

Wczesne przyczyny zaburzeń emocjonalnych u dzieci z niepełnosprawnością wzrokową

Early causes of emotional disturbances in visually impaired children

Zakład Edukacji Osób z Niepełnosprawnością, Instytut Pedagogiki, Uniwersytet Wrocławski, Wrocław, Polska

Adres do korespondencji: Joanna Gładyszewska-Cylulko, Zakład Edukacji Osób z Niepełnosprawnością, Instytut Pedagogiki, ul. Dawida 1, 50-527 Wrocław,

tel.: +48 71 367 23 16, faks: +48 71 367 23 16, e-mail: joanna.gladyszewska-cylulko@uw.edu.pl

Streszczenie

Niepełnosprawności wzrokowej często towarzyszą zaburzenia emocjonalne: nadmierna lękliwość, problemy ze snem, skłonność do bierności w kontaktach społecznych. Badacze są zgodni, że wynikają one nie tyle z samej niepełnosprawności, ile z innych przeszkód, które na drodze swego rozwoju napotyka osoba niewidoma lub słabowidząca. Rozwój dziecka z niepełnosprawnością wzrokową jest bowiem uwarunkowany czynnikami nie tylko biologicznymi, lecz także społecznymi. Niektóre pojawiają się już w najwcześniejszym okresie życia dziecka i utrudniają prawidłowy rozwój emocjonalny. Do czynników, na które trzeba wówczas zwrócić szczególną uwagę, należą: ból towarzyszący koniecznym procedurom medycznym, silny stres rodzicielski (utrudniający przystosowanie się do nowej roli i wpływający na dobrostan dziecka) czy utrudnienia we wzajemnej komunikacji matki i dziecka spowodowane brakiem odbioru bodźców wizualnych. Niektórym zakłóceniom trudno zapobiec, inne jednak można zniwelować, by zmniejszyć prawdopodobieństwo zaburzeń emocjonalnych w późniejszym czasie. Zdarza się niestety, że rodzice czy specjaliści nie zdają sobie sprawy, iż podwaliny nieprawidłowych zachowań mogą powstawać już w wieku niemowlęcym lub w okresie noworodkowym, a nawet prenatalnym. Podstawą zapobiegania zaburzeniom emocjonalnym jest uświadomienie otoczeniu ważności odpowiedniego podejścia do małego dziecka niewidomego albo słabowidzącego – z uwzględnieniem jego ograniczeń, możliwości rozwojowych i potrzeb w różnych obszarach funkcjonowania.

Słowa kluczowe: dzieci niepełnosprawne wzrokowo, emocje, czynniki zakłócające

Abstract

Visual impairment is often associated with emotional disturbances: excessive fearfulness, sleep problems and a tendency to be passive in social encounters. Researchers agree that these are not due to the disability itself, but to other obstacles that a blind or visually impaired person comes across in their development, since the development of a child with visual impairment is determined not only by biological factors but also by social ones. Some obstacles occur already at the earliest stage of a child's life and disrupt their emotional development. The factors to which particular attention should be paid include pain associated with medical procedures, strong parental stress (which makes it difficult to adjust to the new role and affects the child's well-being) and problems in mutual mother-child communication caused by the lack of reception of visual stimuli. Some disruptions are hard to prevent, however, others may be mitigated in order to decrease the risk of emotional disturbances at a later age. Unfortunately, sometimes parents or specialists are not aware of the fact that the foundations for abnormal behaviour may develop as early as in infancy or the neonatal and even prenatal period. The primary way of preventing emotional disturbances is to make the individuals close to the child aware of the importance of the right attitude towards a small blind or visually impaired child. This attitude should take into account the child's limitations, developmental potential and needs in various areas of functioning.

Keywords: visually impaired children, emotions, disrupting factors

WSTĘP

Problem zaburzeń emocjonalnych (a szerzej – funkcjonowania emocjonalno-społecznego) osób z niepełnosprawnością wzrokową jest niewątpliwie istotny z punktu widzenia szeroko pojętej rehabilitacji. Choć niepełnosprawność wzrokowa wpływa na wszystkie sfery funkcjonowania, także na sferę emocjonalno-społeczną, to jej głębokość jest tylko jednym z czynników utrudniających rozwój psychofizyczny dziecka. W przypadku zaburzeń emocjonalnych równie ważne jak czynniki biologiczne są czynniki społeczne. Zgodnie z poglądem Donalda Hebba oba rodzaje czynników mają stuprocentowy udział w determinowaniu zachowania człowieka i są nierozłączne (Strelau, 2004). Oddziałują też na siebie nawzajem, czyli gdy u danej osoby występują nieprawidłowości biologiczne (zaburzenia strukturalne centralnego układu nerwowego, nieprawidłowości genetyczne czy endokrynologiczne), jest ona bardziej narażona na wystąpienie patologicznych zachowań wywołanych nieprawidłowym oddziaływaniem otoczenia społecznego. Gdy jednak kontakty jednostki z otoczeniem są pozytywne, zachowania patologiczne mogą nie wystąpić, pomimo obciążenia czynnikami biologicznymi.

