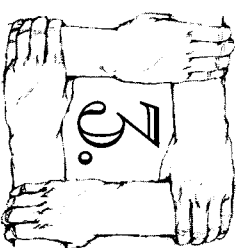


liści powinni dać dowody większej otwartości, elastyczności i wyobraźni. Z pewnością należy również wypracować koncepcje kształcenia, które, oprócz wiedzy pedagogicznej i terapeutycznej, rozwijałyby także umiejętności refleksji i empatii.



ZACHOWANIE DZIECKA

3.1.

STEREOTYPIE, AUTOSTYMULACJA I ZACHOWANIA AUTODESTRUKCYJNE

Rodzice i profesjonalni opiekujący się dziećmi, młodzieżą lub dorosłymi osobami głęboko wielorako niepełnosprawnymi opisują i skarżą się na dziwaczność ich niektórych zachowań. Zachowania takie nazywamy *stereotypiami, autostymulacją lub zachowaniami autodestrukcyjnymi*. Pojawiają się one nie tylko u osób głęboko wielorako niepełnosprawnych; spotkać je można również u osób mniej upośledzonych, a nawet tych, które w dostównym znaczeniu tego pojęcia upośledzone nie są. Niemowlęta i małe dzieci kołyszą się lekko bądź uderzają głową o materac lub poduszkę. Są to typowe stereotypie malego dziecka. Inne dzieci owijają włosy wokół palca w dokładnie określonym miejscu za uchem. Przez pewien, dość krótki, czas można zaobserwować u małych dzieci mniej lub bardziej automatyczne ruchy rąk; tu też można mówić o pewnych formach stereotypii. Stereotypie występują także u dzieci starszych i młodzieży; pojawiają się one w stanach przygnębienia i w momentach zdenerwowania; czasami wymagają interwencji terapeutycznej. Do tej samej grupy zachowań można również zaliczyć tiki lub pewne dziwactwa osób dorosłych, jak na przykład ciągle kołysanie nogami, stukanie o coś palcami itp. U starszych osób podobne czynności są jeszcze bardziej nasilone; wydają się pozbawione sensu, jak np. obciąganie ubrania, wyskubywanie z niego kłaczek, dłubanie w nosie i wiele innych przeróżnych, indywidualnych ruchów.

Różne nurty psychologii behawioralnej traktowały te czynności – w przeważającej mierze manualne, ale również takie, w których uczestniczy całe ciało – jako „zachowania niepożądane”. Sądzono, że ich występowanie pełni funkcję blokady wobec przyswojenia sobie konkretnych, oczekiwanych zachowań. Podstawowa koncepcja behawioryzmu zakładała, że zachowania te są umyślne. Zaobserwowano, że ludzie potrafią zwrócić uwagę otoczenia swoimi stereotypami, w szczególności *autoagresją*. Właśnie tu upatrywano ich przyczyny. Prezentuje się takie zachowania, ponieważ chce się zwrócić na siebie uwagę. Na korzyść takiej interpretacji przemawiała sytuacja w wielkich zakładach opiekuńczych, gdzie poza pielęgnacją niczego innego nie proponowano: tam istotnie, tylko w wyniku intensywnego zastosowania zachowań autodestrukcyjnych, udawało się zwrócić na siebie uwagę i uzyskać niezbędną pomoc.

Podczas interwencji terapeutycznej podejmowano specjalne próby pomniejszenia znaczenia tych zachowań, „zacierając” je lub nie przywiązując do nich wagi. Osiągnięto tym sposobem pewne sukcesy, ale nie doprowadziło to do wzrostu, uwolnionych od stereotypii, kompetencji czy możliwości. Przeciwnie, uważny obserwator odnosił wrażenie, że kondycja psychiczna zainteresowanego raczej się pogarszała.

Stefan Herzka (1981) zwraca uwagę na fakt, że wiele stereotypii, w tym również form zachowań autodestrukcyjnych, manifestuje się w podobny sposób u różnych osób, choć znajdują się one przecież w różnych sytuacjach. Wydawało się więc dziwne, że właśnie w tej dziedzinie „twórcza inwencja” osób z różnymi niepełnosprawnościami i ograniczeniami rozwoju skłaniała je zawsze do szukania tych samych rozwiązań. Moim zdaniem, nie wyglądała to na zachowania nabyte, wyuczone. Spróbujmy więc przyjrzeć się temu zjawisku z bardziej elementarnej punktu widzenia.

Od kilku lat koncepcja stereotypii zastąpiona została pojęciem *autostymulacji*. Opierając się na podstawowej potrzebie stymulacji i zmiany, jak również na podstawowej potrzebie czułości, to znaczy bliskości i kontaktu cielesnego, można zachowania te interpretować inaczej.

Przyjmując, że dla zachowania fizycznej i psychicznej równowagi organizmu każdy człowiek odczuwa potrzebę choćby minimalnej stymulacji zmysłowej, można potraktować różne stereotypie jako rozwiązania awaryjne, za pomocą których osoba niepełnosprawna sama sobie dostarcza minimum stymulacji. Brak odczuwania, to znaczy przedłużający się niedobór doznań zmysłowych, prowadzi do izolacji. Jest to sytuacja często odbierana jako zagrożenie i dezorientacja. Równowaga człowieka jest uzależniona od oddziaływań na wielu płaszczyznach, zarówno na płaszczyźnie ciała, jak i świadomości siebie. Osoby, które nie są upośledzone, dzięki znacznie szerszym możliwościom działania, znajdują takie rozwiązania, które poprzez wymianę z otoczeniem dostarczają im, wtedy kiedy chcą, potrzebnych sekwencji stymulacyjnych. Możliwości osób głęboko wielorako niepełnosprawnych są do tego stopnia ograniczone, że dowolne i ukierunkowane doświadczenia zmysłowe są rzadko możliwe. Dodatkowo utrudnienia wynikają z niekorzystnych warunków środowiskowych. Aby uniknąć całkowitej pustki na płaszczyźnie doznań zmysłowych człowiek sam sobie dostarcza sytuacji stymulacyjnych w postaci doznań przedstonkowych¹, takich jak: kołysanie się górną częścią ciała, silne ruchy głową, gwałtowne ruchy gałek ocznych przy jednoczesnym wkładaniu palców do oczu lub wymachiwaniu szeroko rozłożoną ręką przed oczyma. Wrażenia dotykowe zaspokajane są za pomocą zaplątywania włosów wokół palców lub obliźywania rąk. Wkładanie dłoni do ust lub pocieranie o usta lub o zęby dostarcza niezwykle silnych doznań typu relacja usta-ręce, co z pewnością daje efekt stabilizatora psychiczno-uczuciowego, ale, zważywszy na stopień nasilenia, ma czasami negatywne skutki dla danej osoby (możliwość wstrząśnienia mózgu, pogrzyzenia rąk, uderzenia itp.).

