

Integracja podejść oraz technik terapeutycznych w pracy z dziećmi z autyzmem

RAFAŁ KAWA

Instytut Psychologii
Polska Akademia Nauk
Warszawa

STRESZCZENIE

W ostatnich latach zauważa się tendencję do łączenia podstawowych nurtów teoretycznych i tworzenia nowych metod terapii osób dorosłych (Styła, Jędrasik-Styła, 2009). W przypadku terapii dzieci z zaburzeniami rozwoju istnieje wiele podejść terapeutycznych, które są w mniejszym stopniu integrowane na poziomie teoretycznym niż metody pracy z dorosłymi. W niniejszym artykule przedstawione zostaną wspólne elementy takich podejść w terapii dzieci z autyzmem, jak stosowana analiza zachowania, metoda integracji sensorycznej oraz modele integrujące. Przeanalizowane zostaną możliwości zintegrowania tych podejść oraz wypracowania wspólnych metod pracy.

Słowa kluczowe: autyzm, terapia dzieci z autyzmem, integracja, integracja sensoryczna, stosowana analiza zachowania

WPROWADZENIE

Współczesna wiedza na temat terapii ma charakter wysoce zróżnicowany. Składa się z wielu teorii, u których podstaw leżą odmienne założenia obejmujące m.in. etiologię zaburzeń oraz mechanizmy funkcjonowania człowieka. Niektóre z terapii z uwagi na podobną konceptualizację zjawisk patologicznych oraz podobne założenia teoretyczne można pogrupować w tzw. szkoły terapii, te zaś tworzą teoretyczne nurty czy podejścia w psychopatologii

(Grzesiuk, 2000). W terapii osób dorosłych takimi nurtami są np. psychoanaliza, podejście poznawczo-behawioralne, podejście humanistyczno-egzystencjalne. Wiedza oraz założenia teoretyczne poszczególnych podejść terapeutycznych pozwoliły wyznaczyć konkretne oddziaływania praktyczne, które prowadziłyby do polepszenia poziomu funkcjonowania osoby poszukującej pomocy. Te oddziaływania praktyczne można nazwać technikami terapeutycznymi, które następnie tworzą metody pracy (Grzesiuk, 2000). Integracja może następować zarówno na poziomie teoretycznym w ramach poszczególnych nurtów, jak i na poziomie praktycznym w ramach technik oraz metod, ale także na poziomie teoretyczno-praktycznym. Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie procesów integracyjnych, jakie zachodzą w przypadku metod pracy z dziećmi z autyzmem.

Próby integrowania podejść terapeutycznych w pracy z osobami dorosłymi są zjawiskiem prawie tak starym, jak same szkoły terapeutyczne. Już w 1919 roku Zygmunt Freud zajmował się kwestią łączenia dostępnych metod w pracy terapeutycznej (Prochaska, Norcross, 2006). Podejście to było przedmiotem zainteresowania wielu badaczy. Jednak dopiero w latach 80. i 90. XX wieku zauważono wyraźny wzrost liczby publikacji na ten temat (Styła, Jędrasik-Styła, 2009), powstały czasopisma oraz stowarzyszenia zrzeszające badaczy. W ramach psychoterapii integracyjnej wyróżnia się cztery podejścia różniące się między sobą poziomami, na których następuje integracjach dwóch lub więcej podejść te-

rapeutycznych: terapię eklektyczną, integrację teoretyczną, terapię asymilatywną oraz integrację poprzez czynniki wspólne.

Podejście eklektyczne jest najmniej teoretyczne z wyżej wymienionych i skupia się w największym stopniu na technikach terapeutycznych (Grzesiuk, Krawczyk, 2008). Terapeuta pracujący metodą eklektyczną poszukuje technik najlepiej dopasowanych do danej osoby z konkretnym problemem. Podstawowym pytaniem, na jakie terapeuta szuka odpowiedzi, jest: „Jak skutecznie pomóc?”, a nie: „Jak to działa?” (Styła, Jędrasik-Styła, 2009). Innymi słowy, terapeuta eklektyczny abstrahuje od założeń teoretycznych i koncentruje się na metodach oraz technikach pracy, a także na ich skuteczności w rozwiązywaniu określonych problemów. Wybór techniki dokonywany jest na podstawie wyników badań nad jej skutecznością i osobistych doświadczeń terapeuty dotyczących tego, co działało w przypadku podobnego problemu i osoby.

Istnieje wiele zarzutów wobec eklektyzmu, które dotyczą przede wszystkim przypadkowości doboru technik pracy (Styła, Jędrasik-Styła, 2009). Podejście eklektyczne nie polega jednak na dowolnym, niespójnym łączeniu technik terapeutycznych, które jest charakterystyczne dla synkretyzmu i traktowane jako błąd w sztuce. Łączenie technik terapeutycznych w sposób synkretyczny opiera się na dowolności. Charakterystyczny dla tego podejścia jest także brak konsekwencji i logiki w doborze technik terapeutycznych. Takie działanie okazuje się nieskuteczne i przeczy jednej z ważniejszych cech terapeuty, jaką jest spójność w działaniu (Grzesiuk, 2000). Eklektyzm zakłada wprawdzie wielość technik, ale użycie każdej z nich musi mieć swoje uzasadnienie.