Zapobiegając powstawaniu nieprawidłowości emocjonalnych u dziecka z zaburzeniami widzenia, możemy zmniejszyć prawdopodobieństwo kształtowania się jego niewłaściwych postaw w stosunku do siebie i otoczenia, a przede wszystkim – zwiększyć poczucie dobrostanu psychicznego. Zdarza się nierzadko, że rodzice czy różnego rodzaju specjaliści nie zdają sobie sprawy, iż podwaliny nieprawidłowych zachowań związanych z funkcjonowaniem emocjonalno-społecznym mogą powstawać już w wieku niemowlęcym lub w okresie noworodkowym (a nawet przed urodzeniem). W pierwszych miesiącach życia dziecko rozwija się bowiem intensywnie nie tylko w sferze motorycznej i poznawczej, ale również w sferze emocjonalnej i społecznej. Zbierane wówczas doświadczenia społeczne i emocje powstające pod wpływem kontaktów z bliskimi są podstawą więzi ze światem społecznym i ufności w stosunku do siebie. Zaniedbania zaś (i trudne doświadczenia) mogą się przekładać na trudności w relacjach z innymi, a także powodować zaburzenia w sferze emocji.

Brak lub znaczne uszkodzenie wzroku jest niewątpliwie czynnikiem utrudniającym prawidłowy rozwój. Ponadto zaburzenie widzenia może być następstwem poważniejszych wad rozwojowych, więc skutki niepełnosprawności wzrokowej nakładają się na konsekwencje pozostałych zaburzeń. Dlatego niejednokrotnie trudno wyodrębnić charakterystyczne, niepowtarzalne problemy, jakie niesie ze sobą uszkodzenie wzroku w sferze funkcjonowania emocjonalno-społecznego. Małe dziecko z zaburzeniami widzenia jest przede wszystkim dzieckiem, następnie – dzieckiem z niepełnosprawnością, a dopiero potem – dzieckiem

z niepełnosprawnością wzroku. I właśnie według powyższej sekwencji należy moim zdaniem rozpatrywać prezentowane tu zagadnienie.

ZABURZENIA EMOCJONALNE DZIECI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ WZROKOWĄ

Mówiąc o dzieciach z zaburzeniami widzenia, trzeba zauważyć, że schorzenia okulistyczne często współwystępują z zaburzeniami neurologicznymi. Potwierdzają to zarówno statystyki, jak i doświadczenia tyflopedagogów pracujących z dziećmi. Badania prowadzone przez Walkiewicz-Krutak pokazały, że większość badanych dzieci (68,10%) miała i jedno, i drugie zaburzenia. Dzieci z niepełnosprawnością sprzężoną było więcej (70,69%) niż dzieci z izolowaną dysfunkcją wzroku (29,31%). Do głównych przyczyn zaburzeń neurorozwojowych należały: skrajne wcześniactwo (dzieci urodzone przed 28. tygodniem życia) i retinopatia wcześniaków, niedotlenienie i niedokrwienie w okresie okołoporodowym, uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego o innej etiologii i zespoły genetyczne (dysplazja przegrodowo-oczna, zespół Möbiusa, zespół Pierre'a Robina, zespół Downa czy zespół kociego oka) (Walkiewicz-Krutak, 2015).

Czynniki biologiczne wydają się dość obciążające, jeśli chodzi o prawdopodobieństwo zaburzeń emocjonalno-społecznych w populacji dzieci niewidomych. Tym ważniejsza okazuje się więc rola czynników społeczno-środowiskowych: jakości kontaktów dziecka z otoczeniem, więzi między matką a dzieckiem, zaspokajania potrzeb dziecka etc. Profilaktyka oraz wczesna wielostronna rehabilitacja mogą zapobiec zaburzeniom emocjonalnym lub zmniejszyć ich natężenie. W pedagogice specjalnej profilaktyka jest jedną z równoważnych form postępowania terapeutyczno-wychowawczego – obok wczesnej rozwiniętej diagnozy i interwencji, usprawniania lub kompensacji (Dykcik, 1998).

