

Marzenna Zaorska

Uniwersytet Warmiński-Mazurski, Olsztyn

Wczesne interakcje komunikacyjne matka–głuchoniewidome dziecko

The early communicative interactions mother–deaf-blind child

Słowa kluczowe: głuchoślepotą, osoba głuchoniewidoma, głuchoniewidome dziecko, interakcje komunikacyjne.

Key words: deaf-blindness, deaf-blind person, deaf-blind child, communicative interactions.

Streszczenie

Treść niniejszego artykułu skoncentrowana została na kwestiach związanych z wczesnymi interakcjami międzyosobowymi i komunikacyjnymi mającymi miejsce w relacjach między małym dzieckiem z równoczesnym uszkodzeniem słuchu i wzroku (do pierwszego roku życia) a jego matką. W artykule dokonano rozgraniczenia analizowanego zagadnienia ze względu na okres, kiedy został zdiagnozowany stan głuchoślepoty u dziecka – po urodzeniu lub w pierwszych dniach życia oraz w późniejszych miesiącach życia dziecka. Wskazano także na znaczenie wczesnych interakcji międzyosobowych, a szczególnie interakcji komunikacyjnych na płaszczyźnie głuchoniewidome dziecko – jego matka w sferze wspomagania rozwoju takiego dziecka.

Summary

The content of the following article is based on the issues connected with the early interpersonal and communicative interactions taking place in relations between a small child with a simultaneous damage to hearing and sight (till the age of one year) and his mother. The article delimits the analysed issue considering the period when the state of a child's deaf-blindness was diagnosed – after birth or after the first days of life as well as in later months of a child's life. The importance of the early interpersonal interactions was pointed, especially the communicative interactions on the surface deaf-blind child – his mother in terms of assistance in the development of such a child.

I. WPROWADZENIE

Głuchoślepotą – termin ogólny wykorzystywany na określenie poważnego, równocześnie współwystępującego uszkodzenia słuchu i wzroku. Stan uszkodzenia zmysłów dalekosiężnych w sposób istotny ogranicza możliwości rozwoju jednostki ludzkiej. Szczególnie dotkliwie potęguje różnorodne trudności życiowe człowieka, jeśli ma miejsce od urodzenia lub bardzo wczesnego dzieciństwa. W literaturze naukowej na temat funkcjonowania głuchoniewidomego dziecka [McInnes 1995; Majewski 1995; Ludíková 2000; Souralová 2000] wskazuje się na wielorakie konsekwencje współistniejącej wady słuchu i wzroku. Dotyczą one m.in. dostępu do informacji, do nauki i wiedzy, porozumiewania się z otoczeniem, realizacji czynności samoobsługowych i czynności życia codziennego, orientacji i poruszania się w przestrzeni, udziału w życiu kulturalnym i społecznym, aktywności edukacyjnej, a w późniejszym okresie życia aktywności zawodowej. Jedną z najbardziej charakterystycznych konsekwencji głuchoślepoty, szczególnie głuchoślepoty wrodzonej lub nabytej we wczesnych fazach rozwoju człowieka, jest istotne ograniczenie komunikacji z otoczeniem opartej na wzajemnych interakcjach i obopólnej wymianie informacji. Powyższą sugestię potwierdzają chociażby przyjęte w naszym kraju jako obowiązujące definicje osoby głuchoniewidomej i głuchoniewidomego dziecka.

„Głuchoniewidoma jest osoba, która na skutek równoczesnego, poważnego uszkodzenia słuchu i wzroku napotyka na bardzo duże trudności (odmienne od spowodowanych samą tylko głuchotą lub samą ślepotą), szczególnie w poruszaniu się i dostępie do informacji, a zwłaszcza w komunikowaniu się. Osoba ta, ze względu na złożony charakter inwalidztwa, potrzebuje specjalnej pomocy w czynnościach życia codziennego, w kontaktach międzyludzkich, w kształceniu się i zatrudnieniu” [Majewski 1995 s. 25].

