niepełnosprawności, ale też może być potęgowany przez brak stymulantów w postaci rozmów, uczestnictwa w wydarzeniach kulturalnych czy brak kontaktu z literaturą w postaci codziennego czytania. Warto zwrócić uwagę na ten aspekt rozwoju komunikacji rodzicom uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną.

Kolejną zdolnością, w zakresie której uczniowie wykazali największe trudności, jest poprawne konstruowanie wypowiedzi. Jak zauważył Wlazło (tamże), na poprawność wypowiedzi ucznia wpływa język, jakim posługują się w jego obecności oraz w kontakcie z nim dorośli. Dobry przykład płynący od rodziców oraz wychowawców może korzystnie wpłynąć na naukę poprawnego wypowiadania się przez uczniów poprzez modelowanie.

Wbrew powszechnemu przekonaniu o obniżonych możliwościach komunikacyjnych uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną należy pamiętać,

że każdy z nich jest indywidualnością, cechującą się właściwymi tylko dla siebie zdolnościami komunikacyjnymi. Wśród uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną są uczniowie o znacznie obniżonych możliwościach komunikacyjnych, ale są też uczniowie budujący poprawne zdania, o bogatym zasobie słownictwa, rozumiejący żartobliwe i ironiczne wypowiedzi. Każdy z uczniów ma inne potrzeby i ograniczenia w omawianym zakresie, dlatego też powinien być wspierany z uwzględnieniem indywidualnych predyspozycji.

Bibliografia

- Chrzanowska, I. (2003). *Funkcjonowanie dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim w szkole specjalnej*. Łódź: Wydawnictwo UŁ.
- Głodkowska, J. (1999). *Poznanie ucznia szkoły specjalnej*. Warszawa: WSiP.
- Głodkowska, J. (2012). *Konstruowanie umysłowej reprezentacji świata. Diagnoza, możliwości rozwojowe i edukacyjne dzieci z lekką niepełnosprawnością intelektualną w aspekcie stałości i zmienności w pedagogice specjalnej*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Kaczorowska-Bray, K. (2017). *Kompetencja i sprawność językowa dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu znacznym, umiarkowanym i lekkim*. Gdańsk: Wydawnictwo UG.
- Królowa, S., Malendowicz, J. (1976). *Nauczanie języka polskiego w klasie 3 i 4 szkoły podstawowej specjalnej*. Warszawa: WSiO.
- Krzemińska, D. (2012). *Język i dyskurs codzienny osób z niepełnosprawnością intelektualną*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Olechowska, A. (2016). *Specjalne potrzeby edukacyjne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Regner, A. (2014). Kompetencja komunikacyjna dzieci z niepełnosprawnością umysłową w stopniu lekkim w warunkach edukacji integracyjnej i specjalnej. W: B. Winczura (red.), *Dzieci o specjalnych potrzebach komunikacyjnych. Diagnoza – edukacja – terapia* (s. 271–298). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Speck, O. (2015). *Osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Podręcznik dla celów wychowawczych i edukacyjnych*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- Wątorrek, A. (2014). *Kompetencja językowa uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną*. Kraków: Zakład Wydawniczy Nomos.
- Wlazło, M. (2003). *Kształcenie literacko- kulturowe w szkole specjalnej. Dialog na lekcjach języka polskiego z uczniami niepełnosprawnymi intelektualnie w stopniu lekkim*. Szczecin: Wydawnictwo Naukowe US.
- Wyczesany, J. (1998). *Pedagogika upośledzonych umysłowo*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Wyczesany, J. (1999). *Pedagogika upośledzonych umysłowo: wybrane zagadnienia*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Wygotzky, L. (1989). *Mowa i myślenie*. Warszawa: PWN.
- Zimbardo, P. (1994). *Psychologia i życie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

VERBAL COMMUNICATION IN STUDENTS WITH MILD INTELLECTUAL DISABILITIES AT AN EARLY ELEMENTARY SCHOOL AGE

Abstract

Developing communication skills is one of the main rehabilitation aims in special school (Królowa & Malendowicz, 1976). Educational situations require constant communication with teachers and peers from students (Głodkowska, 2012). Studying students' verbal com-

munication provides information on how well they have mastered inflection, if they structure their sentences correctly, their passive and active vocabulary, and their listening comprehension. Also, assessing their communication skills gives insight into students' need for verbal communication as well as into the form and complexity of their utterances. The study discussed presents the level of verbal communication in students with mild intellectual disabilities at an early elementary school age. Thanks to this exploration, it is possible to develop practical solutions to improve the communication skills of the group under study.

The Speech and Verbal Communication Development Test by Joanna Głodkowska (ibid.) was used in the study. Sixty-three students with mild intellectual disabilities participated in the study. It was conducted in seven special schools in Małopolskie Province. Three criteria were adopted for dividing students into groups: age, gender, and place of residence. Participants were 35 boys and 28 girls. They were divided into two subgroups in terms of their place of residence: those living in a town (31 students) and those living in the country (32 students). The results of the study were analyzed with the use of the easiness coefficient developed by Joanna Głodkowska (1999).

This article aims to provide practical guidance on how to work with students with mild intellectual disabilities so that their need for verbal communication and verbal communication skills are developing. The final part presents the findings and recommendations for educational practice.

Keywords: intellectual disabilities, early elementary school age, verbal communication, cognitive abilities, need for verbal communication

MAJA JĘDRUSZCZAK
<https://orcid.org/0000-0002-2593-9124>
majajedruszczak@gmail.com
DANUTA AL-KHAMISY
<https://orcid.org/0000-0002-4388-4649>
dkhamisy@aps.edu.pl
Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie

ISSN 0137-818X
DOI: 10.5604/01.3001.0014.4734
Data wpływu: 18.09.2019
Data przyjęcia: 7.09.2020

TERAPIA BIOMEDYCZNA A FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE DZIECKA Z ZABURZENIEM ZE SPEKTRUM AUTYZMU

W artykule przedstawiono wyniki badań, których celem było rozpoznanie różnic w funkcjonowaniu społecznym ucznia z zaburzeniami ze spektrum autyzmu przed wprowadzeniem terapii biomedycznej oraz w trakcie jej stosowania. Znajdują się w nim informacje dotyczące zmian w zakresie zachowań społecznych badanego, zebrane za pomocą metody studium indywidualnego przypadku, oraz krótki opis założeń terapii biomedycznej i elementów składających się na jej przebieg. Po analizie zgromadzonych informacji można stwierdzić, że po upływie 12 miesięcy od rozpoczęcia stosowania terapii biomedycznej autyzmu nastąpiły pozytywne zmiany w funkcjonowaniu społecznym badanego. Największe postępy poczynił on w zakresie pełnienia roli kolegi, natomiast najmniejsze odnotowano w zakresie zachowań społecznych w relacji z rodziną.

Słowa kluczowe: autyzm, zaburzenia ze spektrum autyzmu, terapia biomedyczna autyzmu, funkcjonowanie społeczne, dieta

Wprowadzenie

Na przestrzeni ostatnich lat zainteresowanie zaburzeniami ze spektrum autyzmu (ang. *autistic spectrum disorder*, ASD) zarówno wśród specjalistów z zakresu pedagogiki, psychologii oraz medycyny, jak i rodziców znacznie wzrosło. Niewątpliwie przyczyną tego może być to, że stają się one coraz powszechniejsze. Wyniki badań statystycznych wykazują znaczny wzrost częstości występowania tego zaburzenia. W latach 50. XX w. ASD rozpoznawano u 1–2 na 10 000 dzieci. Obecnie szacuje się, że autyzm występuje u minimum 1–2 na 1000 dzieci. Badania przeprowadzane w dużych miastach w Stanach Zjednoczonych ujawniają, że wskaźnik ten może być wyższy i dochodzić nawet do 3–4 na 1000 dzieci. Na podstawie badań obejmujących całe spektrum zaburzeń autystycznych szacuje się, że dotyczy 1 na 150 osób (Pisula, 2012, s. 22).

Wskutek tak dużego wzrostu częstości występowania autyzmu zintensyfikowane zostały również próby odnalezienia skutecznych form jego terapii. Dzięki licznym badaniom tego zaburzenia powstają nowe koncepcje oddziaływań, mogą one możliwie najbardziej minimalizować jego skutki. Na gruncie jednego z takich zbiorów założeń dotyczących prawdopodobnych przyczyn rozwoju zaburzeń ze

spektrum autyzmu opracowano postępowanie biomedyczne. To rewolucyjna terapia o założeniach mogących budzić kontrowersje. Łączy ona w sobie wiedzę z zakresu medycyny, dietetyki, psychologii i pedagogiki (Dawidiuk, 2010, s. 23).

Twórcy i propagatorzy tej formy terapii w swoich badaniach oraz pracach pragną dowieść możliwej skuteczności różnych postępowania z zakresu medycyny i dietetyki w zmniejszaniu i korygowaniu nieprawidłowości rozwojowych wynikających z ASD. Założenia terapii biomedycznej zaburzeń ze spektrum autyzmu opierają się na wielu czynnikach etiologicznych możliwych w ich przypadku.

Jedno z nich opiera się na nieprawidłowościach w obrębie układu pokarmowego, a przede wszystkim jelit. Są to takie patologie, jak brak zrównoważonej flory bakteryjnej oraz przerost drożdżaków w tych elementach organizmu. Pierwsza z nich, czyli brak odpowiedniej ilości bakterii symbiotycznych, prowadzi do niedoborów wielu mikro- i makroelementów pochodzących z prawidłowo strawionego jedzenia oraz wytwarzanych we współpracy z tymi mikroorganizmami. Badacze zajmujący się terapią biomedyczną autyzmu podkreślają, że jedną z głównych przyczyn powstawania nieprawidłowości rozwojowych u dzieci z ASD jest niedobór wspomnianych składników, bez których organizm człowieka nie jest w stanie funkcjonować prawidłowo (Campbell-McBride, 2013, s. 18–19). Dodatkowo, jak podkreślają twórcy opisywanej formy terapii, w przypadku zaburzenia składu flory bakteryjnej układ pokarmowy pozbawiony jest swoistej bariery ochronnej, co powoduje m.in. nadmierne rozwijanie się drożdżaków w tych narządach (Shaw, 2016a, s. 24). Te, rozrastając się we wnętrzu jelit, wytwarzają hormony trawienne, powodując śmierć niektórych z ich komórek, co w zaawansowanym stadium prowadzi do powstawania licznych mikroperforacji. Takie zmiany wraz ze zmniejszeniem efektywności trawienia powodują, że niestrawione resztki pokarmu przedostają się z przewodu pokarmowego do organizmu człowieka. Głównym następstwem powstawania tych nieprawidłowości jest pojawianie się licznych alergii pokarmowych, które bardzo często występują u osób z autyzmem i również są wymieniane jako jedna z potencjalnych przyczyn rozwoju nieprawidłowości rozwojowych związanych z tym zaburzeniem (Shaw, 2016b, s. 24). Taka nadwrażliwość układu pokarmowego może prowadzić do bezsenności oraz zachowań autoagresywnych, wymienianych często w wywiadach przez rodziców dzieci z ASD (Shaw, 2016a, s. 117–118). Innym negatywnym skutkiem zaburzeń równowagi flory jelitowej oraz przerostu drożdżaków są produkty uboczne wytwarzane przez te organizmy, które w zbyt wysokich stężeniach są szkodliwe dla człowieka. Ich działanie może wpływać negatywnie m.in. na regulację podwzgórza, modulowanie emocji, stymulację zachowań seksualnych i związanych z odżywianiem się oraz powodować pojawianie się hiperaktywności (Shaw, 2016b, s. 30).

Kolejnym z założeń, na których bazuje terapia biomedyczna autyzmu, jest obecność szkodliwych substancji pochodzących z nieprawidłowo przebiegających procesów metabolicznych. Przypuszcza się, że niewystarczające ilości enzymu trawiącego, takie peptydy, jak gluten i kazeina, prowadzą do gromadzenia się w organizmie opioidów, będących związkami podobnymi do morfiny (McCandless, 2007, s. 43). Skutkiem przenikania zbyt dużych dawek tych substancji do mózgu jest hamowanie pracy pewnych jego rejonów. Może być to

jedną z przyczyn występowania u osób z autyzmem objawów charakteryzujących się „nieobecnością”, izolowaniem się w swoim świecie oraz ograniczeniem nawiązywania kontaktów z otoczeniem (tamże). Dodatkowo niektórzy badacze zakładają, że u osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu opioidy mogą uczestniczyć w procesie „przycinania” neuronów w obrębie ośrodkowego układu nerwowego, zwiększając jego intensywność, co potencjalnie skutkować może nieprawidłowym rozwojem (Shattock, Whiteley, Todd, 2009, s. 31–32). Negatywnymi skutkami działania peptydów opioidowych występujących w nadmiarze są także zaburzenia percepcji w obrębie niektórych ze zmysłów, wzbudzenie tzw. zachowań autostymulacyjnych oraz hamowanie ośrodków motywacyjnych zlokalizowanych w mózgu (tamże, s. 33–38).

Kolejne założenie dotyczące możliwych przyczyn rozwoju zaburzeń ze spektrum autyzmu mówi o tym, że podwyższony poziom szczawianów w organizmie człowieka, odkładających się w różnych narządach, w tym mózgu, zaburza ich pracę. Kryształy tworzące się z tych związków mogą wiązać żelazo, co poprzez zmniejszenie ilości tego makroelementu prowadzi do niewystarczającej produkcji czerwonych krwinek odpowiedzialnych za transport tlenu do komórek (Shaw, 2016a, s. 57–63).

Jednym z założeń terapii biomedycznej zaburzeń ze spektrum autyzmu jest również teoria mówiąca o wpływie różnych toksyn pochodzących ze środowiska na funkcjonowanie osób z nimi. Rośnie grupa badaczy twierdzących, że zwiększenie się liczby osób, u których diagnozuje się ASD, wynikać może z wprowadzenia metali ciężkich, głównie rtęci i ołowiu, do organizmu (Błaszczuk-Kowalska, 2015, s. 155–156). Te substancje chemiczne, zaliczane do grupy związków określanych mianem neurotoksyn, charakteryzują się destrukcyjnym działaniem na komórki nerwowe, czyli neurony (Kałużna-Czaplińska, Gryś, Rynkowski, 2008, s. 53). Przypuszcza się, że z powodu nieprawidłowej pracy organizmu u osób z ASD wykrywane są zbyt duże ilości metali ciężkich. Najczęściej jest to rtęć, pojawiają się również m.in. ołów, arsen i aluminium. Wśród głównych objawów skażenia tymi związkami wymienić można: wahania nastroju, zaburzenie nawiązywania relacji społecznych, obniżenie aktywności, drażliwość, agresywność czy labilność emocjonalną. Zdaniem wielu badaczy może to tłumaczyć występowanie tych wymienionych objawów u osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, u których wykryto jednocześnie obecność tej neurotoksyny (tamże, s. 55).

Opisane tu założenia terapii biomedycznej wyznaczają kierunki różnych działań dietetycznych oraz medycznych stosowanych w leczeniu osób z ASD. Składa się ona z trzech kluczowych elementów, którymi są: stosowanie odpowiedniej diety, suplementacja oraz detoksykacja organizmu (Campbell-McBride, 2013, s. 73).

Pierwszy z nich, czyli zmiana sposobu żywienia, polega przede wszystkim na wyeliminowaniu z codziennego jadłospisu produktów zawierających gluten, kazeinę, cukry proste i cukry złożone, takie jak skrobia. Istotne jest również całkowite zrezygnowanie z żywności wysoko przetworzonej. Dodatkowo u osób z autyzmem, u których w badaniach moczu wykryto podwyższony poziom szczawianów, należy ograniczyć spożycie pokarmów o wysokiej zawartości tych związków (Shaw, 2016a, s. 63). Według wielu badaczy zajmujących się opisywa-

na terapią jest to podstawowe, a jednocześnie dające największe efekty działanie (Dawidiuk, 2010, s. 25).

Kolejnym ważnym elementem terapii biomedycznej autyzmu jest stosowanie odpowiedniej suplementacji. W tym celu należy stosować probiotyki, mające na celu odbudowę równowagi flory bakteryjnej, oraz preparaty zawierające m.in. niezbędne kwasy tłuszczowe, olej z wątroby dorsza, enzymy trawienne, brakujące witaminy i minerały (Campbell-McBride, 2013, s. 197). Dodatkowo, w przypadkach dużego rozrostu kolonii drożdżaków w jelitach, w celu wyeliminowania tych mikroorganizmów stosuje się kuracje lekami przeciwgrzybiczymi (Shaw, 2016b, s. 58).

Trzecim składnikiem terapii biomedycznej, mającym na celu oczyszczenie organizmu z toksycznych metali ciężkich, są tzw. chelatacje. Te kuracje mają na celu odtruwanie organizmu z zalegających w nim związków pochodnych metali ciężkich. Rozpoczyna się je po wykonaniu badań sprawdzających, czy organizm danej osoby jest skażony któryś ze szkodliwych metali ciężkich. Po potwierdzeniu ich obecności lekarze dobierają odpowiedni środek, umożliwiający usunięcie konkretnej substancji. Chelatacje polegają na podawaniu osobie z zaburzeniami ze spektrum autyzmu leku zawierającego tzw. chelator. Ma on za zadanie wiązać się z metalem ciężkim obecnym w organizmie oraz ułatwiać jego usuwanie (Shaw, 2016b, s. 122–123).

Ta stosunkowo nowa oraz złożona w swoich założeniach forma terapii zaburzeń ze spektrum autyzmu zyskuje na popularności. Jej twórcy oraz propagatorzy podkreślają, że nie musi być ona skuteczna u każdego z pacjentów. Zapewniają jednak, iż w wielu przypadkach może przynieść spektakularne efekty.

Zainteresowane tym tematem przeprowadziłyśmy badania metodą studium przypadków. Ich celem było sprawdzenie, czy zastosowanie opisanych oddziaływań biomedycznych spowodowało pojawienie się zmian w funkcjonowaniu społecznym 11-letniego ucznia, u którego zdiagnozowano autyzm wczesnodziecięcy.

Metodologia badań własnych

Celem przeprowadzonych badań było rozpoznanie różnicy w funkcjonowaniu społecznym dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu na początku terapii biomedycznej oraz w trakcie jej stosowania. Osiągnięciu tego celu służyło znalezienie odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

- Jakie są rodzaje interakcji dziecka z rodzicami, z rówieśnikami, z nauczycielami?
- Jakie są rodzaje aktywności dziecka wynikające z roli ucznia?
- Czy i jakim stopniu nastąpiły zmiany w funkcjonowaniu chłopca w rolach członka rodziny, kolegi i ucznia w porównaniu z okresem przed wprowadzeniem terapii biomedycznej?

Problemy zostały rozwiązane przy użyciu metody indywidualnych przypadków. Technikami zastosowanymi w procesie badawczym były: wywiad, obserwacja nieuczestnicząca jawna oraz analiza dokumentów. Podczas przeprowadzania badań techniką obserwacji zastosowane zostały autorskie arkusze obserwacji dotyczące interakcji badanego z nauczycielem oraz rówieśnikami. Przeprowadzone w trakcie badań rozmowy kierowane opierały się na planach wywiadu.

Podmiot i organizacja badań

Podmiotem badań był 11-letni uczeń szkoły podstawowej. W momencie przeprowadzania opisywanych badań uczęszczał on do IV klasy ogólnodostępnej szkoły podstawowej. Na podstawie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego, wydanego ze względu na autyzm dziecięcy i niepełnosprawność intelektualną w stopniu lekkim, obowiązek szkolny realizuje on przy wsparciu nauczyciela wspomagającego. Opisywany chłopiec pochodzi z prawidłowo funkcjonującej rodziny. Autyzm wczesnodziecięcy zdiagnozowano u niego w wieku 2 lat i 11 miesięcy. Od momentu postawienia diagnozy do rozpoczęcia nauki w szkole uczeń objęty był terapią prowadzoną przez logopedę, psychologa, pedagoga specjalnego oraz terapeutę integracji sensorycznej. Obecnie pozostaje pod opieką specjalistów: logopedy, terapeuty pedagogicznego, pedagoga specjalnego oraz terapeuty integracji sensorycznej.

W marcu 2017 r. uczeń został objęty biomedyczną terapią zaburzeń ze spektrum autyzmu. Po konsultacji z lekarzem specjalizującym się w stosowaniu wymienionej terapii, pod którego opieką chłopiec pozostawał do momentu zakończenia leczenia farmakologicznego, rozpoczęto wdrażanie odpowiedniej diety. Początkowo polegała ona na wyłączeniu z codziennego jadłospisu mleka, cukrów prostych i glutenu. Poza zmianą sposobu odżywiania, po wykonaniu specjalistycznych analiz laboratoryjnych kału oraz moczu chłopca, w których wykryto grzyby z grupy *Candida* i bakterie z grupy *Clostridium*, rozpoczęto stosowanie środków farmakologicznych. Miały one na celu poprawienie stanu jelit poprzez oczyszczenie ich z wymienionych organizmów. Po dwóch miesiącach przyjmowania leków powtórzono badania laboratoryjne. Ich wyniki wykazały pozbycie się szkodliwych mikroorganizmów z jelit. W czerwcu tego samego roku rozpoczęto stosowanie chelatacji, jednak po trzech miesiącach kuracji, z powodu wystąpienia silnej reakcji alergicznej, zdecydowano o zakończeniu tej formy terapii. Dodatkowo niedługo po rozpoczęciu stosowania odpowiedniej diety uzupełniono ją o suplementację witaminą B12 i innymi preparatami witaminowymi oraz lekami mającymi na celu odrobaczenie organizmu. Po znacznym pogorszeniu się funkcjonowania układu pokarmowego chłopca jego rodzice zdecydowali o odstawieniu przyjmowanych leków. Obecnie terapia biomedyczna autyzmu stosowana u badanego dziecka polega jedynie na przestrzeganiu diety pozbawionej nabiału, cukrów prostych oraz glutenu. Poza opisaną formą oddziaływań terapeutycznych badany jest stale objęty opieką pedagogiczną, psychologiczną i logopedyczną.