Występowanie zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością wzrokową jest częstsze niż wśród ich widzących rówieśników i sięga 45%. Do specyficznych zaburzeń psychicznych osób niewidomych można zaliczyć m.in. zaburzenia snu i bezsenność, czego skutkiem są nierzadko zaburzenia nastroju i koncentracji uwagi, problemy z zapamiętywaniem i przypomnianiem informacji, a także zaburzenia psychomotoryczne czy anhedonia (Skalski, 1998). Dzieciom niewidomym i słabowidzącym towarzyszą specyficzne rodzaje lęków: lęki akustyczne, przestrzenno-ruchowe, przed utratą wzroku, przed popełnieniem błędu (Majewski, 2002) lub fobia dotykania (Marcelli, 2013). Co istotne, czasem niełatwo jest rozróżnić, które problemy łączą się z danym rodzajem niepełnosprawności, a które są od niej niezależne. Przykładem mogą tu być stereotypie ruchowe, przypominające nierzadko zachowania obsesyjno-kompulsyjne. Odróżnienie jednych od drugich jest trudne, nawet jeśli przyjmujemy, że próba przerwania kompulsji może

wywołać złość i zachowania agresywne, co nie towarzyszy próbom przerwania stereotypii ruchowych (Bobińska i Gałęcki, 2010).

Badacze są zgodni, że specyficznym zaburzeniem osób z niepełnosprawnością wzrokową jest bezsenność, choć oczywiście nie każdy człowiek niewidomy czy słabowidzący ma problemy ze snem. Źródłem trudności są rytmy swobodnie biegnące: osoby z niepełnosprawnością wzrokową nie funkcjonują zgodnie z 24-godzinnym rytmem snu i czuwania, gdyż periodyka rytmu dobowego wydzielania melatoniny wynosi od 23 godz. 50 min do 25 godz. (Karasek, 2007). W konsekwencji może dojść do przesunięcia czasu senności i bezsenności. Przyczyną jest brak percepcji światła, będącego głównym czynnikiem środowiskowym wpływającym na rytm snu i czuwania. Badacze proponują wspomaganie się czynnikami biologicznymi, przykładowo fototerapią – polegającą w tym wypadku na naświetlaniu światłem słonecznym lub światłem o widmie podobnym do słonecznego. Jak wynika z badań, zastosowanie fototerapii połączonej z wysiłkiem fizycznym u dzieci niewidomych i słabowidzących może skutkować polepszeniem nie tylko jakości snu, ale także samopoczucia i samooceny (Buraczyńska *et al.*, 2007). Inni postulują podawanie indywidualnie dobranej dawki melatoniny, której poziom u osób niewidomych może być obniżony, ponieważ cykl światło–ciemność jest podstawowym regulatorem jej wydzielania (Karasek, 2007).

W celu zbadania wpływu ślepoty na rozwój społeczny i emocjonalny w pierwszym roku życia Tröster i Brambring porównali różne aspekty rozwoju niemowląt w wieku 9 i 12 miesięcy. Pięcioro 9-miesięcznych i siedemnaścioro 12-miesięcznych niemowląt było niewidomych od urodzenia, nie miało żadnych dodatkowych zaburzeń. Badacze oceniali emocje, interakcje społeczne i kontrolę impulsów. Niemowlęta niewidome miały bardziej ograniczoną mimikę twarzy, rzadziej próbowały nawiązywać kontakt z matkami oraz gorzej reagowały na proste prośby i zakazy niż niemowlęta widzące. Badacze doszli do wniosku, że brak wizualnej percepcji wydaje się utrudniać interakcje społeczne, szczególnie prowadzenie dialogu (Tröster i Brambring, 1992). Kompetencje społeczno-emocjonalne dzieci (w wieku 12–36 miesięcy) z niepełnosprawnością wzrokową były także przedmiotem badań Langa i wsp. Wyniki pozwoliły na sformułowanie wniosku, że nauczanie dzieci rozumienia emocji innych osób, zwracania uwagi na przedmioty i zjawiska w najbliższym otoczeniu czy angażowania się w kontakt z otoczeniem (również społecznym) są najważniejszym wyzwaniem dla wczesnej interwencji w grupie małych dzieci z niepełnosprawnością wzrokową (Lang *et al.*, 2017).

