

Czasopismo wydawane dzięki dotacji Sekcji Psychologii Rozwojowej PTP



REDAKTORZY ZESZYTU

Marta Bialecka-Pikul
Przemysław Bąbel

REDAKTOR PROWADZĄCY

Agnieszka Steplewska

OPRACOWANIE REDAKCYJNE

Joanna Myśliwiec

KOREKTA

Katarzyna Jagiela

SKŁAD I ŁAMANIE

Barbara Kerschner

© Copyright by Uniwersytet Jagielloński

Wydanie I, Kraków 2011

All rights reserved

Niniejszy utwór ani żaden jego fragment nie może być reprodukowany, przetwarzany i rozpowszechniany w jakikolwiek sposób za pomocą urządzeń elektronicznych, mechanicznych, kopiujących, nagrywających i innych oraz nie może być przechowywany w żadnym systemie informatycznym bez uprzedniej pisemnej zgody Wydawcy.

ISBN 978-83-233-3067-7

ISSN 1895-6297



www.wuj.pl

Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

Redakcja: ul. Michałowskiego 9/2, 31-126 Kraków

tel. 12-631-18-81, tel./fax 12-631-18-83

Dystrybucja: tel. 12-631-01-97, tel./fax 12-631-01-98

tel. kom. 506-006-674, e-mail: sprzedaz@wuj.pl

Konto: PEKAO SA, nr 80 1240 4722 1111 0000 4856 3325

SPIS TREŚCI

Dlaczego perspektywa rozwojowa jest ważna w badaniach i terapii dzieci z zaburzeniami rozwoju? – wprowadzenie Marta BIAŁECKA-PIKUL, Przemysław BĄBEL	7
---	---

I. ARTYKUŁY TEORETYCZNE I PRZEGLĄDOWE

Psychopatologia rozwojowa jako dziedzina badań nad rozwojem atypowym Marta BIAŁECKA-PIKUL	15
Terapia behawioralna zaburzeń rozwoju z perspektywy analizy zachowania Przemysław BĄBEL	27
Analiza behawioralna zachowań autoagresywnych u osób z zaburzeniami rozwoju Monika ZIELIŃSKA	39
Integracja podejść oraz technik terapeutycznych w pracy z dziećmi z autyzmem Rafał KAWA	51

II. RAPORTY Z BADAŃ

Behawioralna interwencja w przypadku wystąpienia skrajnej selekcji jedzenia Monika ZIELIŃSKA, Aneta BAGIŃSKA	63
Stres rodzicielski i percepcja doświadczeń związanych z opieką nad dzieckiem u rodziców dzieci z autyzmem uczestniczących w różnych formach terapii Ewa PISULA, Dorota NOIŃSKA	75

III. SPRAWOZDANIA I RECENZJE

Sprawozdanie z VI Międzynarodowego Sympozjum Naukowego Polskiego Towarzystwa Psychologii Behawioralnej, Kraków, 19–20 marca 2010 Anna M. ZIÓLKOWSKA	91
Recenzja: J. Morton (2004), <i>Understanding Developmental Disorders. A Causal Modelling Approach</i> . Malden, MA: Blackwell Publishing Marta RYNDA	97
English Abstracts	103

Dlaczego perspektywa rozwojowa jest ważna w badaniach i terapii dzieci z zaburzeniami rozwoju? – wprowadzenie

MARTA BIAŁECKA-PIKUL
PRZEMYSŁAW BĄBEL

Instytut Psychologii
Uniwersytet Jagielloński
Kraków

Tytułem wprowadzenia czytelnika w treść zagadnień prezentowanych w obecnym numerze „Psychologii Rozwojowej” stawiamy na wstępie pozornie prosto sformułowane pytanie: dlaczego perspektywa rozwojowa jest ważna, gdy poszukujemy mechanizmów powstawania zaburzeń rozwoju i skutecznych sposobów terapii dzieci z takimi zaburzeniami? Pytanie o rolę perspektywy rozwojowej w patrzeniu na zaburzenia rozwoju wydaje się w pierwszej chwili wręcz retoryczne. Jest przecież oczywiste, że aby odpowiedzieć na pytanie, czym jest autyzm, na czym polegają zaburzenia jedzenia lub jak powstają zachowania autoagresywne, oraz starając się pomagać dzieciom z takimi zaburzeniami, zawsze zwracamy się do osób w określonym wieku, młodych ludzi, u których proces zmieniania się dzieje się na naszych oczach, dostrzegamy te zmiany bez większego trudu. Czy gdy patrzymy na te zmiany, zawsze potrafimy je trafnie opisać i stwierdzić, że zmiana w zachowaniu jest faktycznie rozwojem? A może jest ona nowym objawem, ukryciem objawu lub wręcz otwarciem drogi ku dezadaptacji? Przebieg procesów rozwoju i patologizacji w okresie dzieciństwa jest bardzo intensywny, a oba te procesy bardzo trudno od siebie oddzielić i jasno wskazać drogę rodzicom, którzy starają się odkrywać dla swoich dzieci kolejne sposoby terapii.

W polskiej psychologii taką drogę wskazywała dzieciom z trudnościami w nauce czytania Halina Spionek (1970; 1975), której podejście określono jako ontogenetyczno-kliniczne¹. Myśl, że pomagając dzieciom z zaburzeniami rozwoju, nie możemy zapomnieć o tym, że choć rozwijają się one odmiennie, to jednak dynamiczny proces zmienia ich osobowość, przedstawiały w swoich pracach Hanna Olechnowicz (1988; 1995; 1999; 2004) oraz Irena Obuchowska (2005; 2007). Dziś rozwojową perspektywę w badaniu zaburzeń nieustannie prezentują w swoich badaniach Małgorzata Kościelska (1995; 1998; 2011), Marta Bogdanowicz (1983; 1985; 1994; 2005) oraz Ewa Pisula (2005; 2010)². Mamy zatem w Polsce bogate tradycje badawcze w ramach dziedziny, która współcześnie nazywana jest psychopatologią rozwojową. Niewątpliwie tylko wtedy gdy uświadomiamy sobie, że dziecko jest stale zmieniającą się istotą w nieustannie zmieniającym się wraz z nim otoczeniu, a zatem nie sprowadzając procesu rozwoju do wieku, ale doceniając jego dynamikę, możemy prawdziwie dostrzec wszystkie oblicza zaburzeń u dzieci, którym staramy się pomóc, stosując różne formy terapii. A zatem w niniejszym zeszycie „Psychologii Rozwojowej” próbujemy połączyć dwie ważne myśli. Po pierwsze, z perspektywy psychologii rozwoju spoglądamy na jego zaburzenia i po drugie, z perspektywy terapii, zwłaszcza tej wyrażającej ze stosowanej analizy zachowania, pokazujemy metody i techniki udzielania pomocy. Innymi słowy, mamy nadzieję, że zaprezentowane tu artykuły przynajmniej częściowo odpowiadają na pytanie, jak łączyć teorię i praktykę w obszarze zaburzeń rozwoju.

Odpowiedziawszy na pytanie, dlaczego perspektywa rozwojowa jest istotna w badaniach i terapii dzieci z zaburzeniami rozwoju, winni jesteśmy także wyjaśnienie podtytułu niniejszego zeszytu: dlaczego problematykę zaburzeń rozwoju i ich terapii prezentujemy w kontekście terapii behawioralnej? Powody są dwa. Po pierwsze, choć istnieją dziesiątki terapii zaburzeń rozwoju, to niewiele z nich ma udowodnioną empirycznie skuteczność (Herbert, Sharp, Gaudiano, 2002). Bez wątplenia najwięcej danych potwierdza skuteczność terapii behawioralnej czy szerzej – metod stosowanej analizy zachowania – w pracy z dziećmi z zaburzeniami rozwoju, a szczególnie ze spektrum autyzmu (Kubach, Zielińska, 2003; Lovaas, 2003; Scotti i wsp., 1991).