„Dziecko głuchoniewidome to dziecko, które ma trudności w rozumieniu mowy ustnej bez użycia aparatu słuchowego, a uszkodzenie wzroku jest na tyle duże, że uniemożliwia mu lub znacznie utrudnia posługiwanie się zwykłym drukiem. Ograniczenia te zmniejszają możliwości dziecka w zakresie uczenia się, wykonywania czynności życia codziennego, samodzielnego poruszania się oraz porozumiewania się z otoczeniem” [Majewski 1997 s.170].

Konsekwencje głuchoślepoty, w szczególności głuchoślepoty wrodzonej, przejawiają się zasadniczo w trzech podstawowych formach: utrudnień, ograniczeń i uniemożliwień, dotyczą różnych sfer życia, występują w różnym zakresie i ze zmiennym nasileniem. Przy realizacji pewnych czynności i zadań życiowych, w określonych warunkach, osoba z głuchoślepotą wrodzoną objawia wyłącznie utrudnienia, innych – ograniczenia, a jeszcze innych – nie jest w stanie w ogóle samodzielnie ich zrealizować.

Jak zauważa T. Majewski [1995]:

– utrudnienia polegają na tym, że osoba głuchoniewidoma może samodzielnie wykonywać określone czynności, zadania życiowe, edukacyjne, zawodowe czy uczestniczyć w różnych sytuacjach społecznych, lecz przychodzi jej to z trudnościami możliwymi jednak do pokonania;

– ograniczenia – osoba głuchoniewidoma może samodzielnie wykonywać określone czynności i zadania życiowe, edukacyjne, zawodowe czy uczestniczyć w różnych sytuacjach społecznych, lecz w niepełnym, ograniczonym zakresie;

– uniemożliwienia – osoba głuchoniewidoma w ogóle nie jest w stanie samodzielnie wykonywać określonych czynności i zadań życiowych, edukacyjnych, zawodowych czy uczestniczyć w różnych sytuacjach społecznych bez specjalnej pomocy.

Skutki głuchoślepoty wrodzonej zauważalne są m. in. w sferze sensorycznej, na której opiera się poznanie rzeczywistości. Dzieci takie zmuszone są do korzystania z innych zmysłów, uruchamiania zastępczych możliwości realizacji różnorodnych działań i czynności [Alvarez-Reyes 1993].

Kontakt całkowicie głuchoniewidomych z otoczeniem ogranicza się w wielu przypadkach i sytuacjach do wrażeń dostarczanych kanałem dotykowym, węchowym, smakowym, wibracyjnym, tych zaś z częściową głuchoślepotą do dodatkowo zawężonych wrażeń wzrokowych i słuchowych. Również procesy poznawcze nie rozwijają się spontanicznie. W zdobywaniu pierwszych doświadczeń poznawczych i komunikacyjnych głuchoniewidome dziecko napotyka liczne trudności w identyfikacji percypowanych bodźców, chociaż w miarę doświadczania otoczenia świadomość istnienia świata zaczyna się kształtować i rozwijać. Dlatego głuchoniewidome dzieci potrzebują specyficznych sposobów aktywizowania tych możliwości, a proces ich rozwoju wymaga specjalnej ingerencji, systematycznej pracy edukacyjnej i rehabilitacyjnej, przeprogramowania mechanizmów poznawczych z tych wykorzystujących kanał wzrokowo-słuchowy na te, które koncentrują się na bodźcach docierających za pomocą kanału dotykowo-smakowo-węchowego oraz wibracyjnego. Jest to tym bardziej znaczące, że dość duży procent dzieci z głuchoślepotą wrodzoną ma niecałkowite uszkodzenie wzroku, dysponuje też częściowymi możliwościami słuchowymi, które mogą być wykorzystywane w różnorodnych formach aktywności.