Przy próbie wyjaśniania tych zachowań, z pewnością bardzo trudnych, można brać pod uwagę jeszcze inne elementy. Sądzimy obecnie, że osoby z głęboką niepełnosprawnością mają ogromne trudności

¹ Doznania przedstonkowe są to doznania zmysłowe występujące głównie przy obracaniu i skłanianiu głowy i ciała. Informują one o położeniu i przemieszczaniu się ciała względem otoczenia. Doznania te są rejestrowane przez proprioceptory usytuowane w narządzie zmysłu zwanym układem przedsionkowym, mieszczącym się wewnątrz czaszki, głównie w błędnikach (wraz z narządem słuchu) – przypis red.

z rejestrowaniem i sensownym porządkowaniem bardzo wielu różnorodnych wrażeń pochodzących z otoczenia. W dziedzinie wszystkich doznań zmysłowych dochodzi prawdopodobnie do chaotycznej dezinformacji. Informacje wizualne, słuchowe, dotykowe itp. dostarczane poprzez otoczenie (materialne lub społeczne) nie są rozumiane, co wytworza poczucie zagrożenia. Zachodzące zmiany nigdy nie są możliwe do przewidzenia ani nie da się nad nimi zapanować.

Tak skrajna bezradność i zależność budzi strach i sprawia, że człowiek szuka schronienia w strefach bezpieczeństwa subiektywnego. Ogromne ograniczenia poznawcze i percepcyjne wynikające z niepełnosprawności pozostawiają niewiele dziedzin, w których dziecko, młoda czy dorosła osoba mogą doświadczać czegoś w sposób aktywny. Ich dysfunkcje ruchowe w powiązaniu z bardzo wąskim, ograniczonym polem aktywności, praktycznie nie pozwalają na działania ukierunkowane. Tak więc osoba taka nie może „eksperymentować” poprzez zmianę czegoś, poprzez zapanowanie nad czymś dzięki działaniu. Ręczny, otoczenie – to wszystko panuje nad nią. Nie pozostaje więc nic, oprócz kilku zachowań, „małych wysepek” (Fischer – informacja osobista), które są zależne od własnej woli. Zachowania te w naszym odbiorze są wykonywane i manifestowane w sposób przesadny, przy czym prawie nie różnią się między sobą i przybierają zawsze tę samą formę. Dla osoby niepełnosprawnej stanowią jednak niewielką dziedzinę autonomii, nawet jeśli jest ona bardzo ograniczona.

Dzięki tym wskazówkom być może uda nam się lepiej zrozumieć i zaklasyfikować te zachowania. Są one próbą osiągnięcia przez daną osobę stabilizacji, poprzez dostarczenie sobie z jednej strony bodźców, a z drugiej strony poprzez zaznaczenie własnego życia i istnienia, jako jednostki niezależnej. Z takiego punktu widzenia zachowań tych nie można już dłużej traktować jako niepożądanych, które należy wyeliminować. Niemniej jednak stwierdzamy, że z punktu widzenia rozwoju są one szkodliwe. Zbyt mało jest w nich indywidualnej dynamiki i wcale nie powiększają kompetencji danej osoby. Ich powtarzanie rzadko przynosi jakiś „postęp” w rozwijaniu struktur na wyższym poziomie.

Tak więc stereotypie czy odpowiednio – *autostymulacja i autodestrukcja* – są sygnałami, za pomocą których osoba daje nam znać, że jeszcze nie wypracowała własnej strategii wymiany ze swoim ożywionym i nieożywionym otoczeniem, jak również ze swoim ciałem. Bardzo często obserwujemy, że niektóre osoby, przejawiające te zachowania, ograniczają się lub koncentrują na ściśle określonych typach autostymulacji. Może to być sygnał, że wybór dziedziny zmysłowej, stymulowanej indywidualnym działaniem, nie jest przypadkowy czy bez znaczenia. Na podstawie naszej pracy z dziećmi i młodzieżą głęboko wielorako niepełnosprawną stwierdzamy, że wybrana dziedzina zmysłowa jest tą dziedziną, która reaguje na pobudzenie i w indywidualnym rozwoju tej osoby odgrywa ważną rolę. Po tych uwagach tym bardziej powinno się zabronić eliminowania autostymulacji, nawet za pomocą terapii. Należałoby raczej zastanowić się, co, za pomocą podejścia terapeutyčno-pedagogicznego, można w zamian takiej osobie zaproponować, aby „wyciszyć” jej chwilową potrzebę doznań zmysłowych. Oczywiście, dalsze zwiększanie monotonii autostymulacji okazuje się mało sensowne i skuteczne, ponieważ monotonia nie prowadzi do rozwiązania problemu¹. Bardziej wskazane jest szukanie innych możliwości doznawania nowych, głębszych wrażeń i doświadczeń zmysłowych (sugestie na ten temat przedstawiamy w rozdziale 6. poświęconym opiece specjalistycznej).

Dodajmy do tego jeszcze inną refleksję dotyczącą podejścia terapeutyčno-pedagogicznego: prawie wszystkie formy autostymulacji charakteryzują się tym, że odbywają się w całkowitym odosobnieniu, by nie powiedzieć w sposób autystyczny. Osoba jest całkowicie zamknięta w sobie; w czasie okresów autostymulacji ogranicza jeszcze swoje, i tak wątpliwe, relacje z otoczeniem. Dostzegamy możliwości przeciwdziałania tym tendencjom izolacyjnym, o ile pedagogi, terapeuci, a w przypadku ich braku – rodzice – zechcą włączyć się w aktywność sensoryczną dziecka.

