

Metody terapii dzieci z autyzmem

^{*1} „Autyzm dziecięcy, stan niepełnosprawności rozwojowej ujawniającej się między 3-6 rokiem życia, czasem po okresie prawidłowego rozwoju; charakterystyczne są: znaczne ograniczenia lub brak zainteresowania kontaktem z najbliższym otoczeniem i rówieśnikami, dziwaczność werbalnych i pozawerbalnych sposobów porozumiewania się, niezdolność do zabaw wymagających wyobraźni, stereotypowości i dziwaczność zainteresowań i czynności; czynnikami predysponującymi są różnego rodzaju dysfunkcje mózgu; istotna przyczyna nie jest znana; występuje u 4-5 dzieci na 10 tys. urodzeń; przebieg przewlekły, rzutuje na rozwój dziecka, które często nie osiąga sprawności językowej, społecznej lub intelektualnej koniecznej do w pełni samodzielnej egzystencji; w leczeniu stosuje się różne metody psychoterapii korygującej i wzbogacającej możliwości rozwojowe.”

W literaturze przedmiotu do najczęściej wymienianych form terapii dzieci autystycznych należą:

- **Zasada niedyrektywnej terapii zabawowej** – podkreśla u nauczyciela postawę akceptacji, zaufania i nagradzania jako wyraz poszanowania ucznia, jego uczuć i opinii, bardzo ważną rolę odgrywa „podążanie za dzieckiem”, terapeuta przyjmuje propozycję zabawy ze strony dziecka, naśladuje jego zachowanie oraz akceptuje fakt, że dziecko może odrzucić proponowane przez niego formy aktywności. Głównym celem jest nawiązanie kontaktu z dzieckiem.
- **Terapia „Holding”** (z ang. *hold* – trzymać) – celem terapii jest budowanie lub przywrócenie więzi emocjonalnej pomiędzy matką a dzieckiem, poprzez wymuszanie bliskiego kontaktu fizycznego. Metoda ta jest różnie oceniana przez rodziców dzieci autystycznych i profesjonalistów, dużo kontrowersji wzbudza fakt używania przemocy fizycznej wobec dziecka.
- **Terapia sensoryczna** – przygotowuje dziecko autystyczne, umożliwia nowe doświadczenia w uczeniu się i pomaga złagodzić określone zaburzenia w przetwarzaniu danych percepcyjnych. Dużą rolę odgrywa tu szkolenie rodziców, którym przekazywane są informacje dotyczące neurofizjologicznych podstaw procesu spostrzegania. Powoduje to, że rodzice dostrzegają głębszy sens kołysania dzieci, masowania kończyn itp.
- **Metoda wspomaganiej komunikacji** – zamiennie nazywana też metodą ułatwianej komunikacji. Powstała z myślą o osobach z porażeniem mózgowym. Okazała się jednak na tyle uniwersalna, że wykorzystuje się ją w terapii dzieci z autyzmem. Polega na

pomaganiu w pisaniu, przy czym zarówno zakres wspomagania, jak i wykorzystywanie narzędzia są bardzo różnorodne, stosuje się tu różne stopnie wspomagania: czasem wystarczy samo dotknięcie, podtrzymywanie ręki za przedramię, łokieć, nadgarstek, dłoń, lub nawet pisać rękami dziecka. Metoda ta powoduje wiele zmian w życiu dziecka z autyzmem: ułatwia kontakty z otoczeniem, redukuje zachowania agresywne i autoagresywne itp.