Zasadniczym problemem edukacji i rehabilitacji dzieci z głuchoślepotą wrodzoną jest kwestia porozumiewania się z otoczeniem. Uszkodzenie słuchu i wzroku utrudnia, a w wielu przypadkach nawet całkowicie uniemożliwia komunikację przy zastosowaniu tradycyjnego sposobu kontaktu – mowy dźwiękowej. Dzieci nie słysząc dźwięków mowy ludzkiej, jeżeli nie są jej specjalnie nauczane, nie opanowują umiejętności komunikacji werbalnej.

Słuchowy odbiór mowy dla wielu głuchoniewidomych dzieci jest niedostępny, dlatego jeśli dysponują one resztkami wzroku, to mogą je wykorzystać do wzro-

kowego odbioru mowy na podstawie odczytywania z ust. Dla całkowicie głuchoniewidomych możliwości poznania mowy dźwiękowej tworzy odbiór mowy za pomocą dotyku.

Głuchosłepota wrodzona oprócz ograniczenia komunikacji z otoczeniem powoduje także inne trudności związane z porozumiewaniem się. Są to trudności z:

- 1) fonizacją, czyli tworzeniem i artykułowaniem dźwięków składających się na mowę,
- 2) słuchową kontrolą wymawianych dźwięków,
- 3) opanowaniem języka, którym posługuje się ich otoczenie,
- 4) rozumieniem słów i wyrażeń składających się na ten język [Lafon 1992].

Inaczej wygląda sytuacja dzieci, które nabyły wadę słuchu i wzroku po 5 roku życia. Posiadły one pewne umiejętności dźwiękowego porozumiewania się z otoczeniem. Dla tej kategorii głuchoniewidomych dzieci istotne jest przedstawienie się na pozawerbalne formy komunikacji (język migowy, system komunikacji symbolicznej PCS, system Bliss, system jednoznacznych symboli, klocki słowne Premacka i inne), dostosowane do ich aktualnych możliwości, poziomu wiedzy i umiejętności oraz utrwalanie dotychczasowych kompetencji komunikacyjnych.

Tak więc zaburzenia słuchu i wzroku wpływają na kontakt dziecka z najbliższym otoczeniem. Głuchoniewidome dziecko musi nauczyć się korzystać z innych, alternatywnych dróg komunikacji. Dla takich dzieci rozwój umiejętności porozumiewania się jest warunkiem wszelkiego uczenia się.

Ważnym zagadnieniem w procesie kształtowania kompetencji komunikacyjnych u głuchoniewidomych dzieci jest tzw. totalna komunikacja. Polega ona na wykorzystaniu wszelkich dostępnych środków przekazywania informacji, wielu metod umożliwiających kontakt z inną osobą. Mając na względzie dane wskazówki, należy rękę głuchoniewidomego niemowlęcia przytrzymywać na krtani osoby nadającej informacje oraz w okolicach jej ust tak, by dziecko poczuło ruch wydychanego powietrza i powstające w czasie mówienia różnice ciepłne. „W przypadku głuchoniewidomych spotykamy się z ograniczonymi możliwościami komunikowania się poprzez mowę, symbole obrazkowe, czytanie z ust itp. Trzeba zatem szukać innych sposobów przekazywania (wymiany) informacji. Uszkodzenie tzw. zmysłów wyższych (słuchu i wzroku) zwraca naszą uwagę na pozostałe zmysły: chemiczne i skórne” [Florek 1998 s. 56-57].

Program rehabilitacji dzieci z głuchosłepotą wrodzoną w zakresie komunikacji z otoczeniem powinien uwzględniać możliwość pełnienia przez te dzieci zarówno funkcji nadawcy, jak i odbiorcy [Florek 1998].

Obserwacje zachowania małych całkowicie głuchoniewidomych dzieci dowodzą, że w ich przypadku nie dopracowano się jeszcze najodpowiedniejszego systemu przekazywania i odbioru informacji. Dotychczas wypracowane metody komunikacji z głuchoniewidomymi są często mało przydatne, nie w pełni dostosowane do ich potrzeb i możliwości rozwojowych oraz wysoce abstrakcyjne.