Oprócz wywiadów z matką i nauczycielem wspomagającym przeprowadzono trzy obserwacje nieuczestniczące, jawne podczas zajęć indywidualnych z terapeutą pedagogicznym chłopca, oraz cztery takie same obserwacje podczas lekcji i przerw. Dodatkowo informacje potrzebne do stworzenia opisu funkcjonowania społecznego ucznia zdobyte przez wspomniane techniki uzupełniono analizą dokumentów ucznia.

Analiza wyników badań własnych

Najmniej zmian w zachowaniu badanego odnotowano w zakresie pełnienia przez niego roli członka rodziny. Zdaniem rodziców chłopca zastosowanie terapii

biomedycznej nie spowodowało znaczących zmian w funkcjonowaniu społecznym ich syna w domu. Chłopiec zarówno przed wprowadzeniem postępowania biomedycznego, jak i obecnie preferuje spędzanie czasu w samotności. Bez zmian pozostają również jego najbliższe relacje z matką, co wynikać może z tego, że większość czasu spędza właśnie z nią. Jedyną pozytywną zmianą, jaką zaobserwowali rodzice chłopca, jest to, że od czasu wakacji pyta się o to, kiedy odwiedzą rodzinę mieszkającą daleko od nich. Zdaniem matki dziecka zainteresowanie rodziną w momencie, kiedy już u niej są, trwa bardzo krótko, a następnie chłopiec fascynuje się przedmiotami z nowego otoczenia. Dodatkowo około 11 miesięcy po rozpoczęciu terapii rodziców zaskoczyły pytania syna dotyczące pracy jednego z nich. Wcześniej nie wykazywał on żadnego zainteresowania czynnościami, jakie wykonywali jego rodzice lub siostra, a w których nie brał udziału.

Zdaniem nauczycielki wspomagającej zmianę w funkcjonowaniu w roli członka rodziny dostrzec można w tym, że chłopiec coraz częściej opowiada o swoich rodzicach oraz siostrze. Przed wprowadzeniem terapii biomedycznej nigdy nie mówił o tacie lub rodzeństwie. Czasami wspominał o swojej mamie, natomiast jedynie w wypowiedziach typu: „Chcę do mojej mamusi”, „Kiedy przyjdzie moja mamusia”. Obecnie chłopiec coraz częściej opowiada o tym, co robił ze swoją matką lub ojcem oraz o swojej siostrze. Robi to w wypowiedziach typu: „Wczoraj uczyłem się z mamusią”, „Bawiłem się z tatą”, „Ania wyjechała na wycieczkę. Wróci w niedzielę”.

Większe postępy w badanej sferze odnotowano w zakresie funkcjonowania chłopca w roli ucznia. Przed rozpoczęciem terapii biomedycznej badany uczeń nie tolerował obecności rówieśników. Nie identyfikował się ze swoją klasą. Dodatkowo impulsywnie, za pomocą krzyku i stereotypii ruchowych, reagował, kiedy któreś z dzieci do niego podeszło lub ruszyło jego rzeczy. Podczas lekcji niezmiennie musiało pozostawać jego miejsce w sali lekcyjnej oraz układ ulubionych przedmiotów. Obecnie bez większych trudności dostosowuje się do zasygnalizowanych mu wcześniej zmian w planie lekcji lub ich przebiegu. Nie reaguje na to, że ktoś dotknie jego przedmiot lub np. przesunie krzesło, na którym siedzi. Szczególną zmianę widać u niego w przypadku podejścia do jego ulubionego zegarka, który zawsze przy sobie nosi. Przed stosowaniem postępowania biomedycznego przedmiot ten zawsze musiał być blisko niego i nikt nie mógł go dotykać. Obecnie nie zwraca już tak dużej uwagi na jego położenie oraz nie sprawdza na nim co chwilę godziny. Dodatkowo około jedenastu miesięcy od rozpoczęcia terapii biomedycznej po raz pierwszy poprosił kogoś o przypilnowanie tego zegarka na czas jego wyjścia do toalety.

Zmiana w funkcjonowaniu badanego w roli ucznia dostrzegalna jest również w stosunku do nauczycieli. Przed terapią biomedyczną chłopiec nie witał się z nauczycielami mijanymi na korytarzu lub mówił: „hej pani!”. Obecnie wita się ze wszystkimi mijanymi w szkole dorosłymi za pomocą zwrotu „dzień dobry” połączonego z imieniem w przypadku znanych mu nauczycieli. Dodatkowo od kilku tygodni podczas obiadów w stołówce szkolnej życzy smacznego nauczycielom siedzącym przy sąsiednim stole, mimo że – zdaniem jego nauczycielki oraz matki – nie był tego uczony. Poprawiło się również zaangażowanie badanego w pracę na lekcjach. W ubiegłym roku szkolnym uczeń protestował przed roz-

wiązywaniem prawie wszystkich zadań. Rozpoczęcie przez niego pracy podczas zajęć możliwe było jedynie po zastosowaniu dużej ilości motywacji zewnętrznej. Dodatkowo zdarzało się, że kiedy nauczyciel prowadzący zajęcia zaczynał pisać na tablicy lub zadawał kolejne zadania, chłopiec protestował krzycząc: „Nie pisz pani Emilko!”, „Nie otwieraj książki pani Emilko!”. Obecnie coraz rzadziej informuje, że nie chce rozwiązywać zadań, a nawet jeśli tak robi, to w większości przypadków mimo wszystko pracuje. Zmniejszyła się również liczba powtórzeń pytań ucznia o to, czy wszystkie lekcje danego dnia muszą się odbyć lub jak długo musi jeszcze czekać na to, aż będzie mógł pójść do domu z matką. Największy wzrost zaangażowania w pracę na zajęciach zauważalny jest na lekcjach wychowania fizycznego. Przed wprowadzeniem opisywanej terapii uczeń przez przynajmniej połowę zajęć preferował siedzenie oraz obserwowanie tego, co dzieje się za oknem sali gimnastycznej lub w niej. Obecnie coraz częściej ćwiczy nie tylko z nauczycielką wspomagającą, lecz także dołącza do całej klasy.

Kolejną zmianą w opisywanym obszarze funkcjonowania społecznego, zdaniem nauczycielki wspomagającej ucznia, jest wyższa gotowość do rozłąki z matką na czas obecności w szkole. Przed rozpoczęciem terapii biomedycznej badany chłopiec przynajmniej kilka razy każdego dnia w szkole powtarzał zwroty: „Ja chcę do mojej mamusi”; „Kiedy przyjdzie moja mamusia”; „Chcę do domu do mamusi”. Obecnie robi to jedynie w dni, w których ma zły humor lub jest bardzo zmęczony długimi zajęciami.

Znacznie poprawił się też poziom samodzielności ucznia w zakresie czynności szkolnych. Zdaniem nauczycielki wspomagającej przed stosowaniem postępowania biomedycznego chłopiec nigdy nie chciał samodzielnie pakować swoich rzeczy lub nosić swojego plecaka. Wymagał motywowania i udzielania pomocy podczas sprzątnięcia swojego miejsca pracy oraz zakładania mu tornistra na plecy. Nie był on również w stanie samodzielnie przebierać się przed lekcjami i po lekcjach wychowania fizycznego oraz prosił o pomoc w odnoszeniu swoich naczyń w stołówce szkolnej. Obecnie uczeń sam pilnuje tego, aby wszystkie jego rzeczy zostały zabrane z sali lekcyjnej oraz nosi swój plecak. Zdarza mu się również wziąć ze sobą rzeczy nauczycielki wspomagającej, jeśli ta zapomni ich wychodząc z klasy. Dobrze radzi sobie też ze zmianą ubrań przed zajęciami sportowymi oraz ze sprzątnięciem naczyń po obiedzie. Dużo radości sprawia mu możliwość samodzielnego nalania sobie zupy z wazy stojącej na stole.

Zdecydowanie największe postępy badany poczynił w zakresie funkcjonowania społecznego w roli kolegi. Przed wprowadzeniem postępowania biomedycznego chłopiec podczas przerw większość czasu spędzał na obserwowaniu tego, co jest za oknem. Nie zwracał uwagi na dzieci z jego klasy, ignorował większość pytań przez nie zadawanych oraz samodzielnie nie podejmował żadnych prób nawiązania interakcji z nikim poza dziewczynką, z którą siedział w ławce. Jednak w stosunku do niej przejawiał jedynie zachowania niewerbalne, takie jak przytulanie lub obserwowanie, natomiast z zakresu interakcji werbalnych witał się z nią słowami: „Hej Ola!”. Dodatkowo uczeń nie chciał brać udziału w zabawach proponowanych mu przez kolegów i koleżanki z klasy oraz podczas lekcji wychowania fizycznego nie dołączał do wszystkich ćwiczących dzieci. Za to podczas lekcji jedyną jego aktywnością związaną z innymi uczestnikami zajęć

było wspólne śpiewanie piosenki „Sto lat”, kiedy ktoś miał urodziny. Obecnie chłopiec często obserwuje aktywności innych dzieci oraz czasem podejmuje próby dołączenia się do nich. Od kilku miesięcy zwraca się po imieniu do większości uczniów ze swojej klasy oraz wita się z każdym z nich. Dodatkowo coraz częściej podczas przerw samodzielnie podejmuje próby zainicjowania kontaktu z niektórymi uczniami. Zdaniem nauczycielki wspomagającej ucznia od kilku tygodni podczas lekcji WF-u chłopiec coraz częściej dołącza do klasy. Większość ćwiczeń wykonuje naśladowując ruchy zaobserwowane u koleżanek i kolegów. Warto podkreślić, że pięć miesięcy po rozpoczęciu stosowania terapii biomedycznej opisywany chłopiec zaczął dołączać do aktywności innych uczniów z jego klasy. Pierwszą tego typu sytuacją było wspólne granie z resztą klasy w wyliczankę „onsekabanse”. Zdaniem nauczycielki wspomagającej ucznia podczas tej zabawy wykazywał on radość i ekscytację. Innym ciekawym przykładem wchodzenia badanego w interakcje z rówieśnikami może być sytuacja zaobserwowana podczas jednej z przerw spędzanych przez klasę w sali gimnastycznej. Chłopiec samodzielnie wszedł na stos materacy, na którym siedziała grupa dziewczynek, leżał tam z nimi wspólnie śmiejąc się i wymachując rękami.

Kolejną zmianą w zachowaniu społecznym ucznia jest pojawienie się prób żartowania z rówieśnikami. Podczas lekcji badanemu chłopcu zdarza się kierować różne komentarze w kierunku klasy łączone z uśmiechem. Najczęściej są to powtórzenia próśb nauczycielki o to, aby uczniowie byli ciszej. Dodatkowo w czasie przerw podchodzi on do jednego z kolegów z klasy i zaczepia go, śmieje się wraz z nim.

Podsumowanie i wnioski

Zaburzenia ze spektrum autyzmu ze względu na wzrost częstości występowania od lat są podmiotem wielu badań. Mimo znacznego wzrostu wiedzy na temat etiologii i specyfiki tego zaburzenia, wciąż nie jest ona pełna. Wraz ze wzrostem zainteresowania ASD oraz liczby przypadków diagnozowania go powstają nowe koncepcje terapii mogących możliwie najbardziej zminimalizować jego skutki. Na gruncie jednego z takich zbiorów założeń dotyczących prawdopodobnych przyczyn rozwoju zaburzeń ze spektrum autyzmu opracowano postępowanie biomedyczne.

Przedstawione wyniki badań pozwalają sformułować następujące wnioski. Pierwszy z nich mówi o tym, że u badanego ucznia w ciągu 13 miesięcy stosowania terapii biomedycznej nastąpiły zmiany w funkcjonowaniu społecznym. Niewątpliwie jest również to, że mają one charakter pozytywny, natomiast ich intensywność jest zróżnicowana w zależności od obszaru sfery rozwojowej. Można stwierdzić, że w trakcie stosowania terapii biomedycznej badany chłopiec największe postępy w rozwoju społecznym poczynił w zakresie funkcjonowania w roli kolegi. Poprawę w nieco mniejszym stopniu można zauważyć w obszarze funkcjonowania w roli ucznia. Zwiększyła się również samodzielność chłopca w zakresie czynności samoobsługowych i zadań związanych z aktywnościami ucznia w szkole. Najmniej dostrzegalne zmiany zaszły w obszarze funkcjonowania w roli członka rodziny. Rodzice badanego chłopca nie odnotowali u nie-

go znaczącej poprawy w nawiązywaniu interakcji z nimi. Taka dysproporcja w zakresach zmian w funkcjonowaniu społecznym badanego wynikać może z tego, że w domu ma on zdecydowanie mniej możliwości do budowania umiejętności społecznych niż podczas pobytu w szkole. Dodatkowo różnica ta może mieć swoje źródło w podejściu do zachodzących zmian oraz sposobie obserwacji chłopca. Jego rodzice, jak sami przyznali, oczekiwali szybkiej oraz spektakularnej poprawy. Z tego względu mogli nie dostrzec mniejszych oraz stopniowych zmian w jego zachowaniu. Nauczyciele i specjaliści pracujący z uczniem, obserwując jego zachowanie, wiedzą, na jakie jego składowe szczególnie zwracać uwagę, co pozwala im na dokładniejsze dostrzeżenie możliwych postępów.

Kolejnym wnioskiem z badań jest stwierdzenie, że w przypadku badanego chłopca oprócz od dawna prowadzonych terapii pedagogicznej, psychologicznej i logopedycznej należy cierpliwie kontynuować dietę, stanowiącą jeden z elementów terapii biomedycznej.

Na podstawie zebranych informacji można domniemać, że terapia biomedyczna zaburzeń ze spektrum autyzmu, a zwłaszcza składająca się na nią odpowiednio dobrana dieta, może być dobrą formą uzupełnienia tradycyjnych terapii psychologiczno-pedagogicznych stosowanych u osób z autyzmem. Ze względu jednak na wiele negatywnych skutków stosowania preparatów farmakologicznych, mających na celu suplementację i chelatację, należy zachować ostrożność podczas informowania rodzin dzieci z autyzmem o takiej formie terapii. Z powodu możliwości spowodowania negatywnych zmian w funkcjonowaniu organizmu człowieka poprzez nieprawidłowe stosowanie opisanych oddziaływań, bardzo ważne jest rozważne podejście do ich rozpoczęcia, poparte wieloma badaniami medycznymi oraz szczegółowymi obserwacjami. Rodzice dzieci z jakąkolwiek niepełnosprawnością, niepoinformowani szczegółowo o wadach i zaleceniach takiej terapii, mogą łatwo ulec marketingowi firm, które nieprofesjonalnie podchodzą do leczenia tej formy zaburzenia, czyniąc tym samym wiele szkód na zdrowiu pacjentów. Decydując się na rozpoczęcie takiej formy terapii, warto dokładnie zapoznać się z jej założeniami oraz możliwymi skutkami przebiegu.

Bibliografia

- Błaszczuk-Kowalska, S. (2015). Oddziaływania biomedyczne w odniesieniu do dzieci z autyzmem. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja*, 3, 153–163.
- Campbell-McBride, N. (2013). *Zespół psychologiczno-jelitowy GAPS*. Londyn: Wydawnictwo Stenka.
- Dawidiuk, I. (2010). Wpływ diety na zachowania autystyczne. Czy taka interwencja jest możliwa? W: B. Winczura (red.), *Autyzm. Na granicy zrozumienia* (s. 23–34). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Kałużna-Czaplińska, J., Grys, W., Rynkowski, J. (2008). Czynniki neurotoksyczne w środowisku życia dzieci przyczyną zaburzeń rozwojowych w aspekcie autyzmu. *Nowa Pediatria*, 3, 50–57.
- McCandless, J. (2007). *Dzieci z głodującymi mózganiami. Przewodnik terapii medycznych dla chłopców spektrum autyzmu*. Warszawa: Fraszka Edukacyjna.
- Palak, Z., Prokopiak, A. (red.). (2017). *Autyzm i rodzina*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Pisula, E. (2012). *Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia*. Gdańsk: GWP.

- Shattock, P., Whiteley, P., Todd, L. (2009). *Autyzm jako zaburzenie metabolizmu*. Kraków: Krajowe Towarzystwo Autyzmu, Oddział Kraków.
- Shaw, W. (2016a). *Autyzm: więcej niż podstawy. Leczenie zaburzeń ze spektrum autyzmu*. Warszawa: Fraszka Edukacyjna.
- Shaw, W. (red.). (2016b). *Leczenie biomedyczne autyzmu i PDD*. Warszawa: Fraszka Edukacyjna.

BIOMEDICAL TREATMENT VERSUS THE SOCIAL FUNCTIONING OF A CHILD WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

Abstract

This article looks at the findings of a study whose aim was to explore the difference in the social functioning of a student with autism spectrum disorders before biomedical treatment was introduced and during the treatment. It provides information on changes in the participant's social behaviors collected with the use of the case study method and a short description of biomedical treatment guidelines and elements. Analysis of the information gathered shows that after 12 months from the beginning of biomedical treatment for autism, positive changes occurred in the participant's social functioning. He made the most progress in fulfilling the role of a friend and the least progress in social behaviors toward his family.

Keywords: autism, autism spectrum disorders, biomedical treatment for autism, social functioning, diet

PAULINA KRZESZEWSKA
<https://orcid.org/0000-0003-2222-3726>
pj.krzeszewska@gmail.com

Uniwersytet Śląski w Katowicach

EMILIA MIKOŁAJEWSKA

<https://orcid.org/0000-0002-2769-3068>

e.mikolajewska@wp.pl

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu,

Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera

w Bydgoszczy

ISSN 0137-818X

DOI: 10.5604/01.3001.0014.4735

Data wpływu: 12.12.2019

Data przyjęcia: 8.09.2020

PRZEGLĄD I ANALIZA METOD TERAPEUTYCZNYCH DEDYKOWANYCH PRZETRWAŁYM ODRUCHOM PIERWOTNYM

W ostatnich latach obserwuje się wzrost zainteresowania tematem przetrwałych odruchów pierwotnych u dzieci. Rośnie świadomość w zakresie występowania i konsekwencji tych reakcji odruchowych wśród specjalistów i rodziców, jak również liczba proponowanych form terapii. Niejednokrotnie jednak formy te nie są zgodne z obecnym stanem badań dotyczącym obrazu klinicznego odruchów przetrwałych czy skutków podejmowanych procedur terapeutycznych. Popularność wybranej metody nie zawsze idzie w parze z naukową zasadnością wdrażanych strategii. Celem niniejszego artykułu jest dokonanie przeglądu i analizy metod terapeutycznych, jakie są dedykowane przetrwałym odruchom pierwotnym.

Słowa kluczowe: odruch pierwotny, odruch przetrwały, odruch nieprawidłowy, terapia odruchów pierwotnych

Wprowadzenie

Odruchy pierwotne to fizjologicznie normatywne, nieświadome i powtarzalne reakcje ciała na wybrane bodźce zewnętrzne, umożliwiające rozwój funkcjonalny niemowlęcia. Obraz kliniczny przetrwałych odruchów pierwotnych jest przedmiotem opracowań neurologów (Czochańska, 1977, 1985; Nowotny i in., 2003), fizjoterapeutów (Sadowska, 2000; Mikołajewska, 2017), psychologów (Goddard Blythe, 2015b)¹, a w ostatnim czasie również innych specjalistów, m.in. logopedów (Przybyła, 2016; Krzeszewska, 2019). Autorzy wskazują na obecność odruchów pierwotnych jako wskaźników prawidłowego rozwoju niemowlęcia. Obowiązuje to jednak pod warunkiem, że odruchy pierwotne są wygaszane po zakończeniu fizjologicznego okresu występowania, tak by ostatecznie możliwe były ruchy dowolne.

¹ Zgodnie z CV na stronie <http://sallygoddardblythe.co.uk/cv/> Sally Goddard Blythe ma licencjat i magisterium z psychologii na California Coast University w Santa Ana (USA).

Metodyka przeglądu

Krytyczny przegląd literatury opublikowanej do lipca 2019 r. przeprowadzono z wykorzystaniem baz danych – PubMed, PEDro i Health Source: Nursing/Academic Edition. W przeglądzie wykorzystano następujące słowa kluczowe w językach polskim i angielskim: odruchy pierwotne, odruchy przetrwałe, terapia odruchów pierwotnych, *primitive reflexes*, *retained reflexes*, *primitive reflexes therapy* i pokrewne.

Przyjęte kryteria uwzględnienia i pominięcia publikacji w przeglądzie przedstawiono w tabeli.

Tabela. Kryteria uwzględnienia i pominięcia publikacji w przeglądzie literatury

Kryteria uwzględnienia	Kryteria pominięcia
Prace oryginalne i przeglądowe oraz opisy przypadków w czasopismach, materiałach konferencyjnych lub książkach	Artykuły redakcyjne, listy do redakcji itp.
Języki publikacji angielski i polski	Język publikacji inny niż angielski i polski
Prace recenzowane	Prace nierecenzowane

Źródło: Opracowanie własne.

Przeegląd wykazał 116 803 publikacje ze słowem kluczowym *reflex* (w latach 1858–2019), natomiast ze słowem kluczowym *primary reflex* (w latach 1950–2019) – jedynie 23 prace (0,02%). W związku z tym rozszerzono liczbę przeglądanych baz danych do 10 oraz rozszerzono kryteria uwzględnienia o książki nierecenzowane. Wymienione kryteria uwzględnienia spełniło tylko 20 publikacji, przedstawiono je w dalszej części niniejszej pracy. Potwierdza to ważność podjętego tematu, gdyż do tej pory nie został on dostatecznie dobrze zbadany.