- **Autoterapia** – Na początku lat 70, Delacato dostrzegł w dziwacznych, stereotypowych zachowaniach dziecka autystycznego próby samowyleczenia, przetrwania w niezrozumiałym świecie doznań percepcyjnych. Temple Grandin „wyleczona autystka” proponuje konstruowanie urządzeń ściskających w których dziecko autystyczne samo będzie kontrolować siłę i czas nacisku.
- **Zmodyfikowana forma metody dobrego startu** – rezygnuje się tu z ćwiczeń w budowaniu orientacji przestrzennej wokół własnego ciała (np. różnicowanie stron prawej i lewej), koncentrując się na nawiązywaniu kontaktu z innymi osobami.
- **Metoda ruchu rozwijającego Weroniki Sherborne** – głównym założeniem tej metody jest posługiwanie się ruchem jako narzędziem we wspomaganiu rozwoju psychoruchowego dziecka i w terapii rozwoju. Metoda ta ma za zadanie rozwijać w dzieciach autystycznych poprzez ruch: świadomość własnego ciała i usprawniania go, świadomość przestrzeni i działania w niej, dzielenie przestrzeni z innymi ludźmi i nawiązywanie z nimi bliskiego kontaktu.
- **Metoda TEACCH** – nazwa pochodzi od pierwszych liter angielskiej nazwy „Treatment and Educations of Autistic and Communication Handicapped Children” (Terapia i edukacja dzieci z autyzmem i dzieci z zaburzeniami w komunikacji). System ten obejmuje opieką dzieci z autyzmem od najwcześniejszego dzieciństwa i kieruje ich terapią aż do końca ich dni. Po stwierdzeniu poziomu funkcjonowania różnych sfer aktywności dziecka, tworzy się dla niego indywidualny program terapii i edukacji. Metody nauczania w dużej mierze oparte są teorii nauczania i terapii behawioralnej. W systemie TEACCH kompetentnymi współterapeutami są rodzice dziecka.

Jednak szczególną uwagę chciałabym poświęcić metodzie behawioralnej, stosowanej w rewalidacji dzieci autystycznych obok metod wymienionych wyżej.

U podstaw założeń metody behawioralnej leży idea behawioryzmu. Bowiem przez zachowanie behawiorysta rozumiał zespół reakcji ruchowych oraz zmian fizjologicznych, którymi organizm odpowiada na sytuację, tj. na zespół bodźców płynących ze środowiska naturalnego i społecznego. Podstawowe znaczenie przypisując wytwarzaniu się i utrwalaniu w ciągu życia jednostki związków S (*stimulus*) – R (*reaction*), a

więc uczeniu się określonych reakcji na określone bodźce (stąd behawioryzm bywa też nazywany teorią uczenia się).

Zapoczątkowanie wykorzystania teorii behawioralnej w podejściu do zaburzeń autystycznych zawdzięczamy C.B Ferster (1961). Mimo iż większość badaczy widziała w zaburzeniach emocjonalnych podstawowy problem dzieci autystycznych, Ferster wysunął hipotezę o znaczeniu deficytów w uczeniu się tych dzieci. Założył, że owe problemy w uczeniu się są wynikiem pewnych nieprawidłowości w postawach rodziców, które uniemożliwiają bodźcom społecznym, takim jak pochwała czy uwaga nabrania właściwości wzmacniających. Ferster i De Myer (1961) w przeprowadzonych badaniach wykazali, że dzieci autystyczne mogą uczyć się prostych zachowań przy zastosowaniu bodźców wzmacniających, takich jak np. jedzenie. Wraz z upływem lat założenia Ferstera o wpływie nieprawidłowej postawy rodziców zdezaktualizowały się, to dużą zasługą tego badacza jest ukazanie możliwości zastosowania teorii uczenia się w rewalidacji dzieci z autyzmem.

Programy behawioralne są opracowywane przez psychologów i psychiatrów w konsultacji z rodzicami, nauczycielami lub personelem opiekuńczym. W terapii behawioralnej analizuje się przyczyny i konsekwencje zachowania, a następnie wdraża się program behawioralny. Celem jest odnalezienie czynników nagradzających lub zachęcających do odpowiedniego zachowania, jak również prowadzących do zaniechania zachowań destrukcyjnych. Nagrody powinny bazować na systemie wartości, które dane dziecko posiada i stosowane w sposób jasny i spójny.