Małe głuchoniewidome dzieci ze względu na rozmiary rąk nie mogą być pełnowartościowymi odbiorcami alfabetu palcowego przekazywanego do ręki, nie mogą też postrzegać symboli ideograficznych przekazywanych z pewnej odległości czy nawet symboli konkretnych. Dlatego dla takich właśnie dzieci warto pomyśleć o stworzeniu całkowicie nowego systemu komunikacji, opartego na wykorzystaniu powierzchni ich ciała, w którym dotknięcie konkretnego punktu, w konkretnej kombinacji ruchowej, oznaczałoby konkretny komunikat.

Niezaprzeczalnie ważnym elementem kształtowania i rozwijania umiejętności komunikacyjnych dziecka z głuchosłepotą wrodzoną są jego interakcje komunikacyjne z najbliższymi, przede wszystkim z matką.

II. WCZESNE INTERAKCJE KOMUNIKACYJNE MATKA-GŁUCHONIEWIDOME DZIECKO PRZED DIAGNOZĄ STANU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DZIECKA

Kwestie związane z analizą zagadnienia interakcji komunikacyjnych pomiędzy głuchoniewidomym od urodzenia dzieckiem i jego matką warto ująć w dwóch płaszczyznach – przed zdiagnozowaniem stanu niepełnosprawności dziecka i po diagnozie niepełnosprawności, z wyłączeniem okoliczności i czasu, kiedy diagnoza głuchosłepoty zostaje dokonana – zaraz po urodzeniu dziecka czy w późniejszych miesiącach i latach życia dziecka.

Jak pokazują relacje matek mających dzieci głuchoniewidome od urodzenia, do momentu stwierdzenia głuchosłepoty ich relacje z dzieckiem nie różniły się niczym szczególnym od relacji matki z dziećmi pełnosprawnymi. Matki, nie będąc świadome niepełnosprawności dziecka, w najwcześniejszych fazach jego rozwoju, wykorzystywały tradycyjne, realizowane w sposób naturalny, często intuicyjny możliwości kontaktu. Działo się to w czasie realizacji czynności opiekuńczych. Działania te opierały się zarówno na różnorodnym repertuarze kontaktu zmysłowego bezpośredniego (dotykowego, ciepłego, wibracyjnego), motorycznego, jak i wzrokowego czy słuchowego.

Już od pierwszych chwil życia wszystkie sygnały nadawane przez dziecko coś komunikują jego matce i odwrotnie, sygnały nadawane przez matkę przekazują informacje jej dziecku. Płacz, uśmiech, pozycja, ruchy ciałem, delikatne podniesienie dziecka przez matkę do jej piersi są komunikatami. Tak więc proces ten jest nie tylko wzajemną wymianą informacji, ale także dialogiem o charakterze odbiorca – nadawca, nadawca – odbiorca.

M. C. Bornstein [1995] różnicuje wczesne interakcje maki z dzieckiem na interakcje społeczne oraz interakcje dydaktyczne. Interakcje społeczne [Bornstein 1995] zawierają w sobie dwa rodzaje strategii – fizyczne i werbalne. Koncentrują się na angażowaniu dziecka w wymianę interpersonalną za pomocą głaskania, całowania,

pieszczot, uśmiechania się, bezsłownych wokalizacji, kontaktu „twarzą w twarz” i pozytywnie wpływają na rozwój poznawczy dziecka.

Badania naukowe na temat zależności pomiędzy interakcjami społecznymi między matką a dzieckiem mającymi miejsce w czasie realizacji czynności opiekuńczych i we wczesnych fazach rozwoju dziecka [Rutter 1979 – cyt. za: Bornstein 1995] wskazują na bezpośrednią zależność pomiędzy poziomem rozwoju intelektualnego dziecka a jakością i częstością kontaktów z matką.