Przetrwałe odruchy pierwotne

W artykule jako odruchy pierwotne (prymitywne, niemowlęce) opisywane są takie odruchy, jak: asymetryczny toniczny odruch szyjny (ATOS), symetryczny toniczny odruch szyjny (STOS), toniczny odruch błędnikowy (TOB), odruch Moro, odruch chwytny rąk. Odruch przetrwały należy postrzegać zarówno w aspekcie czasowym – kiedy jest aktywny po wyznaczonym okresie fizjologicznego występowania – oraz w aspekcie nasilenia reakcji odruchowych ciała – a zatem przetrwały w formie szczątkowej, z niewielkim nasileniem bądź mocno wyrażonym. Proces wygaszania jest także określany jako wyhamowanie.

Niewyhamowane odruchy występują na dalszych etapach rozwoju psychoruchowego, a zatem w sferach rozwoju fizycznego, zmysłowego, intelektualnego, społecznego, emocjonalnego i zachowania, komunikacji.

W zależności od tego, który odruch przetrwa, dana osoba może doświadczać innego rodzaju problemów. Najczęściej niewyhamowane odruchy w formie szczątkowej obserwuje i diagnozuje się u dzieci w wieku szkolnym ze względu na to, że konsekwencje przetrwania znajdują odzwierciedlenie w trudnościach z nauką czy-

tania, pisania, matematyki, ze sprawnością podczas zajęć wychowania fizycznego włącznie. Rodzice, zaniepokojeni takim stanem rzeczy, decydują się na dodatkowe zajęcia lub terapię w celu umożliwienia wyhamowania odruchów i zapewnienia dostępu do większych możliwości wykorzystania sił dziecka.

Metody i techniki terapeutyczne w terapii przetrwałych odruchów pierwotnych

Jeśli fizjologicznie odruchy pierwotne powinny samoistnie zostać wyhamowane, to w przypadku odruchu przetrwałego konieczne jest do tego wsparcie terapeuty. W zależności od założeń wybranej metody terapia przetrwałych odruchów pierwotnych polega na wprowadzaniu ułożeń odwrotnych do odruchowej reakcji ciała lub na zestawach/sekwencjach ćwiczeń.

Międzynarodowy Instytut im. Swietłany Masgutovej (MNRI)

Głównym założeniem programu MNRI jest następująca koncepcja: „układ ruchów pierwotnych przedstawia naturalne, genetycznie zaprogramowane wewnętrzne zasoby człowieka. Integracja schematów odruchów odbywa się w obrębie trzech aspektów aktywności «koła odruchowego»: stymulacja sensoryczna (zmysłowa) i rozpoznanie bodźca przez nasz układ zmysłów, przetwarzanie informacji w mózgu – «rozpoznanie» przez mózg bodźca jako bodźca obronnego, wymagającego ochrony lub służącego rozwojowi, reakcji motorycznej (ruchowej) zwrotnej na bodziec zmysłowy jako komenda mózgu na działanie odruchowe”².

Jest to jedna z metod dotycząca integracji odruchów pierwotnych, podczas gdy nie dysponujemy jeszcze wynikami badań neuroobrazowych, przedstawiających, na jakiej zasadzie odruchy są wygaszane, czy jest to proces zanikania, czy – jak wskazuje autorka metody Swietłana Masgutova – łączenia się odruchów ze sobą, by osiągać bardziej złożone umiejętności motoryczne.

Pomimo dużej popularności kursów i szkoleń twórcy i praktycy tej metody publikują wyniki nieprecyzyjnie zaplanowanych badań nad efektywnością terapii. Na stronie internetowej metody Masgutovej załączono listę artykułów poświęconych opisowi efektów terapii. Nie uwzględnia się w nich jednak odpowiednio licznych grup kontrolnych, grup placebo czy grup wykonujących jakiegokolwiek inne ćwiczenia niż te, które mają wygaszać odruchy pierwotne. Departament Zdrowia stanu Wisconsin (Wisconsin Department of Health Services) w 2014 r. opublikował raport³, który podsumował MNRI jako metodę popartą nie badaniami eksperymentalnymi, a opisami osób, które podjęły terapię tą metodą⁴. Przegląd bibliograficznych baz danych, takich jak EBSCO, nie ujawnił żadnych opublikowanych badań, a przegląd internetu – jedynie publikacje autorki

² <https://masgu.com/metoda/>.

³ Raport Wisconsin Department of Health Services (2014). <https://www.dhs.wisconsin.gov/library/masgutovanri.htm>.

⁴ <https://www.dhs.wisconsin.gov/library/masgutovanri.htm>.

metody. Musimy mieć to na względzie, jeżeli chcemy prowadzić praktykę opartą na dowodach naukowych (*evidence based practice*, EBP).

Metoda Instytutu Psychologii Neurofizjologicznej (INPP)

Twórcą metody INPP jest brytyjski psycholog Peter Blythe, a współtwórczynią i obecną dyrektorką instytutu – Sally Goddard Blythe. Praca założycieli i praktyków INPP znacząco przyczyniła się do zwiększenia świadomości o obrazie klinicznym odruchów przetrwałych, jak również konsekwencji wynikających z ich obecności. Zostało to opublikowane w kilku książkach Goddard Blythe (2010, 2011a, 2011b, 2015a, 2015b, 2018). Diagnoza według INPP uwzględnia testy medyczne, oceniające między innymi: równowagę, koordynację ruchową, schematy rozwoju ruchowego, dysdiadochokinezę, percepcję wzrokową i funkcje okoruchowe, integrację wzrokowo-ruchową oraz występowanie nieprawidłowych odruchów pierwotnych i posturalnych.

Istotnym terminem, stosowanym przez twórców i praktyków tej metody, jest „niedojrzałość neuromotoryczna”, oznaczająca utrzymanie się niedojrzałych wzorców kontroli ruchowej. Testy INPP mają badać zewnętrzne oznaki opóźnień funkcjonalnych czy rozwojowych danych dróg nerwowych, a więc oznaki miękkie lekkiej lub umiarkowanej nieprawidłowości neurologicznej, „która nie daje szczegółowych informacji o przyczynie bądź umiejscowieniu problemu” (Goddard Blythe, 2015a, s. 15). Jest to podobnie wątpliwa kwestia, jak twierdzenie autorów, że testy sprawdzające możliwości fizyczne umożliwią ocenę aktywności mózdzka. Do tego rodzaju ocen wydaje się konieczne przeprowadzenie badań neuroobrazowych.

Terapia INPP prowadzona jest w formie „indywidualnej interwencji, która polega na codziennym wykonywaniu indywidualnie dobranych ćwiczeń ruchowych”, nadzorowanych przez rodziców, 5–10 min dziennie, z konsultacją co kilka tygodni. Organizowany jest również Szkolny Program Interwencyjny Sally Goddard Blythe, oparty na integracji odruchów oraz ocenie neuromotorycznej gotowości do nauki testem przesiewowym INPP – *Wspomaganie rozwoju dzieci ze specyficznymi trudnościami w nauce*, realizowany grupowo. Program ćwiczeń, według założeń, należy realizować regularnie (codziennie w szkole), powtarzalnie (te same ruchy powtarzane przez kilka tygodni, przez minimum 9 lub nawet 12 miesięcy) (Goddard Blythe, 2015b, s. 101). Pomimo wyników badań potwierdzających efektywność takich zajęć należy mieć na uwadze, że ów zestaw ćwiczeń wygaszających odruchy wykonują wszyscy uczniowie. Ten sam program jest dla wszystkich, bez względu na to, czy uczniowie w jakimkolwiek stopniu manifestują objawy przetrwania któregoś z odruchów pierwotnych czy nie. Niemniej jednak badania przeprowadzone w trzech grupach: eksperymentalnej (wykonującej ćwiczenia według programu INPP), placebo (wykonującej innego rodzaju ćwiczenia) oraz kontrolnej (niewykonującej żadnych ćwiczeń) wykazały istotną statystycznie poprawę w zakresie wygaszenia odruchów pierwotnych w porównaniu do grupy kontrolnej i placebo. Nie odnotowano statystycznie istotnej poprawy w zakresie umiejętności czytania i pisanie (Goddard Blythe, 2005, s. 423).

Metodyka INPP została wykorzystana do zbadania częstości występowania odruchów przetrwałych wśród polskich dzieci. Wykazano, że przetrwały odruchy

pierwotne prezentowało 65% badanych dzieci w wieku przedszkolnym. Wykazano również związek asymetrii tułowia z przetrwałym odruchem Galanta (Gieysztor, Choińska, Paprocka-Borowicz, 2018a, s. 169; Gieysztor i in., 2018b, s. 364).

Terapia odruchów pierwotnych w ujęciu medycznym

Program terapii odruchów w ujęciu medycznym został stworzony przez specjalistę fizjoterapii dr hab. Emilię Mikołajewską, prof. UMK. W tym podejściu zwraca się szczególną uwagę na bardzo dokładną diagnozę i pracę z odruchami zdiagnozowanymi jako przetrwałe, bez ponownego uaktywniania odruchów już wygaszonych przez układ nerwowy. Nie dopuszcza się ingerowania w te elementy, z którymi organizm już sobie poradził. Praca skupia się na wygaszeniu przetrwałych odruchów przez wdrażanie ruchowych wzorców odmiennych od reakcji odruchowych, z zachowaniem bodźcowania, które w rzeczywistości pacjenta będzie obecne przez całe życie i nie wolno go eliminować. Niezwykle ważne jest zidentyfikowanie i terapia skutków ubocznych odruchu przetrwałego – bez tego elementu proces terapeutyczny nie jest zakończony. W terapii przetrwałych odruchów pierwotnych w ujęciu medycznym uwzględnia się także minimalizowanie nadmiernego bodźcowania podczas procesu wygaszania oraz stosowanie wsparcia w najbliższym otoczeniu (Mikołajewska, 2017, s. 15).

Wdrażane ćwiczenia są zgodne z fizjologicznym rozwojem człowieka – ta metoda nie wdraża wzorców patologicznych. W podejściu medycznym wg Mikołajewskiej znajdują się także rozwiązania dla odruchów słabych oraz propozycje wsparcia funkcji, jakich słabe odruchy pierwotne w okresie ich fizjologicznego okresu występowania nie zrealizowały. Wdrażane strategie są zgodne z biomechaniką i ruchem fizjologicznym, a podstawę stanowi znajomość obrazu odruchu oraz funkcji, jakie miał zrealizować. Zażniwane braki są uzupełniane, trenowane pod postacią ukierunkowanych ćwiczeń.

Dotychczas w Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy zrealizowano badanie na ten temat – ich wynikiem jest praca magisterska (Makarewicz, 2018). Z badań wynika, że przetrwałe postacie odruchów pierwotnych występują w grupie przedszkolnej. Minimalizacja możliwych negatywnych skutków wymaga wprowadzenia skutecznej, indywidualnie dobranej terapii, która zmniejszyłaby następstwa ich występowania po okresie fizjologicznego ich występowania.

Brain Balance

Systemowa terapia Brain Balance, niedostępna w Polsce, spopularyzowana jest w Stanach Zjednoczonych. Jej program uwzględnia 4 elementy terapii dzieci z trudnościami rozwojowymi: ćwiczenia sensomotoryczne (*Sensory Motor Exercises*) z uwzględnieniem wygaszania odruchów pierwotnych, ćwiczenia umiejętności szkolnych (*Academic Activities*), plan żywieniowy (*The Balance 360 Nutrition System*) oraz ćwiczenia domowe (*At Home Daily Exercises*) (Melillo, 2017). Autorem jest Robert Melillo, którego syn przejawiał trudności rozwojowe. W wyniku rosnącego zainteresowania podłożem tych trudności, opracował holistyczny program Brain Balance, początkowo realizowany w specjalistycznych ośrodkach, a później propagowany do stosowania przez rodziców w domu.

Twórca programu motywuje większość zaburzeń rozwojowych, takich jak: ADHD, zaburzenia ze spektrum autyzmu, zespół Aspergera, dysleksja, dysgrafia, trudności w uczeniu się, zaburzenia językowe, CAPD, dyspraksja, zaburzenia zachowania, zespół czynnościowego rozłączenia (*functional disconnection syndrome*, FDS). Istotą FDS jest brak zbalansowania i zsynchronizowania obu półkul mózgowych, co uniemożliwia przekazywanie i integrowanie informacji. Kontrowersyjne jest twierdzenie autora, że za sprawą programu Brain Balance, nawet w przypadku autyzmu, „wszystkie objawy mogą ustąpić” (tamże). Podobnie jak w przypadku programu MNRI, wątpliwości wobec Brain Balance budzi potwierdzenie jego efektywności jedynie relacjami rodziców z terapii ich dzieci. Jest to ważny głos w sprawie, nie wyklucza on jednak możliwości uzyskania tych samych efektów na drodze stosowania innych metod terapeutycznych.

Diagnoza obejmuje – oprócz badania lateralizacji, posturalnego, równowagi układu przedsionkowego, funkcji słuchowych, wzrokowych, proprioceptywnych, dotykowych, badania węchu – odruchy pierwotne. Jeżeli odruchy są obecne w formie przetrwałej, Melillo zaleca, by wywołać odruch i powtarzać go aż do wygaszenia: „Ponawiajcie odruch przez pięć do dziesięciu razy, w krótkich odstępach, aż nie będziecie mogli go już wywołać. Wtedy zróbcie przerwę i po kilku godzinach sprawdźcie odruch ponownie. Wykonajcie to kilka razy dziennie, aż odruch całkowicie zniknie” (tamże, s. 55). Jest to ujęcie niezgodne z obserwacjami klinicznymi. Gdyby liczba powtórzeń wzorca odruchu miała warunkować jego wygaszenie, osoby z mózgowym porażeniem dziecięcym – u których patologicznie przetrwały odruchy są aktywowane przez lata – nie prezentowałyby odruchów pierwotnych.

Primary Movement

Podobnie jak program Brain Balance, program Primary Movement nie doczekał się polskiego przedstawicielstwa. Program polega na powtarzaniu układu pierwotnych wzorców odruchowych w celu ich wyhamowania. Utworzony na Uniwersytecie Queen’s w Belfaście, zakłada pracę w grupach dzieci od 4. r.ż., a zajęcia indywidualne – od 6. Naukową wartością tej metody są przeprowadzone badania współwystępowania przetrwałych odruchów pierwotnych z umiejętnościami szkolnymi oraz efektywności terapii. Jedno z nich wykonano w grupach dzieci ze zdiagnozowaną dysleksją i dzieci bez dysleksji, ale z trudnościami w nauce czytania. Przebadano 739 chłopców i dziewczynek w wieku 7–9 lat pod kątem obecności przetrwałego asymetrycznego tonicznego odruchu szyjnego (ATOS). Wykazano między innymi, że chłopcy manifestują silniej przetrwały ATOS niż dziewczynki oraz że przetrwanie tego odruchu może wpływać na występowanie trudności szkolnych (McPhillips, Jordan-Black, 2007a, s. 751–752).

Efektywność programu Primary Movement potwierdzono w trzech grupach 20-osobowych dzieci w wieku 8–11 lat: grupie eksperymentalnej (wykonującej ćwiczenia z programu), grupie kontrolnej (niewykonującej żadnych ćwiczeń) i grupie placebo (wykonującej inny rodzaj ćwiczeń niż Primary Movements). Jedynie uczestnicy badań z grupy eksperymentalnej prezentowali istotne zmniejszenie aktywności przetrwałego ATOS, podczas gdy w pozostałych dwóch grupach nie odnotowano istotnych różnic (McPhillips, Hepper, Mulhern, 2000,

s. 540). Wyniki kolejnych badań wykazały, iż zajęcia prowadzone zgodnie z założeniami programu Primary Movement doprowadziły do wygaszenia przetrwałego ATOS w grupie 683 dzieci. Korelowało to z istotną poprawą w zakresie nauki czytania i matematyki u badanych (Jordan-Black, 2005, s. 111).

Dyskusja

Bez wątpienia badanie odruchów pozostaje jednym z najwcześniejszych, najprostszych oraz najczęściej wykorzystywanym narzędziem do oceny integralności ośrodkowego układu nerwowego u niemowląt i małych dzieci (Zafeiriou, 2004, s. 1). Uważa się, że pozwala ono na wczesne wykrycie dziecięcego porażenia mózgowego (Blasco, 1994), spastyczności (odruch chwytny i Moro – Futagi, Toribe, Suzuki, 2012) czy schorzeń ze spektrum autyzmu (Chinello, DiGangi, Valenza, 2018). Wykazano również związek między niską masą urodzeniową a przetrwałymi odruchami pierwotnymi (Marquis i in., 1984), natomiast nie wykazano ich związku z zespołem Downa (Malak i in., 2013). Diagnostykę utrudnia współwystępowanie przetrwałych odruchów pierwotnych w niektórych schorzeniach (Kamate, 2017).

Podejście medyczne jest oparte na najnowszych badaniach klinicznych, w tym neuroobrazowych. W badaniach neuroobrazowych (fMRI) oraz reakcji skórno-galwanicznej (ang. *galvanic skin response*, GSR) ukazano neuronalne korelaty połykania oraz słabnięcie aktywacji ww. sieci neuronalnych wraz z wiekiem (seniorzy kontra młodzi dorośli) (Windel, Mihai, Lotze, 2015). Zaobserwowano podobne zmiany w obszarach mózgu związanych z żuciem (Lin i in., 2017). Brak jest jednak podobnych badań w grupie dzieci. W tym aspekcie rozwijane są również modele zwierzęce (Delcour i in., 2018).

Ograniczeniem tego przeglądu jest mała liczba publikacji dotyczących odruchów przetrwałych i ich terapii. Brakuje randomizowanych badań klinicznych znajdujących się wysoko w hierarchii źródeł według paradygmatu EBM, w szczególności prowadzonych przez interdyscyplinarne zespoły badawcze nie związane z żadną konkretną metodą terapeutyczną.

Efekty przeglądu wskazują na niedostateczną liczbę badań z omawianego zakresu. W dobie medycyny opartej na faktach oraz praktyki odnoszącej się do tych wyników badań, istotne jest weryfikowanie podejmowanych metod terapeutycznych w ramach randomizowanych badań klinicznych na dużych próbach pacjentów. Szczególnie brakuje badań z ostatnich lat, wykorzystujących możliwości, jakie daje obrazowanie funkcjonalnym rezonansem magnetycznym⁵. Ponadto takie badania w grupie niemowląt i małych dzieci są bardzo trudne nie tylko metodologicznie i organizacyjnie. Należy pamiętać, że trudno jest dobrać grupę, która może być uznana za homogeniczną. W odniesieniu do terapii odruchów pierwotnych było to już sygnalizowane w jednej z prac (Krzyszewska, Mikołajewska, 2018, s. 48–50). Ogranicza to możliwości analizy do wąskiej grupy publikacji au-

⁵ por. stopień komplikacji badania „Neurofizjologia artysty w performance_e.1/2015-2017” <https://www.funom.org/experiments>.

torów poszczególnych metod, gdy tymczasem wyniki badań eksperymentalnych powinny być replikowalne, aby można je było przenieść lub generalizować na inne grupy pacjentów. Nawet częściowe wyniki negatywne powinny umożliwić odrzucenie metod o wątpliwej efektywności klinicznej (z naukowego punktu widzenia) i skupić dalsze badania, niekiedy już bardziej kosztowne, na grupie metod budzących największe nadzieje na sukces terapeutyczny.

Wnioski

Umiejętność diagnozowania przetrwałych odruchów pierwotnych, wdrażania ćwiczeń adekwatnych do potrzeb i możliwości pacjenta jest stałym elementem procesu rehabilitacyjnego. Terapeuta powinien uzasadnić wpływ dobieranych ćwiczeń na układ motoryczny i układ nerwowy oraz dostosować stosowane metody terapeutyczne do etapu rozwojowego, na jakim jest pacjent.

Mechanizmy oraz częstość występowania odruchów przetrwałych wymaga dalszych badań. Ważne jest również określenie nie tylko najefektywniejszych sposobów terapii w poszczególnych przypadkach, lecz również zbadanie najważniejszych czynników prognostycznych. Przedstawione w pracy wyniki analiz oraz propozycje strategii prewencji mogą stanowić punkt wyjścia dalszych badań.

Rozpowszechnienie oraz zastosowanie tej wiedzy w praktyce klinicznej pozwoli na podniesienie dokładności diagnostyki i efektywności terapii, zmniejszy liczbę błędów oraz – co najważniejsze – poprawi wyniki rozwojowe u dzieci.

Bibliografia

- Blasco, P.A. (1994). Primitive reflexes. Their contribution to the early detection of cerebral palsy. *Clin Pediatr (Phila)*, 33(7), 388–397.
- Chinello, A., Di Gangi, V., Valenza, E. (2018). Persistent primary reflexes affect motor acts: Potential implications for autism spectrum disorder. *Res Dev Disabil*, 83, 287–295.
- Czochońska, J. (1977). *Neurologia dziecięca*. Warszawa: PZWL.
- Czochońska, J. (1985). *Wczesne rozpoznawanie i metody postępowania w uszkodzeniach układu nerwowego u dzieci*. Warszawa: PZWL.
- Delcour, M., Russier, M., Castets, F., Turtle-Lorenzo, N., Canu, M.H., Cayetano, F., Barbe, M.F., Coq, J.O. (2018). Early movement restriction leads to maladaptive plasticity in the sensorimotor cortex and to movement disorders. *Sci Rep*, 8(1), 16328.
- Futagi, Y., Toribe, Y., Suzuki, Y. (2012). The grasp reflex and moro reflex in infants: hierarchy of primitive reflex responses. *Int J Pediatr*, 191562.
- Gieysztor, E.Z., Choińska, A.M., Paprocka-Borowicz, M. (2018a). Persistence of primitive reflexes and associated motor problems in healthy preschool children. *Arch Med Sci*, 14(1), 167–173.
- Gieysztor, E.Z., Sadowska, L., Choińska, A.M., Paprocka-Borowicz, M. (2018b). Trunk rotation due to persistence of primitive reflexes in early school-age children. *Adv Clin Exp Med*, 27(3), 363–366.
- Goddard Blythe, S. (2005). Releasing educational potential through movement: a summary of individual studies carried out using the INPP Test Battery and Developmental Exercise Programme for use in schools with children with special needs. *Child Care in Practice*, 11(4), 415–432.
- Goddard Blythe, S. (2010). *Harmonijny rozwój dziecka*. Wyd. 2. Warszawa: Świat Książki.