Jak napisaliśmy wyżej, aktywność autostymulacyjna jest ważna i stabilizująca emocjonalnie dla zainteresowanego. Tak więc, tera-

peuta w żadnym przypadku nie powinien wówczas interweniować w sposób aktywizujący czy stymulujący. To zwiększyłoby tendencje do zamykania się w sobie. Raczej należałoby próbować włączyć się do autostymulacji jako partner albo w ostateczności, przynajmniej na początku, jako „przedmiot”. Można to przedstawić na następującym przykładzie:

Dziecko siedzi w kucki na podłodze i kołysze górną częścią ciała w tył i w przód. W tym momencie jest niekomunikatywne i sprawia wrażenie całkowicie zamkniętego w sobie. Jeśli mu się przerwie – reaguje rozdrażnieniem i złością, potem zaczyna się gryźć lub coraz silniej uderzać głową o podłogę. Na samym początku można by było włączyć się ostrożnie, kłękając z tyłu za dzieckiem i wykonując wraz z nim te same ruchy. Dziecko nadaje tempo, dorosły dostosowuje się. W pewnym momencie dziecko odkrywa, że niczego się od niego nie wymaga, tylko mu się „towarzyszy”. W jakimś spokojniejszym momencie można pomóc dziecku, pozwalając mu się oprzeć o nasze ciało. W ten sposób może ono wykonywać inne ruchy, np. kołysać się na boki. Dostosowujemy się jednak do aktywności wybranej przez dziecko.

Możemy również położyć się na plecach i, położywszy dziecko na sobie, kołysać się wokół podłużnej osi ciała. Tak więc proponujemy dziecku coś nowego w dziedzinie jego doznań zmysłowych. Jeśli chce się z dzieckiem wykonywać wspólnie taką stymulację, ważne jest, aby jak najmniej od niego wymagać; nie wolno w żadnym przypadku go popędzać lub okazywać zniecierpliwienia. Jeśli zauważamy, że jego cierpliwość już się wyczerpuje, lepiej jest spokojnie i po przyjacielsku przestać. Jeśli po kilku dniach lub tygodniach uzska się od dziecka „przywolenie”, aby „robić to razem z nim”, można będzie zaproponować jakies nowe warianty, zmieniając np. przyrzady, które pomogą mu się kołysać. Na początek, nie może to być huśtawka ani „meksykański kapelusznik” (rodzaj dużego bąka, w kształcie meksykańskiego kapelusza, na którym dziecko może stanąć i balansując ciałem utrzymywać równowagę), ponieważ tak gwałtownych ruchów dziecko nie będzie mogło opanować. Ale na przykład materac dmuchany czy duża poduszka z gąbki może dostarczyć

nowych wrażeń, poprzez przemieszczanie się środka ciężkości i pobudzenie układu przedsionkowego. Można również wspólnie z dzieckiem usiąść na huśtawce i trzymając je przed sobą, co zapewni stabilność plecom dziecka, wspólnie doznawać stymulacji przedsionkowej. Wydaje się, że zasada jest już jasna: należy zastąpić izolację „włączeniem się” (partnerstwem), wyjść z monotonii przez nowe propozycje, których poziom odpowiada poziomowi przygotowania dziecka. Inne możliwości stymulacji podane są w rozdziale następnym.

Abym zakończyć te rozważania, podamy jeszcze kilka rad na temat postępowania z bardziej agresywnymi formami autostymulacji, zwłaszcza, gdy dziecko uderza głową. Jeśli przyjmujemy, że te zachowania są również sygnałami konkretnych potrzeb sensorycznych, należy szukać form zróżnicowania bodźców, ale bez skutków ujemnych. W czasie naszej praktyki odkryliśmy dwa różne sposoby stymulacji dość łatwe w realizacji:

- Wozenie dziecka w wózku bez resorów, po wyboistym gruncie (np. kostce). Wstrząsy, jakich dostarcza taka jazda, odpowiadają z pewnością tym potrzebom dziecka, które wcześniej zaspokajane były uderzeniami głowy. Rozwiązanie to powoduje wstrząsy całego ciała, działa wyraźnie na kręgosłup i mięśnie, dostarcza więcej doświadczeń oraz wrażeń płynących z ciała; powoduje to większe nasycenie bodźcami, aniżeli tylko stymulacja głowy.
- Masaż głowy płynami tonizującymi na bazie alkoholu również mogą być wariantem uderzeń głowy. Jest to wskazane szczególnie wówczas, gdy możliwy i pożądany wydaje się bardziej intensywny kontakt cielesny. Masaż powinien jednak być na tyle silny, aby dziecko nie odnosiło wrazenia lekkiego glaskania, co mogłoby je zirytować. Płyny na bazie alkoholu dają dodatkowo silne doznanie ciepła, co potęguje ogólne wrazenie.

Dwa powyższe sposoby, trzeba to podkreślić, mają charakter zajęć wspólnych. Przy różnorodności propozycji staje się możliwe „różnicowanie poziome” i potrzeba autostymulacji może się zmniejszyć (inne formy oddziaływań znajdują się w podrozdziale o wrazeniach wibracyjnych).

Głęboka wieloraka niepełnosprawność ogranicza zachowania dziecka nie tylko poprzez autostymulację, ale również w zakresie poziomu aktywności. *Apatia i nadpobudliwość* to dwa przeciwległe bieguny, w kierunku których, na skutek głębokiej wielorakiej niepełnosprawności, może zbroczyć aktywność dziecka. Bardzo często aktywność dzieci głęboko wielorako niepełnosprawnych jest prawie całkowicie zablokowana z powodu ograniczeń psychoruchowych i sensorycznych, negatywnych doświadczeń emocjonalnych i psychospołecznych, a także w związku z trudnościami w rozwiązywaniu własnych problemów. Najczęściej dzieci te pozostają w pozycji siedzącej lub leżącej; wydaje się, że w niczym nie uczestniczą i nic ich nie interesuje, nawet najgłośniejsze zdarzenia, jakie mają miejsce tuż obok, nie wywołują z ich strony żadnej dostregalnej reakcji. Są do tego stopnia apatyczne, że dosłownie w niczym nie biorą udziału. Inne dzieci, na ogół bardziej rozwinięte pod względem psychoruchowym, wyróżniają się z kolei hiperaktywnością, najczęściej nieukierunkowaną i bezsensowną. Są w niustannym ruchu, nie koncentrują się jednak na niczym.