Interakcje dydaktyczne [Bornstein 1995] polegają na stymulowaniu rozwoju dziecka w procesie wzajemnego kontaktu poprzez zwracanie uwagi dziecka na otaczającą je rzeczywistość, znajdujące się wokół przedmioty i ich właściwości, zachodzące w tej rzeczywistości zjawiska, na interpretację tego wszystkiego, co się wokół dzieje. Interakcje dydaktyczne, jak wskazuje M. C. Bornstein [1995], wspierają rozwój umysłowy, przedwerbalne podstawy języka, prowokują też samo dziecko do kontaktu. Równocześnie także dziecko nie pozostaje na dane działania obojętne, nie tylko bowiem reaguje na zabiegi komunikacyjne otoczenia, ale również inicjuje takie zabiegi.

Każde interakcje międzyludzkie składają się co najmniej z kilku komponentów. Zdaniem R. A. Hinde i J. Stevenson-Hinde [1995] do najistotniejszych należą: treść interakcji (wspólne działania uczestników interakcji), różnorodność interakcji (jak różnorodne są to działania), jakość różnych typów interakcji, jakość interakcji powstająca pod wpływem interakcji już wcześniej zrealizowanych (jak uczestnicy interakcji dostosowują się do siebie, opierając się na posiadanych doświadczeniach), wzajemność (komplementarność) różnych typów interakcji (zachowanie się uczestników interakcji względem siebie i ich dostosowywanie się do siebie wzajemnie), intymność (skala odkrywania się uczestników interakcji wobec siebie wzajemnie), percepcja interpersonalna (adekwatność postrzegania siebie pomiędzy uczestnikami interakcji), zaangażowanie związane z kontynuowaniem interakcji, ich doskonaleniem i utrzymywaniem.

Dziecko jako przedstawiciel *homo sapiens* już w momencie swoich narodzin dysponuje wieloma specyficznymi dla tego gatunku właściwościami, choć jest pod równie wieloma względami bezradne i zdane na swoje otoczenie. Otoczenie dziecka, wykorzystując wrodzone predyspozycje posiadane przez dziecko, podejmuje działania na rzecz budowania interakcji z dzieckiem. Z kolei dziecko, dysponując tymi zadatkami, może kreować i modyfikować swoje interakcje z otoczeniem i otoczenia z nim samym, wnosząc do interakcji cechy własne, które determinują zachowania matki. H. R. Schaffer [1995] zauważa, że w czasie interakcji komunikacyjnych nie wiek chronologiczny dziecka jest odpowiedzialny za zachowanie matek, lecz status rozwojowy dziecka, odzwierciedlany w sposobie jego zachowania się w sytuacji interakcji, na który odpowiada matka. Tak więc matki dostosowują swoje zachowanie do kompetencji rozwojowych dziecka. Opisane prawidłowości, zdaniem autora, potwierdzają się w czasie obserwacji zachowań komu-

nikacyjnych oraz interakcyjnych u dzieci przedwcześnie urodzonych i dzieci z zespołem Downa. Próby ukierunkowania uwagi dzieci niepełnosprawnych na otoczenie i kontakt interpersonalny realizowane przez matki tych dzieci charakteryzują się szczególną intensywnością i wyrazistością.

Obserwacje własne autorki, poczynione w grupie dzieci z równoczesnym uszkodzeniem słuchu i wzroku na tle wrodzonej różyczki matczynej, dowodzą, że znaczna część dzieci, których matki we wczesnym okresie ich rozwoju nie były świadome faktu niepełnosprawności dziecka, na ogół prezentowała wyższy poziom rozwoju w porównaniu z dziećmi matek, które informację o obecności niepełnosprawności u dziecka uzyskały zaraz lub wkrótce po jego urodzeniu. Jest to jeden z dowodów na to, że sama świadomość stanu niepełnosprawności dziecka ogranicza, zawęża, neutralizuje, nawet patologizuje naturalne, spontaniczne, intuicyjne kontakty komunikacyjne pomiędzy matką a głuchoniewidomym dzieckiem. Wobec powyższego istnieje potrzeba realizacji badań naukowych mających na celu wskazanie możliwości, wpływu i efektów specjalnie zorganizowanych, odpowiednio realizowanych wczesnych interakcji komunikacyjnych matki z głuchoniewidomym dzieckiem w okolicznościach posiadania przez matkę pełnej świadomości stanu niepełnosprawności jej dziecka. Świadomość ta powinna mieć charakter stymulujący aktywność komunikacyjną takiego dziecka i równocześnie wykorzystywać zastępcze możliwości i kanały nawiązywania i rozwijania z nim kontaktu. Jeśli bowiem dzieci głuchoniewidome uzyskują dość satysfakcjonujący poziom rozwoju mimo poważnych współwystępujących wad słuchu i wzroku w okolicznościach naturalnych kontaktów z matką nieświadomą stanu ich niepełnosprawności, to jaki mogłyby uzyskać poziom funkcjonowania, gdyby matki były odpowiednio przygotowane w zakresie kreowania i rozwijania interakcji komunikacyjnych z dzieckiem pod względem terapeutycznym i psychologicznym.

