

# Hanna Rudomska

---

## Zachowania dziecka głuchoniewidomego z autyzmem : studium przypadku

---

Rocznik Naukowy Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy.  
Transdyscyplinarne Studia o Kulturze (i) Edukacji nr 10, 67-86

---

2015

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

**Hanna Rudomska**

KUJAWSKO-POMORSKA SZKOŁA WYŻSZA W BYDGOSZCZY

## ZACHOWANIA DZIECKA GŁUCHONIEWIDOMEGO Z AUTYZMEM – STUDIUM PRZYPADKU

### WYBRANE ASPEKTY ZABURZEŃ W ZACHOWANIU U DZIECI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

Rozważania na temat zaburzeń w zachowaniu dzieci z niepełnosprawnościami, wymagają wyjaśnienia terminu „zachowanie” i „zaburzenia w zachowaniu”, jak również należy określić, jakie zachowania są u tych dzieci prawidłowe, a jakie nieprawidłowe.

Maria Bogumiła Pecyna podaje, że „w przypadku dziecka przez *zachowanie* rozumie się wszystko, co dziecko robi, np. macha ręką, całuje, bije, mówi pa, pa lub do widzenia”<sup>1</sup>. Dalej stwierdza, że *zachowanie* człowieka wyznaczają dwie grupy czynników:

- czynniki tworzące aktualną sytuację,
- czynniki związane z osobowością<sup>2</sup>.

*Zachowanie* należy określać w kontekście czynności obserwowalnych w dłuższym okresie czasu, poprawnych i społecznie aprobowanych. Tak rozumiane *zachowanie* spełnia dwie funkcje:

- służy zaspokojeniu potrzeb osobistych człowieka,
- jest rozwiązaniem zadań stawianych człowiekowi przez sytuacje życiowe i określonych wymaganiami charakterystycznymi dla kultury danego środowiska społecznego<sup>3</sup>,

W normie obie te funkcje współgrają ze sobą, a o *zaburzeniu zachowania* mówi się wtedy, gdy nie spełnia ono obu lub przynajmniej jednej z wymienionych funkcji<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> M.B. Pecyna, *Rodzinne uwarunkowania zachowania dziecka w świetle psychologii klinicznej*, WSiP, Warszawa 1998, s. 194.

<sup>2</sup> Ibidem.

<sup>3</sup> Ibidem.

<sup>4</sup> Ibidem, s. 193–194.

Termin „zaburzenia w zachowaniu” w literaturze przedmiotu jest różnie definiowany. Często błędnie utożsamiany jest z pojęciem agresji czy z pojęciem konfliktu z prawem. Istotne różnice w interpretacji tego pojęcia wynikają, między innymi z tego, że trudno jest podać szczegółowe kryteria, za pomocą których można by określić, jakie zachowanie dziecka jest prawidłowe, a jakie odbiega od normy. Szczególny problem stwarza zdefiniowanie zaburzeń zachowania, które opisywane są w kontekście dzieci z niepełnosprawnościami, ponieważ często nie wiadomo, czy są one wynikiem, czy współtowarzyszają niepełnosprawności dziecka, a są spowodowane, na przykład błędami wychowawczymi.

Jednakże najczęściej, ze względu na bardzo wnikliwe podejście, zaburzenia w zachowaniu rozpatrywane są w oparciu o Międzynarodową Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 11 oraz piątą edycję Podręcznika diagnostycznego i statystycznego zaburzeń psychicznych DSM – 5. Zgodnie z tymi klasyfikacjami, najogólniej, zachowanie określane jest jako nienormalne (zaburzone), jeśli jest uporczywe, a jednocześnie w poważnym stopniu zagraża dobru osoby i/lub dobru społeczności ludzkiej, do której owa osoba należy. Tam też, szczegółowo podano jednostki chorobowe oraz zachowania odbiegające od normy, w tym zaburzenia rozwoju psychicznego (psychologicznego), np. autyzm dziecięcy; Zespół Retta, Zespół Aspergera; zaburzenia rozwoju mowy i języka; zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych. Z klasyfikacji tych wynika również, że nie wszystkie zachowania w nich ujęte odpowiadają zaburzeniom zachowania występującym u dzieci z niepełnosprawnościami. Wskazano tu na pewne zespoły, które przejawiają się w zachowaniach nietypowych (np. autyzm wczesnodziecięcy), ale kategorie związane z używaniem środków psychoaktywnych, czy zachowania typu piromania, kradzieże, w ogóle nie mają odniesienia w stosunku do dzieci z niepełnosprawnościami<sup>5</sup>.

Przedstawione klasyfikacje ICD – 11 i DSM – 5 rozpatrują zaburzenia zachowania z punktu widzenia badawczych kryteriów diagnostycznych, dlatego zasadne wydaje się przedstawienie terminu „zaburzenia zachowania” w innym aspekcie, wskazując na konkretne przejawy zachowań nieakceptowanych, odchodząc przy tym od szczegółowych kryteriów medycznych.

Na takie podejście wskazuje Artur Kołakowski, który uważa, że termin „zaburzenia zachowania” jest utożsamiany z pojęciem „trudne, kłopotliwe dla dorosłej osoby zachowanie dziecka”. Według autora jest to pojęcie bardzo szerokie, w którym mieszczą się także dzieci sprawiające trudności, m.in. z powodu:

---

<sup>5</sup> Por. <http://stary1.portalmed.pl/finn2/klasyfikacje/icd11/index.stm>, <http://www.psychiatry.org/dsm5> [dostęp: 2.12.2015].

- braku znajomości zasad,
- celowego, prawidłowego w sensie rozwoju, łamania zasad,
- innych rozpoznai: psychiatrycznych (np. ADHD, zaburzenia lękowe), rozwojowych (np. niepełnosprawność intelektualna), czy pediatrycznych (np. alergia, nadczynność tarczycy),
- sporadycznie występujących zachowań opozycyjno-buntowniczych<sup>6</sup>.

W ujęciu współczesnych klasyfikacji psychiatrycznych, zaburzenia zachowania, cechują powtarzające się, występujące przynajmniej w ciągu ostatnich 6 miesięcy, zachowania buntownicze, agresywne lub antysocjalne. W łagodniejszej lub wczesniej postaci zaburzeń zachowania występują: wybuchy złości, ciągle kłócenie się, nieprzestrzeganie reguł społecznych, stałe obwinianie innych, gniewny i niechętny nastrój, złośliwe i mściwe zachowanie, częste używanie obscenicznego języka. Z kolei w pełnym obrazie klinicznym pojawiają się: kradzieże, kłamstwa, umyślne podpalenia, powtarzające się ucieczki z domu lub rodziny zastępczej, niszczenie cudzej własności, okrucieństwo wobec zwierząt, gwałty, użycie broni podczas bójek, znęcanie się fizyczne nad innymi osobami, zastraszenie<sup>7</sup>.

Psychiatra dziecięcy – Philip Barker uważa, że zaburzenia zachowania wyrażają się zachowaniami antyspołecznymi, są one wynikiem niepowodzenia dziecka w osiągnięciu społecznie akceptowanych norm zachowania. Autor twierdzi, że każde dziecko czasami zachowuje się w sposób antysocjalny, ale o zaburzeniach w zachowaniu można mówić jedynie wtedy, gdy zachowanie takie jest trwałe i niezdnośne dla otoczenia. Jednakże problem polega na tym, że nie istnieje precyzyjna definicja, jakie zachowanie jest niepożądane, gdyż zaburzenia zachowania mogą wyrażać niepowodzenia dziecka w osiągnięciu prawidłowego dostosowania w ramach rodziny, lub też samej rodzinie może brakować zadowalającego dostosowania do szerszego społeczeństwa<sup>8</sup>.