Integracja teoretyczna podejść terapeutycznych przebiega na innym poziomie niż w przypadku terapii eklektycznej. Proces ten polega na syntezie założeń teoretycznych dwóch lub więcej podejść terapeutycznych. Techniki terapeutyczne odgrywają w tym przypadku rolę drugorzędą i podporządkowane są założeniom teoretycznym. Integracji dokonuje się z nadzieją stworzenia doskonalszej teorii, która umożliwi opracowanie bardziej sku-

tecznych technik terapeutycznych (Prochaska, Norcross, 2006). Najlepszym przykładem podejść teoretycznych, które przechodząc proces syntezy, przekształciły się w odrębne podejście terapeutyczne, jest podejście poznawczo-behawioralne i opracowane na jego podstawie metody pracy.

Integracja dwóch podejść terapeutycznych może przebiegać także na zasadzie włączenia jednej szkoły terapeutycznej do istniejącego już systemu teoretycznego, innymi słowy – terapeuta wykorzystuje techniki terapeutyczne dwóch lub więcej podejść przy zachowaniu jednego systemu teoretycznego. Taki nurt w integracji jest nazywany terapią asymilatywną (Styła, Jędrasik-Styła, 2009). Przykładem takiego ujęcia może być terapia asymilatywna Georga Strickera i Jerolda Golda (1996). Zakłada ona, że do pracy metodami psychodynamicznymi włączane są np. metody poznawczo-behawioralne, takie jak systematyczna desensytyzacja.

Integrowanie podejść terapeutycznych może się odbywać także na zasadzie wyodrębnienia takich elementów terapii, które są odpowiedzialne za jej skuteczność i występują niezależnie od szkoły, w jakiej pracuje terapeuta. Takie postępowanie zwane jest poszukiwaniem czynników wspólnych. Zastosowanie takiej strategii nie skutkuje powstaniem nowego podejście terapeutycznego. Jednak badania z tego zakresu istotnie przyczyniły się do rozwoju w psychoterapii integracji teoretycznej i eklektycznej (Styła, Jędrasik-Styła, 2009).

METODY PRACY Z DZIEĆMI Z AUTYZMEM

Tak jak wspominałem wyżej, proces integrowania podejść oraz metod terapeutycznych w pracy z osobami dorosłymi ma długą historię oraz postępuje w nauce w sposób sformalizowany. Współcześnie połowa do trzech czwartych terapeutów pracujących z osobami dorosłymi deklaruje, że pracują eklektycznie (Rakowska, 2005). Uważa się także, że obecnie wykorzystywane podejścia mają wiele cech wspólnych, a terapia eklektyczna wybie-

rana jest ze względu na jej skuteczność (Styła, Jędrasik-Styła, 2009).

W przypadku terapii dzieci z zaburzeniami rozwoju procesy integracyjne obserwuje się w znacznie mniejszym stopniu niż w przypadku osób dorosłych. Niektórzy autorzy są przekonani, że terapia eklektyczna nie jest najbardziej efektywna dla dzieci z autyzmem (Leaf, McEachin, Taubman, 2008). W badaniach przeprowadzonych przez Johna Howarda i wsp. (2005) wzięło udział 35 dzieci z autyzmem. Jedna z podgrup uczyła się na zajęciach terapeutycznych prowadzonych metodami stosowanej analizy zachowania, dwie kolejne podgrupy – metodą eklektyczną. Po 14 miesiącach terapii dokonano pomiaru poziomu funkcjonowania badanych dzieci. Stwierdzono, że dzieci, które poddano oddziaływaniom w ramach stosowanej analizy zachowania, poczyniły większe postępy w zakresie takich sfer funkcjonowania, jak komunikacja, umiejętności adaptacyjne oraz umiejętności poznawcze, niż dzieci z pozostałych grup. Nie zaobserwowano natomiast różnic między podgrupami w sferze motoryki. Należy jednak zwrócić uwagę na to, że część zajęć prowadzonych metodą eklektyczną odbywała się w małych grupach. W przypadku dzieci z podgrupy, w której terapię prowadzono metodą stosowanej analizy zachowania, dzieci uczyły się na zajęciach indywidualnie. Grupy te różniły się także pod względem rozkładu intensywności terapii. Powyższe różnice mogły mieć istotny wpływ na efekty oddziaływań terapeutycznych.

Z kolei Geraldine Dawson i Julie Osterling (1997), dokonując przeglądu badań dotyczących terapii dzieci z autyzmem, doszły do wniosku, że stosowane metody terapii dzieci z zaburzeniami rozwoju wykazują wiele wspólnych cech. Zauważyły także, że wszelkie badania dotyczące terapii dzieci z zaburzeniami rozwoju mają swoje ograniczenia oraz że nie ma dowodu na to, aby któreś podejście było bardziej skuteczne. Autorki są przekonane, że łączenie technik terapeutycznych może być korzystne w pracy z dziećmi z zaburzeniami rozwoju. Z poglądem tym nie zgadzają się inni autorzy (Leaf, McEachin, Taubman, 2008; McEachin, Smith, Lovaas, 1993).

Są oni zdania, że wyłącznie podejście przejryste pod względem teoretycznym może być skuteczne w terapii dzieci z zaburzeniami, których patomechanizmy nie zostały dotąd poznane.