WCZESNE PRZYCZYNY PROBLEMÓW EMOCJONALNO-SPOŁECZNYCH U DZIECI Z ZABURZENIAMI WIDZENIA

Co może utrudniać małym dzieciom z niepełnosprawnością wzrokową nawiązywanie więzi z otoczeniem? Jednym

z czynników zakłócających jest ból, nierzadko towarzyszący dzieciom od pierwszych chwil po urodzeniu. Zabiegi operacyjne i inne procedury medyczne (np. przemywanie oczu) mogą być źródłem stresu i wywoływać niepożądane reakcje emocjonalne. Co więcej, często przerywany sen (nawet 132 razy na dobę) sprawia, że odpoczynek jest niemożliwy (Chamberlain, 1989). Badacze już dawno skorygowali pogląd, iż małe dzieci nie odczuwają bólu. Jak dowiedli, ból nie tylko występuje, lecz także pozostaje we wspomnieniach na długie lata. Dlatego też znalezienie sposobów na zmniejszanie bólu doświadczanego przez małe dzieci jest jednym z celów lekarzy neonatologów czy pediatrów. Zadaniem każdej placówki, w której dzieci poddaje się zabiegom medycznym, są: rutynowa ocena bólu, w miarę możliwości zminimalizowanie liczby bolesnych procedur, efektywne stosowanie terapii farmakologicznych i niefarmakologicznych w celu zapobiegania bólowi związanemu z rutynowymi procedurami (Barrington *et al.*, 2007).

Dzieci niewidome różnie manifestują odczuwanie bólu. Podobnie jak u dzieci widzących sygnałem bólu mogą być płacz lub milczenie, pobudzenie ruchowe albo pozostawanie nieruchomym. Często przeżywanie bólu wyraża się w zmianie zachowania (przykładowo: zwykle spokojne i mało ruchliwe dziecko staje się pobudzone motorycznie). Jeśli ból nie zostanie zniwelowany, może znacząco wpłynąć na jakość życia dziecka: zakłócać nastrój, sen, apetyt, a także zwiększać wrażliwość na ból w późniejszym okresie życia, powodować lęki, stres, nadaktywność i zaburzenia dotyczące deficytu uwagi (Mathews, 2011).

Ból można zaliczyć do wczesnych stresów życiowych (*early life stress*, ELS), wśród których są jeszcze fizyczne, emocjonalne czy słowne nadużycia, zaniedbanie, domowe dysfunkcje lub ubóstwo społeczne (Brown *et al.*, 2009). Stres we wczesnych latach życia wpływa niekiedy na późniejsze zachowanie człowieka: powoduje deficyty w zakresie funkcji poznawczych (funkcjonowania poznawczego, pamięci i sprawowania władzy wykonawczej), oddziałuje na uczucia i emocje (Pechtel i Pizzagalli, 2011). Z badań nad skutkami ELS prowadzonych przez Pechtel i Pizzagallo wynika, że – po pierwsze – złożone funkcje poznawcze i afektywne związane z regionami mózgu poddawanyymi długotrwałemu rozwojowi pourodzeniowemu są szczególnie podatne na szkodliwe efekty ELS. Fakt, że regiony mózgu o przedłużonych trajektoriach rozwojowych (takie jak kora przedczołowa) są bardziej niż inne narażone na ELS, może częściowo tłumaczyć upośledzenie funkcji złożonych. Dysfunkcje te mogą się przyczynić do postępu choroby psychicznej, np. dysfunkcja wykonawcza zaburza regulację emocjonalną i sprzyja depresji. Po drugie – szczególnie wrażliwe na ELS jest ciało migdałowate, które ma decydujące znaczenie dla procesu uczenia się oraz reagowania na bodźce społeczne i emocjonalne w środowisku dziecka. Po trzecie wreszcie – niektóre problemy, zwłaszcza w sferze afektywnej, wydają się utrzymywać wiele lat po ustaniu ELS. Podczas gdy funkcje

poznawcze wykazują pewien stopień regeneracji po uwolnieniu się jednostki od stresującego środowiska, deficyty w funkcjonowaniu uczuciowym (np. kontrola emocjonalna) i związane z nimi rejony mózgu (np. jądro migdałowe) wydają się bardziej odporne. Może się to przyczynić do częstszych stanów lękowych i zaburzeń nastroju, powszechnie występujących u osób dorosłych z historią ELS (Pechtel i Pizzagalli, 2011).