Niepożądane symptomy zachowania się dziecka z niepełnosprawnościami często nie są wynikiem zaburzeń rozwojowych a są sygnałem niezaspokojenia-potrzeb, szczególnie wówczas, gdy dziecko nie ma innych możliwości wyrażania swoich potrzeb, niż poprzez zachowanie zwracające uwagę np. agresję.

---

<sup>6</sup> A. Kołakowski, *Zaburzenia zachowania. Definicja, kryteria diagnostyczne, problemy klasyfikacyjne i pojęciowe*, [w:] T. Wolańczyk, J. Komender (red.), *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*, Wydawnictwa Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, s. 238.

<sup>7</sup> Ibidem.

<sup>8</sup> P. Baker, *Podstawy psychiatrii dziecięcej*, PZWL, Warszawa 1974, s. 98.

Zygmunt Gruntkowski, powołując się na H. Sexby, D. Felece i M. Harman stwierdza, że u osób z poważnymi zaburzeniami rozwojowymi nierzadko występują zachowania, które określić można jako nietypowe i niepożądane albo wręcz dziwaczne bądź problemowe. Odnosi się do zachowań uczniów z zaburzeniami rozwoju, tj. szarpanie innych za ubrania, drapanie, gryzienie swojej ręki, uderzanie głową o ścianę, plucie, niszczenie przedmiotów, nagłe napady złości, krzyczenie, odmowa współpracy, płacz, czy nietypowe manipulowanie przedmiotami, które mogą być kłopotliwe dla otoczenia (rodziny, nauczycieli), utrudniają kontakt i komunikację z uczniem, ale również niejednokrotnie są dla niego szkodliwe, hamują jego rozwój i edukację a czasem nawet uniemożliwiają. Dalej autor sugeruje, że nietypowe zachowania dzieci ze znacznymi zaburzeniami rozwoju nie wynikają z ich złośliwości, czy złego wychowania, ale takie zachowania, społecznie niepożądane są nastawione na osiągnięcie celu. Oznacza to, że dziecko nie zna innego sposobu, aby zaspokoić swoje potrzeby, lub sposób, którego używa, jest najbardziej skuteczny. Ponadto przyjmuje, że prawie wszystkie zachowania nietypowe mają jeden lub więcej celów:

- *zdobycie uwagi* (niektóre dzieci tak bardzo pragną uwagi innych osób, że zachowują się nietypowo, są nawet gotowe na negatywną uwagę w postaci krzyku, czy upomnienia),
- *uniknięcie czegoś* (poprzez zachowania nieakceptowane dziecko sygnalizuje sytuacje, których nie lubi, lub chce uniknąć kontaktu z ludźmi, których nie toleruje),
- *zdobycie/uzyskanie czegoś* (w sytuacjach, gdy inni ludzie podejmują decyzje za dziecko zachowaniami aspołecznymi dziecko sygnalizuje swoje potrzeby, lub protestuje, gdy czegoś nie chce),
- *samoregulacja* (nie jest formą komunikacji, odnosi się do zachowań, często nazywanych stereotypami lub zachowaniami autostymulacyjnymi, tj. machanie ręką, rytmiczne stukanie, obracanie przedmiotami, bicie, gryzienie, drapanie się. Dziecko w ten sposób może: regulować swój poziom energii, wyłączać się, gdy wokoło oddziałuje zbyt wiele bodźców, lub wtedy gdy bodźców jest zbyt mało. Czasami zachowania autostymulacyjne pomagają w funkcjonowaniu społecznym dziecka a czasami zakłócają je),
- *zabawa* (pojawia się w niektórych przypadkach zachowania nietypowego. Dziecko znajduje przyjemność w wykonywaniu niektórych czynności, bowiem dostarczają jemu bardzo przyjemnych doznań, np. dziecko bawi się linami, kablami, światełkami)<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Ibidem.

Zdobycie uwagi, uniknięcie lub zdobycie czegoś związane są z kontaktem i komunikacją z drugą osobą. Jeśli dziecko nie posiada społecznie akceptowanych umiejętności komunikowania się z innymi ludźmi, ma problemy z wyrażaniem swoich myśli, uczuć, pragnień oraz potrzeb. Wtedy używa krzyku, płaczu, bicia innych, rzucania się na podłogę, czy niszczenia rzeczy, gdyż, w praktyce, takie zachowania zakłócające bywają bardziej skuteczne, ponieważ zmuszają drugą osobę do natychmiastowej reakcji. W tym przypadku zachowanie dziecka jest sposobem kontrolowania swojego środowiska. Jeśli takie zachowanie pojawia się często w sytuacji, gdy inne osoby znajdują się w pobliżu, jest to prawdopodobnie sposób komunikowania się lub zdobycia tego, czego dziecko pragnie, potrzebuje. Dziecko może w sposób nieakceptowany komunikować swój stan psychofizyczny, np.: jestem zmęczony/znudzony/sfrustrowany/samotny, potrzebuję uwagi/zostaw mnie w spokoju, jest mi zimno/gorąco, chcę/nie chcę, tak/nie, boję się, potrzebuję pomocy. Z kolei cele związane z samoregulacją i zabawą nie są zachowaniami, które mają charakter społeczny, gdyż dziecko przez nie niczego nie przekazuje innym osobom, nie próbuje zwrócić na siebie uwagi, uzyskać czegoś, czy uniknąć zrobienia czegoś. Ich celem jest subiektywna korzyść, którą dziecko uzyskuje dzięki zachowaniom nietypowym. Dalej autor:

- podkreśla, że mówiąc o zachowaniach nietypowych należy używać wyłącznie kategorii obserwacyjnych, unikając terminów ogólnikowych i teoretycznych, opisujemy tylko te zachowania, które obserwujemy,
- stwierdza, że takie samo zachowanie, nawet u jednej osoby, może w różnych sytuacjach pełnić różne funkcje, np. krzyk może towarzyszyć zabawie dziecka, może być wyrazem zadowolenia, lub wręcz przeciwnie niezadowolenia, czy zwrócenia na siebie uwagi,
- dzieli zachowania nietypowe na trzy kategorie:
  1. *zagrożające zdrowiu*, tj. zjadanie substancji szkodliwych, poważne kalectwo się, silne uderzenie głową o ścianę, podłogę, rzucanie w innych ostrymi przedmiotami, notoryczne wybieganie na ulicę itp.,
  2. *zakłócające*, które:
    - krzywdzą innych, np. bicie innych,
    - zakłócają uczenie się, np. płacz, krzyk, uciekanie z klasy,
    - odciągają dziecko od realizacji codziennych zajęć, np. napady złości,
    - powodują niszczenie przedmiotów w niebezpieczny sposób, np. z użyciem ostrych narzędzi,

- zaburzają funkcjonowanie rodziny, np. napady złości przy obiedzie, czy w miejscach publicznych, które uniemożliwiają wspólne wyjścia rodziny,
  - mogłyby stać się zagrażające zdrowiu, gdyby były zignorowane,
3. *dziwaczne*, to takie, które są nieakceptowane w środowisku, a które, w niektórych przypadkach w ogóle nie muszą być niwelowane, gdyż bywają nieszkodliwe i nie mają istotnego wpływu na jakość życia dziecka i jego rodziny. Do nich należy, m.in. echolalia, machanie ręką<sup>10</sup>.