Metod terapeutycznych w pracy z dziećmi z autyzmem jest bardzo wiele. Istnieje także wiele podejść, których korzenie teoretyczne wywodzą się z różnych dziedzin nauki lub różnych ujęć teoretycznych w ramach psychologii. Niektóre z nich to:

- podejście biomedyczne, stosowanie diet oraz suplementów, homeopatia (podejście to zakłada, że autyzm jest zaburzeniem o naturze fizjologicznej, np. wywołanym zatruciem toksynami; leczenie polega na usunięciu przyczyn fizjologicznych);
- terapia integracji sensorycznej (podejście to zakłada, że autyzm jest zaburzeniem neurorozwojowym, procesem szczególnie zaburzonym jest integrowanie informacji pochodzących z różnych narządów zmysłu; terapia tą metodą polega m.in. na usprawnianiu procesów przetwarzania informacji przez układ nerwowy);
- terapia metodami stosowanej analizy zachowania (podejście to zakłada, że etiologia oraz patomechanizmy autyzmu nie są wystarczająco poznane, aby na ich podstawie opracować oddziaływania terapeutyczne, w pracy terapeutycznej wykorzystywane są metody oparte na teorii uczenia się; głównym celem terapeutycznym jest rozwijanie zachowań, w zakresie których obserwowane są objawy, np. z zakresu komunikacji, funkcjonowania społecznego);
- terapia logopedyczna (jest to podejście ukierunkowane na usunięcie wszelkich zakłóceń procesów porozumiewania się; w dużej mierze opiera się na psychologii poznawczej oraz wiedzy na temat rozwoju człowieka);
- terapia z wykorzystaniem zwierząt (metoda pracy, której jednym z głównych celów jest praca nad kontaktem i relacją z dzieckiem);

- terapia Floortime (Developmental Individual Difference Relation-Based Intervention/Floortime – Czas podłogowy; podejście, w którym pierwszoplanowe znaczenie ma budowanie relacji z innymi osobami i wspieranie rozwoju emocjonalnych więzi z opiekunem; praca terapeutyczna polega na podążaniu za dzieckiem i wykorzystywaniu jego zainteresowań do organizowania zabawy i tworzenia okazji do współdziałania; por. Greenspan, Wieder, 1998);
- terapia metodą Opcji (traktowana raczej jako filozofia życia niż metoda terapii; zakłada, że wobec dziecka należy tak postępować, aby interakcje społeczne były dla niego jak najbardziej przyjemne oraz dawały mu poczucie bezpieczeństwa; podstawowym warunkiem jest pełna akceptacja dziecka oraz niedyrektywne formy pracy; por. Swenson, 2005);
- masaże lecznicze (metody pracy mające na celu zwiększenie przepływu krwi w układzie nerwowym lub osiągnięcie stanu relaksu).

Czy możliwa jest zatem integracja tych podejść oraz metod terapeutycznych, biorąc pod uwagę ich różnorodność oraz brak spójnych danych na temat patomechanizmów zaburzeń rozwoju (Pisula, 2005)? Analizując publikacje (Olechnowicz, 2004; Murray-Slutsky, Paris, 2005; Mason, Iwata, 1990) dotyczące terapii dzieci z autyzmem oraz biorąc pod uwagę artykuły dotyczące terapii eklektycznej (Leaf, McEachin, Taubman, 2008; McEachin, Smith, Lovaas, 1993) oraz tematy poruszane na konferencjach dotyczących terapii dzieci z autyzmem, można odnieść wrażenie, że większość terapeutów nie jest skłonna do integracji metod pracy.

Jednak analizując rozwój poszczególnych metod terapeutycznych, np. stosowanej analizy zachowania czy integracji sensorycznej, w ciągu ostatnich dwudziestu lat, zauważam procesy integracji, które odbywają się w sposób niesformalizowany. Ze względu na charakter artykułu nie ma tutaj miejsca na pełne przedstawienie wszystkich omawianych me-

tod, które podlegają procesom integracyjnym. Poniżej przedstawiono zatem przegląd tych podejść oraz metod terapii, w których przypadku procesy integracyjne są najbardziej zauważalne. Skoncentrowano się na metodzie integracji sensorycznej, metodach stosowanej analizy zachowania oraz metodach niedyrektywnych, ograniczając się do analizy tych ich aspektów, które wyraźnie wskazują na procesy integracji z innymi metodami.

INTEGRACJA SENSORYCZNA

W swojej pierwotnej formie terapia metodą integracji sensorycznej w dużej mierze koncentrowała się na aspekcie modulacji w przetwarzaniu informacji sensorycznych (Ayres, 1979). Zakładano, że dzieci z autyzmem charakteryzują się odmiennym, w porównaniu z dziećmi prawidłowo rozwijającymi się, zapotrzebowaniem na stymulację. Uważano, że różnego rodzaju zachowania, np. zachowania stereotypowe, napady złości czy zachowania autoagresywne, mogą wskazywać na zbyt wysokie lub zbyt niskie zapotrzebowanie na stymulację. W związku z tym techniki stosowane przez terapeutów przeważnie dotyczyły funkcjonowania sensorycznego dzieci. Terapeuci w swojej pracy koncentrowali się na dostarczaniu dziecku stymulacji o odpowiednim nasileniu. Praca nad odbiorem wrażeń przez dziecko polegała na prezentowaniu przez terapeutę obrazów, dźwięków, smaków, zapachów itd. w celu udroźnienia kanałów zmysłowych.