Warto podkreślić, że nie tylko silny stres prowadzi potencjalnie do negatywnych zmian. Również narażenie na stres chroniczny, nawet o mniejszym natężeniu, może powodować zmiany dendrytyczne, a także zakłócać relację między korą przedczołową a hipokampem, który jest potrzebny do właściwego przebiegu procesu konsolidacji śladów pamięciowych. Warto podkreślić, że o ile zmiany strukturalne w hipokampie wymagają kilku tygodni ekspozycji na stres, o tyle dendryty zaczynają się zmieniać już po tygodniu stresu, a wręcz – jak twierdzą niektórzy badacze – po pojedynczej ekspozycji, gdy stresor jest wyjątkowo silny (Arnsten, 2009).

Już u małych dzieci można zauważyć symptomy zaburzeń posttraumatycznych. Manifestują się one w różny sposób w zależności od okresu życia. U niemowląt w wieku od 0 do 6 miesięcy ujawniają się w postaci nadwrażliwości, przesadnej odpowiedzi na zaskoczenie, drażliwości, wycofania. Podobne symptomy występują w innych grupach wiekowych – do 36 miesięcy włącznie. Gdy dziecko ma co najmniej 6–12 miesięcy, objawami zaburzeń posttraumatycznych mogą być dodatkowo: zwiększony niepokój w nieznanach sytuacjach, gniewne reakcje, zaburzenia snu, aktywne unikanie konkretnych sytuacji. U dzieci półtorarocznych zaczynają się pojawiać koszmary senne i zwiększone zainteresowanie symbolami traumy. Dwulatki i starsze dzieci mają niekiedy objawy zaburzeń posttraumatycznych opisane w klasyfikacji DSM-IV (Blank, 2007). Warto wspomnieć, że symptomy posttraumatyczne u dzieci mogą znacznie odbiegać od symptomów prezentowanych przez dorosłych. Są zdecydowanie bardziej złożone, przez co mogą być mylnie interpretowane (Ruppert, 2017).

Stres pierwszych miesięcy życia nie jest doświadczeniem wyłącznie dzieci – dotyka też rodziców. Pobyt w szpitalu stanowi źródło stresu dla większości ludzi, a po narodzinach dziecka niewidomego czy słabowidzącego hospitalizacja może się znacznie wydłużyć (np. w przypadku retinopatii wcześniaczej) i/lub wiązać ze skomplikowanymi zabiegami chirurgicznymi (np. w przypadku wrodzonej zaćmy albo jaskry). Wymaga to od rodziców i innych członków rodziny przeorganizowania planów, co już samo w sobie jest stresujące. Również wyjście ze szpitala bywa źródłem dodatkowego stresu. Rodzice mają obawy, czy zdołają zapewnić dziecku bezpieczeństwo, i często są pozbawieni wsparcia ze strony przyjaciół czy znajomych, którzy nie wiedzą, jak się zachować w sytuacji narodzin dziecka niepełnosprawnego wzrokowo. Konieczność samodzielnego wykonywania zabiegów medycznych

(np. codzienne aplikowanie kropli do oczu) dodatkowo wzmacnia dyskomfort. Ponadto rodzice muszą w krótkim czasie przyswoić słownictwo medyczne, psychologiczne czy pedagogiczne, by komunikować się z profesjonalistami. W życie rodziny wkracza sztab specjalistów, co niejednokrotnie zmusza opiekunów do wykształcenia pewnych cech, choćby asertywności (Fazzi *et al.*, 2002). Niepełnosprawność wzrokowa dziecka jest zatem niewątpliwie silnym stresorem działającym na rodziców. Świadomość, iż dziecko nie będzie widziało albo będzie widziało w znacznie ograniczonym stopniu, może rodzić poczucie niesprawiedliwości i bezradności, czego konsekwencją jest czasami niewystarczające zaspokajanie potrzeb psychicznych dziecka w pierwszym okresie życia (Turska, 2008). Stres rodzicielski może wpływać na percepcję matek dzieci niepełnosprawnych wzrokowo (Graungaard i Skov, 2007) i podejście do dziecka oraz utrudniać zaspokajanie dziecięcych potrzeb.