Równie ciekawe poglądy przedstawia Małgorzata Kwiatkowska. Zwraca uwagę, że dziecko z zaburzeniami rozwoju również przeżywa kryzysy i gorsze dni, ale nie umie wyrażać swoich uczuć w sposób oczekiwany przez otoczenie, nie umie ich nazwać. Terapia zaburzeń w zachowaniu powinna dotyczyć tylko tych zachowań, które uniemożliwiają dziecku jego rozwój, są wyraźną barierą do funkcjonowania w społeczeństwie, lub powodują, że dziecko nie odczuwa radości. Według autorki najczęściej pojawiającymi się zachowaniami niepokojącymi są stereotypie, tj. kiwanie się, zbieranie drobnych przedmiotów, natrętne wykonywanie z pozoru niepotrzebnych czynności, zjedanie określonych niejadalnych substancji, agresja lub samoagresja oraz izolacja. Wszystkie te zachowania spowodowane są według autorki, m.in.:

- *trudnościami z porozumiewaniem się*, najczęściej dotyczące dzieci, które mówią niewyraźnie lub w ogóle nie mówią. W momencie, kiedy sygnały dziecka nie są prawidłowo odczytywane i nie powodują adekwatnej reakcji w postaci jego akceptacji i zaspokojenia potrzeb, dziecko może odczuwać brak zrozumienia, bezsilność czy zdenerwowanie. Przejawem tego mogą być zachowania uciążliwe dla otoczenia, m.in. gryzienie siebie i innych czy krzyk. W takich przypadkach nieskuteczne jest stosowanie leków uspokajających czy jakiegokolwiek terapii, gdyż w momencie niezaspokojania potrzeb dziecka, im bardziej wyciszamy jego zachowania nieakceptowane tym więcej musi ono znaleźć innych sygnałów, by te potrzeby zakomunikować,
- *chęcią zwrócenia na siebie uwagi*, dotyczy sytuacji, gdy dziecko nie jest zauważane, jest ignorowane przez otoczenie a odczuwa potrzebę zainteresowania się jego osobą. Wtedy zachowuje się w sposób nieakceptowa-

<sup>10</sup> Z. Gruntkowski, *Nieawersywne i edukacyjne podejście do zachowań nietypowych*, [w:] M. Orkisz, M. Piszczek, A. Smyczek, J. Szwiec (red.), *Edukacja uczniów z głębokim upośledzeniem umysłowym, przewodnik dla nauczycieli*, CMPP – P MEN, Warszawa 2000, s. 70–73.

- ny, np. zjada niedopałki, wrywa włosy, gryzie się, by wywołać natychmiastową reakcję zwrócenia na siebie uwagi,
- *potrzebą akceptacji*, kiedy dzieci starają się przypodobać, zdobyć uznanie innych osób. Nie wiedząc jak to zrobić zachowują się nieadekwatnie, przez co stają się uciążliwe i odrzucane,
  - *pogubieniem ról społecznych*, kiedy wymagania i obowiązki są nieadekwatne do możliwości dziecka a ono samo nie ma żadnych praw, tkwiąc na poziomie niemowlęcia w aspekcie zaspokajania swoich potrzeb biologicznych, emocjonalnych i społecznych<sup>11</sup>.

Podobnie uważa Hanna Olechnowicz. Rejestrowane „zachowania patologiczne”, powinny być odczytywane jako wołanie dziecka o pomoc lub jako wyraz autoterapii, a nie powinny być traktowane jako etykieta piętnująca dziecko. Takie rozumiejące spojrzenie na dziecko umożliwia odpowiedź na zaszyfrowany komunikat dziecka. Spojrzenie etykietujące zamyka według autorki drogę do terapii a wręcz może pogłębić problemy dziecka<sup>12</sup>.

Z kolei Maria Piszczek wskazuje, że u dzieci funkcjonujących na niskim poziomie, zachowania, tj. gryzienie, bicie i popychanie innych mogą nie tylko być związane z wrogimi zamiarami dziecka, ale mogą być przejawem zachowań obronnych, gdyż oprócz nieznamości zasad zachowań społecznych powodem gwałtownych i destrukcyjnych zachowań dziecka może być, np.:

- nadwrażliwość na niektóre bodźce (hałas, tłum, dotyk),
- reakcja na stres związany z niezrozumieniem przez dziecko wydawanych mu instrukcji czy poleceń,
- nieumiejętność wyrażania swoich potrzeb lub emocji w ogólnie przyjęty sposób,
- strach przed niektórymi sytuacjami, ludźmi czy przedmiotami,
- regres w rozwoju i cofnięcie się do wcześniejszych form reagowania,
- napięcie emocjonalne i ból,
- zmęczenie spowodowane, np. przeciążeniem nadmierną ilością zajęć,
- nietolerowanie nowych sytuacji, zdarzeń, przedmiotów, ludzi<sup>13</sup>.

---

<sup>11</sup> M. Kwiatkowska, *Dzieci głęboko niezrozumiane. Program pracy edukacyjnej z dziećmi upośledzonymi umysłowo w stopniu głębokim*, Oficyna Literatów i Dziennikarzy „Pod Wiatr”, Warszawa 1997, s. 84–93.

<sup>12</sup> H. Olechnowicz, *Jaskiniowcy zagubieni w XXI wieku. Praca terapeutyczna z małymi dziećmi*, WSiP, Warszawa 1999, s. 10–13.

<sup>13</sup> M. Piszczek, *Diagnoza i wspomaganie rozwoju dziecka. Wybrane zagadnienia*, CMPPP, Warszawa 2007, s. 84–85.



## ZACHOWANIA TYPOWE DLA DZIECI Z DYSFUNKCJĄ WZROKU I DLA DZIECI Z AUTYZMEM

Poddając analizie zachowania dzieci z niepełnosprawnościami należy uwzględnić nie tylko przedstawione powyżej aspekty, ale również powinno się wziąć pod uwagę charakterystyczne zachowania współwystępujące z konkretną niepełnosprawnością. Szczególną grupę dzieci z niepełnosprawnością stanowią dzieci głuchoniewidome, u których równoczesnej dysfunkcji wzroku i słuchu często towarzyszą inne niepełnosprawności. I tak: u dzieci głuchoniewidomych oprócz blindyzmów, charakterystycznych dla dzieci z dysfunkcją wzroku, często spotykane są zachowania charakterystyczne dla dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, jak również rejestrowane są zachowania, które przejawiane są u osób ze spektrum autyzmu. Na takie podejście wskazuje Marzenna Zaorska, która potwierdza, że u wielu osób z jednoczesnym uszkodzeniem wzroku i słuchu zauważa się obecność nietypowych zachowań stereotypowych, będących pochodną uszkodzenia wzroku, tak zwanych blindyzmów<sup>14</sup>.

Zofia Sękowska nazywa blindyzmy blaidismami i określa je jako odruchy automatyczne, świadome lub nie, dające dziecku odprężenie, odreagowujące napięcie nerwowe wywołane stresem związanym z dysfunkcją wzroku i ograniczeniem zaspokajania potrzeb. Autorka wyróżnia cztery rodzaje blaidisimów:

- dziecko kołysze się w tył i przód, albo z prawa w lewo, potrząsa głową, kołysze się lub unosi z jednej nogi na drugą, kręci się w kółko. Ruchy te są formą wyładowania energii, nie zużytej z powodu braku normalnej, spontanicznej aktywności ruchowej,
- charakterystyczne postawy i ruchy dziecka, tj. brak rytmicznego kołysania przedramion przy chodzeniu, chód na sztywnych nogach, brak gestykulacji i mimiki przy mówieniu,
- występowanie odruchów obronnych zmierzających do spostrzeżenia przeszkody i ominięcia jej, np. chodzenie na rozstawionych nogach w celu zbadania terenu; wysokie podnoszenie nóg dla zbadania nierówności terenu stopą; odchylenie tułowia w tył, by uchronić twarz,

---

<sup>14</sup> M. Zaorska, *Epidemiologia głuchoślepoty w Polsce. Grupa wiekowa 14–18 lat. Raport z badań*, Wydawnictwo UWM, Olsztyn 2002, s. 86–87.