III. WCZESNE INTERAKCJE KOMUNIKACYJNE MATKA-GLUCHONIEWIDOME DZIECKO PO ZDIAGNOZOWANIU STANU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DZIECKA

Jakość interakcji pomiędzy matką a dzieckiem zależy od zachowania obojga partnerów. Jeśli jeden z nich nie spełnia oczekiwanej od niego roli, interakcje stają się zakłócone, dysharmoniczne i nieprzewidywalne, ulegają dezintegracji. Źródłem tych anomalii może być zarówno matka, jak i dziecko. W rzeczywistości jednak bardzo trudne jest dokonanie jednoznacznego rozgraniczenia pomiędzy tymi dwoma niezwykle istotnymi elementami [Schaffer 1995]. Schaffer [1995] pisze, że najbardziej oczywiste formy patologii w zakresie interakcji pomiędzy matką i dzieckiem mają miejsce u dzieci autystycznych, z uszkodzeniami mózgu i innymi rodzajami niepełnosprawności. Autor podkreśla, że w pierwszym roku życia

dzieci nie dostrzega się istotnych różnic w kwestii interakcji komunikacyjnych pomiędzy dzieckiem pełnosprawnym i dzieckiem na przykład autystycznym a ich matkami. Różnice są natomiast zauważalne, jeśli chodzi o kontakty matek z dziećmi z zespołem Downa, szczególnie w zakresie podejmowania i budowania tych interakcji. Dzieci z zespołem Downa mają problemy z dłuższą koncentracją na działaniach podejmowanych przez matkę czy przedmiotach znajdujących się w ich otoczeniu, a zachowania wokalizacyjne takich dzieci następują bez większych przerw. Wszystko to sprawia, że ich matki nie nadążają ze swoimi reakcjami zwrotnymi. Dodatkowo dzieci te o wiele rzadziej inicjują zachowania komunikacyjne oraz interakcyjne pozostawiając rolę kierującego interakcją wyłącznie matce.

Jeśli chodzi o dzieci z równoczesnym uszkodzeniem słuchu i wzroku, pojawia się dodatkowa trudność w postaci braku lub poważnego ograniczenia możliwości nawiązywania oraz inicjowania kontaktu typu „twarzą w twarz”. To dzięki takiemu kontaktowi w wielu przypadkach możliwe się staje włączenie w interakcję, kontynuowanie interakcji i jej modyfikowanie.

Interakcje komunikacyjne pomiędzy matką a dzieckiem charakteryzuje także wzajemność, wymiennosc ról realizowanych przez uczestników interakcji oraz intencjonalność. Dziecko w czasie kontaktu z matką kontroluje swoje zachowanie i dostosowuje je do oczekiwań matki, koryguje zachowania nie uzyskujące akceptacji czy reedukuje zachowania nieaprobowane. Poza tym każdy sygnał płynący od dziecka i odbierany przez jego matkę ma kontekst intencjonalny, coś komunikujący i *vice versa* – sygnały matki komunikują dziecku ważne treści egzystencjalne i poznawcze.