Drugi powód, dla którego zdecydowaliśmy się przyjąć perspektywę behawioralną, jest bardziej pragmatyczny. Od 1992 roku, kiedy otwarto pierwszy w Polsce ośrodek terapii behawioralnej – Specjalny Ośrodek Rewalidacyjno-Wychowawczy dla Dzieci i Młodzieży z Autyzmem w Gdańsku, w naszym kraju powstało ponad 20 tego typu instytucji. To oznacza, że każdego roku w Polsce otwiera się co najmniej jeden ośrodek terapii behawioralnej zaburzeń rozwoju. Temu, trzeba przyznać, dynamicznemu rozwojowi terapii behawioralnej towarzyszy znacznie mniej intensywny rozwój badań naukowych z tego zakresu prowadzonych w naszym kraju, a to z kolei przekłada się na niewielki wybór publikacji polskich autorów (por. Bąbel, Suchowierska, Ostaszewski, 2010, rozdz. 4). Niniejszy zeszyt stanowi próbę wypełnienia tej luki. Chcemy z jednej strony dostarczyć praktykom terapii behawioralnej najnowszych danych naukowych, które będą mogli wykorzystać w swojej pracy, a z drugiej pragniemy przybliżyć osiągnięcia terapii behawioralnej szerokiemu gronu psychologów rozwojowych.

Przyjmując tradycyjny układ zeszytu, czyli dzieląc artykuły na teoretyczne i przeglądowe oraz raporty z badań, chcielibyśmy jednocześnie zaproponować zapoznanie się z nimi w kolejności wyznaczonej przez ich merytoryczną zawartość. Dlatego przybliżając treść poszczególnych artykułów, rozpoczynamy od tych, które mają charakter ogólny, stanowią wprowadzenie do problematyki zeszytu (Bialecka-Pikul; Bąbel), przechodząc do tekstów będących egzemplifikacją zastosowań behawioralnego ujęcia zaburzeń rozwoju (Zielińska; Zielińska i Bągińska), aby zakończyć artykułami odnoszącymi podejście behawioralne do innych form terapii (Pisula i Noińska, Kawa).

W artykule *Psychopatologia rozwojowa jako dziedzina badań nad rozwojem atypowym* **Marta Bialecka-Pikul** przedstawia obszar zainteresowań i podstawowe pojęcia dziedziny psychologii zwanej psychopatologią rozwojową. Autorka pokazuje, czym różni się ona od psychopatologii, psychiatrii, psychologii klinicznej oraz psychologii rozwojowej. Charakteryzując cele i zadania psychopatologii rozwojowej, Bialecka-Pikul stawia tezę, że przedmiotem badań tej stosunkowo młodej dziedziny jest rozwój atypowy, odmienny, nieprawidłowy. Badanie takiego właśnie rozwoju w jego dynamice, z uwzględnieniem indywidualnych ścieżek, stwarza możliwość odkrycia mechanizmów powstawania takich zaburzeń, jak autyzm czy dysleksja. Choć przyjęcie tezy zawartej w tytule artykułu może budzić kontrowersje – przecież psychopatologia zajmuje się również odkrywaniem np. czynników zabezpieczających przed powstawaniem zaburzeń czy istoty zjawiska odporności – niewątpliwie zatrzymanie się przez chwilę nad pytaniem, czy nie zapominamy o rozwojowej perspektywie, badając zaburzenia występujące u dzieci, jest cennym doświadczeniem, gdy czytamy pierwszy artykuł naszego zeszytu.

W artykule drugim *Terapia behawioralna zaburzeń rozwoju z perspektywy analizy zachowania* **Przemysław Bąbel** wprowadza w specyfikę terapii behawioralnej zaburzeń rozwoju, pokazując jej genezę, podstawowe założenia, cele oraz metody. Prezentacja poszczególnych metod wykorzystywanych w terapii behawioralnej podporządkowana jest celom, których osiągnięciu one służą. Autor proponuje jednak także inną ich klasyfikację – ze względu na rodzaj uczenia się, z którego się wywodzą, oraz prawa uczenia się, które stanowią mechanizm ich działania. Podwójne uporządkowanie metod terapii behawioralnej umożliwia zorientowanie się zarówno w tym, *do czego* konkretna metoda służy, jak i w tym, *w jaki sposób* to coś osiąga. Należy przy

tym podkreślić, że celem artykułu nie jest wyłącznie „techniczna” prezentacja metod terapii behawioralnej, ale także wskazanie kontekstu ich tworzenia i stosowania. Stąd prezentację metod terapii behawioralnej poprzedza krótkie wprowadzenie do analizy zachowania i jej założeń, ze szczególnym uwzględnieniem stosowanej analizy zachowania, w ramach której terapia behawioralna jest najczęściej uprawiana. Artykuł ten można więc traktować jako wprowadzenie do pozostałych tekstów dotyczących terapii behawioralnej zaburzeń rozwoju.

Tekst **Moniki Zielińskiej** *Analiza behawioralna zachowań autoagresywnych u osób z zaburzeniami rozwoju* stanowi doskonałą ilustrację sposobu ujmowania zaburzeń rozwoju z perspektywy analizy zachowania. Autorka prezentuje pięć hipotez odnośnie do przyczyn zachowań autoagresywnych, występujących u osób cierpiących na zaburzenia rozwoju, które to wyjaśnienia są oferowane w ramach stosowanej analizy zachowania. W artykule w przekonujący sposób pokazano, że zachowania autoagresywne pozostają pod kontrolą czynników środowiskowych, nawet jeśli czynniki te mają charakter organiczny. Co szczególnie istotne, autorka nie ogranicza się do omówienia samych hipotez, ale ilustruje je licznymi wynikami badań, które nie tylko dowodzą słuszności prezentowanych założeń, ale przede wszystkim obrazują, w jaki sposób konkretne zachowania autoagresywne mogą być nabywane i utrzymywane. Największy walor tekstu stanowi jednak pokazanie możliwości wykorzystania wiedzy o przyczynach zachowań autoagresywnych w celu ich eliminacji, oczywiście przy wykorzystaniu metod terapii behawioralnej.

Kolejny tekst, autorstwa **Rafała Kawy**, zatytułowany *Integracja podejść oraz technik terapeutycznych w pracy z dziećmi z autyzmem*, stanowi próbę pokazania, w jaki sposób przedstawiciele różnych podejść terapeutycznych mogą wzajemnie korzystać z opracowanych przez siebie założeń i technik. Autor artykułu na przykładach udowadnia, jak cennym doświadczeniem jest niewzmacnianie negatywnych reakcji dziecka podczas terapii integracji sensorycznej czy odwrotnie – uwzględnianie indywidualnych preferencji dziecka w zakresie odbioru bodźców podczas opracowywania procedur terapii behawioralnej. Choć zdaniem Kawy obserwujemy dopiero początki procesu integracji podejść w pracy z dziećmi z autyzmem, to jednak perspektywa łączenia podejść terapeutycznych jest bardzo obiecująca.