- miny, gesty, tj. mrużenie oczu, pocieranie oczu, naciskanie na gałkę oczną, opuszczenie głowy<sup>15</sup>.

Również Tomasz Wolańczyk blindyzmy (manieryzmy i stereotypie u osób niewidomych) zalicza do specyficznych zaburzeń psychicznych dzieci niewidomych obok zaburzenia snu i problemów w relacjach społecznych. Stwierdza, że u dzieci niewidomych, wtórnie do zaburzenia sekrecji dobowej melatoniny, poważny problem stanowią: bezsenność i rozregulowanie rytmów dobowych. Z kolei blindyzmy występujące pod postacią: trzepotania dłońmi, obracania się w miejscu, naciskania gałek ocznych, powtarzania pojedynczych dźwięków stanowią formę autostymulacji w sytuacji deprywacji i napięcia<sup>16</sup>.

Występowanie blindyzmów u dzieci głuchoniewidomych potwierdziły badania Marzenny Zaorskiej, gdzie dominującymi okazały się następujące zachowania: kołysanie się, potrząsanie palcami, potrząsanie głową, naciskanie na gałkę oczną, szczypanie własnego ciała, podskakiwanie do góry obunóż, mrużenie oczu, drapanie się do krwi, stereotypowe wydawanie dźwięków, tupanie, gryzienie własnych rąk, wbijanie paznokci w skórę, rzucanie przedmiotami, agresywne zachowanie się w stosunku do innych, fascynacja jasnymi, przezroczystymi przedmiotami<sup>17</sup>.

Dalej autorka podaje, że dzieci głuchoniewidome dotykają nie tylko autostymulacje (blindyzmy), ale również zachowania podobne do autystycznych a nawet sam autyzm<sup>18</sup>.

Autyzm dziecięcy, autyzm atypowy, zespół Retta i zespół Aspergera zaliczane są do całościowych – uogólnionych zaburzeń rozwoju, które charakteryzują się opóźnieniem lub nieprawidłowościami w zakresie rozwoju relacji społecznych, komunikacji, zachowania oraz funkcji poznawczych, a ich objawy ujawniają się w okresie wczesnodziecięcym a nawet niemowlęcym<sup>19</sup>.

Według klasyfikacji DSM-5 autyzm znalazł się w kategorii o nowej nazwie spektrum zaburzeń autystycznych zawierającej autyzm, zespół Asper-

<sup>15</sup> Z. Sękowska, *Pedagogika specjalna. Zarys*, PWN, Warszawa 1985, s. 50.

<sup>16</sup> T. Wolańczyk, *Zaburzenia psychiczne w chorobach somatycznych*, [w:] T. Wolańczyk, J. Komender (red.), *Zaburzenia emocjonalne...*, op.cit., s. 317.

<sup>17</sup> M. Zaorska, *Epidemiologia głuchoślepoty w Polsce. Grupa wiekowa 14–18 lat. Raport z badań*, Wydawnictwo UWM, Olsztyn 2002, s. 87.

<sup>18</sup> Ibidem, s. 86–87.

<sup>19</sup> B.J. Kozielec, G. Jagielska, *Całościowe zaburzenia rozwoju*, [w:] T. Wolańczyk, J. Komender (red.), *Zaburzenia emocjonalne...* op.cit., s. 68; R.C. Carson, J.N. Butcher, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, t. II, GWP, Gdańsk 2006, s. 828.

gera, całościowe zaburzenia rozwojowe nieokreślone, dziecięce zaburzenie dezintegracyjne. Pierwszym kryterium spektrum zaburzeń autystycznych są trwałe deficyty w komunikacji społecznej oraz społecznej interakcji w różnych kontekstach, nie wyjaśnione przez ogólne opóźnienia ogólnorozwojowe, a manifestowane przez deficyty w zakresie odwzajemniania społeczno-emojonalnego, deficyty w zakresie komunikacyjnych zachowań niewerbalnych wykorzystywanych w interakcjach społecznych oraz deficyty w zakresie rozwijania i utrzymywania relacji. Drugie kryterium to ograniczone, powtarzające się wzorce zachowań, zainteresowań lub aktywności manifestowane przez przynajmniej dwa spośród objawów:

- stereotypowa lub powtarzalna mowa, akty motoryczne lub posługiwanie się przedmiotami,
- nadmierne przywiązanie do rutyny, zrytualizowane wzorce zachowań werbalnych i niewerbalnych lub nadmierny opór wobec zmian,
- wysoce ograniczone, sztywne zainteresowania, które są nieprawidłowe za względu na intensywność lub zogniskowanie,
- hiper – lub hiporeaktywność na bodźce sensoryczne lub niezwykle zainteresowanie sensorycznymi aspektami środowiska.

Dodatkowo objawy te muszą wystąpić we wczesnym dzieciństwie a wszystkie występujące ograniczać i upośledzać codzienne funkcjonowanie. Nowe kryteria wyróżniają stopnie nasilenia objawów, które wymagają wsparcia, znacznego wsparcia bądź bardzo znacznego wsparcia<sup>20</sup>.

Ogólnie ujmując autyzm dziecięcy przejawia się w trzech sferach: komunikowania się, interakcji społecznych, zachowania i zabawy. Dotknięte tym zaburzeniem dziecko nie bawi się spontanicznie, zabawy są ubogie, bez wyobraźni i są stereotypowe, np. układają klocki, patyczki, koraliki ciągle w ten sam stereotypowy sposób. Charakterystyczny dla dzieci z autyzmem jest brak umiejętności posługiwania się mową, lub posługiwanie się nią w sposób bardzo ograniczony, często nie służący porozumiewaniu się, często występuje u nich echolalia (powtarzanie tych samych słów). U dzieci z autyzmem również pojawiają się różne przejawy autostymulacji, która zwykle przybiera formę powtarzających się ruchów, tj. uderzanie głową, kręcenie się w kółko i kołysanie. Dzieci te angażują się w dziwaczne, powtarzające się działania, przejawiają fascynację nietypowymi przedmiotami i wykazują obsesyjną potrzebę utrzymania środowiska w niezmiennym stanie. Występujące u nich zaburzenia kontaktu wzrokowego przejawiają się zakrywaniem oczu, odwracaniem twarzy lub brakiem zdolności

---

<sup>20</sup> <http://www.psychiatry.org/dsm5> [dostęp: 2.06.2015].

do utrzymania kontaktu wzrokowego – patrzenie jakby przez szybę. W grupie dzieci z autyzmem obserwowane są także zachowania, tj. nadruchliwość lub niski poziom aktywności, zaburzenia koncentracji uwagi, agresja, autoagresja, napady złości, krzyku, płaczu, masturbacja, obnażanie się w miejscach publicznych, trudności w opanowaniu treningu czystości, załatwianie potrzeb fizjologicznych w miejscach do tego nieprzeznaczonych. W okresie dorastania mogą pojawić się objawy o charakterze obsesyjno-kompulsywnym, np. mycie rąk, dotykanie pewnych obiektów<sup>21</sup>.

Z kolei w badanej przez Marzenę Zaorską populacji dzieci głuchoniewidomych nie występowały zachowania charakterystyczne dla dzieci z autyzmem, ale badane osoby przejawiały zachowania podobne do autystycznych, tj: bawienie się palcami; bicie się w głowę; chodzenie bardzo małymi kroczkami; brak zawrotów głowy przy obracaniu się w koło; hałasowanie; opukiwanie przedmiotów, ludzi; wprowadzanie przedmiotów w ruch wirowy, wahadłowy; kręcenie, obracanie przedmiotów; posiadanie przy sobie zawsze tych samych przedmiotów<sup>22</sup>.