- Goddard Blythe, S. (2011a). *Jak osiągnąć sukcesy w nauce? Uwaga, równowaga i koordynacja*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Goddard Blythe, S. (2011b). Dojrzałość neuromotoryczna jako wskaźnik gotowości rozwojowej do nauki. Raport z wdrożenia Baterii Neuromotorycznych Testów oraz Programu Ruchu Rozwijającego w szkołach w Northumberland i Berkshire. W: E.M. Kulesza (red.), *Ruch, wzrok, słuch – podstawa uczenia się* (s. 25–40). Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Goddard Blythe, S. (2015a), *Jak ocenić dojrzałość dziecka do nauki?* Wyd. 2. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Goddard Blythe, S. (2015b), *Niedojrzałość neuromotoryczna dzieci i dorosłych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Goddard Blythe, S. (2018). *Odruchy, uczenie się i zachowanie. Okno do umysłu dziecka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jordan-Black, J-A. (2005). The effects of the Primary Movement programme on the academic performance of children attending ordinary primary school. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 5(3), 101–111.
- Kamate, M. (2017). Guillaine-Barre Syndrome with retained deep tendon reflexes. *Indian Pediatr*, 54(10), 887.
- Krzeszewska, P. (2019). Wybrane aspekty funkcjonowania dzieci z przetrwałymi odruchami pierwotnymi: ATOS, STOS i TOB. Implikacje do terapii logopedycznej. *Forum Logopedyczne*, 27, 169–178.
- Krzeszewska, P., Mikołajewska, E. (2018). Stan badań nad współwystępowaniem przetrwałych odruchów pierwotnych oraz zaburzeń rozwoju mowy u dzieci. *Logopedia*, 47(1), 39–52.
- Lin, C.S., Wu, C.Y., Wu, S.Y., Lin, H.H., Cheng, D.H., Lo, W.L. (2017). Age-related difference in functional brain connectivity of mastication. *Front Aging Neurosci*, 9, 82.
- Makarewicz, A. (2018). *Przetrwałe odruchy pierwotne u dzieci w wieku przedszkolnym*. Bydgoszcz: CM UMK. Niepublikowana praca magisterska.
- Malak, R., Kotwicka, M., Krawczyk-Wasielewska, A., Mojs, E., Samborski, W. (2013). Motor skills, cognitive development and balance functions of children with Down syndrome. *Ann Agric Environ Med*, 20(4), 803–806.
- Marquis, P.J., Ruiz, N.A., Lundy, M.S., Dillard, R.G. (1984). Retention of primitive reflexes and delayed motor development in very low birth weight infants. *J Dev Behav Pediatr*, 5(3), 124–126.
- McPhillips, M. (2001). The role of persistent primary-reflexes in reading delay. *Dyslexia Review*, 13(1), 316–338.
- McPhillips, M., Jordan-Black, J-A. (2007a). Primary reflex persistence in children with reading difficulties (dyslexia): A cross-sectional study. *Neuropsychologia*, 45(4), 748–754.
- McPhillips, M., Jordan-Black, J-A. (2007b). The effect of social disadvantage on motor development in young children: a comparative study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(12), 1214–1222.
- McPhillips, M., Hepper, P.G., Mulhern, G. (2000). Effects of replicating primary-reflex movements on specific reading difficulties in children. *Lancet*, 355(9203), 537–541.
- Melillo, R. (2017). *Rozłączone dzieci. Program Brain Balance dla dzieci z autyzmem, ADHD, dysleksją i innymi zaburzeniami neurologicznymi*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Mikołajewska, E. (2017). *Odruchy pierwotne. Terapia w ujęciu medycznym*. Bydgoszcz: Wydawnictwo FEM.
- Neurofizjologia artysty w performance_e.1/2015-2017*. <https://www.funom.org/experiments>.
- Nowotny, J., Nowotny-Czupryna, O., Czupryna, K., Plinta, R. (2003). *Edukacja i reedukacja ruchowa*. Kraków: Wydawnictwo Kasper.
- Przybyła, O. (2016). Studium przypadku dziecka z zaburzeniami motorycznymi o podłożu sensorycznym. *Logopedia Silesiana*, 5, 357–390.

- Raport Wisconsin Department of Health Services (2014). <https://www.dhs.wisconsin.gov/library/masgutovanri.htm>.
- Sadowska, L. (2000). Rozwój dziecka. Podstawy anatomiczne i fizjologiczne. W: L. Sadowska (red.), *Neurokinezyjologiczna diagnostyka i terapia dzieci z zaburzeniami rozwoju psychoruchowego*, cz. I (s. 5–64). Wrocław: Wydawnictwo AWF.
- Windel, A.S., Mihai, P. G., Lotze, M. (2015). Neural representation of swallowing is retained with age. A functional neuroimaging study validated by classical and Bayesian inference. *Behav Brain Res*, 286, 308–317.
- Zafeiriou, D.I. (2004). Primitive reflexes and postural reactions in the neurodevelopmental examination. *Pediatr Neurol*, 31(1), 1–8.

REVIEW AND ANALYSIS OF THERAPEUTIC METHODS DEDICATED TO RETAINED PRIMITIVE REFLEXES

Abstract

An increasing interest in the topic of retained primitive reflexes in children has been observed in recent years. There is greater awareness of the occurrence and consequences of the aforementioned reflexive reactions among specialists and parents, and the number of the therapy forms offered is growing. However, these forms are often at variance with the current research on the clinical picture of persistent reflexes or on the results of therapeutic procedures undertaken. The popularity of a given therapeutic method is not always proportional to its scientific validity. The aim of this article is to review and analyze therapeutic methods dedicated to retained primitive reflexes.

Keywords: primitive reflex, retained reflex, abnormal reflex, primitive reflex therapy

TERAPIA RĘKI JAKO HOLISTYCZNA FORMA WSPARCIA UCZNIA Z OBNIŻONĄ SPRAWNOŚCIĄ MOTORYKI MAŁEJ

Współczesny uczeń coraz częściej przejawia dysfunkcje w obrębie motoryki małej. Implikuje to wiele trudności w codziennym funkcjonowaniu. Oprócz problemów związanych z wykonywaniem czynności samoobsługowych, przyczynia się również do obniżonej sprawności grafomotorycznej, a tym samym poważnych problemów w nauce pisania. W artykule zaprezentowano model terapii ręki jako holistyczną formę wsparcia ucznia przejawiającego dysfunkcje w obrębie motoryki małej. Omówiono schemat zajęć oraz postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne. Na koniec przedstawiono przykładowy plan pracy z uczniem oparty na specyfice zajęć terapii ręki.
Słowa kluczowe: dziecko, terapia ręki, diagnoza, rozwój motoryczny, sprawność manualna

Wprowadzenie

Terapia ręki to funkcjonalne podejście terapeutyczne powstałe na potrzeby usprawniania motoryki małej, czyli precyzyjnych ruchów dłoni, nadgarstka i palców. Jest holistyczną formą wsparcia dziecka borykającego się z trudnościami w zakresie motoryki ciała. Proces terapeutyczny według schematu terapii ręki dostosowany jest zarówno do poziom funkcjonowania rozwoju fizycznego, jak i psychicznego dziecka. Program terapii obejmuje zatem nie tylko oddziaływania doskonalące obszar ruchowy i manualny podopiecznego, ale też dba o jego sferę poznawczą (Bartkiewicz, Giczewska, 2014). Terapia ręki jest postępowaniem wieloetapowym, uwzględniającym indywidualne podejście do dziecka w celu poznania i zrozumienia przyczyn zaistniałych problemów, a następnie dostosowania odpowiedniej formy terapii (Piotrowska-Madej, Żychowicz, 2017).

Niezwykle istotny wydaje się fakt, że układ motoryczny rozwija się zgodnie z rozwojem cefalokaudalnym i proksymodystalnym (Grzywniak, 2013b). W pierwszej kolejności kształtuje się sprawność mięśni proksymalnych, tj. dużych mięśni okołokręgosłupowych. Następnie rozwijają się mięśnie małe, zwane dystalnymi, np. mięśnie dłoni. Zgodnie z tą ideą program terapii ręki kieruje się zasadą, że praca nad motoryką małą powinna być poprzedzona ćwiczeniami kształtującymi i doskonalącymi ogólną sprawność ruchową dziecka. W momencie kiedy duże mięśnie są mało sprawne i niewyćwiczone, wówczas manipulacyjna sprawność rąk jest znacznie obniżona (tamże).

Badania m.in. Haliny Spionek (1965), Marii Bogdanowicz (1997), Marii Burtowej (1992), Sally Goddard Blythe (2015), Celestyny Grzywniak (2013a), Jadwigi Wrońskiej i Ewy Nowak (2007) potwierdzają fakt, że przyczyny obniżonej sprawności manualnej i grafomotorycznej, w tym trudności w pisaniu, nie tkwią w samej ręce, ale mają głębsze podłoże. Zjawisko to jest ściśle związane z trudnościami w obszarze koordynacji ciała, równowagi i ogólnej sprawności ruchowej (Burtowej, 1992).

Słusznie podkreśla się, że rozpoczynając pracę z dzieckiem z problemami w obrębie motoryki małej, należy dokonać wnikliwej analizy nie tylko funkcjonowania jego ręki, ale przede wszystkim ogólnego obrazu dziecka, tj. sposobu jego chodzenia, poruszania się, postawy ciała, koordynacji, równowagi, napięcia mięśniowego itp. (Bartkiewicz, Giczewska, (2014).

Reasumując, terapia ręki nie ogranicza się jedynie do usprawniania kończyny górnej, ale stanowi bazę kompensującą braki w sferze całego rozwoju motorycznego dziecka. Jest nowoczesną formą wsparcia ucznia z trudnościami manualnymi, grafomotorycznymi i koordynacyjnymi.

Cele terapii ręki

W zależności od zaistniałego problemu program terapii ręki zakłada następujące cele:

1. Kształtowanie ogólnej sprawności ruchowej.
2. Normalizację napięcia mięśniowego.
3. Rozwijanie koordynacji ciała i równowagi.
4. Kształtowanie stabilizacji centralnego układu posturalnego.
5. Doskonalenie orientacji w schemacie ciała i przestrzeni.
6. Rozwijanie koordynacji bilateralnej.
7. Kształtowanie umiejętności przekraczania linii środkowej ciała.
8. Rozwijanie percepcji wzrokowej i koordynacji wzrokowo-ruchowej.
9. Doskonalenie motoryki małej.
10. Kształtowanie sprawności manualnej i grafomotorycznej.
11. Korektę zaburzonego chwytu pisarskiego.
12. Doskonalenie tempa i techniki pisania.

Adresaci terapii ręki

Terapia ręki adresowana jest do dzieci, u których stwierdza się m.in.:

1. Zaburzenia w obszarze motorycznym, w tym motoryki dużej i małej.
2. Nieprawidłowości w napięciu mięśniowym kończyny górnej.
3. Trudności z wykonywaniem podstawowych czynności samoobsługowych, manipulacyjnych i koordynacyjnych.
4. Problemy w sferze analizatora wzrokowego i kinestetyczno-ruchowego.
5. Obniżoną sprawność manualną i grafomotoryczną.
6. Trudności w nauce pisania.
7. Zaburzenia prakcji.

Terapia ręki wykorzystywana jest jako metoda wspomagająca rozwój dziecka m.in. z zaburzeniami: przetwarzania sensorycznego, rozwojowymi koordynacji oraz dysleksją rozwojową, dysgrafią, ADHD, niepełnosprawnością intelektualną, zespołem Downa itp.

Schemat postępowania terapeutycznego

Plan zajęć z terapii ręki realizowany jest według określonego porządku, a ćwiczenia dostosowane są do indywidualnych możliwości każdego dziecka. Schemat zajęć z terapii ręki wygląda następująco (tamże):

1. Powitanie – wprowadzenie do zajęć.
2. Seria ćwiczeń pobudzających czucie głębokie – ćwiczenia angażujące całe ciało dziecka.
3. Seria ćwiczeń rozmachowych – normalizacja napięcia mięśniowego, ćwiczenia obręczy barkowej i biodrowej, zwiększanie zakresu ruchu w stawie barkowym.
4. Seria ćwiczeń manualnych – rozwijanie ruchomości kończyny górnej w zakresie stawu łokciowego i nadgarstkowego.
5. Seria ćwiczeń ruchów precyzyjnych – ćwiczenia rozwijające staw śródreżca i palców.
6. Relaks – ćwiczenia wyciszające i uspokajające, np. odpoczynek przy muzyce relaksacyjnej.
7. Pożegnanie – zakończenie zajęć.

Niezwykle istotna jest kolejność wykonywania poszczególnych serii ćwiczeń. Gdy dziecko przejawia głębsze dysfunkcje w danym obszarze (np. rozmachowym), wówczas całe zajęcia odbywają się na tym poziomie. Jeśli dalsza kontynuacja serii ćwiczeń jest możliwa, należy przejść do następnego etapu. Czas trwania danej serii ćwiczeń uzależniony jest od zaistniałych trudności dziecka (tamże).

Schemat postępowania diagnostycznego

Zanim dziecko zostanie zakwalifikowane do udziału w zajęciach z terapii ręki, przeprowadzona zostaje dokładna, wnikliwa analiza oraz diagnoza trudności dziecka.

Przebiega ona według określonych etapów (za: Piotrowska-Madej, Żychowicz, 2017):

- Etap 1. Wywiad z rodzicami/opiekunami prawnymi dziecka dotyczący przebiegu jego rozwoju, sposobu funkcjonowania w życiu codziennym.
- Etap 2. Analiza czynności związanych z samoobsługą (np. ubieranie się, zawiązywanie sznurowadeł, zapinanie guzików i zamka błyskawicznego, posługiwanie się sztućcami, czesanie itp.).
- Etap 3. Ocena lateralizacji, orientacji w schemacie ciała i przestrzeni.
- Etap 4. Ocena napięcia mięśniowego.
- Etap 5. Ocena ogólnej sprawności w zakresie motoryki dużej i małej (w tym analiza sprawności obszaru rozmachowego, manualnego, manipulacyjnego).
- Etap 6. Analiza obszaru wzrokowo-motorycznego.

Po dokonaniu szczegółowej diagnozy motoryki małej następuje dalsza procedura postępowania terapeutyczno-diagnostycznego:

1. Opracowanie indywidualnych programów terapeutycznych.
Terapeuta opracowuje dla każdego zakwalifikowanego na terapię dziecka indywidualny program edukacyjno-terapeutyczny (IPET), uwzględniający jego rozwój i możliwości.
2. Wskazówki do pracy w domu.
Rodzice na bieżąco informowani są o postępach terapeutycznych swoich dzieci. Ponadto w celu efektywności terapii otrzymują praktyczne wskazówki do pracy z dzieckiem w domu.
3. Diagnoza końcowa – zakończenie terapii.

W modelu terapii ręki dokonywana jest diagnoza ewaluacyjna, której celem jest sprawdzenie postępów dzieci w zakresie motoryki małej. Jeśli u dziecka wypracowane zostały dane trudności, wówczas terapeuta przedstawia wyniki diagnozy rodzicom. Na tym kończy się proces terapii.

Przykładowy plan pracy z uczniem

Zgłoszone trudności dziecka (przez wychowawcę klasy): pismo nieczytelne, wolne tempo pracy, niechęć do rysowania, pokładanie się na ławce podczas czynności stolikowych.

Skrócona diagnoza:

1. Wywiad z rodzicami: dziecko urodzone o czasie, siłami natury, bez powikłań okołoporodowych. W okresie niemowlęcym opóźniony etap czworakowania.
2. Analiza czynności związanych z samoobsługą: trudności z zapinaniem guzików i wiązaniem sznurowadeł.
3. Ocena lateralizacji, orientacji w schemacie ciała i przestrzeni: lateralizacja niejednorodna (prawa ręka, lewe oko, prawa noga), prawidłowa orientacja w schemacie ciała, trudności w zakresie orientacji w przestrzeni.
4. Ocena napięcia mięśniowego: osłabiony układ posturalny, osłabione mięśnie grzbietu i brzucha, widoczne wzmożone napięcie w obrębie dłoni.
5. Ocena ogólnej sprawności w zakresie motoryki dużej i małej: zaburzenia koordynacji ciała i równowagi, obniżona sprawność percepcji wzrokowej i koordynacji wzrokowo-ruchowej, nieprawidłowy chwyt pisarski, trudności w zakresie dysocjacji palców (rozdzielnej pracy palców), obniżona sprawność manualna i grafomotoryczna, zaburzenia prakcji.

Cel główny terapii – kształtowanie płynności, techniki i tempa pisania.

Cele szczegółowe terapii:

- wzmocnienie stabilności układu posturalnego, mięśni brzucha i grzbietu,
- normalizacja napięcia w dłoni,
- rozwijanie orientacji w przestrzeni,
- kształtowanie percepcji wzrokowej i koordynacji wzrokowo-ruchowej,
- doskonalenie sprawności manualnej i grafomotorycznej.

Plan pracy:

1. Stabilizacja układu posturalnego.
2. Wzmocnienie mięśni brzucha i grzbietu.
3. Praca nad koordynacją ciała i równowagą.
4. Prakcja.
5. Wyćwiczenie dysocjacji palców.
6. Usprawnianie pracy nadgarstka.
7. Ukształtowanie chwytu pęsetowego.
8. Wykształcenie prawidłowego chwytu pisarskiego.
9. Praca nad tempem, płynnością i techniką pisania.

Zalecenia: diagnoza ewaluacyjna po 3 miesiącach terapii, diagnoza SI, diagnoza neuromotoryczna, systematyczna praca z dzieckiem w domu według zaleceń terapeuty ręki.

Zakończenie

Obniżona sprawność motoryki małej implikuje poważne trudności w nabywaniu przez dziecko gotowości do nauki pisania. Staje się źródłem licznych niepowodzeń w zakresie czynności samoobsługowych, manualnych i grafomotorycznych.

Zgodnie z ideą Marii Montessori: „pomóż mi zrobić to samemu”, należy mieć świadomość, że tylko poprzez doświadczanie, eksperymentowanie i samodzielne działanie dziecko rozwija oraz doskonali swoje zdolności motoryczne. Podejście terapeutyczne w postaci terapii ręki umożliwia zrealizowanie wymienionych czynności. Dostarcza dziecku wielu aktywizujących bodźców, które przyczyniają się do usprawniania zaburzonych funkcji percepcyjno-motorycznych.

Wychodząc naprzeciw trudnościom dziecka w sferze motorycznej, w tym grafomotorycznej i problemom w pisaniu, terapia ręki coraz częściej jest praktykowana w szkole podstawowej jako forma uzupełniająca terapię pedagogiczną. Dzięki takiemu podejściu uczniowie otrzymują specjalistyczną pomoc, która umożliwi im prawidłowe funkcjonowanie w procesie kształcenia.

Bibliografia

- Bartkiewicz, W., Giczewska, A. (2014). *Terapia ręki*. Warszawa: Acentrum Szkolenia S.C.
- Bogdanowicz, M. (1997). *Integracja percepcyjno-motoryczna*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN.
- Burtowy, M. (1992). *Przygotowanie dzieci w wieku przedszkolnym do nauki czytania i pisania w szkole*. Poznań: Wydawnictwo UAM.
- Goddard Blythe, S. (2015). *Niedojrzałość neuromotoryczna dzieci i dorosłych*. Warszawa: WN PWN.
- Grzywniak, C. (2013a). *Dbłość o prawidłowy rozwój psychomotoryczny dziecka*. Kraków: Scriptum.
- Grzywniak, C. (2013b). *Dojrzałość neuropsychologiczna do szkolnego uczenia się dzieci sześciu- i siedmioletnich*. Kraków: Scriptum.
- Piotrowska-Madej, K., Żychowicz, A. (2017). *Smart Hand Model. Diagnoza i terapia ręki u dzieci*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- Spionek, H. (1965). *Zaburzenia psychoruchowego rozwoju dziecka*. Warszawa: PWN.
- Wrońska, J., Nowak, E. (2007). *Dysgrafia – problemy diagnozy*. W: M. Kostka-Szymańska, G. Krasowicz-Kupis (red.), *Dysleksja – problem znany czy nieznan* (s. 93–99). Lublin: Wydawnictwo UMCS.

HAND THERAPY AS A HOLISTIC FORM OF SUPPORT FOR STUDENTS WITH FINE MOTOR CHALLENGES

Abstract

Today's students are increasingly manifesting dysfunctions in the area of fine motor skills. This entails many difficulties in daily life. Apart from problems relating to self-care activities, it also contributes to graphomotor challenges, including serious problems in learning to write. The article presents a model of hand therapy as a holistic form of support for students manifesting dysfunctions in the area of fine motor skills. It discusses an outline of hand therapy classes along with assessment and treatment measures. Finally, it presents a sample plan for working with students based on the specific nature of hand therapy classes.

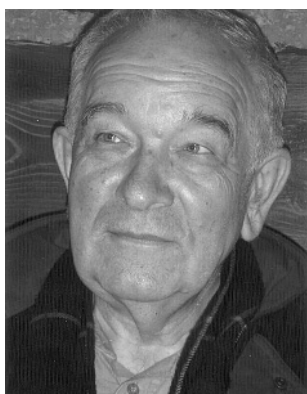
Keywords: child, hand therapy, assessment, motor development, manual dexterity

ZASŁUŻENI DLA PEDAGOGIKI SPECJALNEJ

ANNA HRYNIEWICKA
<https://orcid.org/0000-0001-5905-1839>
hryniew@aps.edu.pl
Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie

ISSN 0137-818X
DOI: 10.5604/01.3001.0014.4737
Data wpływu: 4.09.2020
Data przyjęcia: 10.09.2020

PROFESOR TADEUSZ STANISŁAW GAŁKOWSKI (1936–2020) – CZŁOWIEK I PSYCHOLOG¹



*Zamiast śmierci
racz z uśmiechem
przyjąć Panie
pod Twe stopy
życie moje
jak różaniec.*

Jan Twardowski (2006)²

W dniu 29 lipca 2020 r. zmarł wybitny naukowiec i wielki człowiek prof. dr hab. Tadeusz Stanisław Gałkowski, który całe swoje życie zawodowe ogniskował wokół psychologicznej problematyki rehabilitacji osób niepełnosprawnych.