Zastosowanie terapii behawioralnej w najbardziej konkretny i szczegółowy sposób prezentują **Monika Zielińska** i **Aneta Bagińska** w artykule *Behawioralna interwencja w przypadku wystąpienia skrajnej selekcji jedzenia*. Autorki proponują procedurę terapii behawioralnej w przypadku skrajnej postaci selekcji jedzenia, czyli odmowy jedzenia, oraz przedstawiają wyniki badań nad jej skutecznością u dwojga dzieci. Szczegółowe opisy postępowania terapeutycznego pozwalają przyjrzeć się konkretnej metodzie terapii behawioralnej „w działaniu”, a dane dotyczące skuteczności tego postępowania są niezwykle przekonującym argumentem na rzecz wykorzystywania metod terapii behawioralnej w radzeniu sobie z tego typu zachowaniami niepożądanymi. Co więcej, zaprezentowane podejście badawcze umożliwia zapoznanie się na konkretnym przykładzie ze specyfiką metodologii stosowanej analizy zachowania, która znacząco różni się od metodologii głównego nurtu psychologii.

Ewa Pisula i **Dorota Noińska** w artykule *Stres rodzicielski i percepcja doświadczeń związanych z opieką nad dzieckiem u rodziców dzieci z autyzmem uczestniczących w różnych formach terapii* podjęły próbę porównania poziomu stresu u rodziców dzieci korzystających z dwóch form terapii: intensywnej terapii behawioralnej, odbywającej się w ośrodku terapeutycznym, oraz terapii eklektycznej, łączącej różne podejścia i prowadzonej z wykorzystaniem internetowego systemu AutismPro. Choć dostępność terapii z wykorzystaniem Internetu budzi nadzieje na pomoc dzieciom spoza wielkomiejskich ośrodków, autorki pokazują jednak, jak trudne dla rodziców dzieci z autyzmem jest przejście całej odpowiedzialności za terapię. Równie ważny wydaje się inny wynik badania – pozytywna percepcja rodzicielskich doświadczeń wiąże się z niższym poziomem stresu rodzicielskiego. Badania Pisuli i Noińskiej jeszcze raz dowodzą, jak

istotnym elementem pomocy dziecku z autyzmem są rodzice i jak ważne jest, gdy pomagamy dzieciom, aby również udzielać psychologicznego wsparcia właśnie rodzicom.

Numer tradycyjnie kończy sprawozdanie i recenzja książki. **Anna M. Ziółkowska** relacjonuje przebieg VI Międzynarodowego Sympozjum Naukowego Polskiego Towarzystwa Psychologii Behawioralnej. Wybór sprawozdania z tej właśnie konferencji do zamieszczenia w niniejszym numerze „Psychologii Rozwojowej” nie jest przypadkowy – jednym z najczęściej poruszanych zagadnień podczas Sympozjów Naukowych PTPB jest bowiem terapia behawioralna zaburzeń rozwoju. Sympozja są okazją do zapoznania się zarówno z wynikami badań nad skutecznością terapii behawioralnej zaburzeń rozwoju, jak i metodami pracy stosowanymi przez terapeutów behawioralnych w naszym kraju. Dlatego gromadzą szerokie rzesze badaczy i praktyków zainteresowanych analizą zachowania, stanowiąc najważniejsze i największe coroczne wydarzenie naukowe dla środowiska analityków zachowania w Polsce.

Ostatnim, ale jakże ważnym składnikiem naszego zeszytu, jest recenzja książki Johna Mortona *Understanding Developmental Disorders. A Causal Modelling Approach*, napisana przez **Martę Ryndę**. Choć tytuł książki mógłby wskazywać, że zawiera ona przegląd teorii wyjaśniających mechanizmy powstawania takich zaburzeń jak autyzm, dysleksja czy ADHD, celem autora – jak wykazuje Marta Rynda – jest przede wszystkim ukazanie użyteczności ateoretycznego narzędzia, jakim jest modelowanie przyczynowe w ocenie istniejących teorii oraz stawianiu diagnozy. Zapoznanie polskich psychologów z tym narzędziem z pewnością poszerzy perspektywy oceny wielu teorii, które krytycznie analizujemy, zanim przyjmiemy proponowane wyjaśnienie natury badanego czy leczonego przez nas zaburzenia. W tym kontekście wyraźnie dostrzegamy, że również recenzja książki zawarta w naszym zeszycie zawiera rozważania odnoszące się do przewodniego, zadanego na wstępie pytania – jak łączyć teorię z praktyką, pracując w obszarze zaburzeń rozwoju.

Liczymy, że łączenie teorii z praktyką stanie się bardziej skuteczne dzięki tekstom przygotowanym przez autorów tego zeszytu „Psychologii Rozwojowej”.

PRZYPISY

¹ Autorzy dziękują jednemu z recenzentów artykułu *Psychopatologia rozwojowa jako dziedzina badań nad rozwojem atypowym* za tę cenną myśl.

² W przypadku wymienionych autorów podano jedynie wybrane publikacje.

BIBLIOGRAFIA

- Bąbel P., Suchowierska M., Ostaszewski P. (2010), *Analiza zachowania od A do Z*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Bogdanowicz M. (1983), *Trudności w pisaniu u dzieci*. Gdańsk: Uniwersytet Gdański.
- Bogdanowicz M. (1985), *Psychologia kliniczna dziecka w wieku przedszkolnym*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Bogdanowicz M. (1994), *O dysleksji czyli specyficznych trudnościach w czytaniu i pisaniu*. Lubin: Wydawnictwo Linea.
- Bogdanowicz M. (2005), *Ryzyko dysleksji: problem i diagnozowanie*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Herbert J.D., Sharp I.R., Gaudiano B.A. (2002), Separating Fact from Fiction in the Etiology and Treatment of Autism: A Scientific Review of the Evidence. *The Scientific Review of Mental Health Practice: Objective Investigations of Controversial and Unorthodox Claims in Clinical Psychology, Psychiatry, and Social Work*, 1, 23–43.

- Kościelska M. (1995), *Oblicza upośledzenia*. Warszawa: PWN.
- Kościelska M. (1998), *Trudne macierzyństwo*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Kościelska M. (2011), *Odpowiedzialni rodzice. Z doświadczeń psychologa klinicznego*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Kubach I., Zielińska M. (2003), Przegląd badań nad skutecznością wykorzystania technik analizy behawioralnej stosowanej w terapii dzieci z autyzmem [w:] M. Kościelska, B. Aouil (red.), *Człowiek niepełnosprawny. Sprawność w niepełnosprawności*, 109–129. Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej.
- Lovaas O.I. (2003), Plany eksperymentalne i badania oparte na danych skumulowanych we wczesnej interwencji behawioralnej [w:] M. Rybicka (red.), *Terapia behawioralna osób z autyzmem. Wybrane zagadnienia*, 17–61. Gdańsk: Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym.
- Obuchowska I. (red.) (2005), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Obuchowska I. (2007), *Dzieci małe i duże. Jak je kochać i rozumieć?* Poznań: Media Rodzina.
- Olechnowicz H. (red.) (1988), *U źródeł rozwoju dziecka: o wspomaganie rozwoju prawidłowego i zakłóconego*. Warszawa: Nasza Księgarnia.
- Olechnowicz H. (1995), *Dziecko własnym terapeutą. Jak wspomagać strategie autoterapeutyczne dzieci z dysfunkcjami więzi osobistych*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Olechnowicz H. (1999), *Jaskiniowcy zagubieni w XX wieku. Praca tematyczna z małymi dziećmi*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Olechnowicz H. (2004), *Wokół autyzmu. Fakty, skojarzenia, refleksje*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Pisula E. (2005), *Małe dziecko z autyzmem*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Pisula E. (2010), *Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Scotti J.R., Evans I.M., Meyer L.H., Walker P. (1991), A Meta-Analysis of Intervention Research with Problem Behavior: Treatment Validity and Standards of Practice. *American Journal on Mental Retardation*, 96, 233–256.
- Spionek H. (1970), *Psychologiczna analiza trudności i niepowodzeń szkolnych*. Warszawa: Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych.
- Spionek H. (1975), *Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

I. ARTYKUŁY TEORETYCZNE
I PRZEGLĄDOWE

Psychopatologia rozwojowa jako dziedzina badań nad rozwojem atypowym

MARTA BIAŁECKA-PIKUL

Instytut Psychologii
Uniwersytet Jagielloński
Kraków

STRESZCZENIE

Celem przedstawianych rozważań jest ukazanie, czym zajmuje się dziedzina psychologii zwana psychopatologią rozwojową oraz dlaczego stwarza ona nową perspektywę w badaniach natury zaburzeń psychicznych. Prezentując krótko historię wyodrębniania się tej stosunkowo młodej dziedziny psychologii i jej aktualny status, warto zdefiniować jej tzw. pojęcia kluczowe oraz pokazać specyfikę prowadzonych rozważań teoretycznych i badań, a także cele dalszych poszukiwań.