Jak już wspomniano zachowania dzieci z równoczesnym uszkodzeniem wzroku i słuchu należy również rozpatrywać pod kątem współwystępującej niepełnosprawności intelektualnej. Na ten fakt zwraca także uwagę Jadwiga Komender, która wprawdzie mówi o osobach z niepełnosprawnością intelektualną, ale stwierdza, że szczególnie w przypadku dzieci z głębokim stopniem niepełnosprawności intelektualnej częściej niż u innych dzieci występują zaburzenia wzroku, słuchu, narządów wewnętrznych, układu nerwowego i ruchowego. Stąd też rozwój psychoruchowy jest u nich opóźniony, nie następuje rozwój mowy, nieliczne z nich kontrolują czynności fizjologiczne, zawsze wymagają opieki, wsparcia i nadzoru, gdyż nie są w stanie funkcjonować samodzielnie. Autorka porusza także bardzo istotną kwestię, która w znacznym stopniu dotyczy również populacji dzieci głuchoniewidomych. A mianowicie stwierdza, że u dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym oprócz zaburzeń emocji i aktywności występują zaburzenia z kręgu autyzmu, zaburzenia lękowe i kontroli impulsów, w tym stereotypie, samo-uszkodzenia i agresja<sup>23</sup>.

<sup>21</sup> B.J. Koziół, G. Jagielska, *Całościowe zaburzenia...*, op.cit., s. 68–76; R.C. Carson, J.N. Butcher, S. Mineka, *Psychologia...*, op.cit., s. 829–832.

<sup>22</sup> M. Zaorska, *Epidemiologia głucho ślepoty...*, op.cit., s. 86–87.

<sup>23</sup> J. Komender, *Upośledzenie umysłowe*, [w:] T. Wolańczyk, J. Komender (red.), *Zaburzenia emocjonalne...*, op.cit, s. 62–63.

W oparciu o przytoczone podejścia z literatury przedmiotu trudno jest jednoznacznie stwierdzić, jaka jest etiologia zaburzeń w zachowaniu dzieci ze złożoną niepełnosprawnością. Czy są one wynikiem dysfunkcji wzroku czy dysfunkcji słuchu, czy są uwarunkowane współwystępującymi cechami autystycznymi czy niepełnosprawnością intelektualną. Ponadto nie możemy tu również wykluczyć współdziałania innych, licznych czynników biomedycznych, psychologicznych i środowiskowych.

Jednakże dla powodzenia terapii dziecka głuchoniewidomego z dodatkowymi niepełnosprawnościami konieczne jest postawienie prawidłowej diagnozy funkcjonalnej. Należy w niej oddzielić reakcje autostymulacyjne, będące rezultatem uszkodzenia wzroku, od autyzmu czy dysfunkcji najbliższego środowiska wychowawczego, w celu optymalnego doboru dla dziecka odpowiednich metod, form i środków pracy wychowawczo-rewalidacyjnej.

## METODOLOGICZNE PODSTAWY BADAŃ

Metodologię badań własnych podporządkowano założeniom metodologii badań pedagogicznych prowadzonych w strategii jakościowej. I tak:

**Przedmiotem badań** są zachowania dziecka głuchoniewidomego z autyzmem.

**Podmiotem badań** jest dziecko głuchoniewidome z autyzmem, ale z powodu braku możliwości komunikacyjnych z nim podmiotem pośrednim jest wychowawca dziecka.

### **Celem badań:**

- jest poznanie zachowań prawidłowych i nieprawidłowych u dziecka głuchoniewidomego z autyzmem i klasyfikacja ich ze względu na równoczesne uszkodzenie wzroku i słuchu i autyzm,
- znalezienie sposobów reakcji na zachowania prawidłowe (rodzaje wzmocnień) a w szczególności na zachowania nieprawidłowe (sposoby wygaszania).

Sformułowano następujące **problemy badawcze:**

**Problem główny:** Jakie zachowania przejawia dziecko głuchoniewidome z autyzmem?

### **Problemy szczegółowe:**

1. Jakie zachowania prawidłowe i nieprawidłowe przejawia dziecko głuchoniewidome z autyzmem?

2. Jakie zachowania dziecka są wynikiem jego głuchoślepoty, jakie autyzmu a jakie są wspólne dla głuchoślepoty i autyzmu?
3. W jaki sposób reagują nauczyciele na przejawy zachowań prawidłowych i nieprawidłowych?

**Tabela 1.** Rama pojęciowa problemów badawczych

ZACHOWANIA	Charakterystyczne dla osób z dysfunkcją wzroku, w tym głuchoniewidomych	Wspólne dla osób z dysfunkcją wzroku, w tym głuchoniewidomych i dla osób z autyzmem	Charakterystyczne dla osób z autyzmem
NIEPRAWIDŁOWE	<ul style="list-style-type: none"> <li>– odruchy obronne przy poruszaniu się,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– brak umiejętności posługiwania się mową lub posługiwanie się nią w sposób ograniczony,</li> <li>– zaburzenia gestykulacji i mimiki przy komunikowaniu się,</li> <li>– kołysanie, w tył – przód, prawo – lewo,</li> <li>– zaburzenia kontaktu wzrokowego,</li> <li>– niski poziom aktywności,</li> <li>– bawienie się palcami, trzepotanie rękoma,</li> <li>– hałasowanie – generowanie hałasu,</li> <li>– opukiwanie przedmiotów, ludzi,</li> <li>– wprowadzanie przedmiotów w ruch wirowy, wahadłowy, kręcenie,</li> <li>– posiadanie przy sobie zawsze tych samych przedmiotów,</li> <li>– brak zawrotów głowy przy obracaniu się w koło, potrząsanie głową,</li> <li>– mrużenie oczu, pocieranie oczu, naciskanie na gałkę oczną,</li> <li>– opuszczanie głowy,</li> <li>– chodzenie na rozstawionych nogach, badanie stopami terenu, wysokie podnoszenie nóg, chodzenie małymi kroczkami, chód na sztywnych nogach,</li> <li>– agresja, autoagresja, np. bicie się w głowę, uderzanie głową, szczypanie, drapanie do krwi, trichotilomania,</li> <li>– masturbacja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– schematyczne zabawy, – natręctwa,</li> <li>– fascynacja niezwykle przedmiotami,</li> <li>– obsesyjna potrzeba utrzymania środowiska w niezmiennym stanie,</li> <li>– nadrucliwość,</li> <li>– krzyk,</li> <li>– problemy z jedzeniem – stałość diety</li> </ul>
PRAWIDŁOWE	Zgodne z normami społecznymi, w tym z zakresu samoobsługi. I funkcjonowania w środowisku		

Źródło: opracowanie własne.

Ponadto zastosowano następujące **instrumentarium badawcze:**

**Metoda** – metoda indywidualnych przypadków

**Technika** – wywiad, analiza dokumentów

**Narzędzie badawcze** – kwestionariusz wywiadu z nauczycielem wychowawcą Marty P., kwestionariusz analizy dokumentów.

Z kolei **teren badań** stanowił SOSW Nr 1 w Bydgoszczy.

Badania przeprowadzono w grudniu 2015 r. z wychowawcą Marty P. – nauczycielem dyplomowanym z 26 letnim stażem pracy.

### ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH

Badania nad zachowaniem dziecka głuchoniewidomego z autyzmem prowadzone były w strategii jakościowej i obejmowały następujące etapy:

- zbieranie danych metodą indywidualnych przypadków z wykorzystaniem specjalnie skonstruowanego narzędzia – kwestionariusza wywiadu dla nauczyciela dziecka głuchoniewidomego z autyzmem,
- opracowywanie danych empirycznych – spisanie nagranych wywiadu, jego transkrypcja oraz kodowanie,
- opis i analiza indywidualnego przypadku w matrycach uporządkowanych pojęciowo, wnioski i podsumowanie<sup>24</sup>.

### ZACHOWANIA DZIECKA GŁUCHONIEWIDOMEGO Z AUTYZMEM NA PRZYKŁADZIE MARTY P.

**Uwaga:** ze względu na ochronę danych osobowych zmieniono inicjały dziecka.

Marta od 7 roku życia realizuje obowiązek szkolny w SOSW Nr 1 w Bydgoszcy. Aktualnie ma 16 lat i jest uczennicą I klasy gimnazjum specjalnego.

W diagnozie z orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego z 2013 r. stwierdzono: obustronny niedosłuch odbiorczy o lokalizacji ślimakowej wymagający zastosowania aparatów słuchowych; retinopatię wcześniaczą obu oczu, oko lewe z wątpliwym poczuciem światła, oko prawe z poczuciem światła; niepełnosprawność intelektualną w stopniu umiarkowanym, autyzm.

Analizy zgromadzonego materiału empirycznego dokonano w matrycach uporządkowanych pojęciowo. I tak prezentację danych rozpoczęto od zachowań nieprawidłowych charakterystycznych dla osób z dysfunkcją wzroku, w tym głuchoniewidomych, które zawarto w poniższej tabeli.

---

<sup>24</sup> Cf. H. Rudomska, *Analiza jakościowa zachowań prawidłowych i nieprawidłowych uczniów głuchoniewidomych na tle edukacji rodzinnej i instytucjonalnej – rozwiązania metodologiczne*, „Przegląd Badań Edukacyjnych” 2014, nr 18 (1), s. 171–194.

**Tabela 2.** Matryca uporządkowana pojęciowo – zachowania nieprawidłowe charakterystyczne dla osób z dysfunkcją wzroku, w tym głuchoniewidomych

Zachowania nieprawidłowe charakterystyczne dla osób z dysfunkcją wzroku, w tym głuchoniewidomych	Opis zachowania Marty P. przedstawiony przez nauczyciela	Reakcja nauczyciela
Odruchy obronne przy poruszaniu się	<i>„Marta jak idzie, nawet w pomieszczeniu zamkniętym ma zawsze wyciągniętą lewą rękę na wysokości głowy, od kiedy pamiętam tak właśnie się poruszała. Jak wychodzimy na spacer trzyma się osoby dorosłej pod rękę wtedy minimalnie drugą ręką osłania głowę”.</i>	<b>Nauczyciel nie reaguje:</b> <i>„Staramy się nie ingerować w takie zachowanie, tu chodzi o jej bezpieczeństwo, nie uderzy się przez to w głowę”.</i>

Źródło: opracowanie własne.

Kolejna tabela przedstawia zachowania nieprawidłowe, przejawiane przez opisywaną dziewczynkę, wspólne dla osób z dysfunkcją wzroku, w tym głuchoniewidomych i dla osób z autyzmem.

**Tabela 3.** Matryca uporządkowana pojęciowo – zachowania nieprawidłowe wspólne dla osób z dysfunkcją wzroku, w tym głuchoniewidomych i dla osób z autyzmem

Zachowania nieprawidłowe wspólne dla osób z dysfunkcją wzroku, w tym głuchoniewidomych i dla osób z autyzmem	Opis zachowania Marty P. przedstawiony przez nauczyciela	Reakcja nauczyciela
Brak umiejętności posługiwania się mową lub posługiwanie się w sposób ograniczony, zaburzenia gestykulacji i mimiki przy mówieniu	<b>Ma problemy z komunikacją:</b> <i>„Marta komunikuje się na poziomie mimiczno-gestowym, jak była młodsza czasami przed pójdziem do toalety mówiła sii, teraz jedynie wydaje głośnie, nieartykułowane dźwięki jak się czegoś boi, albo jak się z czegoś cieszy, ale w sumie te dźwięki są bardzo podobne. Jeśli chodzi o gestykulację i mimikę to jest u niej bardzo ograniczona”.</i>	<b>Wprowadzono komunikację alternatywną:</b> <i>„z Martą, ze względu na dysfunkcję wzroku komunikujemy się uproszczonymi znakami języka migowego, oraz symbolami jednoznacznymi, wspieramy ją w wyrażaniu potrzeb, zawsze reagujemy na próby komunikowania się”.</i>
Kołysanie się	<b>Kołysze się w tył i przód:</b> <i>„Od kiedy pamiętam kołysała się w przód i tył, obojętnie, czy siedzi na krześle, czy stoi, kołysze się prawie bez przerwy, czasami bardzo mocno, nie można na to patrzeć”.</i>	<b>Wygaszanie zachowania:</b> <i>„Wystarczy ją delikatnie dotknąć za ramię, wtedy przestaje się kołysać, na moment, odwracamy jej uwagę, angażujemy w wykonywanie jakieś czynności”.</i>
Zaburzenia kontaktu wzrokowego Opuszczanie głowy	<b>Nie utrzymuje kontaktu wzrokowego:</b> <i>„Marta jest dzieckiem, które straciło wzrok, więc trudno, żeby utrzymywała kontakt wzrokowy, ale nawet jak widziała nie patrzyła na twarz, a tym bardziej w oczy, głowę raczej zawsze miała spuszczone”.</i>	<b>Podnoszenie głowy:</b> <i>„Mimo, że Marta nie widzi, staramy się, by miała wyprostowaną głowę, delikatnie dotykamy jej szyi z tyłu głowy, ona wtedy tę głowę podnosi, ale to raczej na krótko. Mówimy przy tym: Marta! Głowa”.</i>
Niski poziom aktywności	<b>Wykazuje brak aktywności poznawczej:</b> <i>„Ona nigdy nie wykazywała chęci do poznawania otoczenia, była bierna, nie jest zainteresowana tym co ją otacza, większość aktywności jest wspierana przez nauczyciela, nie ma rzeczy, oprócz zachowań stereotypowych, które ją interesują”.</i>	<b>Wzbudzenie zainteresowania otoczeniem:</b> <i>„Staramy się dostarczać jej różnych form aktywności, żeby mogła poznać otaczający ją świat, żeby chciała sama go poznawać. Aktywizujemy ją w różny sposób. Uczestniczy w zajęciach kynoterapii, chodzi również do Sali Doświadczania Świata, gdzie może decydować o przebiegu zajęć”.</i>
Bawienie się palcami, trzepotanie rękoma	<b>W sposób schematyczny bawi się palcami:</b> <i>„Marta w sposób bardzo charakterystyczny zawija palce jeden o drugi u obu rąk i jak nikt nie zareaguje potrafi tak przez dłuższy czas siedzieć, ale rękoma nie trzepocze”.</i>	<b>Zmiana aktywności, odwracanie uwagi:</b> <i>„Staramy się wtedy dawać jej do ręki przedmioty o różnej fakturze, żeby miała inne wrażenia dotykowe”.</i>