Obecnie oddziaływania terapeutyczne w ramach integracji sensorycznej mają zdecydowanie szerszy charakter (Schaaf i Miller, 2005), niż miało to miejsce w latach 70. i 80. XX wieku. Praca terapeutyczna koncentruje się m.in. na trzech osiowych sprawnościach dziecka: modulacji w przetwarzaniu informacji sensorycznych (*sensory modulation*), różnicowaniu informacji sensorycznych (*sensory discrimination*) oraz integrowaniu informacji sensorycznych z działaniami (*sensory based motor functions*). Oznacza to, że terapeuci realizują więcej celów terapeutycznych i nie ograniczają się do zapotrzebowania na stymulację,

natomiast postępy dziecka są na bieżąco oceniane i wyznacza się kolejne etapy pracy (Murray-Slutsky, Paris, 2005). Taka strategia jest bardzo podobna do innych metod terapeutycznych, np. metody stosowanej analizy zachowania.

Terapeuta pracujący metodą integracji sensorycznej, podobnie jak terapeuta pracujący metodami stosowanej analizy zachowania, opracowuje plan składający się z małych kroków, na tyle dopasowanych do poziomu funkcjonowania dziecka, aby nie wywoływały one dyskomfortu. Przykładowo, w przypadku dziecka przejawiającego trudności w zakresie równowagi oraz funkcji motorycznych, u którego każda próba wejścia na równię pochyłą związana jest z silnym uczuciem lęku, ćwiczenia są tak dobierane, aby stopniowo wprowadzać dziecko do środowiska coraz bardziej wymagającego w zakresie tej sprawności. W tym sensie jest to technika bardzo podobna do techniki odwracania (systematyczna desensytyzacja), która jest powszechnie wykorzystywana w terapii metodami stosowanej analizy zachowania (Wolpe, 1973; Cooper, Heron, Heward, 2007). Technika odwracania jest najczęściej stosowana u pacjentów z objawami fobii. Terapeuta rozpoczyna pracę od określenia, jakie bodźce wywołują lęk u pacjenta, po czym wspólnie tworzona jest lista zagrażających bodźców, które zostają uszeregowane od najmniej do najbardziej zaburzących zachowanie. W kolejnym etapie pacjent jest uczony osiągać stan relaksu. Następnie pacjentowi będącemu w stanie relaksu prezentowane są bodźce, które wywołują u niego lęk, lub proszony jest o wyobrażenie sobie takich bodźców. Wraz z kolejnymi sesjami wprowadzane są systematycznie coraz bardziej zagrażające bodźce.

We wczesnych etapach rozwoju metody integracji sensorycznej terapeuta często zalecał rodzicom dostarczanie lub ograniczanie dzieciom dodatkowej stymulacji w sposób doraźny, niezaplanowany. Innymi słowy, praca terapeutów oraz rodzica polegała na rozpoznaniu symptomów, np. angażowanie się przez dziecko w zachowania stereotypowe, które wskazywały na przeładunek układu nerwo-

wego lub na zbyt niski poziom stymulacji. Następnie zadaniem rodzica było w takiej sytuacji wprowadzenie dodatkowej stymulacji albo jej ograniczenie, w zależności od tego, co okazywało się skuteczne, czyli likwidowało objaw. Technika ta budziła duży sprzeciw terapeutów pracujących metodami stosowanej analizy zachowania, gdyż według nich rodzice jedynie wzmacniali w ten sposób zachowania stereotypowe dzieci i tym samym przyczyniali się do zwiększenia częstości tego rodzaju zachowań. Trudno ocenić, czy w tym przypadku doszło do asymilacji teorii wypracowanych przez zwolenników obu podejść. W każdym bądź razie terapeuci pracujący metodą integracji sensorycznej coraz rzadziej zalecają doraźny sposób dostarczania stymulacji dziecku, a coraz częściej wyznaczają odpowiednie interwały czasowe, w których ta stymulacja jest dostarczana (Murray-Slutsky, Paris, 2005); w ten sposób dzieje się to niezależnie od zachowania dziecka. Jest to jedna z technik pracy, którą wykorzystują także terapeuci pracujący metodami stosowanej analizy zachowania w celu zmniejszenia częstości zachowań stereotypowych.

STOSOWANA ANALIZA ZACHOWANIA

Głównym celem metod analizy zachowania w pracy z dziećmi z autyzmem jest rozwijanie zachowań deficytowych oraz redukcja zachowań niefunkcyjnych. Metody te oparte są na prawach uczenia się. W dużej mierze wykorzystywane są metody oparte na warunkowaniu sprawczym, które zakłada, że niektóre konsekwencje (wzmocnienia) regularnie występujące po zachowaniu zwiększają jego częstość, natomiast niektóre konsekwencje (kary) częstość tego zachowania zmniejszają (Cooper, Heron, Heward, 2007).