Współczesna terapia behawioralna nie przewiduje, ze względów etycznych karania dzieci za złe zachowanie. Próbuje natomiast zredukować niepożądane zachowania poprzez usuwanie czynników, które mogą do takich właśnie zachęcać i zastępować je bardziej odpowiednimi umiejętnościami.

Podstawowymi celami terapii behawioralnej są:

- rozwijanie zachowań deficytowych,
- redukcjonowanie zachowań niepożądanych,
- generalizacja efektów terapii.

W pierwszej kolejności zadaniem terapeuty jest kształtowanie u dziecka jak największej liczby zachowań adaptacyjnych (np. trening czystości), społecznie akceptowanych i redukcja nieodpowiednich zachowań (np. plucia), które rozwiną jego niezależność i umożliwią efektywne funkcjonowanie w środowisku.

Realizacja tego celu jest możliwa dzięki zastosowaniu kilku podstawowych reguł, które zostały opracowane na podstawie zasad behawioryzmu.

Pierwszą z tych reguł jest rozbijanie złożonych zachowań na kolejne etapy (tzw. zasada małych kroków), które dziecko opanowuje na oddzielnych sesjach, której czas i rodzaj wykorzystanych wzmocnień jest zależny od indywidualnych

możliwości dziecka autystycznego. Polecenia są wydawane w odpowiedni sposób, w początkowej fazie są one krótkie i bardzo konkretne. W miarę realizowania kolejnych etapów programu wzrasta różnorodność komend odnoszących się do samego zachowania – są one zbliżone do języka jakim posługujemy się w codziennym życiu. Po każdej reakcji dziecka występuje odpowiednia konsekwencja – wzmocnienie pozytywne (np. słodycze), która decyduje o ponownym pojawieniu się reakcji. W trakcie nauki bardzo ważne jest ich stosowanie w odpowiednich ilościach: ilości niewielkie, natychmiast po wystąpieniu pożądanego zachowania. W zależności od preferencji dziecka powinny być to wzmocnienia zarówno biologiczne, jak i społeczne. W miarę postępów dziecka należy przechodzić od nagród biologicznych do społecznych. Na początku ważne jest, aby dziecko szybko odnosiło sukcesy, ponieważ powoduje to wzrost motywacji. W kolejnych stadiach stopniowo zwiększamy stopień trudności zadań, za wykonanie których dziecko uzyskuje nagrodę.

W terapii behawioralnej, w przypadku sytuacji dla dziecka nowych bądź trudnych wskazane jest stosowanie podpowiedzi (manualne, rzadziej werbalne). Każdy rodzaj podpowiedzi powinien jednak być szybko wycofany, aby dziecko nie uzależniło się od niej. Sesje, podczas których dziecko autystyczne nabywa kolejne umiejętności, powtarzane są wielokrotnie. Etapem końcowym jest samodzielna, prawidłowa reakcja dziecka, bez podpowiedzi terapeuty. By zwiększyć efekty terapii, czyli zrealizować ostatni cel terapii behawioralnej, nabyte przez dziecko autystyczne umiejętności ćwiczymy i wzmacniamy w naturalnych, codziennych sytuacjach. Wyuczone wcześniej umiejętności przepracowujemy z dzieckiem w nowych dla niego sytuacjach, miejscach, z nowymi osobami. Dzięki temu zachowanie wyuczone w jednej sytuacji bodźcowej zaczyna pojawiać się w innych.

Głównym celem terapii behawioralnej jest osiągnięcie etapu, kiedy dziecko będzie w stanie tak jak jego zdrowi rówieśnicy czerpać wiedzę i umiejętności z codziennego życia oraz efektywnie komunikować się z osobami ze swojego otoczenia.