Te dwie formy reagowania wymagają wielkiej pracy ze strony rodziców i otoczenia, a także okazywania maksymalnej tolerancji i umiejętności znoszenia takich sytuacji. W interakcjach społecznych apatia prowadzi do depersonalizacji. Osoba, która zawsze jest nieaktywna, apatyczna, obecna tylko fizycznie, po niedługim czasie nie jest postrzegana jako osoba. Nie jest już niczym innym, jak tylko „obiektem opieki i pielęgnacji”, nie może zaistnieć jako indywidualność i być zaakceptowana przez innych. Jest to ogromne obciążenie społeczno-wychowawcze. Nie mniej ciężkie jest życie z osobą hiperaktywną, której zachowania robią na otoczeniu wrażenie bezcelowych. Osoba taka burzy spokój, hulasuje, nie jest przy niej bezpieczne, jest źródłem zamieszania i wymaga ciągłej uwagi otoczenia, by nie narobiła szkód. Rodziny bardzo cierpią z powodu tych zachowań; wszyscy wokół są nimi bardzo zmęczeni.

Wyjaśnienie tych dwóch skrajnych zachowań tkwi bez wątpienia w leżących u ich podłoża zaburzeniach organicznych. Uwzględniając nie wyjątkowo aspektu psychologicznego nie wystarczy. W każdym przypadku mamy tu do czynienia z konsekwencjami uszkodzenia funkcji mózgowych, często głębokimi i rozległymi. To przecież mózg określa poziom aktywności każdego człowieka. Dodatkowe zmiany spowodowane są często oddziaływaniem przyjmowanych leków, tak że pozostaje już bardzo niewielki margines wpływu na te zachowania.

Przyjmijmy, że apatia jest skrajnym wyrazem braku zainteresowania i uczestnictwa. W otoczeniu społecznym i materialnym dziecka niewiele jest rzeczy, które je naprawdę obchodzą. Być może tak często znajdowało się ono w sytuacjach ekstremalnych, że „prawie nie opłaca mu się” uczestniczyć, a nawet pozostać przy życiu. Mówimy tu o *stanie depresji analitycznej (witalnej)* – przypis tłum.). Z osobami w takim stanie nie można postępować według klasycznych metod terapeutycznych, stosowanych w apatii lub depresji. Jesteśmy jednak przekonani, że istnieje możliwość budowania nowych, trwałych relacji. Jak zobaczymy dalej (podrozdz. 6.2.), można wzbudzić zainteresowanie samym sobą za pomocą intensywnego kontaktu cielesnego, przekazując w sposób bardziej uporządkowany jakieś nowe, silne doznania fizyczne. Jeśli dziecko ma świadomość własnego ciała, jeśli ciało to jest mu miłe lub jest źródłem przyjemności – być może dzięki masażowi, częstym przyjemnym kąpielom lub pozytywnym doświadczeniom zmysłowym – będzie mogło za pośrednictwem własnego ciała nawiązać kontakt ze sobą, czyli ze źródłami wrażeń sensorycznych. Jest to pierwszy ostrożny krok na zewnątrz, w kierunku środowiska materialnego i społecznego. Wydaje się, że identyczne postępowanie jest również skuteczne w odniesieniu do osób starszych lub osób z poważnymi urazami czaszkowo-mózgowymi (rozdział 8.).

Przy nadpobudliwości wynikającej ze zmiennej i rozproszonej uwagi, łatwiej jest poradzić sobie z nią poprzez zmniejszanie dopływu informacji oraz ich koncentracji wokół pewnych przedmiotów. To przede wszystkim Felicia Affolter przedstawia w swoich pracach (1987) skuteczne podejście do tego zagadnienia. Własne ciało

w kontakcie z otoczeniem materialnym wydaje się być w stanie ciągłego pobudzenia, nie potrafi zintegrować wszystkich tych wrażeń, co prowadzi do swego rodzaju aktywności *wibrującej*, która nie pozwala już na zatrzymanie się i koncentrację. W praktyce sprawdziły się pewne techniki, które wychodzą od własnego ciała, dostarczając jasnych i dokładnych informacji o własnym ciele i eliminując (również w środowisku przestrzennym) wszystkie stymulacje i zdarzenia, które go nie dotyczą. Tak naprawdę chodzi tu o techniki medytacyjne, różniące się rodzajem i stopniem trudności. W przypadku głębokiej wielorakiej niepełnosprawności połączonej z nadpobudliwością, zawsze będziemy mieli do czynienia z tym, co określa się mianem *głębokiej niepełnosprawności intelektualnej*. W tym przypadku ciało wychowawcy czy terapeuty okazuje się rodzajem narzędzia, dzięki któremu uzyskuje się najlepsze rezultaty.

Mall (1985), a przede wszystkim Kern i Klostermann (1989) badali sprawę pozytywnego wpływu różnych zachowań na nadpobudliwość. Opisują oni znaczenie głębszej synchronizacji oddychania i relaksacji całego ciała, które pozwalają osobie niepełnosprawnej dostrzec swoje ciało i swój aktualny stan i od tego momentu uaktywnić spostzeganie i nastawione na zewnątrz. Kern i Klostermann uważają, że procesy wymiany pomiędzy jednostką i jej otoczeniem są silnie blokowane wskutek powiązania niepełnosprawności z doświadczeniami życiowymi (często przykrymi – przypis red.). Dochodzi do częściowego lub całkowitego wyłączenia się takiej osoby z otoczenia, co wynika przede wszystkim ze stałej nadpobudliwości (ruch w przestrzeni, ruch ciała) Osoba niepełnosprawna poprzez swoje nadpobudliwe zachowanie zapewnia sobie izolację i w ten sposób unika tak dla niej nieprzyjemnych sytuacji związanych z kontaktem z otoczeniem. Tak naprawdę nadpobudliwość jest działaniem, za pomocą którego szuka ona w danym momencie możliwości utrzymania swojego stanu równowagi. W tym znaczeniu zachowania te są „sensowne”, ponieważ pozwalają osobie zachować przynajmniej najbardziej elementarną stabilność emocjonalną. Odmowa wymiany interpersonalnej jest w tym momencie dla niej „mniejszym złem”.

Można więc przyjąć, że za te dwie formy zaburzeń zachowania odpowiedzialne są czynniki organiczne na poziomie centralnego układu nerwowego, a także czynniki psychiczne i medyczne. Niektóre z tych przyczyn są możliwe do kontrolowania, inne nie. Dlatego też ważne jest, aby to, co da się kontrolować, traktować z dużą wnikliwością. W odniesieniu do czynników medycznych chodzi głównie o przyjmowanie leków. Należy z największą uwagą obserwować skutki, w tym reakcje specyficzne, a także kontrolować codzienne warunki środowiskowe, które mogą być przyczyną zachowania zarówno apatycznego, jak i nadpobudliwego. Na obecnym poziomie wiedzy musimy przyjąć, że te dwa rodzaje zachowań są odpowiedzialne osoby na warunki środowiskowe, które są dla niej zbyt złożone, zbyt uciążliwe i zbyt chaotyczne. Nie umiemy jeszcze przewidzieć, jak poszczególne osoby będą reagować na taką zagrożającą ofertę środowiska. Na razie, w praktyce, najważniejszymi środkami, które mogą ułatwić jednostce proces autentycznego kontaktu ze swoim własnym ciałem oraz ze środowiskiem fizycznym, a przede wszystkim społecznym, są: jasność sytuacji, spokój, bogactwo kontrastów i unikanie zbyt słabej lub nadmiernej stymulacji.