Analizując zmiany, jakie zaszły w ramach stosowanej analizy zachowania w ostatnich trzydziestu latach, także zauważa się wiele procesów, które zbliżają tę metodę do innych metod pracy z dziećmi z zaburzeniami rozwoju, w tym do integracji sensorycznej. Terapia prowadzona przez zespół Ole Ivara

Lovaasa (1987) polegała w głównej mierze na metodzie wyodrębnionych prób. Jest to metoda oparta na warunkowaniu sprawczym (Suchowierska, 2005). Wyodrębniona próba to mała część procesu uczenia się, składająca się ze stałych elementów: sygnału od terapeuty, ewentualnej podpowiedzi terapeuty, reakcji dziecka, konsekwencji wykonanej reakcji dostarczonej przez terapeutę oraz przerwy między kolejnymi próbami. Pierwotnie metoda ta była dyrektywna i nie zakładała możliwości wyboru ćwiczeń terapeutycznych przez dziecko. Ponadto praca terapeutyczna opierała się głównie na wynikach wstępnej oceny umiejętności i w niewielkim stopniu uwzględniała dynamikę funkcjonowania dziecka podczas sesji. Nie przeprowadzano sesji wprowadzających do terapii, koncentrowano się na stosunkowo ograniczonym obszarze funkcjonowania dziecka, a procedury oparte na karach wykorzystywano na równi z procedurami opartymi na wzmocnieniach, nie uwzględniając tego, że kara jest metodą restryktywną.

Jedną ze znaczących zmian, jakie nastąpiły w ramach stosowanej analizy zachowania, jest uwzględnienie w określaniu funkcji danego zachowania czynników chwilowych, wpływających na stan dziecka, czyli operacji motywujących (Kozłowski, 2005). Operacje motywujące to te zmienne środowiskowe, które w krótkotrwały sposób zmieniają wartość wzmacniającą danego bodźca. Przykładowo, wykonywanie przez dłuższy czas ćwiczeń edukacyjnych przy stoliku może być operacją motywującą do podjęcia aktywności fizycznej, natomiast długotrwałe angażowanie się w aktywność fizyczną, np. granie w piłkę, bieganie, skakanie na trampolinie, może być operacją motywującą do odpoczynku w hamaku. Wprowadzenie tego pojęcia do praktyki terapeutycznej pozwala lepiej zrozumieć zachowanie dziecka, dopasować formy pracy do jego potrzeb oraz integruje metody stosowanej analizy zachowania z innymi metodami pracy, np. z integracją sensoryczną. U dziecka, które przez dłuższy czas doświadczało zbyt niskiego poziomu stymulacji, występują operacje motywujące, zwiększają-

ce wartość wzmacniającą takich aktywności, jak np. skakanie na trampolinie, masaż, stymulacja wzrokowa czy słuchowa. Uwzględnienie tych procesów w terapii spowodowało, że coraz częściej, w ramach stosowanej analizy zachowania, dostarczanie stymulacji pełni funkcję wzmocnienia i stanowi narzędzie zwiększające motywację dziecka do rozwijania nowych umiejętności (Ahearn i in., 2003; Rapp, 2006). Wykorzystanie aktywności polegającej na dostarczaniu dziecku stymulacji jako wzmocnienia stanowi doskonałe pole do połączenia metody integracji sensorycznej ze stosowaną analizą zachowania. Terapia metodami stosowanej analizy zachowania stałaby się jeszcze bardziej wszechstronna, gdyby terapeuci wykorzystywali wiedzę na temat diagnozowania poziomu funkcjonowania oraz potrzeb stymulacji umysłowej dzieci. Natomiast terapeuci pracujący metodami integracji sensorycznej jeszcze skuteczniej osiągaliby postawione cele terapeutyczne, gdyby włączyli w swój warsztat pracy wiedzę na temat warunkowania.

W literaturze dotyczącej stosowanej analizy zachowania dużo miejsca poświęca się także wzmocnieniom społecznym (Trosclair-Lasserre i wsp., 2008). Wzmocnienia społeczne to rodzaj konsekwencji, które powodują wzrost częstości zachowania i polegają na interakcji z drugą osobą, np. łaskotki, wspólne skakanie na trampolinie, „walka na poduszki”, aprobaty społeczna, śpiewanie piosenki. U dzieci, dla których kontakt społeczny nie jest wzmocnieniem, włączenie tego rodzaju aktywności do puli potencjalnych wzmocnień ich zachowań jest jednym z głównych celów terapii. Tego rodzaju wzmocnienia są chętnie wykorzystywane m.in. ze względu na łatwość ich zastosowania oraz naturalny charakter. Opracowania z zakresu analizy zachowania dają przeważnie ogólne wskazówki dotyczące repertuaru wzmocnień społecznych, a każde dziecko ma swój indywidualny repertuar (Cooper, Heron, Heward, 2007). Włączenie w pracę metodami stosowanej analizy zachowania technik pracy rozwijanych przez terapeutów pracujących niedyrektywnymi metodami, np. metodą Opcji, może być bardzo inspiru-

jące w poszukiwaniu wzmocnień społecznych oraz nawiązywaniu relacji z dzieckiem. Terapeuta pracujący metodą Opcji koncentruje się na zbudowaniu bezpiecznej i atrakcyjnej relacji z dzieckiem. Jedną z technik jest śledzenie zachowania dziecka i podążanie za nim. Oznacza to, że terapeuta powinien proponować różne zabawy oraz aktywności, które mają związek z tym, czym dziecko zajmuje się w danej chwili. Terapeuta powinien wyjść z propozycją dopiero wtedy, gdy dziecko jest na to gotowe, np. nawiązuje kontakt wzrokowy z terapeutą. W sytuacji braku kontaktu między terapeutą a dzieckiem terapeuta powinien naśladować zachowanie dziecka oraz towarzyszyć mu w podejmowanej aktywności (Kaufman, 1994). Takie postępowanie może być wykorzystywane w szerokim zakresie w ramach terapii metodami stosowanej analizy zachowania i może prowadzić do określenia, co dla danego dziecka jest wzmocnieniem społecznym.