Warto podkreślić, że właśnie pierwsze tygodnie po narodzeniu są czasem, gdy kształtuje się podstawowa ufność dziecka do świata. Nie jest ona tożsama z zaufaniem (Erikson, 1980), lecz dotyczy „swoistego, przedrefleksyjnego »zadomowienia« w otoczeniu, symbiozy z ewentualnymi zagrożeniami, które nie paraliżują. (...) to nieredukowalna do samowiedzy kondycja egzystencjalna pozwalająca oczekiwać i spodziewać się mającej minimum komfortu interakcji z najbliższym otoczeniem” (Witkowski, 2009, s. 113). Brak ufności może wpływać na całe życie człowieka, utrudniać mu nawiązywanie kontaktów interpersonalnych i tworzenie więzi interakcyjnej (choć problemy w kontaktach nie muszą wynikać z zaburzeń pierwszej fazy rozwoju tożsamości). Ufność dziecka jest związana nie tylko z poczuciem niezawodności opiekunów, ale także z zaufaniem do siebie i własnego ciała w sytuacji problemowej.

Gdy występują dodatkowe czynniki obciążające (takie jak wcześniactwo), stres rodzicielski ulega intensyfikacji. W badaniach dotyczących traumy matki wcześniaków z niską wagą urodzeniową uzyskiwały, jeśli chodzi o objawy depresyjne i lęki, istotnie wyższe wyniki niż grupa kontrolna, złożona z matek dzieci urodzonych bez komplikacji. Co więcej, matki wcześniaków nie wykazały znacznego zmniejszenia objawów pourazowych nawet 14 miesięcy po porodzie (Kersting *et al.*, 2004). Lęki rodziców stanowią dla dziecka utrudnienie zarówno w kontaktach społecznych, jak i w podejmowaniu samodzielnej aktywności. Dzieje się tak nie tylko dlatego, że dziecko nie otrzymuje słów zachęty do poruszania się czy manipulacji, ale także dlatego, że spontaniczne próby aktywności są torpedowane. Tymczasem brak aktywności ruchowej wpływa negatywnie na różne sfery rozwoju dzieci z zaburzeniami widzenia, przede wszystkim na sferę motoryczną. Zależność między rozwojem motorycznym a aktywnością ruchową jest bilateralna: aktywność podwyższa poziom rozwoju ruchowego, rozwój zaś wzmacnia aktywność (Majewski, 2002).

Innym problemem łączącym się z zaburzeniami widzenia jest komunikacja niewerbalna między rodzicami a dzieckiem. Z czasem na znaczeniu zyskuje komunikacja słowna, lecz w początkowym okresie życia kontakt zasadza się na komunikatach bezsłownych. Warto przywołać tu badania, których celem było zidentyfikowanie wyzwań, przed jakimi stawali rodzice niewidomych dzieci w wieku 18–19 miesięcy w zakresie potrzeb informacyjnych swoich potomków. Otrzymane wyniki sugerują, że dzieci niewidome, pozbawione wskazówek wizualnych, potrzebują wyraźnych informacji o uczuciach i zamiarach innych osób (Campbell i Johnston, 2009). Małe niewidome dzieci nie uśmiechają się tak często jak widzące, nie nawiązują też kontaktu wzrokowego z rodzicem. W konsekwencji rodzice mogą mieć wrażenie mniejszego kontaktu emocjonalnego. Mogą także czuć się winni, że dzieci reagują tak, a nie inaczej, co również wpływa na gotowość do komunikacji i jej emocjonalne aspekty. Pomocne jest wytłumaczenie rodzicom pewnych zachowań dziecka w kontekście poznawania świata (przykładowo: to, że dziecko podczas rozmowy ustawia głowę bokiem do osoby mówiącej, nie świadczy o niechęci do kontaktu, ale ułatwia uważną percepcję słuchową otrzymywanych informacji). Rodzice dziecka z niepełnosprawnością wzrokową muszą wypracować indywidualne metody satysfakcjonującej komunikacji.

Dzieci niewidome z pewnością stosują komunikację niewerbalną, niezależnie od tego, czy niepełnosprawność wzrokowa jest jedynym rodzajem niepełnosprawności, czy występuje wspólnie z innymi. Opracowanie strategii uczenia dzieci niewidomych (także z dodatkowymi sprzężeniami) zachowań niewerbalnych może być wyzwaniem dla tyflopédagogów (Mallineni *et al.*, 2006).