W zrozumieniu, kim był prof. Gałkowski i czym się kierował przy wyborze właśnie takiej drogi życiowej, pomocne może być odwołanie się do Jego biografii. Urodził się 6 kwietnia 1936 r. w Częstochowie jako jedyne dziecko Zofii Józefy z d. Ciepeliowskiej (1906–1968) i Stanisława Gałkowskiego (1899–1985). Pierwszy etap edukacji realizował podczas II wojny światowej w warunkach domowych pod kierunkiem swojej matki oraz dziadka (Pąchalska, 2002, s. 28). Po wyzwoleniu spod okupacji niemieckiej w lutym 1945 r. na podstawie egzaminu został przyjęty do klasy IV szkoły podstawowej, a po jej ukończeniu w 1948 r. podjął naukę w jednej z najstarszych szkół średnich w Częstochowie – Liceum Ogólnokształcącym im. Romualda Traugutta.

Była to szkoła elitarna, o wysokim poziomie nauczania, o profilu humanistycznym, w której pracowało wielu zasłużonych dla nauki i kultury nauczycieli, zafascynowanych postacią jej patrona i jego bezgranicznym poświęceniem dla dobra ojczyzny, szczególnie skoncentrowanych na przekazywaniu historii, kultywowaniu tradycji, formowaniu postaw patriotycznych, obywatelskich oraz prospołecznych, stawiających sobie za cel „kształcenie i wychowanie kolejnych pokoleń polskiej inteligencji, ludzi niemal z definicji niepokornych”, zdolnych do

¹ Pełna wersja artykułu jest zamieszczona na stronie www.szkolaspecjalna.aps.edu.pl.

² Ostatnie słowa ks. Jana Twardowskiego podyktowane w dniu śmierci czuwającym przy nim osobom, umieszczone w zbiorze wierszy *Wierzę w radość*. Wydawnictwo św. Wojciecha, Poznań 2018.

rozumienia otaczającej ich rzeczywistość oraz brania za nią odpowiedzialności (Kołodziejski, 2005, s. 7). Jak podaje Ewelina Dziewońska-Chudy (2013, s. 121), wśród absolwentów tej szkoły można odnaleźć znane osobistości w różnych obszarach życia społecznego, naukowego, artystycznego i kulturalnego, jak m.in. dzielący z Nim zainteresowania muzyczne, rozwijane w Państwowej Szkole Muzycznej w Częstochowie, Andrzej Jasiński (pianista, jeden z najwybitniejszych pedagogów fortepianu, wychowawca Krystiana Zimmermana) czy Jerzy Marchwiński (profesor Akademii Muzycznej im. F. Chopina w Warszawie zaliczany do grona najwybitniejszych polskich pianistów i kameralistów). Profesor Gałkowski sprawnie grał na pianinie, miał dużą wrażliwość muzyczną oraz otwartość na ten rodzaj sztuki. Być może o niezrealizowanych ambicjach artystycznych myślał, wspominając okres edukacji w szkole średniej:

Czas przeleciał jak zwykle zbyt szybko i stopniowo wraz z jego upływem coraz częściej przychodzi refleksja, co jeszcze zostało bezpowrotnie stracone, niedocenione, zaniedbane. Tyle było przecież planów, błędnych lub spóźnionych decyzji, niezbyt trafnych wyborów itd., których nie można już odwołać. Pamiętam nasze młode lata, w „starej budzie” przy ulicy Jasnogórskiej, które minęły w okresie pełnego totalizmu, gdy musieliśmy śpiewać kantaty o Stalinie, a ukradkiem wymieniać usłyszane z radia Wolna Europa informacje. Ile mieliśmy wtedy dalekosiężnych planów, celów, oczekiwań i perspektyw, a tak mało z nich można było osiągnąć. Jednak z naszej klasy znaczna część absolwentów podjęła studia, choć nie zawsze w tym kierunku, jaki sobie wymarzyła. Niełatwo się było na nie dostać, zwłaszcza gdy się nie było aktywnym działaczem w Związku Młodzieży Polskiej, a tym bardziej gdy się do tej organizacji nie należało. Pod koniec roku 1951/52 szkolnego, ale jeszcze przed egzaminem dojrzałości, zgłosiłem swój zamiar rozpoczęcia studiów na Katolickim Uniwersytecie Lubelskim i był to w owych czasach mało popularny wybór. Najlepszym tego dowodem był fakt, że ktoś z administracji szkolnej przepisując dane z rozprawianej w klasach maturalnych ankiety popełnił błąd wpisując przy moim nazwisku – Katowicki Uniwersytet Lubelski (<http://absolwent.traugutt.net/>).

Ze względu na wcześniejsze zainteresowania filozofią, wzbudzone lekturą m.in. dzieł Ralpa Emersona, Władysława Tatarkiewicza, a także znanego częstochowianina Władysława Biegańskiego, zdecydował się na podjęcie studiów z tego zakresu na Wydziale Filozofii Chrześcijańskiej KUL. Po latach z dużym dystansem ocenił swoje młodzieńcze marzenia zajmowania się filozofią jako nie w pełni dojrzałe. Z pewnością na tej opinii zaciążyły warunki, w jakich przebiegały studia. Jak bardzo odbiegały one od współczesnych standardów, wskazuje następująca wypowiedź Profesora:

W wieku 16 lat wyjechałem na studia do Lublina, nie mając w tym dość odległym od rodzinnych stron mieście żadnych przyjaciół ani znajomych. Mój samodzielny i z nikim nie dyskutowany wybór stwarzał mi okazję do dość twardej szkoły życia, bo nie mogłem liczyć na wydatną pomoc finansową ze strony rodziny. Mieszkając w domu akademickim w wieloosobowych pokojach, śpiąc na przekazanych z jakichś koszar do dyspozycji uczelni piętrowych, metalowych łóżkach i mając wokół siebie starszych od kilku do kilkunastu lat kolegów studiujących na różnych wydziałach, trzeba było się nauczyć koncentracji uwagi i wyłączenia jej w różnych

momentach, jeśli w okresie przed egzaminami chciało się czegoś nauczyć. Moje zainteresowania filozoficzne na drugim roku studiów skierowały się w stronę psychologii i odtąd bardziej intensywnie zacząłem poza obowiązkowymi lekturami szperać w dostępnych bibliotekach w poszukiwaniu dzieł i czasopism z zakresu psychologii, psychiatrii, neurofizjologii. Mieliśmy dostęp do wielu poważnych dzieł, w jakie uczelnie zachodnie zaopatrywały zbiory piśmiennicze jedynej prywatnej uczelni za żelazną kurtyną (tamże).

Tym, co szalenie ułatwiało rozwijanie własnych zainteresowań, był fakt, że na KUL-u w przeciwieństwie do państwowych uczelni wyższych „nie obowiązywał paradygmat marksistowsko-leninowski” (Gałaszewska-Chilczuk, 2013, 25). Mimo prób ograniczenia jego działalności pozostawał on „enklawą wolnej myśli”, „oazą światła”, w której wykładowcy decydowali o treści wykładów, a studenci mieli kontakt z najwybitniejszymi przedstawicielami różnych środowisk intelektualnych (tamże). Tak też było w przypadku młodego studenta Gałkowskiego, korzystającego z każdej okazji poznania nauki zachodniej, w tym również psychologii kontynentalnej i angloamerykańskiej. Jego zainteresowania naukowe i pasja badawcza ujawniły się w trakcie studiów, pobudzone przez tak znakomitych wykładowców, jak: prof. Irena Sławińska, prof. Jacek Woźniakowski, prof. Przemysław Mroczkowski, prof. Stefan Świeżawski, prof. Jerzy Kalinowski, ks. prof. Mieczysław Dybowski, doc. Władysława Mielczarska, prof. Józef Reutt, prof. Zdzisław Papierkowski, prof. Jerzy Strojnowski czy dojeżdżający z Krakowa ks. Karol Wojtyła (por. Gałkowski, 1998, s. 189–193).

Niewątpliwie dla rozwoju naukowego Tadeusza Gałkowskiego ogromne znaczenie miały również kontakty z Towarzystwem Wiedzy Powszechnej, któremu przewodniczył prof. Mieczysław Ziemnowicz, nawiązanie współpracy z doc. Leonem Kaczmarkiem z Zakładu Języka Polskiego UMCS oraz uczestnictwo w założeniu i działalności Koła Naukowego Studentów Psychologii (KNSP), co umożliwiło współpracę z prof. Stefanem Szumanem i prof. Edwardem Franusem z Uniwersytetu Jagiellońskiego, zapoznanie się z funkcjonowaniem Pracowni Psychometrycznej Szpitala Psychiatrycznego w Kobierzynie, a także możliwość publikacji w biuletynie KNSP wywiadów zebranych podczas zjazdu psychologów w 1956 r. na Uniwersytecie Warszawskim, m.in. z prof. Stefanem Szumanem, prof. Mieczysławem Choynowskim i prof. Tadeuszem Tomaszewskim (por. tamże, s. 194–195).

W 1957 r. Tadeusz Gałkowski ukończył studia, uzyskując stopień magistra filozofii na podstawie pracy magisterskiej pt. *Próba psychologicznej analizy objawów dyslalii u debilów w wieku szkolnym*, przygotowanej pod kierunkiem prof. dr Natalii Reuttowej. Jeszcze przed uzyskaniem dyplomu, w kwietniu 1956 r. rozpoczął pracę w charakterze logopedy w Poradni Foniatrycznej Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej w Lublinie, gdzie przez ponad dwa lata zajmował się diagnozą i rehabilitacją osób z dysfunkcją słuchu i zaburzeniami mowy. Po przeniesieniu się do Warszawy w lipcu 1958 r. zatrudnił się jako psycholog kliniczny i logopeda na Oddziale Foniatrycznym Kliniki Laryngologicznej Akademii Medycznej oraz dodatkowo w Stołecznej Przychodni Zdrowia Psychicznego w Warszawie, z ramienia której mógł aktywnie uczestniczyć w reaktywowanym i dość prężnie rozwijającym się Polskim Towarzystwie Higieny Psychiczej (PTHP), oraz w Zakładzie Higieny Psychiczej i Psychiatrii Dziecięcej.

Jak pisał, dziedziną, w której zaczął pracować „była mało znana i wymagała doksztalcenia się. Dostarczała początkującemu psychologowi wiele cennego materiału klinicznego, ale bez praktycznego przygotowania i pomocy ze strony bardziej doświadczonych starszych kolegów było się zdany na własną inwencję. Jedyne wydawnictwa zagranicznymi, w jakie wówczas można było się zaopatrzyć, były publikacje napływające ze Związku Radzieckiego oraz Niemiec Wschodnich” (tamże, s. 196). Przez pierwsze dwa lata pracy w Poradni Foniatrycznej Profesor zetknął się „z dość szerokim zakresem problemów, jakie trzeba było rozwiązać. Dotyczyły one poza diagnozą psychologiczną i ustaleniem wskazań dla programu rehabilitacji zgłaszających się dzieci – współpracy ze środowiskiem szkolnym i rodzinnym, stając się źródłem dotkliwego poczucia braku potrzebnych umiejętności, niezbędnych do realizacji tych zadań” (tamże, s. 198). Rodziło to konieczność odwoływania się nie tylko do osobistego doświadczenia, lecz także do rozwiązań stosowanych w innych krajach. Ich poznanie umożliwiało dostęp do bibliotek medycznych w Warszawie i Lublinie, mających aktualne publikacje amerykańskie, nawiązanie rozległych kontaktów z naukowymi organizacjami zajmującymi się problematyką zaburzeń mowy i słuchu w Stanach Zjednoczonych oraz uczestnictwo w szkoleniach, konferencjach i pracach badawczych organizowanych przez PTHP.

Rok 1960 był bardzo ważny w karierze zawodowej i naukowej Gałkowskiego – wspólnie z lekarzem odbywającym staż w Ośrodku Foniatrycznym, późniejszym profesorem Jerzym Grossmanem, przygotował i wygłosił pierwszy referat naukowy na VII Otwartym Seminarium Akustyki w Gliwicach. Referat ten, omawiający wyniki badań dotyczących czasu reakcji i zmęczenia słuchowego u dzieci prawidłowo słyszących, został pozytywnie oceniony przez zgromadzonych uczonych reprezentujących nauki ścisłe i przyrodnicze, a następnie opublikowany w dwóch poważnych czasopismach: *Przeglądzie Psychologicznym* i *Acta Medica Polona*, otwierając drogę do dalszej aktywności w popularyzacji wiedzy psychologicznej.

W latach 60. XX w. prof. Gałkowskiego szczególnie interesowały

[...] osiągnięcia z pogranicza nauk społecznych i ścisłych, jakie były udziałem szybko rozwijającej się w tym okresie cybernetyki. Powstało naukowe towarzystwo, któremu przewodniczył prof. Henryk Greniewski zajmujący się ekonometrią. Spotkałem się z nim i brałem dość aktywny udział w tych inicjatywach na terenie Warszawy, które łączyły się z upowszechnianiem i wykorzystaniem docierających do nas publikacji zagranicznych z tego zakresu. Opublikowałem kilka popularnonaukowych artykułów w różnych czasopismach i wraz z kilkoma kolegami, wśród których byli matematycy, fizycy, inżynierowie, prawnicy, psychologowie i lekarze (dziś przynajmniej połowa z nich ma stopnie i tytuły naukowe), urządzaliśmy spotkania dyskusyjne, zbierając się w kawiarni Bristol. Byliśmy pełni wiary w to, że nowe koncepcje pozwolą wyjaśnić wiele spornych lub nie rozstrzygniętych jeszcze problemów w tych dziedzinach, w których pracowaliśmy (tamże, s. 211).

W październiku 1960 r. Gałkowski uczestniczył w Pierwszym Międzynarodowym Kongresie Medycyny Cybernetycznej w Neapolu, na którym przedstawił hydrodynamiczny model jąkania, opracowany przez dr. Adama Adamczyka, fizyka z UMCS i kolegę z Koła Cybernetyki. Wystąpienie Gałkowskiego wzbu-

dziło zainteresowanie i przyczyniło się do rozszerzenia kontaktów ze światem nauki. Podczas kongresu poznał m.in. twórcę cybernetyki, amerykańskiego matematyka i filozofa Norberta Wienera, angielskiego psychiatrę i autora książki o cybernetyce Rossa Ashby'ego oraz wybitnego amerykańskiego fizyka teoretycznego, jednego z pionierów biologii matematycznej Nikolasa Rashevsky'ego.

Materiały z tego kongresu, który stanowił pierwszą interdyscyplinarną wymianę myśli w tej nowej, szybko wtedy rozwijającej się dziedzinie, pozostały dla mnie przez długi czas źródłem inspiracji i przyjemnych wspomnień. Organizatorzy zadbali bowiem o uczestników. Mogliśmy zwiedzać Pompeje, Sorrento, Amalfi i wyspę Capri. Moja słaba znajomość języka włoskiego, którego uczyłem się trochę podczas studiów, nie na wiele mi się przydała. Dość duże trudności miałem także w porozumiewaniu się w języku francuskim, w którym wygłaszałem referat i odpowiadałem na pytania stawiane przez uczestników. Postanowiłem poważnie zabrać się do nauki obu języków zaraz po powrocie do kraju. Tymczasem po tygodniu pobytu w Neapolu [...] wyłoniła się przede mną perspektywa spędzenia jeszcze trzech tygodni w Rzymie. [...] Po linii zawodowej mogłem odbyć krótkie, ale owocne dla mnie staże w klinice uniwersyteckiej psychiatrii dziecięcej. Zapoznałem się z działalnością podobnego do warszawskiego ośrodka foniatrycznego. Zwiedzałem także Państwowy Instytut Głuchoniemych położony przy rozległej arterii Rzymu – Via Nomentana. Uzyskane w tych ośrodkach materiały w zatrważający sposób powiększały wagę mego lotniczego bagażu, ale były tak cennymi nabytkami, że nie przejmowałem się tym (tamże, s. 213–215).

Podobne emocje towarzyszyły następnej podróży do Wiecznego Miasta, związanej z otrzymaniem w 1962 r. miesięcznego stypendium rządu włoskiego, podczas której prof. Gałkowski mógł odnowić stare i nawiązać nowe znajomości. Po odejściu z Ośrodka Foniatrycznego Akademii Medycznej w 1962 r. podjął pracę w charakterze psychologa w Sanatorium Neuropsychiatrii Dziecięcej w Garwolinie, kierowanym przez dr. Stanisława Wawrzyńczyka, mającego za sobą studia psychologiczne, biologiczne i medyczne, który kilkanaście lat spędził w łagrze sowieckim o zaostrzonym rygorze (w Workucie na Syberii), a po odzyskaniu wolności zrealizował swoje marzenie o założeniu sanatorium dla dzieci ze schorzeniami psychicznymi. Organizował coroczne sympozja, w których oprócz pracowników przedstawiających wyniki swojej pracy, uczestniczyły takie osobistości, jak prof. Mieczysław Michałowicz czy Janina Doroszevska. Z jego inicjatywy powstała polska sekcja Międzynarodowego Stowarzyszenia dla Badań Naukowych Upośledzenia Umysłowego. Gdy w 1970 r. odbywał się w Warszawie III Międzynarodowy Kongres tego Stowarzyszenia, prof. Gałkowski był jednym z sekretarzy naukowych koordynujących przygotowanie poszczególnych sesji. Niestety, na ten kongres, ze względu na polityczną przeszłość, nie zaproszono dr. Wawrzyńczyka, ówczesnego przewodniczącego polskiej sekcji (tamże, s. 215–221).

W sanatorium w Garwolinie Gałkowski musiał zmierzyć się z oczekiwaniami pracodawcy dotyczącymi aktywności naukowej oraz innowacyjnych propozycji związanych z programami rehabilitacji. Dzięki aparaturze, zdobytej przez dr. Wawrzyńczyka, dokonał pomiaru odruchów psychogalwanicznych u pacjentów upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim oraz u dzieci z pobliskiej szkoły

podstawowej. Wyniki swoich analiz opublikował w 1968 r. w *Child Neurology and Developmental Medicine*. Wspólnie z kolegami opublikował również kilka artykułów w *Folia Phoniatica, Psychoteraphy i Psychosomatics, Acta Paedopsychiatica, Audiology*. Nie mogąc osobiście uczestniczyć w międzynarodowych kongresach w Rzymie, Neapolu i Wiedniu, wysyłał swoje referaty do publikacji w materiałach zjazdowych (tamże, s. 223).

Na prośbę Jerzego Grossmana podjął się także stałych konsultacji w Sanatorium Rehabilitacji Chirurgii Dziecięcej w Konstancinie pod Warszawą, prowadząc przez 5 lat badania psychologiczne dzieci ze zniekształceniami kostno-stawowymi, po zabiegach chirurgicznych na sercu, z przepuklinami mózgowo-rdzeniowymi, porażeniem mózgowym, rozszczepami podniebienia i innymi zespołami zaburzeń. Zachęcony przez prof. Jana Kosakowskiego, jednego z twórców chirurgii dziecięcej, wspólnie z Grossmanem przygotowywał wystąpienia na konferencje naukowe i publikacje do międzynarodowych czasopism, m.in. dotyczące postaw rodziców wobec dzieci z wrodzonymi wadami rozwojowymi oraz efektów postępowania rehabilitacyjnego w przypadku dzieci ze specjalnymi zaburzeniami mowy.

Jako przewodniczący warszawskiego Oddziału, a później jako członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem (PTWK), realizował różne projekty pozainstytucjonalnych form pomocy osobom niepełnosprawnym i ich rodzinom. Wyniki swoich badań i obserwacji prezentował podczas licznych konferencji organizowanych przez PTWK. Jako wykładowca dzielił się także swoją wiedzą i doświadczeniem z uczestnikami różnych kursów dokształcających, organizowanych przez Instytut Matki i Dziecka w Warszawie. Jego kompetencje i zaangażowanie w realizację podjętych zadań zostało dostrzeżone przez dr Danutę Borkowską-Gaertig, ówczesnego kierownika Kliniki Otolaryngologii IMD, która w 1964 r. zaprosiła Go do współpracy w charakterze psychologicznego konsultanta polsko-amerykańskich badań nad wczesną opieką nad dzieckiem z zaburzeniami słuchu. Merytoryczny nadzór na tych badaniach, w których Gałkowski uczestniczył do 1974 r., sprawowali wybitni psychologowie ze Stanów Zjednoczonych (Donald Harrison, Richard Silverman, Hilda Schlesinger) oraz z Polski (Maria Przetacznikowa, Jadwiga Ślęzak, Lidia Geppertowa). Kontakt z tą ostatnią zaowocował otwarciem przewodu doktorskiego na Uniwersytecie Jagiellońskim oraz wejściem do Rady Naukowej Polskiego Związku Głuchych, przygotowującego ogólnokrajową sieć poradni rehabilitacyjnych dla małych dzieci z uszkodzonym słuchem. Wytyczne do dalszej działalności tych poradni przygotowywała Centralna Poradnia Rehabilitacyjna, powołana w IMD, dla której Profesor przetłumaczył wiele publikacji z jęz. angielskiego i francuskiego.