W ostatnich latach znaczącej zmianie uległy także priorytety związane z wyznaczaniem celów terapeutycznych w pracy metodami stosowanej analizy zachowania. Coraz częściej, podobnie jak w przypadku innych podejść, mówi się o pewnych umiejętnościach kluczowych, które są niezbędne w nabywaniu kolejnych umiejętności (Koegel, Koegel, 1999; Pierce, Schreibman, 1997). Tendencje te są szczególnie zauważalne w przypadku propozycji terapeutycznych dla dzieci z zespołem Aspergera lub dzieci z autyzmem funkcjonujących na wysokim poziomie pod względem poznawczym (Leaf, McEachin, Taubman, 2008). Wcześniej terapeuta kierował się w zdecydowanie większej mierze pragmatyzmem, pomijając normy oraz etapy rozwojowe dziecka. Obecnie bardziej wyraźna jest tendencja do włączania wiedzy z innych dziedzin psychologii, np. z zakresu psychologii rozwojowej oraz psychologii poznawczej, do pracy terapeutycznej metodami stosowanej analizy zachowania. Przykładowo, Christina Whalen oraz Laura Schreibman (2003) zwracają uwagę na to, jak w pracy nad rozwojem mowy u dzieci z autyzmem istotne jest osiągnięcie przez dziecko kompetencji pojawiają-

cych się wcześniej w rozwoju, m.in. umiejętności współdzielenia uwagi (*joint attention*).

Posługiwanie się pojęciem współdzielenia uwagi, które pierwotnie zaproponowane zostało przez psychologów rozwojowych oraz psychologów poznawczych (Mundy, Sullivan, Mastergeorge, 2009) w pracy metodami stosowanej analizy zachowania, jest kolejnym, interesującym z punktu widzenia integracji podejść terapeutycznych zjawiskiem. Polega ono na włączaniu do metod pracy pojęć z innych nurtów teoretycznych. Obecnie umiejętność współdzielenia uwagi stanowi ważny cel terapeutyczny w pracy metodami stosowanej analizy zachowania. Opanowanie tej sprawności przez dziecko jest istotne, gdyż poprzedza pracę nad rozwijaniem u niego umiejętności nazywania (*tacting*). Kolejnym przykładem włączania pojęć z innych podejść teoretycznych jest posługiwanie się pojęciem teorii umysłu (*theory of mind*). Obecnie istnieje wiele programów terapeutycznych rozwijających tę umiejętność i wykorzystujących jednocześnie metody stosowanej analizy zachowania (Howlin, Baron-Cohen, Hadwin, 2010).

MODELE INTEGRUJĄCE PODEJŚCIA TERAPEUTYCZNE

Pomimo kontrowersji wokół terapii eklektycznej oraz integrowania metod terapeutycznych wśród osób pracujących z dziećmi z autyzmem powstały modele terapii będące próbą syntezy kilku metod podejść terapeutycznych. Jednym z nich jest model TEACCH opracowany przez Erica Schoplera i wsp. (1995) (Treatment and Education of Autistic and Communication Related Handicapped Children – Program terapii i edukacji dzieci z autyzmem oraz dzieci z zaburzeniami w komunikowaniu się). Model ten jest połączeniem metod stosowanej analizy zachowania z podejściem poznawczym i rozwojowym. Terapia metodą TEACCH była wielokrotnie opisywana w polskiej literaturze (np. Pisula, 2010). Warto zwrócić uwagę na to, że obecnie metody stosowanej analizy zachowania oraz metoda TEACCH mają wiele wspólnych elementów, m.in. zastosowanie

teorii uczenia się w rozwijaniu nowych umiejętności, tworzenie odpowiedniej struktury otoczenia, wykorzystywanie w dużym zakresie bodźców wizualnych (podpowiedzi wizualne, plany aktywności itp.).

Kolejnym modelem, który jest próbą syntezy stosowanej analizy zachowania, modelu TEACCH oraz integracji sensorycznej, jest The Ziggurat Model (Aspy, Grossman, 2008; model Wieży¹). Składa się on z kilku poziomów tworzących hierarchiczną strukturę: przetwarzanie informacji sensorycznych, wzmacnianie, struktura zajęć i procedury wspierające rozwój, wymagania oraz nuczane umiejętności. Na najniższym poziomie znajduje się funkcjonowanie sensoryczne dziecka, które stanowi podstawę do nabywania nowych umiejętności – im dziecko lepiej integruje informacje pochodzące ze zmysłów, tym efektywniej będzie przebiegało uczenie się. Kolejny poziom dotyczy odpowiednich technik uczenia się opierających się na procesie wzmacniania. Następny poziom zawiera te zmienne środowiskowe, które wspierają proces nabywania nowych umiejętności, np. stosowanie podpowiedzi wizualnych, wykorzystywanie technik relaksacyjnych, strukturalizacja przestrzeni. Kolejny poziom dotyczy optymalnego doboru wymagań tak, aby stymulowały rozwój dziecka, ale nie powodowały zachowań trudnych, które mogą być wynikiem zbyt wygórowanych wymagań w stosunku do dziecka. Na ostatnim poziomie znajdują się umiejętności, które będą rozwijane u dziecka, m.in. umiejętności społeczne, komunikacja, funkcje motoryczne oraz sensoryczne, emocje i umiejętności poznawcze.