Słowa kluczowe: psychopatologia rozwojowa, rozwój atypowy, zaburzenia rozwoju

WPROWADZENIE

Lidia Cierpiałkowska i Marina Zalewska w rozdziale zatytułowanym *Psychopatologia* podręcznika *Psychologia* pod redakcją Jana Strelaua i Dariusza Dolińskiego stwierdzają, że „stosunkowo nowym działem psychopatologii jest psychopatologia rozwojowa, w której ramach nie tylko tworzy się opisy zaburzeń, ale podejmuje próbę wyjaśnienia specyfiki ich przebiegu oraz konsekwencji dla rozwoju dzieci” (2008: 546). Następnie autorki wymieniają „trzy charakterystyczne cechy tego podejścia: 1) uwzględnianie aspektu rozwojowego, 2) uwzględnianie kontekstu rodzinnego oraz 3) rozszerzanie badań na cykl życia (...)” oraz piszą, że „celem psychopatologii rozwo-

jowej jest integracja nagromadzonej wiedzy w różnych działach nauki – embriologii, genetyce, neurologii, neurobiologii, psychologii rozwoju, psychologii społecznej, psychologii percepcji i psychologii osobowości – po to, by zrozumieć naturę prawidłowego i zaburzonego rozwoju” (Cierpiałkowska, Zalewska, 2008: 546). Zacytowane tytułem wstępu stwierdzenia wskazują na kilka istotnych cech dziedziny zwanej psychopatologią rozwojową (PR) i zarazem po chwili refleksji uświadamiają, jak trudno jest nam precyzyjnie określić zarówno granice tej dziedziny (czym różni się od psychopatologii), jak i przedmiot jej zainteresowań (rozwój zaburzony czy prawidłowy, u dzieci czy w cyklu życia). Na wstępie podejmijmy się tego wyzwania.

Po pierwsze, z całą pewnością PR wyodrębniła się z psychopatologii ogólnej, która zajmuje się opisem i definiowaniem zaburzeń psychicznych i zachowania jednostki, a wyodrębnienie to nastąpiło właśnie dzięki zaakcentowaniu perspektywy rozwojowej. Nie oznacza to jednak wyłącznie wyjaśniania przebiegu zaburzeń w okresie dzieciństwa, tak by dostrzec ich konsekwencje dla rozwoju dzieci, ale przeciwnie – istotne jest akcentowanie, że należy obserwować, jak zmieniają się objawy zaburzeń w ciągu całego życia, czyli również u dorosłych. Innymi słowy, PR zajmuje się badaniem zaburzeń psychicznych i zachowania w cyklu życia, a nie jedynie w okresie dzieciństwa, a podkreślana w nazwie dziedziny perspektywa rozwojowa badań stanowi o specyfice patrzenia na owe zabu-

zenia nie jak na statyczne, niezmiennie fenomeny, ale dynamicznie, stale – czyli w ciągu całego życia – podlegające zmianom zjawiska. W drugiej części prezentowanych tu rozważań szerzej omówiona zostanie istota tzw. rozwojowej perspektywy w badaniach nad zaburzeniami psychicznymi.

Po drugie, niewątpliwie celem PR jest integracja wiedzy z różnych dziedzin nauki, przede wszystkim różnych działów psychologii oraz neuronauki podkreślającej, że podłożem procesów psychicznych są procesy mózgowe. Nie można również pominąć faktu, że PR tak definiuje swoją dziedzinę, by odróżnić się zarówno od psychopatologii, jak i od psychiatrii oraz psychologii klinicznej dziecka. Zdaniem Alana Sroufe i Michaela Ruttera (1984) to właśnie określenie „rozwojowa” czyni PR odmienną od pozostałych dziedzin. Choć istotą poszukiwań PR jest odkrycie istoty zaburzeń, nie chodzi wyłącznie o ich opis i klasyfikację (jak w psychopatologii), ich precyzyjne zdiagnozowanie i udzielenie pomocy (jak w psychiatrii) ani o zdefiniowanie/opisanie zaburzeń specyficznych tylko dla okresu dzieciństwa (jak w psychologii klinicznej dziecka¹). Celem PR jest: 1) poszukiwanie źródeł zaburzeń, 2) opisywanie zmian zachodzących w ich przebiegu czy sposobie ujawniania się, 3) przedstawienie rozwojowej sekwencji zachowań zaburzonych i zdrowych (Sroufe, Rutter, 1984). Aby zrealizować pierwszy i drugi wskazany cel, nie można pominąć wiedzy czerpanej z genetyki, embriologii, psychologii i socjologii rodziny oraz psychologii międzykulturowej i kulturowej. Zawsze jednak należy mieć przede wszystkim na względzie fakt, że zaburzenie jest czymś, co powstaje w kontekście rozwoju jako procesu, który nieustannie zmienia układ, do którego się odnosimy, definiując dane zaburzenie. Właśnie trzeci wymieniony cel PR jeszcze silniej przypomina nam, że interesuje nas sekwencja, przebieg, proces, a zatem dynamicznie zmieniające się zjawisko, które powinniśmy umieć odróżnić od rozwoju typowego, czyli prawidłowego. Dlatego właśnie psychopatologię rozwojową możemy nazwać dziedziną badań nad rozwojem atypo-

wym, odmiennym od prawidłowego. Opisane w innym tekście pojęcie rozwoju atypowego (Bialecka-Pikul, 2007) doskonale wpisuje się w sposób rozumowania charakterystyczny dla dziedziny PR, nie chodzi bowiem o zdefiniowanie zaburzenia, ale o zdefiniowanie istoty rozwoju, który bywa typowy lub nie, prowadząc do zdrowia lub zaburzenia. Podając definicję PR, można – odnosząc się do poziomu opisu zachowania – twierdzić, że PR tym właśnie różni się od psychologii rozwojowej, że badaczy interesują indywidualne wzory zarówno zachowań prowadzących do adaptacji, jak i zachowań dezadaptacyjnych. PR zajmuje się więc rozwojem, korzysta z metod i teorii wypracowanych na gruncie psychologii rozwoju, ale po to właśnie, by odkryć takie ścieżki jego przebiegu, które mogą prowadzić do dezadaptacji, utraty zdrowia, powstania zaburzenia (Sroufe, Rutter, 1984).