W 1967 r. uzyskał sześciomiesięczne stypendium na pobyt w wybranych przez siebie kilku krajach europejskich, „aby pogłębić wiedzę z zakresu rehabilitacji i uzyskać większe kompetencje, zapoznając się z osiągnięciami ośrodków zaawansowanych w tej dziedzinie” (tamże, s. 229). Pierwsze dwa miesiące spędził w Paryżu. Tam nawiązał kontakt ze znanym psychologiem prof. Pierre'em Oleronem z Sorbony, zajmującym się problemami głuchoty. Henri Herren, asystent Olerona, pracował w Krajowym Instytucie Dzieci Głuchych przy ul. Saint Jacques. Ta historyczna placówka, „w której w XVIII wieku ks. de l'Eppe za-

początkował systematyczne programy kształcenia głuchych”, miała nowoczesną pracownię psychologiczną, w której Gałkowski prowadził swoje badania. Jednocześnie odbywał staż w szpitalu Saint Vincent Paul, gdzie poznał wiele programów rehabilitacji dzieci z zaburzeniami mowy prowadzonych przez Suzanne Borel-Maisonny, uznawaną za twórczynię francuskiej logopedii i niepodważalny autorytet w dziedzinie audiologii europejskiej. Poznał też dwa ośrodki terapii wychowawczej, utworzone i prowadzone przez Françoise i Alfreda Braunerów.

Po dwumiesięcznym pobycie we Francji udał się do Rzymu. Tam nawiązał kontakt z grupą psychologów z Uniwersytetu Rzymskiego: Andrew Comreyem (kalifornijskim psychologiem zatrudnionym jako *visiting professor* w Instytucie Psychologii) czy Decio Scurim (kierującym Instytutem Głuchoniemych w Rzymie). W czasopiśmie *Undito, voce, parola* opublikował artykuł o afazji rozwojowej, przygotowany na podstawie analizy zaburzeń mowy występujących u trzech chłopców hospitalizowanych w Sanatorium Neuropsychiatrii Dziecięcej w Garwolinie. W ramach stypendium prof. Gałkowski trafił również do Szwajcarii, w której zwiedził genewski Instytut Epismemologii Genetycznej kierowany przez Jeana Piageta; klinikę Bel-Air, gdzie miał okazję wysłuchać wykładów wybitnego europejskiego neuropsychiatry dziecięcego hiszpańskiego pochodzenia prof. Juliana de Ajuriaguerra, uczestniczyć w jego konsultacjach, poznać nowe zasady poradnictwa i pomocy psychologicznej; zapoznał się z działalnością genewskich ośrodków reedukacyjnych i Międzynarodowego Biura Audiofonologii; odbył miesięczny staż w szpitalu kantonalnym w Lozannie, połączony z wizytacją kilku ośrodków szkolno-wychowawczych dla dzieci głuchych. Przed powrotem do Warszawy odwiedził jeden z najstarszych europejskich instytutów głuchych w Wiedniu oraz w towarzystwie przebywającego na emigracji dr. Wawrzyńca zaka zwiedził słynną klinikę wiedeńskiego psychiatry dr. Andreea Retta, znanego badacza zaburzeń neurorozwojowych (tamże, s. 215, 229–234).

Bezpośrednio po przyjeździe do Warszawy, mimo rozczarowania brakiem „oczekiwanych reakcji ze strony współpracowników wobec przywiezionych [...] materiałów, spostrzeżeń i planów dalszego działania”, włączył się w organizację mającego się odbyć po raz pierwszy w Polsce V Światowego Kongresu Federacji Głuchych pod hasłem „Głusi wśród słyszących”. Rok później zrezygnował z dotychczasowej pracy i rozpoczął karierę akademicką w Katedrze Psychologii Teoretycznej i Eksperymentalnej na Wydziale Filozofii Chrześcijańskiej Akademii Teologii Katolickiej w Warszawie. Podjęcie tam pracy w 1968 r. zbiegło się z burzliwymi wydarzeniami w Polsce i na świecie, które doprowadziły do głębokich zmian w życiu politycznym, społecznym, kulturalnym. Towarzyszący niepokój nie zahamował jednak działalności naukowej prof. Gałkowskiego, który w 1969 r. na Wydziale Filozoficzno-Historycznym UJ w Krakowie obronił pracę doktorską przygotowaną pod kierunkiem doc. dr Lidii Geppertowej pt. *Opieka psychologiczna nad małym dzieckiem głuchym*, uzyskując stopień naukowy doktora nauk humanistycznych.

W czerwcu 1974 r., bezpośrednio po powrocie z rocznego stażu naukowego w Narodowym Instytucie Zdrowia i Badań Medycznych (INSERM) w Montrouge pod Paryżem, na Wydziale Humanistycznym UMCS w Lublinie po pomyślnym przejściu procedury habilitacyjnej uzyskał stopień naukowy doktora habilitowanego. Uczeni powołani do oceny Jego dorobku naukowego i rozprawy

habilitacyjnej pt. *Dzieci specjalnej troski. Psychologiczne podstawy rehabilitacji dzieci opóźnionych umysłowo* (1972) – prof. Aleksandra Mitrinowicz-Modrzejewska z AM w Warszawie, prof. Zofia Sękowska z UMCS w Lublinie, prof. Jan Konopnicki z UJ w Krakowie oraz prof. Eugeniusz Geblewicz z AWF w Warszawie – zgodnie podkreślili doniosły wkład dr. Gałkowskiego w rozwój pedagogiki specjalnej i psychologii defektologicznej oraz popularyzację wiedzy dotyczącej różnych form opieki i rehabilitacji dzieci z zaburzeniami rozwoju.

Uzyskanie statusu samodzielnego pracownika naukowego otworzyło przed Gałkowskim nowe możliwości awansu zawodowego. W latach 1974–1983 pracował na UMCS w Lublinie, gdzie przez dwa pierwsze lata był adiunktem w Zakładzie Psychopedagogiki Specjalnej Instytutu Pedagogiki i Psychologii na Wydziale Pedagogiki i Psychologii, a przez następne dwa lata – kierownikiem Zakładu Psychologii i Patologii Rozwoju nowo powstałego Instytutu Psychologii, by w końcu na pięć lat objąć funkcję jego wicedyrektora; współpracował też, w ramach prac zleconych, z Wydziałem Pielęgniarskim lubelskiej Akademii Medycznej.

W 1983 r., po nadaniu Mu przez Radę Państwa tytułu profesora nauk humanistycznych, związał się Wydziałem Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, na którym pracował do 2007 r. Był jego prodziekanem, twórcą i kierownikiem Katedry Psychologii Rehabilitacji³ oraz inicjatorem wielu cennych naukowych i dydaktycznych działań. Jednocześnie w latach 1984–1989 i 1995–2010 pracował na Wydziale Rehabilitacji AWF w Warszawie, gdzie pełnił funkcję kierownika Pracowni Pedagogiki Specjalnej i Psychologii Rehabilitacyjnej, a latach 2005–2008 – funkcję prorektora ds. nauki i współpracy międzynarodowej. W latach 2005–2020 związany był z Wydziałem Psychologii SWPS Uniwersytet Humanistyczno-Społeczny, w którym w latach 2013–2019 kierował Katedrą Psychologii Poznawczej, Rozwoju i Edukacji.

We wszystkich tych instytucjach prof. Gałkowski dał się poznać jak wybitny specjalista z zakresu psychologii rehabilitacji, który w harmonijny sposób potrafił łączyć działalność naukową z działalnością dydaktyczną i społeczną. Jego prace badawcze koncentrowały się „wokół psychologicznych uwarunkowań procesu rehabilitacji ze szczególnym uwzględnieniem rozległych zaburzeń rozwojowych oraz problematyki procesu porozumiewania się” (Domagała-Zysk, 2018, s. 254). Dzięki rozległym kontaktom z placówkami badawczymi w USA, Wielkiej Brytanii, Francji i Włoszech oraz wieloletniej współpracy z Narodowym Instytutem Zdrowia i Badań Medycznych (INSERM) we Francji, z Ośrodkiem Badań Głuchych w Wielkiej Brytanii oraz z Europejską Radą Regionalnej Światowej Federacji Zdrowia Psychicznego zainicjował w Polsce badania dotyczące diagnozy i terapii dzieci z dysfunkcją słuchu i autyzmem. „W 1982 roku zorganizował pierwszą w kraju klasę dla dzieci z autyzmem w Szkole Specjalnej nr 243 w Warszawie” (tamże).

W tym samym roku z inicjatywy i pod patronatem prof. Gałkowskiego został powołany Polski Komitet Audiofonologii, afiliowany przy Międzynarodowym Biurze Audiofonologii i ściśle powiązany z Polskim Towarzystwem Naukowym Zaburzeń Słuchu, Głosu i Komunikacji Językowej. W 1990 r. również z Jego ini-

³ Obecnie Katedra Psychologii Zdrowia i Rehabilitacji.

cyjatywy zostało założone Krajowe Towarzystwo Autyzmu, skupiające obecnie 18 oddziałów terenowych i zrzeszone w Międzynarodowym Towarzystwie Autyzmu – Europa. Pat Matthews, prezes towarzystwa, w 2012 r. opublikował Kartę Praw Osób z Autyzmem, opracowaną wspólnie z Profesorem.

Warto wspomnieć o jeszcze jednej organizacji założonej przez Profesora w 1966 r. – Warszawskim Kole Polskiego Towarzystwa Logopedycznego, któremu przewodniczył od 1990 r. Był redaktorem naczelnym czasopism *Audiofonologia* i *Dziecko Autystyczne*, które w znacznym stopniu przyczyniły się do rozwoju wiedzy psychologicznej na temat zaburzeń słuchu, głosu i komunikacji językowej, a także metod wspomagania rozwoju osób z autystycznym spektrum zaburzeń.

W trakcie swej ponad 60-letniej aktywności zawodowej prof. Gałkowski przygotował kilkaset prac naukowych, opublikowanych w najlepszych polskich i zagranicznych wydawnictwach. Jak podaje Marta Pąchalska (2002, s. 27–28), do 2002 r. „był promotorem 321 prac magisterskich, 35 prac doktorskich oraz patronem 56 prac habilitacyjnych i recenzentem licznych prac naukowych, członkiem 19 krajowych i międzynarodowych towarzystw naukowych⁴. Nigdy nie sięgał po władzę i sławę, ale sława sama Go odnalazła”. Cieszył się wielkim autorytetem, wynikającym „z rzadkiego połączenia wielkiego umysłu i wielkiego serca” (tamże, s. 28). Kierując się tym wielkim umysłem i wielkim sercem, w trosce o przyszłość współczesnej psychologii, skierował do młodych psychologów podejmujących aktywność zawodową w warunkach całkowicie odmiennych od tych, jakie były udziałem Jego pokolenia, następujące przesłanie:

[...] by nie stracili z oczu faktu, że człowiek jest ukształtowany nie przez dziesiątki, lecz setki, a nawet miliony lat istnienia. Nie powinni zapominać o tym, że działając w określonych warunkach socjoekonomicznych, można zgubić czasem z pola widzenia te wartości, które mają nadal charakter nieprzemijający. Należy do nich godność jednostki i jej prawo do wszechstronnego rozwoju” (Gałkowski, 1998, s. 269–270).

Przestrzeganie tych wartości jest szczególnie ważne dla budowania pozytywnego obrazu u osób niepełnosprawnych. Swoje stanowisko w tej kwestii prof. Gałkowski wyraził w jednym z ostatnich wywiadów, jakiego udzielił dziennikarzowi *Polityki* Pawłowi Walewskiemu (2019). Odwołując się do autobiograficznej książki amerykańskiego pedagoga specjalnego cierpiącego na zaburzenia autystyczne prof. Stephena Shore’a z Adelphi University w Nowym Jorku, poruszył problem „jak w chorobie się nie załamać, a nawet uznać swoje życie za udane”. Zapytany o przepis na osiągnięcie dobrostanu w przypadku poważnej choroby, stwierdził:

Nie ma jednej recepty dla wszystkich. Każdy musi przejść tę drogę samodzielnie, byle nie w samotności. Rodzina może zapewnić stopniowe wykorzystywanie indywidualnych zasobów, jeśli potrafi racjonalnie oceniać potrzeby i szanse chorego dziecka. Istotną rolę odgrywa wymiana doświadczeń między rodzicami i partnerska współpraca z pro-

⁴ Zestawienie nie jest pełne, gdyż nie obejmuje wielu prac prowadzonych po 2002 r., których ze względu na rozproszone dane nie udało się skatalogować, np. dwóch doktoratów obronionych w 2010 i 2016 r. w SWPS.

fesjonalistami. Niezbędne są też dowody sympatii ze strony otoczenia. Chodzi w tym wszystkim o uzyskanie maksymalnej samodzielności. Wydaje mi się, że to ona stanowi istotny czynnik mający wpływ na dalsze losy i przystosowanie do życia" (tamże, s. 53).

Kilka miesięcy później Profesor „wymknął się naszym oczom” – jak to określił w jednym z wierszy ks. Jan Twardowski. Na szczęście pozostała po Nim pamięć oraz wdzięczność „za Jego piękne i oddane drugiemu człowiekowi życie”⁵, które, miejmy nadzieję, stanie się źródłem inspiracji dla wielu specjalistów pracujących z osobami niepełnosprawnymi.

Bibliografia

- Domagała-Zysk, E. (2018). Gałkowski Tadeusz. W: E. Gigilewicz (red.), *Encyklopedia 100-lecia KUL*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Dziewońska-Chudy, E. (2013). II Liceum Ogólnokształcące im. Romualda Traugutta w Częstochowie – szkoła tradycji i patriotyzmu. *Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Filologia Polska. Historia i Teoria Literatury*, 13, 105–121.
- Gałaszewska-Chilczuk, D. (2013). „Wrogie” Uniwersytety. *Polityka państwa komunistycznego wobec Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego i Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej (1944–1965)*. Warszawa: Warszawska Firma Wydawnicza.
- Gałkowski, T. (1998). Autobiografia. W: T. Rzepa (red.), *Historia psychologii polskiej w autobiografiach*. Część III (s. 181–270). Szczecin: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego.
- Kołodziejki, J. (2005). *85 lat Gimnazjum i Liceum im. R. Traugutta w Częstochowie 1920–2005*. Częstochowa: Firma Poligraficzno-Introligatorska „Udziałowiec”.
- Pąchalska, M. (2002). Profesor Tadeusz Gałkowski: życie, działalność i pasje naukowe. W: Z. Tarkowski, G. Jastrzębowska (red.), *Człowiek wobec ograniczeń* (s. 27–49). Lublin: Wydawnictwo Fundacji „ORATOR”.
- Walewski, P. (2019). Mimo wszystko [rozmowa z prof. Tadeuszem Gałkowskim]. *Poradnik Psychologiczny Ja My Oni*, 36, 50–53; <https://www.polityka.pl/jamyoni/1932824,1,budowanie-pozytywnego-obrazu-siebie.read>.

Wybrane publikacje prof. Tadeusza Gałkowskiego⁶

- Gałkowski, T. (1964). *Riabilitazione dell' aphasia dal di vista della cibernetica*. Atti del 3 Congresso Internazionale di Medicina Cibernetica. Napoli, 109–112.
- Gałkowski, T. (1972, 1973, 1975). *Wybrane zagadnienia z defektologii*. Warszawa: ATK.
- Gałkowski, T. (1972, 1979). *Dzieci specjalnej troski. Psychologiczne podstawy rehabilitacji dzieci opóźnionych umysłowo*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Gałkowski, T. (1973). *Rehabilitacja dzieci głuchych w wieku przedszkolnym*. Warszawa: ATK.
- Gałkowski, T. (1977). *Rozwijanie zdolności dziecka*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Gałkowski, T. (1980). *Usprawnienie dziecka autystycznego w rodzinie*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem.
- Gałkowski, T. (1994). *Developpement et education des enfants sourds et malentendants*. Paris: Edité par PUF.

⁵ Nekrolog Dolnośląskiej Szkoły Wyższej. *Gazeta Wyborcza* z dnia 6.08.2020.

⁶ Szczegółowy spis publikacji prof. Gałkowskiego znajduje się na stronie bazy wiedzy SWPS i UW.

- Gałkowski, T. (1995). *Dziecko autystyczne w środowisku rodzinnym i szkolnym*. Warszawa: WSiP.
- Gałkowski, T. (2002). *Jak zrozumieć swoje dziecko. Pierwsze sześć lat życia*. Warszawa: PZWL.
- Gałkowski, T., Jastrzębowska, D. (red.). (1999). *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Gałkowski, T., Kaiser-Grodecka, I., Smoleńska, J. (1976, 1978, 1989). *Psychologia dziecka głuchego*. Warszawa: PWN.
- Gałkowski, T., Kiwerski, J. (1986). *Encyklopedyczny słownik rehabilitacji*. Warszawa: PZWL.
- Gałkowski, T., Pisula, E. (red.). (2006). *Psychologia rehabilitacyjna. Wybrane zagadnienia*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Gałkowski, T., Radziszewska-Konopka, M. (red.). (2011). *Wspomaganie rozwoju młodego dziecka z wadą słuchu*. Warszawa: Polski Komitet Audiofonologii.
- Gałkowski, T., Tarkowski, Z., Zalewski, T. (red.). (1993). *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Szela, E., Gałkowski, T., Jastrzębowska, G. (red.). (2005). *Podstawy neurologopedii*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Szymankiewicz, J., Gałkowski, T. (2010). *Sztuki Walki. Zwycięstwo nad sobą. Psychofizyczne podstawy systemowego szkolenia według doświadczeń Azji Centralnej i Wschodniej*. Wrocław: Wydawnictwo Naukowe ATLAS.
- Zasępa, E., Gałkowski, T. (red.). (2014). *Oblicza psychologii klinicznej*. Gdańsk: GWP.

PROFESOR TADEUSZ STANISŁAW GAŁKOWSKI (1936–2020) – CZŁOWIEK I PSYCHOLOG

Artykuł poświęcony jest życiu i działalności prof. Tadeusza Gałkowskiego – wybitnego przedstawiciela światowej psychologii, który w harmonijny sposób potrafił łączyć różnorodne przejawy działalności naukowej, dydaktycznej i społecznej, ukierunkowując je szczególnie na rehabilitację osób z rozległymi zaburzeniami rozwojowymi oraz z trudnościami w porozumiewaniu się. Jego wielką zasługą było zapoczątkowanie w Polsce badań dotyczących diagnozy i terapii dzieci z dysfunkcją słuchu oraz autyzmem, tak istotnych dla pogłębienia wiedzy z zakresu pedagogiki specjalnej, wspomaganie rozwoju osób niepełnosprawnych oraz kształtowania właściwych postaw społecznych wobec nich.

Słowa kluczowe: Tadeusz Gałkowski, psychologia rehabilitacji, autystyczne spektrum zaburzeń

PROFESSOR TADEUSZ STANISŁAW GAŁKOWSKI (1936–2020) – A HUMAN BEING AND A PSYCHOLOGIST

Abstract

This article is devoted to the life and work of Prof. Tadeusz Gałkowski – an outstanding representative of world psychology, who was able to harmoniously combine various manifestations of scientific, instructional, and social activities, focusing them especially on the rehabilitation of people with serious developmental disorders and difficulties in communication. His great merit was the initiation of research on the diagnosis and treatment of children with hearing impairments and autism in Poland – so important for extending the knowledge of special education, supporting the development of people with disabilities, and shaping appropriate social attitudes towards them.

Keywords: Tadeusz Gałkowski, rehabilitation psychology, autistic spectrum disorders

OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ JAKO SPADKOBIERCA CZEŚĆ III

Artykuł stanowi kolejny tekst z cyklu poświęconego osobie z niepełnosprawnością intelektualną jako spadkobiercy. Omówione zostały w nim kolejne kroki, które powinien wykonać spadkobierca po przyjęciu spadku i uzyskaniu sądowego postanowienia o nabyciu spadku albo notarialnego aktu poświadczenia dziedziczenia, by w pełni dysponować majątkiem, który nabył od spadkodawcy. Zaprezentowano kwestie związane z umownym i sądowym działaniem spadku, dochodzeniem zachowku, zgłoszeniem do urzędu skarbowego celem uzyskania zwolnienia od podatku od spadku, a także takie zagadnienia, jak dokonanie wpisu w księdze wieczystej, zgłoszenie nabycia samochodu, zgłoszenie do wspólnoty mieszkaniowej albo spółdzielni mieszkaniowej, zmiana strony umów o świadczenia bieżące itp. Wskazane zostały trudności praktyczne, jakie mogą w ramach tych czynności pojawić się przed spadkobiercą z niepełnosprawnością intelektualną oraz najlepsze dla niego metody ich pokonywania.

Słowa kluczowe: dział spadku, zachówek, zwolnienie od podatku od spadku, wpis do księgi wieczystej, zgłoszenie nabycia pojazdu, umowa

Wprowadzenie

Sądowe postanowienie o nabyciu spadku oraz akt notarialny poświadczenia dziedziczenia wymieniają spadkobierców po danym zmarłym, wskazując ich udział w masie spadkowej w formie ułamka. Z dokumentów tych nie wynika, który spadkobierca odziedziczy dokładnie który element masy spadkowej (kto mieszkanie, kto samochód, kto zabytkowy obraz itd.). Według polskiego prawa spadkowego dziedziczy się bowiem części ułamkowe w każdym elemencie spadku, a nie poszczególne jego przedmioty (art. 1035 k.c.). Jeśli więc nie mamy do czynienia z dziedziczeniem przez jedną osobę albo w przypadku kilku spadkobierców nie chcą oni mieć w częściach ułamkowych współwłasności w każdym elemencie spadku, to po uzyskaniu postanowienia o nabyciu spadku albo sporządzeniu aktu poświadczenia dziedziczenia muszą się tym spadkiem podzielić, czyli przeprowadzić tzw. dział spadku.