Próbując odnieść powyższe modele do procesów integracyjnych, które zachodzą w obrębie podejść oraz metod terapeutycznych w sposób niesformalizowany, należy zauważyć, że model TEACCH, w chwili gdy został opracowany przez Schoplera i wsp. (1995), bardzo wiele wniósł do procesów asymilacyjnych w obrębie stosowanej analizy zachowania, psychologii poznawczej oraz rozwojowej. W porównaniu z modelem TEACCH model Wieży sprawia wrażenie bardziej rozbudowanego, gdyż oprócz ana-

lizy zachowania i innych założeń modelu TEACCH próbuje zintegrować w swoich ramach także terapię metodami integracji sensorycznej. Nie należy jednak traktować tego modelu jako pewnych ram teoretycznych, a jedynie jako wskazówki pomocne w organizowaniu procesu terapeutycznego. Jego niewątpliwą zaletą jest hierarchiczne połączenie metod pracy w jeden spójny system. Jednak model Wieży w bardzo małym stopniu wskazuje te obszary, w których mogłaby odbywać się integracja na poziomie teoretycznym. Stworzenie systemu, w którym podejścia teoretyczne wykorzystywane są równolegle, stanowi bardzo dużą wartość, jednak w sposób umiarkowany uruchamia procesy integracyjne.

PODSUMOWANIE

Rodzice stojący przed wyborem najlepszej terapii dla swojego dziecka bardzo często przeżywają dylemat, gdyż ze względu na mnogość metod oraz opinii na ich temat niełatwo jest im podjąć jednoznaczną decyzję. Trudno także na tę chwilę jednoznacznie ocenić, czy terapia eklektyczna jest najlepszym rozwiązaniem dla dzieci z autyzmem, tak jak w przypadku osób dorosłych. Należy pamiętać, że dziecko z zaburzeniem rozwoju zmagają się z całkiem innymi trudnościami niż osoba dorosła. Jednak w pracy z dziećmi, podobnie jak w przypadku pracy z dorosłymi, bardzo istotną rolę odgrywa teoria, która jest dla terapeuty mapą i kompasem – wyznacza cele i nadaje właściwy sens terapii.

Pomimo kontrowersji dotyczących integrowania podejść terapeutycznych w pracy z dziećmi z zaburzeniami rozwoju oraz braku sformalizowanych efektów procesów integrujących te podejścia można znaleźć wiele przykładów będących dowodem na istnienie procesów nieformalnego łączenia podejść. Szczególnie widoczne są te procesy w przypadku integracji sensorycznej oraz stosowanej analizy zachowania, polegające na włączaniu do jednej metody technik oraz pojęć z innych metod pracy. Procesy te odbywają się przede wszystkim na poziomie metod pracy i w szczególności dotyczą używanych przez terapeutów

pracujących metodami stosowanej analizy zachowania wzmocnień, celów terapii, organizacji środowiska terapeutycznego oraz roli czynników poprzedzających. W przypadku integracji sensorycznej najsilniejsze procesy integracyjne zachodzą przede wszystkim w zakresie kształtowania procesów i celów terapii oraz wykorzystania technik pracy. Oprócz integracji technik pracy zauważa się także procesy asymilacyjne, polegające przede wszystkim na włączaniu nowych konstruktów teoretycznych do pracy terapeutycznej.

Obszarem, który w ramach stosowanej analizy zachowania pozwala w szczególnym stopniu na włączenie innych podejść terapeutycznych, są zagadnienia związane ze stosowaniem wzmocnień podczas procesu terapeutycznego oraz celów terapii. Natomiast ze względu na coraz szerszy zakres celów terapeutycznych w metodzie integracji senso-

rycznej być może dobrym kierunkiem byłoby włącznie do niej wiedzy na temat uczenia się. Niewątpliwie stanowi to dobry początek do dalszych procesów integracyjnych.

Modele terapeutyczne, uwzględniające różne podejścia, stanowią próbę połączenia poszczególnych ujęć w jeden system, jednak nie wyznaczają dziś kierunku ich integrowania się. Należy pamiętać, że podstawą do integracji jest przede wszystkim wymiana informacji, która powinna jednak odbywać się w sposób bardziej sformalizowany. Podsumowując, należy podkreślić, że celem prezentowanych rozważań było wskazanie terapeutom i psychologom, w jakich obszarach i w jaki sposób dochodzi do łączenia podejść oraz które z prób integracji są szczególnie wartościowe i realnie wzbogacają oraz ulepszają proponowaną dzieciom autystycznym ofertę terapeutyczną.

PRZYPIS

¹ Zgurrat – charakterystyczna dla architektury sakralnej Mezopotamii wieża świątynna o zmniejszających się schodkowo kolejnych tarasach.