3.3.

PERCEPCJA

Cechą każdej istoty ludzkiej jest umiejętność wyszukiwania informacji w swoim otoczeniu, odnoszenia ich do własnego ciała i budowania na tej podstawie wyobrażeń (*reprezentacji*), które wpływają na inne działania. Zdolności te u człowieka są wyjątkowo różnicowane, chociaż w niektórych dziedzinach zdolności percepcyjne zwierząt są wyższe. Niemniej jednak uważamy, że kompleksowość, kojarzenie i umiejętność różnicowania jakościowego są najbardziej rozwinięte u człowieka. Percepcja jest niemożliwa bez specyficznych organów percepcji, takich m.in., jak: oczy, uszy, skóra. Reje-

strują one stymulujące informacje w specyficznych punktach kontaktu z otoczeniem, następnie kodują je biologicznie i przekształcają, nadając im sens i znaczenie. Tworzenie takich sensownych i znaczących powiązań, łączenie ich ze wspomnieniami jest umiejętnością bardzo specyficzną; stanowi ona jądro percepcji. Tak więc percepcja nie jest zwykłym rejestrowaniem impulsów informacyjnych, ale raczej syntezą informacji. Tym bardziej więc percepcja nie oznacza biernego „odbierania wrażeń”, lecz jest aktywnym procesem wymiany pomiędzy wyszukiwaniem informacji, rejestrowaniem i syntezą.

Należałoby przedstawić czynność sprostregania w sposób jeszcze bardziej szczegółowy, ponieważ jej ograniczenia, w przypadku głębokiej wielorakiej niepełnosprawności, mają dla człowieka rozliczne konsekwencje (jeśli chodzi o stymulację zob. podrozdz. 6.1.). Zachowania ilustrujące czynności percepcyjne i zdolności do percepcji dają się zaobserwować już w pierwszych fazach życia wewnątrzmacicznego. Od czwartego miesiąca ciąży obserwujemy złożone reakcje na zmiany zachodzące na zewnątrz: dziecko reaguje skoordynowanymi ruchami na zmianę pozycji matki, ponieważ nie jest całkowicie zależne od jej pozycji w przestrzeni; ma wystarczająco dużo miejsca, może zmieniać swoje położenie, poruszając kończynami. Jest w stanie przestrzegać swoje położenie w przestrzeni za pomocą doznań przedsiorkowych i na tej podstawie podejmować nowe działania.

Bardzo wczesnie można zaobserwować także reakcje słuchowe. Niektóre dzieci uspokajają się, gdy matka śpiewa, inne, pod wpływem różnorodnych hałasów lub rytmicznej muzyki, stają się bardzo pobudzone. Matki dobrze to wyuczują; zachowania dziecka dają się także interpretować w sposób obiektywny dzięki środkom technicznym. Dziecko prawdopodobnie wyczuwa również, w zależności od miejsca, dotykanie swojego ciała i odpowiada konkretnymi ruchami. Ultrasonografia pokazuje nam te zachowania, szczególnie przy ciążach bliźniaczych.

Powyzsze przykłady ilustrują teżę, według której doświadczenia percepcyjne mają swoje źródło w sferze przedsiorkowej, wibracyjnej i somatycznej. Ale potrzebne są tu jeszcze dodatkowe wyjaśnienia.

Sfera przedsiorkowa

Komórki poddawane są efektem działania siły ciężkości od samego początku życia (tj. od poczęcia). Płyn amniotyczny łagodzi oczywiście efekty siły grawitacji przez cały okres ciąży, jednakże dziecko, które rośnie, nie znajduje się już w stanie nieważkości. Jednocześnie najbliższe otoczenie dziecka, czyli matka, jest bez przerwy w ruchu. Po fazach ruchu następują fazy odpoczynku. Zmieniają się też rodzaje ruchów. Obracanie się, wchodzenie, schodzenie, chodzenie, zatrzymywanie się, wracanie, kładzenie się, wstawanie – to są czynności matki, które od samego początku stymulują układ przedsiorkowy dziecka. Tak więc, od zarania rozwoju, każdy człowiek doświadcza działania siły ciężkości i ruchu w przestrzeni. Jest to podstawa późniejszego rozwoju postnatalnego.

Percepcja wibracyjna

W podobny sposób, od momentu poczęcia, jesteśmy konfrontowani z drganiami wibracyjnymi: chodzi o *słuch wewnątrzmaciczny*, który, jak fale dźwiękowe, obejmuje całe ciało dziecka. Uderzenia serca, oddech matki, odgłosy z żołądka i jelit, a także przepływ krwi, tworzą cały czas, bez przerwy, zmieniające się środowisko wibracyjne i dźwiękowe. W życiu cisza absolutna nie występuje. Pierwotne rytmy wibracyjne są jego częścią. Dopiero w momencie śmierci kończy się ten najbardziej pierwotny rodzaj postrzegania.

Wszystkie głosy, a szczególnie głos matki, docierają do dziecka w postaci wibracji. Hałasy, muzyka, dosłownie wszystko, co jest słyszalne, przekazywane jest dziecku w sposób przetworzony. W przeciwieństwie do słuchu postnatalnego informacje te nie są odbierane dzięki słyszeniu na odległość, ale poprzez wewnętrzną zmysł odbierający wrażenia wibracyjne. Są one dużo bardziej intensywne i wiążą się z emocjami. Warto przypomnieć, że percepcja wibracyjna okresu prenatalnego występuje również u dzieci dotkniętych średnimi i poważnymi zaburzeniami słuchu; pozwala im to mieć pierwotny emocjonalny kontakt z matką i ze swoim otoczeniem. Ten żywy kontakt jest w momencie narodzin brutalnie przerywany, po-

nieważ później otoczenie zaczyna być postrzegane poprzez fale powietrza: brak percepcji wibracyjnej jest bardzo boleśnie odczuwany przez te dzieci.