Dział spadku

Dział spadku jest to umowa między spadkobiercami. Jeśli nie ma między nimi konfliktu, to nawet nie muszą jej oni spisywać, wystarczy, że się po prostu podzielą, kto z nich weźmie który element masy spadkowej w ramach swojego udziału spadkowego. Oczywiście, umowa ta musi być na piśmie, jeśli chodzi

o takie elementy spadku, które wymagają rejestracji lub zgłoszenia do jakiejś instytucji. Czyli jeśli częścią masy spadkowej jest np. samochód, to umowa o dział spadku jego dotycząca, zgodnie z którą stanie się on własnością konkretnego spadkobiercy, musi być zawarta na piśmie, gdyż tylko dzięki łącznie dokumentowi poświadczającemu dziedziczenie i umowie o dział spadku spadkobierca ten będzie mógł w urzędzie komunikacji przerejestrować ten pojazd wyłącznie na siebie. Także jeśli spadkobiercy podzielą się pieniędzmi zgromadzonymi na różnych rachunkach bankowych, będą musieli zawrzeć umowę na piśmie, żeby każdy z nich mógł ją okazać (wraz w dokumencie poświadczającym dziedziczenie) w banku. Jeśli jednak postanowią odwrotnie – będą chcieli wypłacić wszystkie pieniądze i podzielić się gotówką – wtedy umowy o dział spadku nie muszą sporządzać (oczywiście, dotyczy to sytuacji, gdy masę spadkową stanowią jedynie pieniądze), ale za to muszą się do wszystkich banków udać wspólnie, bo tylko wtedy bank wypłaci oszczędności spadkodawcy. Gdy elementem masy spadkowej jest nieruchomości (mieszkanie, dom, działka), to umowa o dział spadku musi mieć formę aktu notarialnego (art. 1037 § 2 k.c.). Umowa o dział spadku może dotyczyć jego całości albo części – np. tylko tych, które z przyczyn formalnych wymagają umowy w formie pisemnej albo notarialnej (art. 1038 § 2 k.c.).

Jeśli spadkobiercy nie są się w stanie porozumieć co do sposobu działu spadku albo nie są w stanie zebrać się wszyscy w celu podpisania umowy o dział spadku (gdyż umowa ta musi być zawarta między wszystkimi spadkobiercami), można takiego działu dokonać jedynie sądownie (art. 1037 § 1 k.c.). W przeciwieństwie do umownego działu spadku, sądowy powinien dotyczyć całości spadku, chyba że za częściowym przemawiają ważne argumenty (np. częścią spadku jest przedsiębiorstwo, art. 1038 § 1 i 3 k.c.).

Wniosek o dział spadku składa się do sądu ostatniego miejsca zwykłego pobytu spadkodawcy, a jeśli nie da się go ustalić w Polsce, do sądu we właściwości miejscowej którego znajduje się przynajmniej część majątku spadkowego, np. nieruchomości, czyli do tzw. sądu spadku (art. 628 k.p.c.). Jednakże na żądanie każdego uczestnika działu, zgłoszone nie później niż na pierwszej rozprawie, sąd spadku może przekazać sprawę sądowi rejonowemu, w którego okręgu znajduje się spadek lub jego znaczna część albo sądowi rejonowemu, w którego okręgu mieszkają wszyscy współspadkobiercy (art. 683 k.p.c.).

Do wniosku o dział spadku należy dołączyć odpis postanowienia o stwierdzeniu nabycia spadku albo zarejestrowanego aktu poświadczającego dziedziczenie. Jeśli nie zostało jeszcze przeprowadzone postępowanie o nabycie spadku, sąd spadku wyda postanowienie o nabyciu spadku w trakcie postępowania o dział spadku (art. 681 k.p.c.).

Do wniosku należy także dołączyć spis inwentarza, jeśli został sporządzony. Jeśli spis inwentarza nie został sporządzony, w treści wniosku należy wskazać majątek, który ma być przedmiotem działu. Skład i wartość majątku podlegającego działowi nie wynika jednak wyłącznie z inwentarza czy ze wskazania wniosku, ale ustala ją sąd (art. 684 k.p.c.).

Nadto, w przypadku dziedziczenia testamentowego, należy we wniosku podać, gdzie znajdują się testamenty spadkodawcy (art. 680 § 1 k.p.c.). Jeśli w skład masy spadkowej wchodzi nieruchomości, należy do wniosku dołączyć dokumen-

ty poświadczające, że spadkodawca był jej właścicielem, czyli np. akt notarialny jej nabycia albo wyciąg z księgi wieczystej (art. 680 § 2 k.p.c.).

Jeśli spadkobiercy nie złożą do sądu zgodnego oświadczenia, w jaki sposób ma być dokonany dział spadku, sąd samodzielnie będzie ustalał, który przedmiot wchodzący w skład masy spadkowej ma przypaść któremu spadkobiercy albo zapisobiorcy, a także jak się mają rozliczyć za nakłady poczynione na spadek, pobrane z niego dochody i spłacone długi (art. 686 i 687 k.p.c.). W tym celu sąd wyznaczy rozprawę, na którą wezwie wnioskodawcę i wszystkich uczestników (spadkobierców i zapisobiorców), a następnie będzie ich przesłuchiwał. Sąd zażąda od każdego spadkobiercy podania swojego wieku, zawodu, stanu rodzinnego oraz danych co do zarobków i majątku, a także zarobków i majątku jego małżonka. Zapyta także, w jaki sposób korzystał dotychczas ze spadku, jak również o inne okoliczności, które mogą mieć wpływ na rozstrzygnięcie, co każdy ze współspadkobierców ma otrzymać ze spadku (art. 682 k.p.c.). Wszystkie te dane warto już podać sądowi we wniosku o dział spadku, jeśli są one wnioskodawcy znane.

Mając na uwadze fakt, że sąd dokonujący działu spadku przeprowadzi rozprawę, obecność spadkobierców na której będzie obowiązkowa wobec konieczności ich przesłuchania, może się pojawić – wspominany już w poprzednich tekstach wielokrotnie – problem oceny przez sąd faktycznej zdolności spadkobiercy z niepełnosprawnością intelektualną do reprezentowania swoich interesów w czasie tego postępowania.

Należy mieć świadomość, że postępowanie o dział spadku jest postępowaniem bardzo skomplikowanym, gdyż sąd prowadzi postępowanie dowodowe nie tylko w zakresie ustalenia składników spadku i ich wyceny, ale także – jeśli spadkobranie przebiega na podstawie ustawy a spadkobiercami są zstępni spadkodawcy (dzieci lub wnuki) albo zstępni i małżonek spadkodawcy, sąd zalicza także na poczet masy do podziału udzielone im za życia przez spadkodawcę darowizny (art. 1039 § 1–3 k.c., art. 1040 k.c., art. 1041 k.c., art. 1042 § 1–3 k.c.), a nawet koszty wychowania i wykształcenia danego zstępnego, jeśli były zasadniczo wyższe niż pozostałych dzieci (art. 1042 k.c.). Zaliczeniu nie podlegają tylko drobne darowizny, czyli tradycyjne prezenty o przeciętnej wartości (art. 1039 § 3 k.c.). Zaliczenie większych darowizn nie nastąpi jedynie wtedy, jeśli z oświadczenia spadkodawcy przy udzielaniu darowizny wynikało wprost, że nie chciał, by ta darowizna była w przyszłości zaliczona na poczet udziału spadkowego (art. 1039 § 1 k.c.). Sąd więc będzie przesłuchiwał strony i świadków na okoliczność, ile każde dziecko dostało majątku za życia swojego zmarłego rodzica, czy wolą rodzica było poprzez tę darowiznę zabezpieczyć dziecko także na wypadek swojej śmierci czy też chciał akurat temu dziecku przekazać po prostu więcej majątku niż pozostałym. Zeznania w tym przedmiocie najczęściej składają członkowie rodziny, bo tylko oni mają taką wiedzę. Niestety prowadzi to często do jeszcze większego skonfliktowania rodziny.

Osoba z niepełnosprawnością intelektualną może po prostu nie mieć wiedzy o finansowych decyzjach podjętych w rodzinie, a tym bardziej o ich motywacjach. Sąd może więc obawiać się, że nie będzie rozumiała treści i znaczenia przesłuchań, a tym bardziej motywów jego orzeczenia, w związku z czym nie będzie w stanie podjąć świadomej decyzji, jaki podział spadku byłby dla niej korzystny, a więc nie będzie umiała ocenić, czy od tego orzeczenia należy apelować, a tym bardziej nie

będzie potrafiła tego samodzielnie zrobić. Co więcej, sąd może po prostu uznać, że osoba z niepełnosprawnością intelektualną nie jest w stanie w ogóle spostrzegać faktów lub komunikować swoich spostrzeżeń, a więc nie może w ogóle zeznawać w niniejszym postępowaniu. Co prawda, według kodeksu postępowania cywilnego istnieje zakaz dowodowy przesłuchiwanie takich osób tylko w charakterze świadka (art. 259 pkt. 1 k.p.c.¹), a nie w charakterze strony, jednakże już sam fakt istnienia takiego ustawowego zakazu odnośnie do świadków powoduje z reguły w sądzie ostrożność w podejściu do uczestnika postępowania z niepełnosprawnością intelektualną. Wciąż dość często w takiej sytuacji sądy albo same zawieszają postępowanie do czasu ubezwłasnowolnienia tego uczestnika, albo zawiadamiają prokuratora o konieczności przyłączenia się do postępowania, co skutkuje z reguły wystąpieniem przez prokuratora z wnioskiem o ubezwłasnowolnienie.

Postępowanie sądowe o dział spadku, jeśli spadkobiercy nie przedstawili sądowi od początku gotowego wniosku, jak powinien wyglądać, ma jeszcze dwie zasadnicze wady. Jak każde postępowanie w przypadku silnego konfliktu trwa długo (im więcej świadków jest powoływanych, im więcej elementów sprawy kwestionowanych, im więcej dokumentów przedkładanych, tym więcej będzie rozpraw, które są wyznaczane przeciętnie nie częściej niż co półtora miesiąca, a w dużych miastach nawet dużo rzadziej) – miesiącami, a nawet latami. Po drugie, jest to postępowanie kosztowne. Opłata stała wynosi 500 zł, a jeśli dział spadku jest połączony ze zniesieniem współwłasności – 1000 zł (chyba że wniosek o wszczęcie postępowania zawiera od razu zgodny projekt działu spadku, wtedy opłata stała wynosi 300 zł, a przy równoczesnym zniesieniu współwłasności – 600 zł). Jednakże, jeśli strony kwestionują wartość poszczególnych przedmiotów spadku albo wartość udzielonych darowizn, konieczne może okazać się powołanie biegłych celem ich wyceny, co znaczenie podwyższa koszty postępowania, gdyż za biegłych muszą zapłacić strony, a dokładnie wnioskujący o przeprowadzenie tego dowodu musi przed powołaniem biegłego złożyć na ten cel wyznaczoną przez sąd kwotę (wszystkie koszty procesu sumowane są przez sąd na koniec postępowania i wtedy sąd orzeka, w zależności od treści podjętego rozstrzygnięcia, kto w jakiej wysokości te koszty będzie ponosił, zaliczając na ich poczet wcześniej uiszczone opłaty i zaliczki).

Na marginesie warto wspomnieć, że także umowny dział spadku przeprowadzony w formie aktu notarialnego jest czynnością stosunkowo kosztowną. Wysokość stawki notarialnej liczona jest bowiem od wartości majątku podlegającego podziałowi, czyli im bardziej wartościowa masa spadkowa, tym wyższe koszty jej notarialnego podziału. Przykładowo, przy majątku o wartości między 60 000 zł a 1 mln zł (czyli praktycznie zawsze, gdy przedmiotem podziału jest mieszkanie), maksymalna stawka notarialna wynosi 1010 zł + 0,4% od nadwyżki powyżej 60 000 zł. Zresztą także przy akcie notarialnym zawsze można się obawiać, o czym wspomniano już kilkakrotnie w poprzednich częściach cyklu, że istnieje realna obawa, iż notariusz odmówi sporządzenia aktu, którego stroną ma

¹ Zakaz dotyczy przypadku całkowitego wyłączenia tych zdolności, jeśli sąd nabierze wątpliwość co do zdolności spostrzegania lub komunikowania spostrzeżeń przez świadka, może zarządzić przesłuchanie go z udziałem biegłego lekarza lub psychologa, a świadek nie może się temu sprzeciwić (art. 272¹ k.p.c.).

być osoba z niepełnosprawnością intelektualną, z obawy, czy podejmuje ona tę decyzję o znaczeniu prawnym w sposób świadomy i swobodny.

Konkluzja tych rozważań na temat działu spadku, czy to w formie sądowej czy notarialnej, jest jedna – lepiej unikać konieczności przeprowadzania tej czynności. Jeśli rodzina jest zgodna, to nigdy nie ma jej przymusu i spadkobiercy z pewnością spokojnie podzielą się spadkiem samodzielnie, a co do rzeczy, których podział własności wymagałby interwencji co najmniej notariusza (np. nieruchomości), pozostaną współwłaścicielami w częściach ułamkowych wynikających wprost z postanowienia o nabyciu spadku albo aktu poświadczenia dziedziczenia. Jeśli jednak rodzina jest bardzo skonfliktowana i spadkodawca przewiduje, że po jego śmierci nie dojdzie do porozumienia, pozostaje mu tylko sporządzenie testamentu na jednego spadkobiercę, tak by nie było potrzeby dzielenia spadku, bo nie będzie go między kogo dzielić.

Niestety przy bardzo skonfliktowanych rodzinach nawet taki testament z reguły nie zapobiegnie procesom spadkowym, bowiem pominięci w testamencie spadkobiercy ustawowi, jeśli nie zostali w nim wprost wydziedziczeni, będą się od osoby dziedziczącej mogli domagać zapłaty tzw. zachowku.

Zachowek

Polskie prawo cywilne wychodzi z założenia, że własność powinna pozostawać w rodzinie i być przenoszona z pokolenia na pokolenie, a wszelkie odstępstwa od tej reguły, nawet wynikające z woli spadkodawcy wyrażonej w testamencie, naruszają prawo najbliższych do dziedziczenia po nim. Oczywiście, w przypadkach ekstremalnych, gdy spadkobierca nie dopełnił swoich obowiązków rodzinnych wobec spadkodawcy albo, co gorsza, skrzywdził go, traci on owo prawo do dziedziczenia. Służą temu omówione we wcześniejszych częściach cyklu instytucje wydziedziczenia i stwierdzenia niegodności dziedziczenia. Jednakże w innych przypadkach samo pominięcie w treści testamentu danego spadkobiercy, będącego zstępnym (dzieckiem albo wnukiem), małżonkiem albo rodzicem spadkodawcy, nie pozbawia go wcale uprawnienia do nabycia przynajmniej części masy spadkowej.

Realizacji tego uprawnienia służy właśnie zachowek. Jeśli zstępny spadkobiercy, jego małżonek albo rodzic uprawniony do spadku w momencie jego śmierci nie został do tego spadku powołany albo przynajmniej za życia nie otrzymał od spadkodawcy darowizny o odpowiednio wysokiej wartości, może się domagać od spadkobiercy albo spadkobierców, jeśli jest ich kilku, zapłaty kwoty pieniędzy potrzebnej do pokrycia zachowku albo jego uzupełnienia, jeśli np. darowizna była udzielona, ale niższej od zachowku wartości (art. 991 § 2 k.c.). Roszczenie to przysługuje od spadkobierców niezależnie od tego, czy sami są uprawnieni do zachowku (np. gdy dziedziczy jedno z dzieci), czy też są osobami spoza tego grona albo nawet spoza rodziny (np. kochanka), a nawet gdy są osobami prawnymi (np. gdy cały spadek zostanie przekazany na jakąś fundację czy stowarzyszenie).

Przy konflikcie rodzinnym dochodzenie zachowku najczęściej nie kończy się na postępowaniu sądowym o zachowek i uprawomocnieniu się orzeczenia o jego istnieniu i wysokości. Jeśli bowiem spadkodawca nie będzie chciał albo nie jest w stanie go wypłacić (bo np. wcześniej straci majątek spadkowy), osoba

uprawniona do zachowku będzie musiała wdrożyć egzekucję komorniczą w celu faktycznego wyegzekwowania należnych jej pieniędzy. Egzekucja komornicza cechuje się natomiast tym, że jest kosztowna (komornikowi należy uiścić opłatę, zanim rozpocznie swoje czynności), często długotrwała (jeśli dłużnik, czyli w tym wypadku spadkobierca zobowiązany do wypłaty zachowku, nie ma pieniędzy na koncie albo przynajmniej stałego legalnego dochodu), a także może okazać się bezskuteczna (jeżeli dłużnik wcześniej wyzbędzie się majątku).

Faktyczna wartość zachowku zależy od wartości masy spadkowej, w ustawie wyrażona jest bowiem w ułamkach. Z reguły wynosi ona $1/2$ udziału, który przysługiwałby danemu uprawnionemu, gdyby był powołany do dziedziczenia, chyba że jest on małoletni albo z powodu wieku lub stanu zdrowia niezdolny do pracy – wtedy przysługuje mu wartość $2/3$ tego udziału (art. 991 § 1 k.c.). Przyjmijmy przykładowo, że wartość masy spadkowej wynosi 1 mln zł (co wbrew pozorom nie jest takie rzadkie, mając na uwadze wartość nieruchomości). Spadek odziedziczył tylko małżonek. Nie dziedziczy troje dzieci (dla zaostrożenia konfliktu przyjmijmy, że chodzi o drugiego małżonka i dzieci z poprzedniego małżeństwa), w tym jedno ma 10 lat, a pozostałe są dorosłe, tylko jedno z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym. Każde z dzieci może się domagać od drugiej żony ojca zachowku. Gdyby testamentu nie było, każde z dzieci uprawnione byłoby do $1/4$ spadku, czyli do jego przedmiotów o łącznej wartości 250 000 zł. Wobec istnienia testamentu dziecko małoletnie i dorosłe z niepełnosprawnością intelektualną uprawnione są tytułem zachowku do $2/3$ tej kwoty – czyli ok. 166 667 zł, a pełnosprawne dorosłe dziecko do $1/2$ – czyli ok. 125 000 zł. Tak więc, w przypadku zgłoszenia przez nie takich roszczeń, spadkobierca wcale nie odziedziczy 1 mln zł, a tylko niewiele ponad 0,5 mln zł.

Warto również pamiętać, że prawo do zachowku może też działać na niekorzyść spadkobiercy z niepełnosprawnością intelektualną, jeśli zostanie on jedynym spadkobiercą. Sam fakt jego niepełnosprawności nie chroni go bowiem przed roszczeniami pozostałych członków rodziny, jeśli wyłączeni zostaną oni z dziedziczenia. Stąd kolejny powód do zastanowienia się, w jaki sposób zabezpieczyć swoje dziecko z niepełnosprawnością intelektualną w przypadku konfliktu rodzinnego, żeby nie narażać go na procesy z pozostałym rodzeństwem o przynależny im zachówek i konieczność ich spłaty, co może być dla spadkobiercy z niepełnosprawnością intelektualną zbyt trudne zarówno emocjonalnie, jak i finansowo, a przede wszystkim wobec ewentualnych wątpliwości sądu, czy będzie się w stanie sam racjonalnie reprezentować w procesie, może się skończyć jego ubezwłasnowolnieniem, czego z pewnością spadkodawca, który uczynił go jedynym spadkobiercą, nie miał w zamiarze.

Oczywiście, rodzic, który chce swoim spadkobiercą uczynić tylko jedno z dzieci, może sprawiedliwie za życia pozostałym dzieciom przekazać ich części majątku w darowiznach. Wtedy uważa się, że ich zachówek został im wypłacony właśnie w formie tych darowizn lub w postaci opłacenia ponadprzeciętnych kosztów wykształcenia, co zalicza się (poza darowiznami drobnymi, zwyczajowo przyjętymi) na poczet należnego im zachowku (art. 993–997 k.c.). Jednakże, jeśli między rodzeństwem istnieje silny konflikt, to nawet wcześniejsze darowizny uczynione na niektórych z nich przez rodziców mogą nie zapobiec dochodzeniu przez osoby pominięte w testamencie zachowku od spadkobierców. Mogą bowiem zawsze starać się udo-

wadniać, że wartość tych darowizn nie wyczerpuje ich uprawnienia do zachowku albo że nie powinny być one zaliczone na zachówek, albo że do wartości spadku należy doliczyć darowizny innych osób, które podwyższą wartość masy spadkowej, a tym samym wartość faktyczną należnego im zachowku. Warto mieć świadomość, że przepisy regulujące sposób wyliczania zachowku są tak skomplikowane, że nawet jeśli w efekcie końcowym spadkobierca z niepełnosprawnością intelektualną nie będzie musiał spłacać zachowków obdarowanego przez rodziców za życia rodzeństwa, to proces w tym przedmiocie będzie z pewnością długi, kosztowny i niestety może nieść ze sobą wysokie ryzyko jego ubezwłasnowolnienia.

Co więcej, nawet uzyskanie pozytywnego orzeczenia sądu o przyznaniu zachowku nie gwarantuje, że zostanie on uprawnionemu faktycznie zapłacony. Przy konflikcie rodzinnym dochodzenie zachowku najczęściej bowiem nie kończy się na postępowaniu sądowym o zachówek i wydaniu prawomocnego orzeczenia o jego istnieniu i wysokości. Jeśli bowiem spadkobierca nie będzie chciał albo nie jest w stanie zachowku wypłacić (bo np. wcześniej straci majątek spadkowy), osoba uprawniona będzie musiała wdrożyć egzekucję komorniczą w celu faktycznego wyegzekwowania należnych jej pieniędzy. Egzekucja komornicza cechuje się natomiast tym, że jest kosztowna (komornikowi należy uiścić opłatę, zanim rozpocznie swoje czynności), często długotrwała (jeśli dłużnik, czyli w tym wypadku spadkobierca zobowiązany do wypłaty zachowku, nie ma pieniędzy na koncie albo przynajmniej stałego legalnego dochodu), a także może okazać się bezskuteczna (jeżeli dłużnik wcześniej wyzbędzie się majątku).