ZADANIA PSYCHOPATOLOGII ROZWOJOWEJ

Aby określić miejsce PR wśród działów psychologii oraz precyzyjnie zdefiniować obszar jej zainteresowań, warto z perspektywy historii psychologii spojrzeć na tę „stosunkową młodą dziedzinę”. Jak twierdzą wspomniani Sroufe i Rutter (1984), już Freud, a w latach 70. XX wieku Kohlberg, dostrzegali, jak trudnym zadaniem jest przewidywanie powstawania zaburzeń. Pierwszy z nich pisał, że choć dokonując retrospekcji, tak łatwo dostrzec źródła zaburzeń, spojrzenie prospektywne nie daje nigdy pewności, czy rozwój będzie przebiegał zgodnie z w ten sposób opisanymi przewidywaniami. Drugi z wymienionych psychologów podkreślał, że na podstawie specyfiki i wzoru adaptacji do świata w dzieciństwie nie można określać prawdopodobieństwa wystąpienia zaburzenia w dorosłości. Zatem psychologów od dawna interesowały zachodzące w czasie zmiany w sposobach przystosowania się do rzeczywistości i ich związek z występowaniem zaburzeń. Jednak jeszcze w 1974 roku Thomas M. Achenbach pisał, że dziedzi-

na PR „zaledwie zaistniała” (*hardly exists*), a dziesięć lat później Sroufe i Rutter nazwali ją dyscypliną „dopiero powstała” (*emergent discipline*). W 2006 roku Dante Cicchetti i John Cohen w podręczniku *Developmental psychopathology* sformułowali cztery najważniejsze zadania PR: 1) wskazywanie czynników ryzyka i czynników chroniących przed powstawaniem zaburzeń rozwoju, 2) wyjaśnianie ścieżek rozwoju i mechanizmów powstawania zarówno zdrowia, jak i patologii, 3) zrozumienie zjawiska odporności psychicznej (*resilience*), czyli występowania prawidłowego rozwoju mimo obecności znaczących wydarzeń stresowych, 4) budowanie modeli zapobiegania powstawaniu patologii rozwoju. Tak przedstawione zadania są znacznie bardziej precyzyjnym sformułowaniem wyzwań, które stawiają sobie badacze nazywający się psychopatologami rozwoju. Dążenie do ich realizacji i jednocześnie coraz silniejsza tendencja do różnicowania PR w ramach samej psychopatologii spowodowały, że Dante Cicchetti i Sheree L. Toth w jednym ze swoich najnowszych tekstów napisali: „W ciągu ostatnich dziesięcioleci psychopatologia rozwojowa stworzyła w wyniku połączenia wielu dyscyplin spójną dziedzinę wiedzy, która przynosi znaczący wkład w rozumienie istoty zaburzeń i ryzyka ich powstawania oraz natury odporności, która cechuje jednostki w cyklu ich życia. Nadrzędnym celem tej dyscypliny jest wyjaśnienie, na czym polega wzajemność oddziaływań różnych czynników działających na poziomie biologicznym, psychologicznym i społeczno-kontekstualnym w procesie prawidłowego i zaburzonego rozwoju” (2009: 16).

Wymienione powyżej zadania i cele PR pozwalają nam określić, jakie terminy opisują podstawowe dla tej dziedziny pojęcia (np. czynniki ryzyka, odporność), co w kolejnej części tekstu pozwoli dokładniej scharakteryzować jej specyfikę. Nim jednak przywołamy kluczowe pojęcia, zatrzymajmy się przez chwilę na pytaniu, czym jest perspektywa rozwojowa w badaniach nad istotą zaburzeń psychicznych.

PERSPEKTYWA ROZWOJU W ODKRYWANIU ISTOTY ZABURZEŃ

Z pewnością już w psychologii klinicznej dziecka, a więc na długo przed tym, jak powstała PR, podkreślano, że zaburzenia występujące w okresie dzieciństwa mają swoją rozwojową specyfikę. Często oznaczało to akcentowanie faktu, że diagnozowanie dziecka jest trudniejsze niż diagnozowanie osoby dorosłej, gdyż należy uwzględnić właściwy dla określonego wieku poziom rozwoju poznawczego, społecznego i emocjonalnego (np. wybuchy złości w wieku dwóch lat stanowią normę rozwojową, a w wieku sześciu mogą być objawem zaburzenia). Tego rodzaju myślenie może skutkować uitożsamieniem rozwoju z wiekiem i upraszczającym pojmowaniem perspektywy rozwojowej jako takiego podejścia, które w diagnozie uwzględnia czynnik wieku. Tymczasem termin „perspektywa rozwojowa” oznacza, że przyglądając się jakiejś funkcji psychicznej, procesowi czy zjawisku, dostrzegamy, że zachodzi ono w ramach pewnego dynamicznie zmieniającego się systemu. Zwróćmy uwagę na dwa sposoby ujmowania perspektywy rozwojowej w określaniu istoty zaburzeń.

Już w 1978 roku Sebastiano Santostefano wymienił cztery podstawowe cechy tzw. rozwojowego podejścia w badaniach z zakresu psychologii klinicznej. Po pierwsze, podejście rozwojowe cechuje holizm, czyli znaczenie danego zachowania można określić, uwzględniając jego całościowy psychologiczny kontekst. Dwa takie same lub bardzo podobne zachowania mogą w jednym kontekście oznaczać objaw, a w innym przeciwnie – być wyrazem zdrowia, i odwrotnie, dwa różne, zupełnie niepodobne do siebie zachowania w różnych kontekstach mogą oznaczać dokładnie to samo (ponownie zdrowie lub patologię).

Po drugie, właściwe dla podejścia rozwojowego jest ukierunkowanie (*directedness*), czyli założenie, że określone bodźce działają na organizm, który już w momencie narodzin jest w pewien sposób gotowy do ich odbioru i przetwarzania oraz zawsze jest aktywnym

podmiotem, który wpływa na swoje otoczenie. Doświadczenie nie jest wynikiem przypadkowych oddziaływań środowiska, lecz osoba zawsze w sposób selektywny je spostrzega, odpowiada na bodźce i tworzy całościowe doświadczenie, na podstawie wszystkich swoich dotychczasowych doznań². Istotą rozwoju jest zatem reorganizacja, a nie wyłącznie proste dodawanie doświadczeń i właśnie dlatego to samo zachowanie wraz z rozwojem zaczyna oznaczać coś innego.

Po trzecie, różnicowanie się dróg i celów rozwoju powoduje, że rozwijającą się jednostkę cechuje zarówno wzrost plastyczności, jak i organizacji zachowania. Wraz z rozwojem możliwe stają się różne sposoby osiągania tego samego celu rozwojowego (drogi rozwoju) i – co więcej – cele rozwoju również się zmieniają. Dzięki tym procesom zachowanie jednostki w coraz mniejszym stopniu zależy od aktualnej sytuacji, a zatem podlega samokontroli i planowaniu, co umożliwia sprawniejszą adaptację. Oznacza to również, że między jednostkami mogą występować znaczące różnice w przebiegu opisanych procesów, a to z kolei powoduje, że procesy rozwojowe mogą przebiegać w sposób nieprzewidywalny.

Po czwarte, ostatnią właściwością podejścia rozwojowego jest zmienność funkcji zachowania. Ponieważ wraz z rozwojem zachowania stają się złożone, co oznacza, że w drodze hierarchicznej integracji formy bardziej podstawowe zostają włączone w rozwijające się dojrzałe formy późniejsze oraz jednocześnie wcześniejsze, prostsze wzorce zachowań nie znikają jednak i mogą ujawniać się np. w sytuacji stresu, a zatem jednostka nie funkcjonuje zawsze w ramach jednego, jasno określonego stadium rozwojowego. Zaburzone zachowania mogą pojawić się, zwłaszcza gdy czynniki stresu zadziałają na kształtujące się właśnie określone sprawności, co powoduje konieczność „cofnięcia” się do sprawności bardziej utrwalonych, wcześniejszych. Samo wystąpienie mniej złożonych rozwojowo zachowań nie oznacza jeszcze patologii, ale ich stałe, niezmiennie w różnych kontekstach pojawianie się jest drogą patologizacji.