Wprowadzanie przedmiotów w ruch wirowy	<b>Wprowadza przedmioty w ruch wirowy:</b> „Marta, jak tylko do nas przyszła kręciła wszystkim, co jej pod ręce wpadło, wszystko wprowadza w ruch wirowy, nawet kiedyś dawaliśmy jej przedmioty, które nie miały prawa się kręcić, a ona i tak nimi kręciła. Jak nie ma niczego na stoliku, to potrafi sama wstać i sobie znaleźć przedmiot, którym będzie kręcić”	<b>Zmiana aktywności, odwracanie uwagi:</b> „Staramy się, żeby zawsze była czymś zajęta, żeby nie myślała o tym kręceniu”
Naciskanie na gałkę oczną	<b>Naciska na gałkę oczną:</b> „Marta od jakiegoś czasu naciska na gałkę oczną, szczególnie oka lewego, mimo podjętej farmakoterapii zdarza jej się nadal to robić, nie wiadomo czy to nawyk, czy stymulacja, czy nadal problemy okulistyczne”	<b>Zalecenie kontroli okulistycznej, odwracanie uwagi:</b> „Wcześniej nie naciskała na gałkę oczną, od jakiegoś czasu to robi, dlatego zaleciliśmy rodzicom wizytę u okulisty, i się okazało, że ma nadciśnienie w gałkach ocznych. Teraz, jak nadusza na oczy a nie wiemy, czy nie jest to zachowanie nawykowe, sprawdzamy twardość gałki, jak jest według nas dobra to odwracamy uwagę poprzez proponowanie innych zajęć. Oczywiście ma przepisane na stałe krople na jaskrę, które aplikujemy dwa razy dziennie”
Problemy z chodzeniem	<b>Wykazuje problemy z chodzeniem po zróżnicowanym podłożu:</b> „Z chodzeniem też są problemy, bo chodzi bardzo małymi kroczkami, na paluszkach a jak wyczuje górkę, czy nierówność, to biega po niej w tą i z powrotem. Są też z nią problemy jak zmienia się podłoże, po którym chodzi. Najgorzej jest, jak kostka chodnikowa zmienia się wielkością, np. z dużej na małą. Wtedy Marta zapiera się, bada stopami grunt, nie chce przejść z jednej struktury chodnika na drugą, często krzyczy, kładzie się na ziemi, ciężko jest ją wtedy ruszyć i zachęcić do dalszego spaceru”	<b>Wykazywanie spokoju i cierpliwości, dawanie wsparcia, strukturyzacja dnia:</b> „Wiemy, że w nowych miejscach i na spacerach będą problemy, staramy się ją uprzedzać gdzie idziemy, zawsze jest ktoś koło niej, spokojnie staramy się do niej mówić (odczytuje ton głosu) i znakami języka migowego pokazywać „dobrze, idziemy, do szkoły”
Autoagresja	<b>Przejawiała trichotilomanię:</b> „Miałyśmy też problem przez pewien czas bo wyrzywała sobie włosy, całymi garściami szczególnie podczas ciszy nocnej, wtedy nad ranem, za łóżkiem leżały całe pasma włosów”	<b>Znalezienie przyczyny, wsparcie:</b> „Przed wszystkim starałyśmy się dociec, czemu tak się dzieje, co się zmieniło, że tak zaczęła reagować, niestety nie udało nam się tego ustalić. Rodzice stwierdzili, że sytuacja w domu nie uległa zmianie, nie było też żadnych przesłanek medycznych, ale zawsze, zanim zasnęła, ktoś koło niej był, mówił do niej spokojnym tonem, dawał poczucie bezpieczeństwa i wsparcia”

Źródło: opracowanie własne.

Prezentację zachowań nieprawidłowych kończy tabela, w której zawarto opis zachowań charakterystycznych dla osób z autyzmem.

**Tabela 4.** Matryca uporządkowana pojęciowo – zachowania nieprawidłowe charakterystyczne dla osób z autyzmem

Zachowania nieprawidłowe charakterystyczne dla osób z autyzmem	Opis zachowania Marty P. przedstawiony nauczyciela	Reakcja nauczyciela
Obsesyjna potrzeba utrzymania środowiska w niezmiennym stanie	<b>Natręctwa dotyczące ubioru:</b> „Musi mieć wszystko gładko włożone w spodnie czy spódniczkę, koszulę, bluzkę wygładza i wkłada tak długo, dopóki nie będzie idealnie prosto, no i spodnie lub spódniczkę musi mieć tak wysoko zaciągnięte, jak się da”	<b>Próby odwrócenia uwagi, zakładanie dopasowanych ubrań:</b> „To duży problem, próbujemy odwrócić Marty uwagę, pokazujemy: „dobrze”, „koniec”, nagradzamy, gdy przestaje prostować swoje ubrania, efekty przynosi też dopasowanie odpowiedniej garderoby, to znaczy dopasowanych ubrań, ściśle przylegających do ciała”

Problemy z jedzeniem	<b>Spożywanie posiłków tylko z ketchupem:</b> „Marta mimo, że samodzielnie spożywa posiłki, robi to mało estetycznie, a przede wszystkim na każdej kanapce, bez względu na to czy jest z dżemem czy wędliną musi mieć nałożony ketchup. Wącha chleb i jak nie ma ketchupu to nie zacznie jeść”.	<b>Próby zmiany przyzwyczajeń żywieniowych:</b> „Trudno jest walczyć z tym jej przyzwyczajeniem, sami nie dajemy jej ketchupu, chyba, że znakami języka migowego poprosi, ale wtedy staramy się minimalizować jego ilość na kanapkach, ale to bardzo trudne, zachęcamy Martę, by jadła bez ketchupu, każdą taką próbę nagradzamy”.
----------------------	--	---

Źródło: opracowanie własne.

Analizę danych zamyka tabela, w której zaprezentowane zostaną zachowania prawidłowe, które przejawia omawiana dziewczynka głuchoniewidoma, u której zdiagnozowano autyzm.

**Tabela 5.** Zachowania prawidłowe rejestrowane u dziewczynki głuchoniewidomej z autyzmem

Zachowania prawidłowe rejestrowane u dziewczynki głuchoniewidomej z autyzmem.	Opis zachowania Marty P. przedstawiony przez nauczyciela	Reakcja nauczyciela
Samoobsługa	<b>Potrafi samodzielnie się ubierać i rozbierać:</b> „Marta zna schemat dnia, wie, że rano musi się ubrać, wieczorem rozebrać do kąpieli, samodzielnie wykonuje te czynności”. <b>Z pomocą myje się:</b> „Wymaga niewielkiego wsparcia przy myciu się, to znaczy ręce myje samodzielnie, ale przy braniu prysznicza trzeba jej trochę pomóc”. <b>Samodzielnie korzysta z toalety:</b> „Wprawdzie nie sygnalizuje potrzeb fizjologicznych, ale jak chce skorzystać z toalety to samodzielnie do niej idzie i się załatwia”.	<b>Wzmacnianie zachowań:</b> „Często Martę chwalimy, ona rozumie słowa: „bravo”, „ładnie”, dodatkowo do niej migamy, czasami dostanie kawałek czekolady, ona lubi, jak ja się pogłaszcze po głowie, wie, że to nagroda”.
Funkcjonowanie w środowisku	<b>Ma pogodne usposobienie, nie przejawia agresji:</b> „Marta jest dzieckiem bardzo łagodnym, nawet, jak jakieś dziecko ją zaczepia, ona delikatnie odsuwa je od siebie, nie sprawia problemów, ma dobry kontakt z rodzicami i wychowawcami, nigdy nikomu nie zrobiła krzywdy, jest delikatna w kontakcie ze zwierzętami, nie niszczy przedmiotów, to bardzo spokojne dziecko”. <b>Używa zwrotów grzecznościowych:</b> „Jak czegoś chce potrafi zamigać „proszę”, również miga „dziękuję”, jak dostanie to o co poprosiła”.	<b>Wzmacnianie zachowań:</b> „Staramy się zawsze zareagować, gdy Marta komunikuje swoje potrzeby, dajemy jej poczucie, że rozumiemy to co nam przekazuje, zachęcamy do komunikacji”.