Percepcja somatyczna

Składa się na nią percepcja przez skórę, mięśnie, ale też przez stawy. Ciało postrzega samo siebie (wrażliwość proprioceptywna), postrzega również swoje ruchy (kinestezja), ale zwłaszcza wszystko to, co je dotyka (percepcja dotykowa). Nie są to percepcje odrębne, lecz łączące się w jedno wyobrażenie „ja w świecie”.

Skóra jest naszym największym organem percepcji i jest w stanie rejestrować bardzo różnorodne naciski i bodźce: ciepło, zimno, dźwięk, ruch, napięcie; jest ona chyba najważniejszym punktem kontaktu z otoczeniem. Dzięki naszej zdolności do poruszania się bardzo różnie wykorzystujemy skórę, aby uzyskać aktywny kontakt percepcyjny. Najlepiej ilustruje to dźwięk, ale przytulanie się do innego ciała też mieści się w kategorii kontaktu. Skóra, jako organ, rozwija się bardzo wcześnie; oddziela ona struktury komórkowe embrionu od środowiska macicy, tworząc pierwszą granicę pomiędzy osobą i światem. Jednocześnie jest ona miejscem wymiany; od samego początku jest dotykana. W czasie ciąży małe cieniutkie włoski rejestrują kąpiel w płynie amniotycznym. Pod koniec ciąży naciski i dotknięcia nasilają się, osiągając punkt szczytowy pod względem intensywności w trakcie narodzin.

Spostrzeżenia somatyczne rozwijają się już bardzo wcześnie w trzech ośrodkach, niezwykle istotnych z punktu widzenia zachowań typowo ludzkich i wyposażonych w ogromne zdolności percepcyjne. Są to usta, genitalia i ręce (może to się wydać przesadą, ale trudno oprzeć się fascynującej idei: oto mowa, seks i rzemiosło są – bez wątpienia – podstawowymi elementami rozwoju kulturalnego ludzkości). Jaki może być związek pomiędzy tymi ogólnymi stwierdzeniami a konkretnymi problemami rozwoju dziecka głęboko wielorako niepełnosprawnego? W praktyce widzimy, że każda osoba, choćby najbardziej upośledzona w rozwoju, cechuje pewną zdolność reago-

wania w trzech wymienionych dziedzinach percepcji, dlatego zawsze będzie spostrzegata i reagowała na dźwięk, ruch w przestrzeni i dźwięk, co najwyżej w nieco inny sposób; różnice w reakcjach różnych osób są tu często minimalne.

A oto myśl czysto hipotetyczna i niemożliwa na razie do udowodnienia: opisane wyżej trzy dziedziny percepcji służą dziecku do orientacji i wymiany ze światem zewnętrznym w okresie prenatalnym. Bez tego prawdopodobnie nie mogłoby ono przeżyć okresu ciąży. Liczba embrionów obumarłych bardzo wcześnie – to skutek znacznych uszkodzeń mózgu. Być może nie osiągnęły one potrzebnego minimum sprawności percepcyjnych, ponieważ brak możliwości jakiegokolwiek orientacji jest również w życiu płodowym nie do pomysłenia. Jeśli dziecko „przeżyje” ciążę pomimo znacznych uszkodzeń mózgu, możemy przyjąć, że jest ono wyposażone w pewne podstawowe zdolności wymiany ze swoim otoczeniem, to znaczy w zdolności percepcji przedsiolkowej, wibracyjnej i somatycznej. Ale na razie jest to tylko hipoteza.

Chociaż przyjmuje się, że każdy człowiek, niezależnie od stopnia niepełnosprawności, jest wyposażony w podstawowe zdolności w tych dziedzinach, to nie mówi się jednak, jak z tych zdolności korzysta. Nie mówi się również nic o zaburzeniach percepcji u dzieci z mniejszym stopniem niepełnosprawności.

Chodzi głównie o to, aby ustalić, czy istnieją możliwości nawiązania kontaktu z otoczeniem. Na ogół zakłada się, że takie możliwości istnieją. Niemniej jednak reakcja na konkretne bodźce jest bardzo często negatywna. Kontakty dotykowe np. nie są lubiane, osoba może nie reagować aktywnie na bodźce ruchowe, może też nie tolerować bodźców wibracyjnych, które jej przeszkadzają lub które ocenia jako nieprzyjemne. Nie jesteśmy w stanie wymienić tu wszystkich możliwych reakcji, sprawiających na pierwszy rzut oka wrażenie negatywnych. Wszyscy ci, którzy mają kontakt z osobami głęboko niepełnosprawnymi, znają wiele zachowań oznaczających odmowę. Podobnie, odmowa bliskości cielesnej, na przykład w czasie kąpieli w ramionach, pokazuje jasno, że zarówno dźwięk, jak i ruch

w przestrzeni i wibracje zostały zauważone; jednakże, może się zdarzyć, że wrażenia te są odczuwane na skutek wcześniejszych, negatywnych doświadczeń.

Aby więc odkryć sposób reagowania i nową aktywność percepcyjną, trzeba lepiej obserwować tak zwane *reakcje orientacyjne*. Waznymi wskaźnikami w interpretowaniu zachowań osób głęboko niepełnosprawnych są: bicie serca, oddychanie i reakcje skórne; tworzą one na poziomie podstawowym pewien syndrom, przy czym zmiany w obrębie tego syndromu ujawniają fakt odbioru nowych stymulacji i bodźców. (Zauważmy, że osoba dorosła, w pełni zdrowia, reaguje podobnie na nagłe bodźce, ale większość tych reakcji – np. przyspieszony oddech – jest maskowana poprzez wyrażniej postregane zachowania.) Inne, mniej widoczne zachowania osoby niepełnosprawnej również sygnalizują, że bodźce zostały odebrane. Najczęściej charakteryzuje się to przerwanym stereotypii lub też szerokimi ruchami ciała, ruchami rąk, mruganiem oczu czy zgrzytaniem zębów.

Percepcja jest jednak zawsze ściśle związana ze zdolnością poruszania się. Nasze możliwości percepcji zależą całkowicie od umiejętności wykonywania celowych ruchów badawczych, nastawionych na poszukiwanie bodźców, dzięki którym gromadzimy informacje w różnych sferach sensorycznych. Szczególnie jest to widoczne w percepcji dotykowej, w manipulowaniu przedmiotami. To samo dzieje się, gdy wypatrujemy kogoś, gdy nadstawiamy ucha, gdy wachamy, aby poczuć zapach, gdy nieznaczne ruchy różnych części ciała informują o naszym położeniu względem siły ciężkości, no i oczywiście, gdy ruchy ust pomagają nam poczuć smak.