Podsumowując, w ujęciu Santostefano (1978) perspektywa rozwojowa jest poszukiwaniem spójności i ciągłości w podlegających zmianie zachowaniach jednostki. Wraz z wiekiem na drodze rozwoju konstruuje ona indywidualne doświadczenie, buduje własne sposoby adaptacji w określonych wcześniejszymi przeżyciami i aktualną sytuacją warunkach, zmierza ku osiągnięciu zmieniających się rozwojowych celów. Zatem ciągłość i różnorodność są podstawowymi własnościami jednostki, które powodują, że odczytywanie znaczenia jej zachowania, interpretowanie go jako objawu jest z pewnością wyzwaniem stojącym przed psychopatologią rozwoju.

Drugim sposobem wyjaśniania istoty pojęcia perspektywy rozwojowej w określaniu zaburzeń jest odwołanie się do takiego ujmowania charakterystyk osoby, w którym jednostka jest tzw. systemem otwartym, wymieniającym energię i informacje z otoczeniem. System jest czymś więcej niż sumą elementów, a jego podstawowymi właściwościami lub inaczej regułami jego funkcjonowania są ekwifinalność i multifinalność (Cicchetti, Rogosch, 1996). Ekwifinalność oznacza, że rozwój może przebiegać różnymi drogami (ścieżki rozwoju) i mimo to prowadzić do tego samego rozwojowego efektu. Biologowie podkreślają różnice indywidualne między jednostkami i fakt, że zdarzenia losowe powodują, iż epigenetyka nie jest procesem liniowym, a zupełnie odmienne wstępne warunki rozwoju mogą przynosić ten sam skutek. Innymi słowy, taki sam cel rozwojowy może być osiągnięty, mimo że warunki wstępne i/lub drogi rozwoju były zupełnie różne. Pojęcie ekwifinalności doskonale obrazuje często obserwowaną w przypadku zaburzeń rozwoju heterogeniczność badanych grup. Choć diagnoza np. autyzmu miałaby wskazywać na podobieństwo, nie tylko objawów, ale również warunków wstępnych i ścieżek rozwoju dzieci, każdy klinicysta potwierdzi, że to właśnie różnorodność, a nie tożsamość czy choćby podobieństwo stanowi podstawową właściwość tej grupy dzieci. Mówiąc wprost – każda osoba z autyzmem jest inna. Z kolei z punktu widzenia analiz rozwoju układu nerwowego często podkreślana cecha plastycz-

ności mózgu jest w szerszej perspektywie sposobem ujmowania zarówno ekwifinalności, jak i multifinalności.

Reguła multifinalności rozwoju oznacza, że choć wstępne warunki rozwoju dwóch jednostek mogą być dokładnie takie same, osiągnięty efekt rozwojowy może być odmienny (Cicchetti, Rogosch, 1996). Ponieważ każdy element systemu funkcjonuje inaczej w zależności od działania jego całości, te same wstępne warunki rozwoju nie gwarantują, że w przypadku dwóch różnych jednostek rozwój będzie przebiegał tak samo. Wręcz przeciwnie – skoro struktura elementów wpływa na ich funkcje, możemy oczekiwać, że w dwóch odrębnych systemach ten sam składnik będzie różnie wpływał na działanie całości systemu w zależności od układu innych składników (Wilden, 1980, za: Cicchetti, Rogosch, 1996). Innymi słowy, działanie negatywnego czynnika może, ale nie musi prowadzić do patologii rozwoju w przypadku każdego dziecka. Czynniki ten staje się tylko jednym z elementów systemu, który stale podlegając zmianom, może zmierzać do prawidłowego lub zaburzonego rozwoju. Nawet jeśli rozwój zmierza ku zaburzeniu, rodzaj tego zaburzenia, jego głębokość i czas powrotu do zdrowia nie są możliwe do przewidzenia już na wstępie, wyłącznie na podstawie określenia, jaki czynnik negatywny zadziałał. Nie oznacza to oczywiście, że w każdej sytuacji jest możliwy każdy rozwojowy efekt i w żaden sposób nie możemy przewidywać dróg indywidualnej adaptacji. Przeciwnie, zadaniem PR jest właśnie opisywanie tych dróg, określanie prawdopodobieństwa, z jakim możemy prognozować przebieg dalszego rozwoju.

Jak podkreślają Cicchetti i Rogosch (1996), PR stwierdza, po pierwsze, że wiele czynników w odmienny sposób u różnych jednostek może wpływać na przebieg procesu rozwojowego. Po drugie, PR zajmuje się odkrywaniem tych czynników oraz dróg czy sposobów powstania zarówno zachowań adaptacyjnych, jak i dezadaptacyjnych, czyli prowadzących do nieprawidłowego rozwoju. Odkrywanie różnorodności źródeł, procesów i skutków rozwojowych oraz poznawanie ścieżek rozwoju zarówno prawidłowych, jak i zaburzonych

zachowań stanowią istotę podejścia rozwojowego w badaniach z zakresu PR.

POJĘCIA KLUCZOWE PSYCHOPATOLOGII ROZWOJOWEJ

Jednym z argumentów na rzecz tezy, że PR jest odrębną dziedziną psychologii, jest wskazanie charakterystycznych dla tej dziedziny terminów, czyli zdefiniowanie tzw. pojęć kluczowych. Na wstępie spróbujemy wymienić najważniejsze z nich: ryzyko powstania zaburzeń rozwoju, podatność/odporność na zaburzenia, rozwój atypowy.

Jak twierdzi Hellgard Rauh (2005), mówienie, że w przypadku danego dziecka istnieje „ryzyko powstania zaburzenia rozwoju” (*children at risk*), oznacza, że znamy takie czynniki biopsychologiczne i/lub społeczne, które pozwalają z dużym prawdopodobieństwem przewidywać, że w okresie adolescencji lub nawet w dorosłości zaobserwujemy u tego dziecka zachowania dezadaptacyjne (tj. porzucenie szkoły, bezrobocie, agresję, zachowania ryzykowne, uzależnienia, zaburzenia odżywiania, objawy psychosomatyczne lub psychopatologiczne). Przedstawiona definicja, choć bardzo szeroka, uwydatnia fakt, że stwierdzenie ryzyka oznacza jedynie prawdopodobieństwo odnoszące się raczej do grupy określonych osób (np. dzieci urodzonych przedwcześnie), a nie pewność co do tego, jak będzie przebiegał rozwój danego dziecka z tej grupy. Jednocześnie pozwala ona systematyzować naszą wiedzę na temat określonych uwarunkowań powstawania zaburzeń i jest pewnym sposobem ujmowania pojęcia „podatność na zaburzenia”. Dzieci ryzyka zaburzeń to dzieci podatne na ich powstanie, dzieci, które cechuje obniżona odporność. Innymi słowy, są to dzieci, które w optymalnych warunkach mogą rozwijać się prawidłowo, ale dodatkowe negatywne czynniki (np. stres) lub fakt, że aktualnie są w tzw. okresie przejściowym (np. dojrzewanie), stwarzają znacznie większe zagrożenie dla ich prawidłowego rozwoju niż w przypadku dzieci nienależących do „grupy ryzyka”.