W terapii behawioralnej do procedur, które mają na celu eliminowanie trudnych, niepożądanych zachowań należą:

- wygaszanie sprawcze – kiedy wzmocnienie pozytywne lub negatywne przestaje następować po reakcji zmniejszając tym samym prawdopodobieństwo wystąpienia tej reakcji,
- wygaszanie zachowań reaktywnych – następuje na skutek prezentacji tylko bodźca warunkowego, bez jednoczesnej prezentacji bodźca bezwarunkowego, w efekcie bodziec przestaje wywoływać reakcję,
- kara pozytywna – konsekwencją zachowania jest pojawienie się bodźca awersyjnego,
- kara negatywna – wycofanie wzmocnienia,

- wzmocnienie negatywne – usunięcie lub zaprzestanie warunkowego bodźca awersyjnego w momencie pojawienia się zachowania pożądanego w celu zwiększenia częstości tego zachowania,
- wzmocnianie zachowań alternatywnych i niekompatybilnych (sprzecznych) – zwiększenie siły zachowań bardziej pożądanых.

Reasumując, metoda behawioralna opiera się na bardzo prostej zasadzie polegającej na tym, że każdy człowiek nie tylko dziecko autystyczne jest zainteresowany powtarzaniem działań dostarczających przyjemność i unikaniem tych, które przynoszą przykrość. Ucząc w ten sposób posługujemy się nagrodami i karami (którą może być brak nagrody).

^{*2} O.I. Lovaas, który opracował programy terapii behawioralnej na podstawie przeprowadzonych przez siebie badań twierdzi, że dzieci autystyczne, które rozpoczną terapię behawioralną przed 3,5 rokiem życia mają największą szansę na wyrównanie opóźnień rozwojowych.

W literaturze dotyczącej autyzmu, przygotowując się do pisania tej pracy natknęłam się na wiele kontrowersji stosowania metody behawioralnej.

Powyżej przedstawiona metoda okazuje się użyteczna (wg. większości specjalistów) w zmniejszaniu takich problemów jak: samookaleczenie (np. uderzanie głową w twarde przedmioty), nadruchliwość, agresja i ataki złości. Jest także pomocna w rozwijaniu umiejętności samoobsługowych (ubieranie się, mycie, itp.), umiejętność podejmowania zajęć oraz w pewnym stopniu, umiejętności edukacyjnych (np.: terapia behawioralna stosowana jest do zwiększenia ilości i jakości mowy).

^{*3} S. Baron-Cohen i P. Bolton twierdzą, że pomimo swej dużej wartości praktycznej metoda behawioralna nie daje niestety możliwości wpływu w znaczącym stopniu na nieprawidłowości typu społecznego, komunikacyjnego i wyobraźniowego, ponieważ nie należą one wyłącznie do pojedynczych zachowań (np. kontaktu wzrokowego), które można spotęgować lub zredukować.

Z kolei psychoanalitycy zarzucają metodzie behawioralnej, iż nie prowadzi do pracy nad dzieckiem idącej w głąb, nie zajmując się tym, co stanowi prawdziwą psychogenną przyczynę autyzmu, a mianowicie trudnościami dziecka autystycznego w nawiązaniu kontaktu z matką.

Opracowała: Sylwia Wyszyńska









PRZYPISY:

*¹ Encyklopedia Multimedialna PWN 2000

*² O.I. Lovaas, *Nauczanie dzieci niepełnosprawnych umysłowo*, Warszawa 1993

*³ S. Baron-Cohen, P.Bolton, *Autyzm-fakty*, Kraków 1999

BIBLIOGRAFIA

-   S. Baron-Cohen, P. Bolton, *Autyzm-fakty*, Kraków 1999
-   L. Bobkowicz-Lewartowska, *Autyzm dziecięcy zagadnienia diagnozy i terapii*, Kraków 2000
-   O.I. Lovaas, *Nauczanie dzieci niepełnosprawnych umysłowo*, Warszawa 1993
-   *Encyklopedia Multimedialna PWN 2000*