Zaburzenia lub ograniczenia motoryki osób niepełnosprawnych wpływają bezpośrednio na różnicowanie zdolności percepcyjnych. Osoby te również posiadają elementarne zdolności percepcyjne. Jednakże, szczególnie w okresie postnatalnym, różnicują się one dzięki ruchom odnoszącym się do własnego ciała i do otoczenia. Tylko czynności ruchowe pozwalają dziecku na odkrywanie nowych bodźców i nowych ich kombinacji; tylko dzięki ruchom ukierunko-

wanym, np. oczu i rąk, możliwa jest integracja różnych spostrzeżeń, biorących udział w wypracowywaniu stałości przedmiotu. Chcemy przez to powiedzieć, że aby móc zapewnić niektórym czynnościom, rzeczom i osobom cechę stałości, powtarzalności, i tym samym – bezpieczeństwa, trzeba najpierw zebrać bogatą „kolekcję” spostrzeżeń (ilościową i jakościową). Bez tych umiejętności doświadczenie jest przypadkowe, niespójne, a czasami wręcz budzi lęk i niepewność. Nie lubimy powtarzać takich negatywnych doświadczeń; stajemy się ostrożniejsi, wycofujemy się, jesteśmy coraz mniej aktywni – bowiem nie panujemy nad tymi doświadczeniami albo jesteśmy od nich całkowicie zależni.

Ponieważ istnieje bardzo ścisły związek pomiędzy ruchem i spostrzeganiem, a dokładniej, pomiędzy ruchem wykonywanym i spostrzeganiem, dzieci, które mają ograniczoną motorykę, mają również ograniczoną percepcję. Zaburzenia ruchowe, zaburzenia koordynacji ruchów, a przede wszystkim zaburzenia sfery poznawczej, mogą pociągać za sobą ograniczenia aktywności ruchowej. W ślad za tym idzie zawsze pogorszenie rozwoju percepcji. Dzieci nie są zdolne do dokonywania celowych, precyzyjnych spostrzeżeń; spostrzeżenia są rozproszone i powierzchowne. Nie ma więc bodźca do różnicowania aktywności percepcyjnej i w konsekwencji – rozwoju. Powołując się na Lettera (1975) i Schönbergera, można nazwać to zjawisko *zaburzeniem somatogennym rozwoju percepcyjnego*.

Nie można także zapominać, że poważne uszkodzenia centralnego systemu nerwowego – z którymi na ogół spotykamy się przy głębokiej wielorakiej niepełnosprawności – same również mogą powodować ograniczenie zdolności percepcji. Uszkodzenie centralnego układu nerwowego – główny aspekt organiczny głębokiej wielorakiej niepełnosprawności – zdecydowanie ogranicza rozwój percepcyjny, poznawczy, a także rozwój innych, tzw. wyższych funkcji mózgowych. Wskutek braku integracji uszkodzone sfery już się nawzajem nie stymulują i nie uruchamiają procesu rozwoju; przeciwnie, sfery zaburzone lub uszkodzone hamują wzajemny rozwój i powodują deprywację (sensoryczną – przypis red.).

Pogłębione anamnezy dotyczące osób głęboko niepełnosprawnych uwidaczniają czasami taki proces: z powodu głębokiej niepełnosprawności próby doprowadzenia do integracji percepcji i ruchu u dziecka zakończyły się niepowodzeniem, w następstwie czego wystąpiły okresy застоju w rozwoju. Dzieci te nie osiągnęły tym samym niezbędnej „masy krytycznej” pozwalającej na dynamiczny rozwój poprzez wymianę ze swoim środowiskiem.

Trzeba podkreślić, że w każdym momencie życia człowieka możliwe i realne są nowe procesy rozwoju. Predyspozycja do rozwoju, w przeciwieństwie do całkowitej stagnacji, jest częścią życia. Podobnie u osób dorosłych i starszych dotkniętych głęboką niepełnosprawnością, obserwujemy zmiany, przypominające procesy adaptacji i wymiany w nowych sytuacjach. Tak więc, zapewniając opiekę pedagogiczną i terapeutyczną, trzeba zawsze próbować powiązać istniejący w danym momencie poziom percepcji z możliwościami działania jednostki i postępować w sposób dostosowany do tej wzajemnej relacji.

3.4.

SPRAWNOŚCI RUCHOWE

Percepcja i poruszanie się omawiane są oddzielnie wyłącznie ze względu na konieczność usystematyzowania i lepszego spojrzenia na całość. Ich wzajemne oddziaływanie jest bardzo silne i trwa całe życie. W przypadku, gdy chodzi o głęboką wieloraką niepełnosprawność, należy jednak poświęcić oddzielny podrozdział sprawnościom ruchowym i ich zaburzeniom.

Głęboką wieloraką niepełnosprawność rozpoznajemy na ogół po tym, że samodzielną aktywność ruchowa jest zaburzona lub znacznie ograniczona. Nawet jeśli osoba jest wyposażona w podstawowe schematy ruchowe, niewiele jeszcze wiemy na temat możliwości samodzielnego, planowanego i ukierunkowanego ich wykorzystania. Osoby, które mogą dowolnie kierować swoimi ruchami i poruszać się,

które dysponują znaczną sprawnością ruchową, nie zaliczają się, moim zdaniem, do kategorii osób głęboko wielorako niepełnosprawnych. Mam tu na myśli specjalną postać, czy to głębokiej niepełnosprawności intelektualnej, czy też innych sprężonych niepełnosprawności, charakteryzujących się przede wszystkim zaburzeniami natury psychicznej (bez ograniczeń ruchowych – przypis red.).

Sprawność ruchową obserwujemy na długo przed urodzeniem. Już na samym początku ciąży możliwych jest mnóstwo ruchów i dziecko korzysta z nich do woli. Zredukowana siła ciężkości, sporo jeszcze swobodnej przestrzeni, pozwalają dziecku poruszać się i różnicować najbardziej precyzyjne ruchy. Bardzo wczesnie widać koordynację pomiędzy ręką i ustami. Ruchy ssania i polykania, ruchy przypominające tupanie, także prostowanie i zginanie całego ciała – cały ten repertuar ruchów jest przygotowywany i ćwiczony już w okresie prenatalnym (Milani-Comparetti 1982).