Wymieńmy najczęściej wskazywane czynniki ryzyka (Rauh, 2005): wcześniactwo, przewlekła choroba somatyczna, predyspozycje temperamentalne (np. skrajna nieśmiałość), poważne problemy socjalne (np. ubóstwo, rozbiecie rodziny, niski poziom wykształcenia) lub wynikające z relacji społecznych (np. nieufny typ przywiązania). Działanie tych czynników opisywane w modelach może mieć charakter addytywny (im więcej czynników, tym większe ryzyko, relacja liniowa) lub multiplikacyjny (efekt zadziałania społecznych czynników ryzyka jest silniejszy w grupie dzieci obciążonej czynnikami biologicznymi i odwrotnie – efekt zadziałania czynników biologicznych jest silniejszy w grupie, w której wcześniej działały czynniki społeczne, relacja pomnażania). Zwróćmy uwagę, że każdy z przykładów czynników ryzyka ma swoje przeciwieństwo w postaci tzw. czynników ochronnych lub zabezpieczających (*protective factors*). W modelach, na których podstawie próbujemy przewidywać wystąpienie zaburzeń, musimy uwzględnić również i te czynniki. Z pewnością rozwój dzieci zdrowych, urodzonych o czasie, wychowywanych w dobrych społecznych i psychologicznych warunkach ma większe szanse przebiegać prawidłowo, gdyż w ich przypadku działają czynniki zabezpieczające.

Współcześnie badania dotyczące czynników ryzyka zaburzeń coraz częściej stają się badaniami mającymi na celu odkrywanie mechanizmów ryzyka poprzez opisywanie ścieżek rozwoju dzieci, które określamy jako grupy wysokiego i niskiego ryzyka zaburzeń (Rutter, 2002). Czynniki biologiczne, np. wcześniactwo, które powoduje, że wygląd i zachowanie dziecka jest trudne do zaakceptowania przez rodziców, mogą sprzyjać działaniu negatywnych czynników społecznych, np. rodzicom trudniej nawiązać kontakt z dzieckiem, co z kolei może prowadzić do wykształcenia pozabezpiecznego przywiązania. Jak twierdzi Liliana J. Lengua (2002), biologiczne czynniki ryzyka mogą zmniejszać fizyczne i psychologiczne zasoby dziecka, ograniczać jego zdolności

w zakresie przetwarzania informacji lub samo-regulacji. Podkreśliśmy, że w ten sposób o czynnikach ryzyka, a zwłaszcza o czynnikach zabezpieczających możemy myśleć w kontekście braku lub posiadania zasobów do radzenia sobie z kolejno lub jednocześnie ujawniającymi się na drodze rozwoju negatywnymi wydarzeniami czy doświadczeniami.

Przedstawione dotychczas ważne pojęcia PR wprost prowadzą nas do terminu „odporność”. Jak piszą Ann S. Masten i Abigail H. Gerwitz: „Przez ostatnie 40 lat badania nad podatnością i odpornością odegrały kluczową rolę w powstaniu psychopatologii rozwojowej jako integrującej różne podejścia podstawy do zrozumienia ścieżek zarówno adaptacji, jak i dezadaptacji. Choć pojęcia te mają różne znaczenia, a historia ich powstawania jest odmienna, oba konstrukty wyrastają z obserwacji różnic indywidualnych w przystosowywaniu się jednostek do napotkanych wyzwań życiowych, zarówno tych mających charakter normatywny, jak i wyjątkowy. Podatność ogólnie odnosi się do predyspozycji lub skłonności niektórych jednostek do zapadania na określone choroby lub do rozwoju nieadaptacyjnych wzorców zachowania w obliczu określonych negatywnych doświadczeń. (...) Odporność ogólnie oznacza pozytywną adaptację w sytuacji negatywnych doświadczeń” (2006: 22). Autorki podkreślają, że używając terminu „odporność”, nie należy myśleć o indywidualnej zdolności czy cesze osobowości, ale raczej o zjawisku zaobserwowanym podczas badania wielu grup dzieci, które długotrwale doświadczały negatywnych zdarzeń (*chronic adversity*) lub przeżyły głęboki stres i mimo wystąpienia wielu bardzo silnych czynników ryzyka powstania zaburzeń rozwijają się prawidłowo. Pytanie o zasoby indywidualne i/lub społeczne takich jednostek lub odkrywanie czynników zabezpieczających jest innym sposobem poszukiwania istoty odporności. Zarówno podatność, jak i odporność są pojęciami, które wskazują na występowanie określonych uwarunkowań zaburzeń lub ich brak, ale w przypadku podatności wskazując owe uwa-

runkowania, czynimy to tylko z pewnym prawdopodobieństwem, natomiast w przypadku odporności wiemy już z pewnością, że określone, negatywne czynniki zadziałały. Aby mówić, że w przypadku danej osoby obserwujemy odporność, musimy po pierwsze być pewni, że w jej życiu wystąpiły niekorzystne wydarzenia, oraz po drugie, że radzi sobie ona dobrze z zadaniami i wyzwaniem fazy rozwoju, w której aktualnie się znajduje (Masten, Gerwitz, 2006). Niewątpliwie zatem posługując się pojęciem odporności, odwołujemy się do pojęcia rozwoju, rozważamy jego istotę, staramy się dociec, dlaczego mimo wystąpienia traumy jednostka funkcjonuje i rozwija się w sposób zapewniający adaptację. Pojęcie odporności wskazuje nam ważny cel PR – aby odkryć, na czym polega zaburzenie, musimy odkryć, czym jest rozwój.

Podsumowując rozważania dotyczące pojęć kluczowych w PR, jeszcze raz warto podkreślić, że choć o badaniach mających na celu odkrywanie czynników ryzyka oraz właściwości powiązanych z odpornością z pewnością możemy również przeczytać w podręcznikach psychologii zdrowia, szczególnie ważny w PR jest termin „rozwój”, zwłaszcza „rozwój atypowy”. Gdy uznajemy za cel PR odkrycie dróg adaptacji i powstawania zachowań tej adaptacji niesłużących (*maladaptive changes, maladaptive behaviors*), dostrzegamy ponownie zainteresowanie badaczy procesem przebiegu zmian rozwojowych. Zmiana rozwojowa powiązana jest we współczesnych ujęciach nie tylko z wiekiem, ale właśnie z doświadczeniem (Siegler, 1996), czymś tak odmiennym i niepowtarzalnym dla każdego dziecka. Pytanie, kiedy i dlaczego zmiana roz-

wojowa wykracza poza typowy, najczęstszy i przynoszący w rezultacie adaptacyjne skutki przebieg, jest nieustannie inspiracją kolejnych badań w PR. Rozwój atypowy to rozwój odmienny od przeciętnego, rozwój, w którym kolejne zmiany następują w systemie niedziałającym sprawnie, rozwój, którego ścieżka jest inna niż zwykle, co jednak nie oznacza, że już w sposób pewny prowadzi ona do powstania nieodwracalnych skutków. Jak twierdzi Schaffer (2005), gdy porównamy rozwój do pasa transmisyjnego czy łańcucha, nic na jego drodze nie jest nieuniknione, nawet jeśli pewne następstwo zdarzeń zostało uruchomione. Z pasa transmisyjnego można zejść, łańcuch negatywnych konsekwencji można przerwać. Takie rozwojowe spojrzenie na zaburzenie zachowania czy zaburzenie psychiczne w cyklu życia tworzy optymistyczną perspektywę myślenia nie tylko o czynnikach zabezpieczających, ale o tych promujących prawidłowy rozwój. Jak twierdzi Arnold Sameroff (2010) na podstawie wyników badań podłużnych (tzw. projekt Filadelfia), czynniki promujące rozwój (*promotive factors*) mają pozytywny wpływ na rozwój zarówno w przypadku populacji dzieci wysokiego, jak i niskiego ryzyka, podczas gdy czynniki zabezpieczające działają tylko w przypadku dzieci wysokiego ryzyka. Podkreślmy, że badania rozwoju doprowadziły w tym wypadku do odkrycia sposobów jego wspomagania, wspierania, a nie tylko zabezpieczania przed powstaniem zaburzeń.

Na zakończenie podejmiemy próbę dostrzeżenia specyfiki podejścia charakterystycznego dla PR w porównaniu z psychologią rozwoju, psychologią kliniczną dziecka i psychiatrią dziecięcą (tabela 1).