Rodzic osoby z niepełnosprawnością intelektualną, między którego dziećmi (i ewentualnie pozostałym przy życiu małżonkiem) istnieje silny konflikt, może uchronić swoje dziecko z niepełnosprawnością przed procesem o zachówek na kilka sposobów: 1) może sporządzić testament na wszystkie dzieci albo nawet go nie sporządzać, bo wtedy i tak wszystkie dzieci będą dziedziczyć po równo, ale wtedy nie zabezpieczy ich przed ewentualnym procesem o dział spadku; 2) może sporządzić testament tylko na dzieci niepozostające w konflikcie, a pozostałe wydziedziczyć, ale musi do tego istnieć przyczyna faktyczna wymieniona w kodeksie cywilnym; 3) może dziecko z niepełnosprawnością intelektualną zabezpieczyć za swojego życia tak, by nie było spadkobiercą i nie musiało dochodzić zachowku od pozostałych spadkobierców (sposobom, jak można to zrobić, poświęcony zostanie kolejny tekst tego cyklu).

Jeśli w rodzinie nie istnieje konflikt, nie trzeba się obawiać postępowania o zachówek, w szczególności jeśli zabezpieczy się sprawiedliwie dzieci za życia i spadkobiercą uczyni jednego z nich. Dochodzenie zachowku zależy bowiem od woli osób pominiętych w testamencie i nie jest postępowaniem spadkowym obowiązkowym. Ci spadkobiercy, którzy nie chcą go dochodzić – szanują wolę spadkodawcy i nie czują się finansowo pokrzywdzeni – po prostu nie złożą pozwu o zachówek, a ich roszczenia ulegną przedawnieniu po upływie pięciu lat od otwarcia testamentu (art. 1007 § 1 k.c.).

Postępowania o dział spadku i o zachówek nie są obowiązkowymi etapami załatwiania spraw spadkowych, nie oznacza to jednak, że po uzyskaniu postanowienia o nabyciu spadku albo sporządzeniu aktu poświęcenia dziedziczenia spadkobierca nie musi podejmować już innych działań, by swobodnie dysponować spadkiem. Niestety, czynności do załatwienia pozostaje jeszcze dużo.

Należą do nich kwestie formalne związane z przepisaniem na siebie tytułów własności, a przede wszystkim kwestie podatkowe.

Podatki spadkowe

Zgodnie z ustawą o podatku od spadków i darowizn członkowie najbliższej rodziny (a dokładnie: małżonek, zstępni, czyli dzieci, wnuki i dalsze pokolenia; wstępni, czyli rodzice i dziadkowie; pasierb, rodzeństwo, ojczym i macocha) są zwolnieni od podatku spadkowego pod warunkiem, że zgłoszą nabycie spadku do urzędu skarbowego, gdzie rozliczają podatki, w terminie 6 miesięcy od uprawomocnienia się postanowienia o nabyciu spadku albo od zarejestrowania aktu poświadczenia dziedziczenia. Zwolnienie to dotyczy całości nabytego spadku, niezależnie od jego wartości. Z tego właśnie powodu ów 6-miesięczny termin jest taki ważny, gdyż w przypadku jego przekroczenia, podatek obliczany jest na zasadach normalnych, a więc zwolnione są z niego przedmioty tylko do wartości 9637 zł.

Prawdziwym problemem w postępowaniu podatkowym jest więc nie konieczność zapłacenia podatku, a wypełnienie przedmiotowego zgłoszenia do urzędu skarbowego. O ile bowiem dość oczywiste jest, że należy wpisać swoje dane i dane spadkodawcy oraz jego ostatni adres, a także podać pokrewieństwo łączące spadkobiercę ze spadkodawcą (gdyż to ono uzasadnia zwolnienie z podatku) i wielkość dziedziczony udziału, o tyle trudności mogą się pojawić w dokładnym wskazaniu przedmiotów, które nabywa się w ramach spadku, ich miejsca położenia, a w szczególności w podaniu ich wartości rynkowej.

Najpierw trzeba wiedzieć, co się dziedziczy, a więc jakie przedmioty wchodzi w skład masy spadkowej. Jeśli nie był sporządzany inwentarz, wiedza ta wcale nie musi być łatwa do zdobycia, w szczególności jeśli spadkodawca był bogaty.

Dość proste jest poszukiwanie rachunków bankowych spadkodawcy. Do dowolnego banku lub SKOK-u należy złożyć wniosek adresowany do Centralnej Informacji o Rachunkach. Trzeba pamiętać, że wniosek taki może złożyć jedynie spadkobierca, a więc trzeba do niego dołączyć odpis postanowienia o nabyciu spadku albo aktu poświadczenia dziedziczenia. Centralna Informacja składa zapytanie do wszystkich banków i w ciągu 3 dni udziela odpowiedzi zbiorczej o wszystkich kontaktach bankowych posiadanych przez spadkodawcę przed śmiercią. Wtedy wystarczy już tylko w konkretnym banku z otrzymanej listy uzyskać informację, jaki jest stan rachunku.

Podobnie należy postąpić w przypadku ustalenia samochodów, których właścicielem był spadkodawca – należy złożyć w tym celu wniosek do Centralnej Ewidencji Pojazdów i Kierowców. Także w tym przypadku należy dołączyć postanowienia o nabyciu spadku albo akt poświadczenia dziedziczenia.

Niestety, jeżeli chodzi o nieruchomości, to samodzielne ustalenie, czy spadkodawca był właścicielem jakiejś, może okazać się dużo trudniejsze, jeśli nie wręcz niemożliwe. W księgach wieczystych nie da się bowiem tylko po nazwisku danej osoby ustalić, czy jest ona właścicielem jakiej nieruchomości (mieszkań, działek). Księga wieczysta jest bowiem jawna, ale pod warunkiem znajomości jej numeru, który trzeba podać we wniosku. Jeśli zna się dokładny adres nieruchomości, numer jej księgi, można ustalić w sądzie wieczystoksięgowym właściwym miejscowo ze względu na położenie nieruchomości. Jeśli jednak nie znamy położenia nierucho-

mości, takiej możliwości nie ma. Może się więc okazać, że jeśli mamy podejrzenia, że spadkodawca pozostawił po sobie nieruchomości, a nie mamy wiedzy, gdzie się one znajdują, lepiej skorzystać ze spisu inwentarza dokonywanego przez sąd lub komornika, gdyż tylko oni będą mieli możliwość uzyskania tych informacji na podstawie samych danych osobowych spadkodawcy. Analogiczny problem dotyczy mieszkań spółdzielczych, które nie mają wyodrębnionej księgi wieczystej. Jeśli spadkobierca nie wie, w jakiej spółdzielni mieszkaniowej spadkobierca posiadał mieszkanie, a w jego domu nie znajdzie dokumentów w tym przedmiocie, nie będzie w stanie tego sam ustalić, gdyż nie istnieje żaden rejestr mieszkań spółdzielczych.

Równie trudny jest drugi etap wypełniania zgłoszenia do urzędu skarbowego, czyli podanie wartości nabytego spadku. Jeśli chodzi o konta bankowe, to podaje się po prostu właściwy dla danego spadkobiercy ułamek zebranych na nich środków, jednak przy nieruchomościach i ruchomościach (wartościowe meble, obrazy, biżuteria itp.) ich wartość trzeba samodzielnie oszacować i dopiero od tej szacowanej wartości obliczyć odziedziczony przez danego spadkobiercę udział. Żeby było trudniej, ustawa o podatku od spadków i darowizn nakazuje wskazanie wartości nabytych przedmiotów według stanu z daty nabycia (czyli otwarcia spadku – śmierci spadkodawcy) i cen rynkowych z dnia powstania obowiązku podatkowego (czyli daty przyjęcia spadku). Biorąc pod uwagę, że terminy te mogą być odsunięte w czasie, zarówno stan (mieszkanie może zostać zalane, a samochód rozbity), jak i cena danego przedmiotu mogą się znacznie zmienić (np. jeśli dziedziczone są lokale, akcje, złoto itp. przedmioty, których wartość bardzo zależy od często szybko fluktuującej sytuacji rynkowej).

Jeśli spadkobierca samodzielnie wycenia odziedziczony majątek, najlepiej ustalić cenę rynkową poszczególnych przedmiotów sprawdzając w Internecie, za jakie kwoty oferowane są do sprzedaży analogiczne rzeczy (np. samochód tej samej marki, tego samego rocznika, o podobnym przebiegu; 1 m² mieszkania lub działki w tej samej okolicy itp.). Nie warto zaniżać tych wartości w zgłoszeniu do urzędu skarbowego. Jak wskazano bowiem wcześniej, spadek nabyty po osobie z najbliższej rodziny jest zwolniony od podatku niezależnie od jego wartości (pod warunkiem zgłoszenia go w terminie). Jednakże, jeśli urząd nabierze podejrzeń, że spadkobierca podał wartości niższe niż rynkowe (albo gdy w ogóle w zgłoszeniu nie poda on wartości nabytego spadku), wezwie go w terminie nie krótszym niż 14 dni do prawidłowego określenia tych wartości. W wezwaniu jednocześnie poda wartość własnej, wstępnej oceny (co stanowi wyraźną sugestię, na ile urząd skarbowy sam dany przedmiot wycenia). Tej sugestii warto się podporządkować. Jeżeli bowiem spadkobierca, pomimo wezwania, nie określi wartości lub poda wartość nieodpowiadającą wartości rynkowej, naczelnik urzędu skarbowego dokona jej określenia z uwzględnieniem opinii biegłego. Jeżeli organ podatkowy powoła biegłego, a wartość określona z uwzględnieniem jego opinii różnić się będzie o więcej niż 33% od wartości podanej przez spadkodawcę, poniesie on koszty opinii biegłego.

Trudność z wyceną odziedziczonych spadku, pod warunkiem oczywiście, że spadkobierca prawidłowo ustali, co wchodzi w jego skład i zgłosi to urzędowi skarbowemu, można ominąć w następujący sposób: złożyć zgłoszenie ze wskazaniem składników spadku i udziałem spadkowym danego spadkobiercy, ale bez podania ich wartości. Wtedy urząd wezwie do uzupełnienia braku w postaci

podania wartości, jednocześnie sugerując, jakie kwoty powinny być wpisane. Wtedy we wskazanym przez urząd terminie należy po prostu uzupełnić zgłoszenie o zasugerowane przez urząd kwoty.

Należy pamiętać, że zwolnieniu z podatku w tej samej grupie rodzinnej podlega również zachówek, pod warunkiem zgłoszenia go do swojego urzędu skarbowego w terminie 6 miesięcy od jego wypłacenia przez spadkobiercę (a więc nie od daty uprawomocnienia się orzeczenia sądu o istnieniu i wysokości zachowku, ale od dnia faktycznego jego wyegzekwowania czy to dobrowolnego, czy przez komornika).

Kończąc rozważania podatkowe, warto jeszcze wspomnieć, że w przypadku dziedziczenia nieruchomości spadkobierca w terminie 14 dni od uprawomocnienia się postanowienia o nabyciu spadku albo zarejestrowaniu aktu poświadczenia dziedziczenia ma obowiązek powiadomić o tym fakcie gminę właściwą dla położenia tej nieruchomości celem umożliwienia jej wydania wobec niego decyzji o podatku od nieruchomości, który jest wyliczany corocznie.

Mając na uwadze fakt, że już wypełnienie samego zgłoszenia do urzędu skarbowego czy gminy jest dość skomplikowane, a każdy kontakt z instytucją podatkową stresujący, szczególnie dla osoby z niepełnosprawnością intelektualną, warto czynności te dokonywać przez pełnomocnika, który może zostać ustanowiony np. przy podpisywaniu notarialnego aktu poświadczenia dziedziczenia do załatwienia wszystkich spraw spadkowych, a także innych czynności prawnych dnia codziennego. Taki pełnomocnik przyda się choćby przy przenoszeniu na spadkobiercę tytułów własności, jak również umów, których stroną był spadkodawca.

Zmiana danych właściciela i strony umowy

Jak wskazano wcześniej, spadkobierca nabywa majątek spadkowy z datą otwarcia spadku, a dokumentem to poświadczającym jest sądowe postanowienie o nabyciu spadku albo notarialny akt poświadczenia dziedziczenia. Jednak w obrocie prawnym nie jest wystarczające, by spadkobierca posługiwał się tymi dokumentami. Bezpieczeństwo tego obrotu wymaga bowiem, żeby ewentualni przyszli nabywcy odziedziczonego przez niego majątku mieli łatwo dostępną wiedzę, iż jest on jego właścicielem. Stąd państwo w zakresie pewnych przedmiotów majątkowych wprowadziło jawne rejestry, do których nowy właściciel (a więc także spadkobierca) musi się wpisać. Chodzi tu przede wszystkim o księgi wieczyste nieruchomości i rejestry pojazdów. Problem polega na tym, że wpisów tych nie dokonuje się automatycznie, a nawet nie robi tego notariusz (a już tym bardziej sąd) przy poświadczeniu dziedziczenia (choć np. czynność taką wykonuje przy akcie sprzedaży nieruchomości). Tak więc także w tym zakresie spadkobierca musi wykazać się własną inicjatywą.

Jeśli chodzi o nieruchomości, to na każdym kolejnym właścicielu spoczywa obowiązek niezwłocznego ujawnienia swojego prawa w księdze wieczystej. Co więcej, jeśli tego obowiązku w racjonalnym terminie nie dopełni (ustawodawca nie definiuje pojęcia „niezwłocznie”, chodzi więc o jak najszybsze wykonanie tego obowiązku), sąd może go ukarać za opieszałość grzywną od 500 zł do 10 000 zł. O ile przy sądowym nabyciu spadku sąd wieczystoksięgowy może nie dowiedzieć się od razu o zmianie właściciela nieruchomości, gdyż nie powiadomi go o tym sąd spadku, który może nawet nie wiedzieć, że w skład spadku wchodzi

nieruchomość, o tyle przy notarialnym akcie poświadczenia dziedziczenia notariusz ma obowiązek z urzędu zawiadomić sąd prowadzący księgę wieczystą o zmianie właściciela nieruchomości. Z pewnością o zmianie właściciela sąd prowadzący księgę wieczystą dowie się także od sądu spadku w przypadku postępowania o dział spadku, gdyż wtedy z założenia sąd spadku będzie miał wiedzę, że w skład masy spadkowej wchodzi nieruchomość i gdzie jest położona, a tym samym będzie miał obowiązek poinformować o tym sąd wieczystoksięgowy.

Na podstawie takiego zawiadomienia sąd prowadzący księgę wieczystą z urzędu dokonuje wpisu ostrzeżenia, że stan prawny nieruchomości ujawniony w księdze wieczystej stał się niezgodny z rzeczywistym stanem prawnym. Zawiadomienie o wpisie ostrzeżenia zawiera pouczenie o obowiązku złożenia wniosku o ujawnienie prawa własności w terminie miesiąca od daty doręczenia zawiadomienia. Jeśli spadkobierca nie złoży wniosku w tym przedmiocie w owym terminie, sąd może już wtedy uznać go za opieszałego i ukarać opisaną grzywną.

Jak wspomniano, notariusz sporządzający akt poświadczenia dziedziczenia automatycznie nie składa do sądu wniosku o zmianę wpisu w hipotece w postaci zmiany właściciela nieruchomości. Ma on jednak uprawnienie taki wniosek złożyć i można go o to od razu poprosić, wnosząc odpowiednią opłatę. W przeciwnym razie należy samodzielnie (albo przez pełnomocnika, najlepiej notarialnie ustanowionego) wypełnić dostępny na stronie Ministerstwa Sprawiedliwości formularz i jako załącznik dołączyć do niego odpis postanowienia o nabyciu spadku albo notarialnego aktu poświadczenia dziedziczenia (i pełnomocnictwa, jeśli czynności dokonuje pełnomocnik). Czynność ta jest odpłatna, w zależności od rodzaju nieruchomości, od 100 do 200 zł.

Kolejnym rejestrem, o zgłoszeniu do którego w krótkim terminie należy pamiętać pod groźbą kary finansowej, jest ewidencja pojazdów. Zgodnie z ustawą Prawo o ruchu drogowym w ciągu 30 dni od nabycia samochodu, a więc w tym wypadku od uprawomocnienia się orzeczenia sądu o nabyciu spadku albo zarejestrowania notarialnego aktu poświadczenia dziedziczenia, spadkobierca ma obowiązek zgłosić we właściwym ze względu na swoje miejsce zamieszkania wydziale komunikacji fakt jego nabycia. Niewypełnienie tego obowiązku stanowi wykroczenie zagrożone karą grzywny do 3000 zł albo nagany (art. 97 k.w.). Fakt zgłoszenia nabycia pojazdu nie oznacza automatycznego obowiązku jego zarejestrowania, ale tak naprawdę warto to zrobić w czasie jednej wizyty w wydziale komunikacji.

Przy dziedziczeniu mieszkań należy także pamiętać, niezależnie od dokonania wpisu do księgi wieczystej (jeśli została dla danego mieszkania taka księga założona, co może nie być przy lokalach spółdzielczych), żeby poinformować o tym fakcie wspólnotę mieszkaniową albo spółdzielnię. Celem takiej informacji jest zapewnienia wystawiania rozliczeń czynszowych na nazwisko spadkobiercy, gdyż obecnie nawet przy mieszkaniach spółdzielczych nie są wymagane dodatkowe działania – członkowstwo powstaje z mocy prawa. Wyjątkiem jest sytuacja, gdy mieszkanie spółdzielcze dziedziczy kilka osób, gdyż członkiem spółdzielni może być wyłącznie jedna z nich (chyba że właścicielami są małżonkowie). Jeśli współwłaściciele sami zgodnie nie wybiorą spośród siebie osoby, która obejmie członkowstwo, każdy z nich ma prawo wystąpienia do sądu o wskazanie osoby na członka spółdzielni. Jeśli z takim roszczeniem nie wystąpią w ciągu roku, wyboru członka spośród nich dokonuje samodzielnie spółdzielnia.

Każda osoba dorosła w praktyce jest stroną wielu umów, wiążących latami, w ramach których opłacamy regularne rachunki tak automatycznie, że wręcz się o tym zapomina, w szczególności jeśli czyni to za nas bank w ramach zlecenia stałego. Oprócz wspomnianych wcześniej opłat czynszowych i podatku od nieruchomości trzeba pamiętać o umowach z dostawcami prądu, gazu, usług telekomunikacyjnych, internetowych i telewizyjnych, ubezpieczeniach samochodu, domu itp. Wszystkie te umowy zawarte ze spadkodawcą formalnie ulegają rozwiązaniu w chwili jego śmierci. Żeby świadczenia z nich wynikające były nadal kontynuowane, należy zadbać o jak najszybsze przeniesienie tych umów na spadkobiercę, w szczególności tego, który będzie korzystał z odziedziczonej nieruchomości czy pojazdu. Zawsze przy takiej czynności jest oczywiście niezbędne postanowienie o nabyciu spadku albo akt poświadczania dziedziczenia. Mając na uwadze, jak wiele jest tych spraw do załatwienia, warto by za spadkobiercę z niepełnosprawnością intelektualną załatwiał je pełnomocnik albo przynajmniej przy czynnościach tych wspierał go zaufany asystent.

Bibliografia

Akty prawne

- Ustawa Kodeks cywilny z 23 kwietnia 1964 r.*, tekst jednolity Dz.U. 2019 poz. 1145 z późn. zm.
Ustawa Kodeks postępowania cywilnego z 17 listopada 1964 r., tekst jednolity Dz.U. 2019 poz. 1460 z późn. zm.
Ustawa o kosztach sądowych w sprawach cywilnych z 28 lipca 2005 r., tekst jednolity Dz.U. 2019 poz. 785 z późn. zm.
Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 28 czerwca 2004 r. w sprawie maksymalnych stawek taksy notarialnej, tekst jednolity Dz.U. 2018 poz. 272.
Ustawa o podatku od spadków i darowizn z 28 lipca 1983 r., tekst jednolity Dz.U. 2019 poz. 1813.
Ustawa Prawo bankowe z 29 sierpnia 1993 r., tekst jednolity Dz.U. 2019 poz. 2357 z późn. zm.
Ustawa o komornikach sądowych z 22 marca 2018 r., tekst jednolity Dz.U. 2020 poz. 121 z późn. zm.
Ustawa o księgach wieczystych i hipotece z 6 lipca 1982 r., tekst jednolity Dz.U. 2019 poz. 2204.
Ustawa prawo o ruchu drogowym z 20 czerwca 1997 r., tekst jednolity Dz.U. 2020 poz. 110 z późn. zm.
Ustawa Kodeks wykroczeń z 20 maja 1971 r., tekst jednolity Dz.U. 2019 poz. 821 z późn. zm.
Ustawa o spółdzielniach mieszkaniowych z 15 grudnia 2000 r., tekst jednolity Dz.U. 2018 poz. 845 z późn. zm.
Ustawa o podatkach i opłatach lokalnych z 12 stycznia 1991 r., tekst jednolity Dz.U. 2019 poz. 1170.

Literatura

- Biernat, J. (2008). *Umowa o dział spadku*. Poznań: Oficyna.
Brzeszczyńska, S. Ciepła, H. (2018). *Obrót nieruchomościami w praktyce notarialnej, sądowej, egzekucyjnej, podatkowej z wzorami umów*. Warszawa: Wolters Kluwer.
Kaltenbek-Skarbek, L., Żurek, W. (2016). *Prawo spadkowe*. Warszawa: Wolters Kluwer.
Kordasiewicz, B. (2015). *Prawo spadkowe. System prawa prywatnego*. Warszawa: Beck.
Książak, P. (2012). *Zachówek w polskim prawie spadkowym*. Warszawa: LexisNexis.
Skowrońska-Bocian, E. (2010). *Nowelizacja prawa spadkowego. Komentarz*. Warszawa: LexisNexis.
Skowrońska-Bocian, E. (2018). *Prawo spadkowe*. Warszawa: Beck.