Twarz matki jest dla małego dziecka bardzo ważnym elementem rzeczywistości. Niemowlęta mają wrodzone mechanizmy umożliwiające koegzystencję ze środowiskiem społecznym, do czego wykorzystują przede wszystkim zmysły. Im młodsze dziecko, tym większe znaczenie mają zapach, smak i dotyk. Jednak już w ósmym tygodniu życia można zauważyć wyraźny wzrost przemiany materii w pierwotnej korze wzrokowej niemowlęcia, co różni autorzy interpretują jako początek okresu krytycznego, w którym połączenia synaptyczne w korze potylicznej są modyfikowane przez doświadczenia wizualne. Odtąd bodźce wzrokowe powstające podczas emocjonalnej ekspresji twarzy matki są najsilniejszymi bodźcami w środowisku społecznym niemowlęcia, wywołującymi reakcje w postaci fiksacji wzroku na twarzy matki. W odpowiedzi matka podtrzymuje kontakt wzrokowy z dzieckiem, niejednokrotnie intensyfikując własną mimikę. Powstaje swoisty kanał interpersonalny, za pomocą którego matka i dziecko wzajemnie na siebie wpływają. Zachodzi tu nie tylko proces ciągłych pytań i odpowiedzi. Dokonuje się coś jeszcze: uczestnicy komunikacji wyrażają emocje interpersonalne za pomocą ruchów oczu, wokalizacji, ruchów rąk, ramion i głowy (Shore, 2001).

W celu sprawdzenia hipotezy, że niemowlęta są aktywnymi uczestnikami interakcji społecznych, przeprowadzono znany eksperyment psychologiczny Still-Face Paradigm (SFP). Niemowlęta obserwowano podczas: 1) normalnej interakcji twarzą w twarz z dorosłym, który włączał mimikę w kontakt z dzieckiem; 2) epizodu „nadal w twarz”, gdy dorosły nie reagował na dziecko i utrzymywał neutralny wyraz twarzy; 3) spotkania, w trakcie którego dorosły wznowił normalną interakcję. Wyniki wskazują, że twarz nieruchoma wywołuje znaczne zmiany w zachowaniu niemowląt: nie wykazują one chęci patrzenia na twarz dorosłego, są mniej uśmiechnięte niż podczas normalnej interakcji. Eksperyment SFP stanowi cenne narzędzie, umożliwiające naukowcom testowanie bardziej szczegółowych hipotez (czy istnieje różnica w zachowaniu niemowląt, gdy osobą uczestniczącą jest ktoś inny niż matka; czy jest to potrzeba wrodzona, czy też uwarunkowana czynnikami społeczno-kulturowymi; w jaki sposób kontakt z nieruchomą twarzą wpływa na dalszy rozwój emocjonalno-społeczny dzieci) (Mesman *et al.*, 2009).

Małe dzieci niewidome nie mogą widzieć twarzy matki, inaczej jednak sprawa ma się z dziećmi słabowidzącymi. Są one w stanie zauważyć zmiany w mimice drugiego człowieka – choć czasami potrzebują wsparcia. Pomóc może przykładowo mocny makijaż nakładany przez matkę w strategicznych dla komunikacji miejscach twarzy (oczy i usta), ułatwiający dzieciom śledzenie i późniejsze naśladowanie mimiki.

PODSUMOWANIE

Niepełnosprawność wzroku występująca u dziecka może się wiązać z zaburzeniami emocjonalnymi. Jednak zaburzenia widzenia tylko w pewnym stopniu wpływają na stan emocjonalno-społeczny dzieci. Równie ważne, już od najwcześniejszych chwil życia, są czynniki społeczno-środowiskowe. Można też zaryzykować stwierdzenie, że działania służące eliminowaniu sytuacji zagrażających z punktu widzenia rozwoju małego dziecka – zmniejszenie stresu fizycznego i psychicznego dziecka i opiekunów, poprawa wzajemnej komunikacji, respektowanie ograniczeń dzieci niewidomych czy słabowidzących – ułatwiają zaspokojenie potrzeb psychicznych i fizycznych oraz tworzą podwaliny dalszego rozwoju. W myśl maksymy *Morbum evitare quam curare facilius est* nie istnieje moment zbyt wczesny na inicjowanie procedur profilaktycznych – nawet jeśli miałyby to następować bezpośrednio po przyjściu dziecka na świat.