Relacje matek mających głuchoniewidome dzieci jednoznacznie wskazują, że sama informacja o poważnej, złożonej niepełnosprawności ich dziecka wpływa destabilizująco, deprymująco na całokształt ich interakcji z nim, szczególnie interakcji komunikacyjnych. Zachowanie, sposób bycia, kontakty z dzieckiem stają się przesycone myślą o jego niepełnosprawności. W związku z tak bardzo odczuwanym zagubieniem oraz rozchwianiem emocjonalnym liczba, jakość, częstotliwość kontaktu ulegają istotnym zmianom niekorzystnym. Zmiany te dotyczą zarówno graniczenia liczby kontaktów, jak i ich nadmiaru. Wobec dziecka realizowane są niezbędne zabiegi opiekuńcze, jednak nie stanowią one tak, jak wcześniej – do momentu diagnozy niepełnosprawności, tego rzeczywistego, podstawowego pola do kontaktu i dialogu komunikacyjnego. Zabiegi opiekuńcze w tym czasie charakteryzują się dużą dozą sztuczności w postaci znikomych lub nadmiernych reakcji emocjonalnych i behawioralnych, niewielką lub przesadną spontanicznością, znikomą naturalnością. Z jednej strony są jakoby obowiązkiem, który należy wykonać; z drugiej strony – jawią się jako płaszczyzna mogąca zrekompensować dziecku jego niepełnosprawność, a matce zniwelować poczucie „winy” za jego niepełnosprawność i uzyskać stan większej harmonii emocjonalnej. W danym okresie destabilizują się również naturalne i spontaniczne reakcje

ruchowe i werbalne realizowane przez matkę wobec jej niepełnosprawnego dziecka. Zachowanie, postawy i uczucia matki pochłania zasadniczo jedna podstawowa myśl: Jeśli moje dziecko nie widzi i nie słyszy, to w jaki sposób mogę się z nim kontaktować? Przecież nie słyszy mojej mowy, nie widzi mnie i niczego, co się wokół znajduje. Oczywiście wiele matek nie zachowuje postawy biernej. Na drodze prób i błędów podejmuje starania służące kształtowaniu komunikacji interpersonalnej sposobami zastępczyni – dotykowym, ciepłym, wibracyjnym, węchowym smakowym. Są to jednak zachowania nieusystematyzowane, chaotyczne, wyrwane z kontekstu i fragmentaryczne. Brakuje konkretnych i kompetentnych instrukcji, jak budować kontakt i relacje z dzieckiem tak, by były one obopólnie satysfakcjonujące i jednocześnie zawierały wiarygodną informację o treści, przedmiocie i kontekście tych relacji. Mylącym i deformującym kontakt z dzieckiem z równoczesnym uszkodzeniem słuchu i wzroku jest także założenie, że bliskość cielesna i głośna mowa pozwolą na właściwy i wiarygodny odbiór przekazywanych wiadomości. Dziecko bowiem tak naprawdę nie rozumie tego, co się wokół niego dzieje, a tym bardziej nie pojmuje tematyki i formy interakcji. Poprawić istniejący stan rzeczy może jedynie właściwe przygotowanie matki w zakresie możliwości i sposobów komunikowania się z dzieckiem tak, by komunikacja była dostosowana do jego realnych potrzeb i poziomu funkcjonowania. V. Cardinaux, H. Cardinaux i A. Löwe [1993 s. 15-17] zauważają: „Rodzice dzieci głuchoniewidomych wypełniają swoje obowiązki w warunkach bardzo utrudnionych, gdyż dzieci te rzadko reagują na uczucia. Z czasem więc także i rodzice okazują coraz rzadziej swoje uczucia, bo nie ma na nie odpowiedzi. Powstaje prawdziwie «diabelski krąg», gdyż nawiązanie kontaktu i miłości są podstawą porozumienia i uczenia się. [...] Jedynie przy właściwej pomocy dziecko głuchoniewidome może dokonać postępu w rozwoju. W tym procesie rodzice odgrywają ogromną rolę. Dziecko musi uczyć się przez cały dzień. [...] Najtrudniejszym dla rodziców problemem jest porozumienie z dzieckiem głuchoniewidomym. [...] Niestrudzenie rozmawiajcie z dzieckiem w toku wszystkich wykonywanych z nim czynności. [...] Nagradzajcie każdy wysiłek dziecka radosną przychylnością i ciepłym kontaktem fizycznym. Dziecko potrzebuje waszej miłości, waszej zachęty, wspólnego działania, aby wyjść ze swojego wewnętrznego świata i zwrócić się ku najbliższemu otoczeniu”.