BIBLIOGRAFIA

- Ahearn W., Clark K.M., Gardenier N.C., Chung B.I., Dube W.V. (2003), Persistence of Stereotypic Behavior: Examining the Effects of External Reinforcers. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36, 439–448.
- Aspy R., Grossman B. (2008), *The Ziggurat Model*. Kansas: Autism Asperger Publishing.
- Ayres A.J. (1979), *Sensory Integration and the Child*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Cooper J.O., Heron T.E., Heward W.L. (2007), *Applied Behavior Analysis*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Dawson G., Osterling J. (1997), Early Intervention in Autism [w:] G. Guralnik (red.), *The Effectiveness of Early Intervention: Second Generation Research*. Baltimore: Brookes.
- Greenspan S.I., Wieder S. (1998), *The Child with Special Needs: Intellectual and Emotional Growth*. Reading, MA: Addison Wesley Longman.
- Grzesiuk L. (red.) (2000), *Psychoterapia – szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Grzesiuk L., Krawczyk K. (2008), *Rozmowy o tajemnicach psychoterapii*. Warszawa: ENETEIA Wydawnictwo Psychologii i Kultury.
- Howard J.S., Sparkman C.R., Cohen H.G., Green G., Stanislaw H. (2005), A Comparison of Intensive Behavior Analytic and Eclectic Treatments for Young Children with Autism. *Research in Development Disabilities*, 26, 359–383.
- Howlin P., Baron-Cohen S., Hadwin J. (2010), *Jak uczyć dzieci z autyzmem czytania umysłu*. Kraków: Wydawnictwo Jak.

- Kaufman B.N. (1994), *Przebudzenie naszego syna: zwycięstwo miłości nad chorobą*. Warszawa: Fundacja SYNOPSIS.
- Koegel L.K., Koegel R.L. (1999), Pivotal Response Intervention. I: Overview of Approach. *Journal of the Association for the Severely Handicapped*, 24, 174–185.
- Kozłowski J. (2005), Zachowania trudne u osób z zaburzeniami rozwojowymi: behawioralny model diagnozy, terapii i profilaktyki [w:] E. Pisula i D. Danielewicz (red.), *Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem*, 97–129. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Leaf R., McEachin J., Taubman M. (2008), *Sense and Nonsense in the Behavioral Treatment of Autism: It Has to Be Said*. New York: DRL Books.
- Lovaas O.I. (1987), Behavioral Treatment and Normal Educational and Intellectual Functioning in Young Autistic Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 3–9.
- Mason S.A., Iwata B.A. (1990), Artifactual Effects of Sensory-Integrative Therapy on Self-Injurious Behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 23, 361–370.
- McEachin J.J., Smith T., Lovaas O.I. (1993), Long-Term Outcome for Children with Autism who Received Early Intensive Behavioral Treatment. *American Journal on Mental Retardation*, 97, 359–372.
- Mundy P., Sullivan L., Mastergeorge A. (2009), A Parallel and Distributed Processing Model of Joint Attention and Autism. *Autism Research*, 2, 2–21.
- Murray-Slutsky C., Paris B. (2005), *Is It Sensory or Is It Behavior?* San Antonio, TX: PsychCorp.
- Olechnowicz H. (2004), *Wokół autyzmu. Fakty, skojarzenia, refleksje*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Pierce K., Schreibman L. (1997), Multiple Peer Use of Pivotal Response Training to Increase Social Behaviors of Classmates with Autism: Results from Trained and Untrained Peers. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 30, 157–160.
- Pisula E. (2005), *Małe dziecko z autyzmem*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Pisula E. (2010), *Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Prochaska J.O., Norcross J.C. (2006), *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Rakowska J.M. (2005), *Skuteczność psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Rapp J.T. (2006), Toward an Empirical Method for Identifying Matched Stimulation for Automatically Reinforced Behavior: A Preliminary Investigation. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 39, 137–140.
- Schaaf R.C., Miller L.J. (2005), Developmental Disabilities Occupational Therapy Using a Sensory Integrative Approach for Children with Developmental Disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 11, 1–5.
- Schopler E., Reichler R.J., Bashford A., Lansing M.D., Marcus L.M. (1995), *Profil psychoedukacyjny (PEP-R). Zindywidualizowana ocena i terapia dzieci autystycznych oraz dzieci z zaburzeniami rozwoju*. Gdańsk: Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym.
- Stricker G., Gold J.R. (1996), Psychotherapy Integration: An Assimilative, Psychodynamic Approach. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 47–58.
- Styła R., Jędrasik-Styła M. (2009), Psychoterapia integracyjna: podejście eklektyczne, asymilatywne, integracji oraz czynniki wspólne. *Psychoterapia*, 2, 5–16.
- Suchowierska M. (2005), Nauczanie dzieci z autyzmem zachowań werbalnych – dwa uzupełniające się podejścia [w:] E. Pisula, D. Danielewicz (red.), *Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem*, 59–78. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Swenson M. (2005), Metoda Opcji: filozofia, terapia, sposób na życie – refleksje wolontariusza [w:] E. Pisula i D. Danielewicz (red.), *Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem*, 153–165. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Trosclair-Lasserre N.M., Lerman D.C., Call N.A., Addison L.R., Kodak T. (2008), Reinforcement Magnitude: An Evaluation of Preference and Reinforcer Efficacy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 41, 203–220.
- Whalen C., Schreibman L. (2003), Joint Attention Training for Children with ASD Using Behavior Modification Procedures. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 456–468.
- Wolpe J. (1973), *The Practice of Behavioral Therapy*. New York: Pergamon Press.