Źródło: opracowanie własne.

## WNIOSKI

1. Marta przejawia szereg zachowań nieprawidłowych charakterystycznych zarówno dla osób z dysfunkcją wzroku, jak również typowych dla osób zarówno z dysfunkcją wzroku, jak i autyzmem, ale i charakterystycznych tylko dla osób z autyzmem. Wykazuje również zachowania prawidłowe na miarę swoich możliwości psychofizycznych.

2. Marta wykazywała odruchy obronne przy poruszaniu się, co stanowi zachowanie typowe dla osób z dysfunkcją wzroku. Biorąc pod uwagę zachowania charakterystyczne zarówno dla osób z głuchoślepotą, jak i autyzmem zarejestrowano u Marty:

- brak posługiwania się mową,
- zaburzenia gestykulacji i mimiki przy komunikowaniu się,
- kołysanie się w przód i tył,
- zaburzenia kontaktu wzrokowego,
- niski poziom aktywności,
- bawienie się palcami,
- wprowadzanie przedmiotów w ruch wirowy,
- naciskanie na gałkę oczną,
- opuszczenie głowy,
- problemy z chodzeniem po różnym podłożu, robienie kroczków,
- trichotilomania.

Z kolei, jeśli chodzi o zachowania typowe dla osób z autyzmem u Marty pojawiły się problemy z:

- jedzeniem – stałość diety – konieczność obecności ketchupu w pożywieniu,
- ubieraniem się – gładzenie ubrań, prostowanie, wysokie noszenie spodni i spódnic.

3. Mimo, że u Marty wystąpiły zachowania typowe zarówno dla osób z dysfunkcją wzroku, jak również typowe dla osób z autyzmem należy stwierdzić, że mimo tych samych objawów **są różne przyczyny i różne funkcje tych zachowań!!!**

4. Nauczyciele stosują różne formy wzmacniania zachowań prawidłowych i wygaszania zachowań nieprawidłowych, ale są one głównie oparte na ogólnie przyjętych metodach wychowawczych a nie są wynikiem stosowania systemowych i planowych metod awersyjnych czy nieawersyjnych.

## PODSUMOWANIE

Opracowanie stanowi studium przypadku osoby głuchoniewidomej, u której oprócz równoczesnego uszkodzenia wzroku i słuchu zdiagnozowano również autyzm. W badaniach podjęto próbę kwalifikacji jej zachowań, szczególnie tych nieprawidłowych z uwzględnieniem zachowań typowych dla osób z dysfunkcją wzroku – blindyzmów, wyodrębniono również zachowania typowe dla osób z autyzmem oraz te, które występują zarówno u osób głuchoniewidomych, jak

i tych z autyzmem. Oprócz opisu zachowań podano sposoby reakcji nauczyciela na zachowania uczennicy zarówno wzmacniające zachowania prawidłowe, jak i te, które mają na celu niwelowanie zachowań nieporządkanych. Podjęto też próbę oceny skuteczności oddziaływań wychowawczych. Całość kończą wnioski wynikające z analizy zebranych danych empirycznych.

## LITERATURA

- Baker P., *Podstawy psychiatrii dziecięcej*, PZWL, Warszawa 1974.
- Carson R.C., Butcher J.N., Mineka S. (red.), *Psychologia zaburzeń*, t. 1, GWP, Gdańsk 2006.
- Gruntkowski Z., *Nieawersywne i edukacyjne podejście do zachowań nietypowych*, [w:] Orkisz M., Piszczek M., Smyczek A., Szwiec J. (red.), *Edukacja uczniów z głębokim upośledzeniem umysłowym, przewodnik dla nauczycieli*, CMPP – P MEN, Warszawa 2000.
- Kołąkowski A., *Zaburzenia zachowania. Definicja, kryteria diagnostyczne, problemy klasyfikacyjne i pojęciowe*, [w:] T. Wolańczyk, J. Komender (red.), *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*, Wydawnictwa Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
- Kozielec B.J., Jagielska G., *Całościowe zaburzenia rozwoju*, [w:] T. Wolańczyk, J. Komender (red.), *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*, Wydawnictwa Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
- Kwiatkowska M., *Dzieci głęboko niezrozumiane. Program pracy edukacyjnej z dziećmi upośledzonymi umysłowo w stopniu głębokim*, Oficyna Literatów i Dziennikarzy „Pod Wiatr”, Warszawa 1997.
- Olechnowicz H., *Jaskiniowcy zagubieni w XXI wieku. Praca terapeutyczna z małymi dziećmi*, WSiP, Warszawa 1999.
- Orkisz M., Piszczek M., Smyczek A., Szwiec J. (red.), *Edukacja uczniów z głębokim upośledzeniem umysłowym, przewodnik dla nauczycieli*, CMPP – P MEN, Warszawa 2000.
- Pecyna M.B., *Rodzinne uwarunkowania zachowania dziecka w świetle psychologii klinicznej*, WSiP, Warszawa 1998.
- Piszczek M., *Diagnoza i wspomaganie rozwoju dziecka. Wybrane zagadnienia*, CMPPP, Warszawa 2007.
- Sękowska Z., *Pedagogika specjalna. Zarys*, PWN, Warszawa 1985.
- Rudomska H., *Analiza jakościowa zachowań prawidłowych i nieprawidłowych uczniów głuchoniewidomych na tle edukacji rodzinnej i instytucjonalnej – rozwiązania metodologiczne*, „Przegląd Badań Edukacyjnych” 2014, nr 18 (1).

- Wolańczyk T., Komender J. (red.), *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*, Wydawnictwa Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
- Zaorska M., *Epidemiologia głuchosłepoty w Polsce. Grupa wiekowa 14–18 lat. Raport z badań*, Wydawnictwo UWM, Olsztyn 2002.

#### **Źródła internetowe:**

- <http://stary1.portalmed.pl/finn2/klasyfikacje/icd11/index.stm>, <http://www.psychiatriy.org/dsm5> [dostęp: 2.12.2015].
- <http://www.psychiatriy.org/dsm5> [dostęp: 2.06.2015].

### **STRESZCZENIE**

W opracowaniu przedstawiono wybrane aspekty zaburzeń w zachowaniu dzieci z niepełnosprawnościami. Na tym tle podjęto próbę kwalifikacji zachowań osoby głuchoniewidomej wyodrębniając w nich zachowania charakterystyczne dla osób z równoczesnym uszkodzeniem wzroku i słuchu i osób z autyzmem, jak również zachowania wspólne dla obu tych dysfunkcji. Oprócz opisu zachowań podano również sposoby reakcji nauczyciela wzmacniające przejawiane przez dziecko głuchoniewidome zachowania prawidłowe, jak i te, które mają na celu niwelowanie zachowań nieprawidłowych.

**Słowa kluczowe:** zaburzenia w zachowaniu, zachowania prawidłowe i nieprawidłowe, osoba głuchoniewidoma, osoba z autyzmem.

### **BEHAVIOR OF THE AUTISTI CDEAF BLIND CHILD – A CASE STUDY**

#### **SUMMARY**

The article presents some aspects of behavior disorders of children with disabilities. An attempt of qualifications of deaf blind people behavior was undertaken by isolating the characteristic behavior of people with simultaneous visual and hearing impairment and people with autism. The common behavior of both dysfunctions was also described. Besides, reaction procedures for teachers are also specified. The procedures are thought to reinforce the proper behavior of deaf blind children and to eliminate the abnormal one.

**Key words:** behavioral disorders, correct and incorrect behavior (bit), the deaf blind person, the person with autism.