IV. REFLEKSJA

Szczegółowa analiza powyższych treści skłania ku wyartykułowaniu wniosku o potrzebie nie tylko wczesnego diagnozowania stanu równoczesnego uszkodzenia słuchu i wzroku u dziecka, ale również o potrzebie przygotowania jego rodziny, przede wszystkim matki w zakresie metod, sposobów, możliwości nawiązywania, rozwijania, budowania interakcji komunikacyjnych z niepełnosprawnym dzie-

kiem. Takie rozwiązanie pozwoli na zamianę wielu niewłaściwych zachowań interpersonalnych matki (rodziny) głuchoniewidomego dziecka, na dostosowanie zachowań matki (rodziny) do dziecka i jego realnych, rzeczywistych możliwości. Równocześnie może okazać się istotnym elementem profilaktyki syndromu zagubienia i bezradności w postępowaniu matki (rodziny) wobec swojego głuchoniewidomego dziecka (członka) lub zamiany tegoż syndromu na zdrowe, naturalne, spontaniczne, a jednocześnie wysoce specjalne i specyficzne relacje komunikacyjne.

Bibliografia

- Alvarez-Reyes D. [1993]. Access to Context a Basic Need for Deafblind People. III European Conference of the IAEDb. Potsdam.
- Bornstein M. H. [1995]. Pomiedzy opiekunami a ich potomstwem. Dwa rodzaje interakcji i ich konsekwencje dla rozwoju poznawczego. W: Brzezińska A., Lutomski G., Smykowski B. (red.). Dziecko wśród rówieśników i dorosłych. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Cardinaux V., Cardinaux H., Löwe A. [1993]. Przygarnij mnie. Wychowanie dzieci głuchoniewidomych. Warszawa: PWN.
- Florek A.M. [1998]. Rozwijanie komunikacji u małych głuchoniewidomych dzieci. „Przegląd Tyfologiczny” 1/2, 55-69.
- Hinde R. A., Stevenson-Hinde J. [1995]. Związki interpersonalne a rozwój dziecka. W: Brzezińska A., Lutomski G. (red.). Dziecko wśród rówieśników i dorosłych. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Lafon J. C. [1992]. Codes amplication for the profound deaf. Strasbourg.
- Ludíková L. [2000]. Vzdělávání hluchoslepých. I. Praha: Scientia.
- Majewski T. [1995]. Edukacja i rehabilitacja osób głuchoniewidomych. Warszawa: TPG i PZN.
- McInnes J. J. [1995]. Uczenie się. Podręcznik do pracy z głuchoniewidomymi niemowlętami, małymi dziećmi i dziećmi w wieku przedszkolnym. Warszawa: TPG.
- Rutter M. [1979]. Maternal deprivation. New findings, new concepts, new approaches. „Child Development” 50.
- Schaffer H. R. [1995]. Epizody wspólnego zaangażowania jako kontekst rozwoju poznawczego. W: Brzezińska A., Lutomski G. (red.). Dziecko wśród rówieśników i dorosłych. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Schaffer H. R. [1995]. Przyswajanie zasad dialogu. W: Brzezińska A., Lutomski G., Smykowski B. (red.). Dziecko w zabawie i świecie języka. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Souralová W. [2000]. Vzdělávání hluchoslepých. II. Praha: Scientia.
- Zaorska M. [2002]. Głuchoniewidomi w Polsce – specjalna pomoc, edukacja i rehabilitacja. Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.

Adres do korespondencji:

Marzenna Zaorska
10-448 Olsztyn
ul. Głowackiego 4A/6