Ostatnia faza ciąży hamuje wiele sprawności ruchowych. Dziecko „uspokaja się”, a potem znów, w czasie porodu, doświadcza niezwykle stymulacji fizycznej. Następnie, w nowym środowisku, musi zrewidować swoją koncepcję ruchu w związku z nowymi warunkami. Postępuje się w tym celu całą serią wczesniej ukształtowanych ruchów i reakcji odruchowych; używa ich bezpośrednio do wykonywania swoich „zadań” i stopniowo coraz bardziej je różnicuje. Na uwagę zasługuje to, że reakcje odruchowe (ssanie, polykanie, chwytnie itp.) nie odbywają się w sposób bezrefleksyjny: przeciwnie, są one powiązane logicznie z procesami adaptacji i już zdobytymi doświadczeniami. W trakcie prawidłowego rozwoju dziecka, wczesniej ukształtowane schematy ruchowe stopniowo zanikają i zastępowane są sukcesywnie przez ruchy dowolne.

Uszkodzenia centralnego układu nerwowego nie pozwalają na wyeliminowanie tych wczesniej ukształtowanych schematów ruchowych. Dziecko pozostaje na pewnym poziomie aktywności motorycznej, o charakterze głównie odruchowym, co naturalnie pozwala jedynie na ograniczoną wymianę z otoczeniem. Na skutek uszkodzenia centralnego układu nerwowego przeważa najczęściej dominacja la-

teralna. Oznacza to, że aktywność dotyczy jednej strony ciała, druga jest mniej lub całkiem nieaktywna. Silna lateralizacja występuje również w sferze rozwoju mięśni. Z czasem uniemożliwia to symetryczne wykorzystanie rąk i nóg oraz proste utrzymywanie głowy. Po latach doprowadza to także do wad kręgosłupa. Ponadto asymetria wpływa na postępowanie siebie, to znaczy schematu własnego ciała w sposób jednostronny; to tak, jakby jedna część ciała „nie słuchała”.

Porażenia mózgowie lub uszkodzenia nerwów obwodowych również ograniczają motorykę, a w konsekwencji możliwość doświadczenia. Niektórymi częściami ciała dziecko prawie lub w ogóle nie jest w stanie poruszać, tak więc odkrywanie własnego ciała oraz otoczenia społecznego i materialnego jest silnie ograniczone. Sprawność ruchowa, którą w związku z zaburzeniami charakteryzuje poważny brak koordynacji (dyskinezyka), wpływa negatywnie nie tylko na relację z własnym ciałem, ale i z otoczeniem. Beźladne, zbyt obszerne ruchy poważnie utrudniają koordynację pomiędzy dotykany przedmiotem, wrażeniem dotykania, powstałym ewentualnie odgłosem i wrażeniem wizualnym. Jest prawie niemożliwe zintegrowanie wrażeń sensorycznych, jeśli za pomocą kontrolowanego ruchu nie udaje się skierować wszystkich, dokonujących percepcji, części ciała na ten sam przedmiot. Tak więc, u dziecka głęboko niepełnosprawnego, wrażenia często pozostają odosobnione. Nie tworzą się jednostki percepcji, które następnie stają się jednostkami działania. Tak się zdarza natomiast wówczas, gdy na skutek częstego powtarzania powstaje pewność co do efektów własnej aktywności.

Pojawienie się takiego schematu działania jest jednym z pierwszych, najważniejszych kroków w kierunku rozwoju myślenia. Na przykład dziecko doświadczające, że grzechotka porusza się i w momencie dotknięcia wydaje dźwięk. Zdobywa to doświadczenie, nie zastanawiając się nad możliwościami grzechotki zawieszanej nad łóżeczkiem, lecz, poruszając się, dotyka najpierw grzechotki przez przypadek, wyczuwa, słyszy i widzi, że coś się dzieje, powtarza te ruchy znowu i znowu tak długo, aż zda sobie sprawę, że zachodzą tu relacje przyczynowo-ści. Powstaje bezpośredni związek pomiędzy „jeżeli...to...”.

W związku z takimi lub podobnymi sytuacjami rozwijają się u dzieci oczekiwania i powstają schematy działania, które mogą być zastosowane również w nowych sytuacjach i w odniesieniu do nowych przedmiotów. Te procesy wymiary pozwalają im przystosowywać otoczenie do swoich możliwości lub, jeśli się to nie udaje – przystosowywać swoje własne możliwości i strategie do wymogów otoczenia. Ale wszystko to jest możliwe, o ile motoryka dziecka „jest posłuszną” jego żądaniom, to znaczy jeśli może ono na siebie liczyć. Zaburzenie ruchowe to tak, jak utrata autonomii. Dziecko musi wówczas przestać, częściowo lub całkowicie, używać swego ciała jako narzędzia odkrywania, badania i zaspokajania ciekawości, a także jako narzędzia zbliżenia i porozumiewania się. W konsekwencji, ograniczenia te radykalnie zawężają jego możliwości, przede wszystkim rozwoju poznawczego. Ważnym aspektem opieki nad osobami głęboko wielorako niepełnosprawnymi jest znalezienie dla każdego z nich takich sposobów, które pomogłyby im osiągnąć większą autonomię własnego ciała i wykorzystać skromne umiejętności ruchowe dla odnalezienia jakiejś sfery samodzielnej aktywności.

Najczęściej spotykane zaburzenia rozwoju ruchowego

Hipotonia

Z hipotonią spotykamy się u wielu dzieci z głęboką wieloraką niepełnosprawnością, szczególnie u noworodków i niemowląt. Ogólne napięcie mięśniowe jest bardzo obniżone i w związku z tym ruch wymaga znacznej energii i wysiłku. Dziecku udaje się wykonać niewiele ruchów wbrew sile ciężkości; na przykład może być mu trudno w jakimś momencie podnieść głowę, podnieść górną część ciała opierając się na ramionach, poruszać się w pozycji pionowej. Jeśli się je pociągnie, aby usiadło, całe ciało zwiesza się w ramionach; mięśnie nie współdziałają w procesie prostowania się.

Taka hipotonia opóźnia poważnie ogólny rozwój, odbija się też ujemnie na komunikacji społecznej. Ponieważ dzieci te mają wygląd „bardzo spokojnych i znużonych”, są na ogół niewystarczająco sty-