Konflikt interesów

Autorka nie zgłasza żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Piśmiennictwo

- Arnsten AFT: Stress signalling pathways that impair prefrontal cortex structure and function. *Nat Rev Neurosci* 2009; 10: 410–422.
- Barrington KJ, Batton DG, Finley GA et al.: Prevention and management of pain in the neonate: an update. *Paediatr Child Health* 2007; 12: 137–138.
- Blank M: Posttraumatic stress disorder in infants, toddlers, and preschoolers. *BCM J* 2007; 49: 133–138.
- Bobińska K, Galecki P: Zaburzenia psychiczne u osób upośledzonych umysłowo. Continuo, Wrocław 2010.
- Brown DW, Anda RE, Tiemeier H et al.: Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *Am J Prev Med* 2009; 37: 389–396.
- Buraczyńska B, Torlińska T, Rajewski A: Wpływ fototerapii na samocenę zaburzeń nastroju u dzieci i młodzieży niewidomej i słabowidzącej. *Neuropsychiatr Neuropsychol* 2007; 2: 76–82.
- Campbell J, Johnston C: Emotional availability in parent–child dyads where children are blind. *Parent Sci Pract* 2009; 9: 216–227.
- Chamberlain DB: Babies remember pain. *Pre- and Peri-natal Psychology* 1989; 3: 297–310.
- Dykcik W: Formy postępowania terapeutyczno-wychowawczego. In: Dykcik W (ed.): *Pedagogika specjalna*. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 1998: 40–43.
- Erikson EH: *Tożsamość a cykl życia*. Zys i S-ka, Poznań 1980.
- Fazzi DL, Klein MD, Pogrund RL et al.: Working effectively with families. In: Pogrund RL, Fazzi DL (eds.): *Early Focus. Working with Young Children Who Are Blind or Visually Impaired and Their Families*. AFB Press, New York 2002: 16–52.
- Graungaard AH, Skov L: Why do we need a diagnosis? A qualitative study of parents' experiences, coping and needs, when the newborn child is severely disabled. *Child Care Health Dev* 2007; 33: 296–307.
- Karasek M: Znaczenie kliniczne melatoniny. *Post Nauk Med* 2007; 10: 395–398.
- Kersting A, Dorsch M, Wesselmann U et al.: Maternal posttraumatic stress response after the birth of a very low-birth-weight infant. *J Psychosom Res* 2004; 57: 473–476.
- Lang M, Hintermair M, Sarimski K: Social-emotional competences in very young visually impaired children. *Br J Vis Impair* 2017; 35: 29–43.
- Majewski T: *Tyflopsychologia rozwojowa – psychologia dzieci niewidomych i słabowidzących*. Zeszyty Tyflogiczne nr 20, Redakcja Wydawnictw Tyflogicznych PZN, Warszawa 2002.
- Mallineni S, Nutheti R, Thangadurai S et al.: Non-verbal communication in children with visual impairment. *Br J Vis Impair* 2006; 24: 30–33.
- Marcelli D: *Psychopatologia wieku dziecięcego*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2013.
- Mathews L: Pain in children: neglected, unaddressed and mismanaged. *Indian J Palliat Care* 2011; 17 (Suppl): S70–S73.
- Mesman J, van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ: The many faces of the Still-Face Paradigm: a review and meta-analysis. *Dev Rev* 2009; 29: 120–162.
- Pechtel P, Pizzagalli DA: Effects of early life stress on cognitive and affective function: an integrated review of human literature. *Psychopharmacology (Berl)* 2011; 214: 55–70.
- Ruppert F (ed.): *Wczesna trauma. Rozpoznawanie i uwalnianie*. Virgo, Warszawa 2017.
- Shore AN: Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Ment Health J* 2001; 22: 7–66.
- Skalski M: Melatonina w zaburzeniach snu i zaburzeniach rytmu okołodobowego. *Farmakoter Psychiatr Neurol* 1998; 1: 103–111.
- Strelau J: Różnice indywidualne: opis, determinanty i aspekt społeczny. In: Strelau J (ed.) *Psychologia. Podręcznik akademicki. Vol. 2, Psychologia ogólna*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004: 653–681.
- Tröster H, Brambring M: Early social-emotional development in blind infants. *Child Care Health Dev* 1992; 18: 207–227.
- Turska M: *Rehabilitacja dziecka niewidomego w rodzinie*. Internetowe Wydawnictwo „e-bookowo”, 2008.
- Walkiewicz-Krutak M: Współczesne przyczyny dysfunkcji wzroku małych dzieci. Implikacje złożonej etiologii dla praktyki terapeutycznej. In: Szczupał B, Giryński A, Szumski G (eds.): *W poszukiwaniu indywidualnych dróg wspierających wszechstronny rozwój osób z niepełnosprawnością*. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2015: 313–324.
- Witkowski L: *Rozwój i tożsamość w cyklu życia. Studium koncepcji Erika H. Eriksona*. 3rd ed., Wyższa Szkoła Edukacji Zdrowotnej w Łodzi, Łódź 2009.