Tabela 1. Porównanie obszarów i perspektyw badawczych psychologii rozwojowej, psychologii klinicznej dziecka, psychiatrii dziecięcej i psychopatologii rozwojowej

	Psychologia rozwojowa	Psychologia kliniczna dziecka	Psychiatria dziecięca	Psychopatologia rozwojowa
Co bada	Przebieg procesu rozwoju i jego uwarunkowania	Zaburzenia rozwoju, ich specyfikę w odniesieniu do zaburzeń występujących u dorosłych	Zaburzenia psychiczne okresu dzieciństwa, mając na celu diagnozę różnicową oraz udzielanie pomocy	1) źródła zaburzeń; 2) zmiany zachodzące w przebiegu zaburzeń czy sposobie ich ujawniania się; 3) rozwojową sekwencję zachowań zaburzonych i zdrowych
Jak bada	Podjęcie podłużne, obserwacja, próby eksperymentalne, wywiad, kwestionariusze, testy, metody projekcyjne i analiza wytworów	Diagnoza kliniczna, analiza jakościowa odpowiedzi, metody projekcyjne oraz wszelkie narzędzia psychologii rozwoju	Obserwacja i wywiad (również z rodzicami) oraz inne techniki diagnozy medycznej	Tak jak w przypadku psychologii rozwoju, gdyż podstawową cechą podejścia jest przyjmowanie perspektywy rozwojowej, porównywanie trajektorii rozwoju, modelowanie przyczynowe
Związki z innymi dziedzinami	Występują, ale nie jako cecha definicyjna tej dziedziny	Występują, ale nie jako cecha definicyjna tej dziedziny	Występują, ale nie jako cecha definicyjna tej dziedziny	Interdyscyplinarność jako ważna definicyjna cecha badań w tym obszarze
Słowa kluczowe	Rozwój, zmiana rozwojowa, prawidłowości rozwoju, uwarunkowania rozwoju	Zaburzenia rozwoju	Zaburzenia psychiczne, klasyfikowanie zaburzeń	Czynniki ryzyka powstania zaburzeń rozwoju, podatność/odporność na zaburzenia, rozwój atypowy

SPECYFIKA PODEJŚCIA TEORETYCZNEGO PSYCHOPATOLOGII ROZWOJOWEJ

Odpowiedź na pytanie o cechy charakterystyczne podejścia teoretycznego w PR częściowo została już udzielona, gdy podkreślano, że przyjęcie „perspektywy rozwojowej” jest najistotniejszą właściwością badań prowadzonych przez psychopatologów rozwoju, dlatego właśnie badania z zakresu PR prowadzone są z użyciem metod i technik psychologii rozwojowej. Jak twierdzi Anette Karmiloff-Smith (2007), badanie zaburzeń rozwoju wymaga porównywania nie tyle grup dzieci w tym samym wieku z zaburzeniem i bez ob-

jawów (*chronological age matching*) ani też grup, które są dopasowane pod względem poziomu rozwoju poznawczego (*mental age matching*), ale grup, w których obserwowano zmiany zachodzące w czasie (*trajectory matching*). Wymaga to zatem badań podłużnych, w których wielokrotnie badamy to samo dziecko, co umożliwia dostrzeganie tzw. zmian o czasie, a w przypadku powstawania zaburzeń – często zmian poza właściwym dla nich okresem (przed lub po właściwym czasie, zmiany zbyt krótko lub zbyt długo trwające).

Drugą już wskazaną właściwością PR jest podejmowanie prób integracji wiedzy pochodzącej z różnych działów nauki, nie tylko psychologii. Szczególnie należy pod-

kreślić wagę badań embriologów, które pozwalają gromadzić wiedzę o istocie zmian rozwojowych zachodzących przed narodzinami na poziomie biologicznym. Nie przez przypadek współczesna koncepcja rozwoju Gilberta Gottlieba (2007) nazywana teorią probabilistycznej epigenetyki odwołuje się do obserwacji zaczerpniętych z embriologii. Zwróćmy jednak uwagę na jeszcze dwie istotne właściwości PR, które skrótowo nazwijmy „szerokością” i „głębokością” prowadzonych rozważań.

Doskonałym przykładem tendencji do spoglądania na badany problem w sposób maksymalnie pogłębiony i szeroki jest propozycja Johna Mortona (2007). W swojej pracy autor pokazuje, jak ujawniać mechanizm powstania zaburzeń rozwoju, posługując się tzw. modelowaniem przyczynowym (*causal modelling*). Podstawowe założenie tego podejścia polega na zgromadzeniu rozległej wiedzy o badanym zaburzeniu, która odnosi się zarówno do biologicznego (tj. genetycznego, neurologicznego, neuroanatomicznego, neurochemicznego), poznawczego, jak i behawioralnego poziomu analizy zachowań (objawów) i wewnętrznych czynników, charakterystycznych dla danego zaburzenia. Dostrzeżenie przyczynowych powiązań między wymienionymi czynnikami prowadzi do przedstawienia w postaci obrazującego teorie diagramu zależności, którą można następnie poddać empirycznej weryfikacji. Po dokonaniu krótkiego przeglądu różnych wyjaśnień natury autyzmu na przykładzie deficytu mentalizacji autor ukazuje, jak w spójny i zarazem przyczynowy sposób powiązać ujawniane na poziomie zachowania objawy z odkrytymi na poziomie genetycznym i neurobiologicznym zmianami, które da się zbadać i wyjaśnić poprzez zaproponowany konstrukt poznawczy, jakim jest mentalizacja. Szczególnie istotna wydaje się możliwość sprawdzania powiązań przyczynowych, które są faktycznie podstawą konstruowania modeli interwencji i zapobiegania zaburzeniom. Przypomnijmy, że zdaniem Cicchetti i Cohena (2006) jest to czwarte najważniejsze zadanie PR. Na zakończenie warto rozwinąć tę ostatnią myśl, która dotyczy prewencji zaburzeń.

PERSPEKTYWY DALSZYCH POSZUKIWAŃ

Jeden z najznamienitszych współczesnych psychologów rozwoju Sameroff (2010) twierdzi, że główną motywacją społeczeństw do wspierania badań nad rozwojem jest odkrywanie, na czym polega proces stawania się zdrowymi, szczęśliwymi, efektywnie funkcjonującymi dorosłymi. Autor formułuje swoją myśl niezwykle mocno: fundusze na badania rozwojowe są przeznaczane wtedy, jeśli badania choć potencjalnie mają wyraźny aplikacyjny cel w postaci np. opisanie czynników, które mogą zapobiec powstaniu zaburzeń rozwoju, dzięki czemu społeczeństwo dorosłych będzie skutecznie pomnażać wspólne dobro. Podobną myśl przedstawiają Cicchetti i Toth (2009), sugerując, że to właśnie PR stwarza szansę na zasypanie odwiecznej przepaści między teorią a praktyką. W tym kontekście autorzy wymieniają cztery wyzwania, wobec których staje współczesna PR.

Po pierwsze, chcąc wyjaśnić indywidualne wzory adaptacji, PR musi prowadzić badania interdyscyplinarne, które uwzględnią wiele różnych perspektyw (*multiple levels of analysis*). Przykładowo poszukując natury odporności, nie może jedynie skupiać się na czynnikach społecznych i psychologicznych, pomijając te mające charakter np. genetyczny lub neurobiologiczny oraz nie uwzględniając faktu, iż wszystkie odkrywane czynniki wpływają na siebie wzajemnie, będąc elementami stale rozwijającego się szerszego systemu. W tym kontekście należy – zdaniem autorów – wypracować system komunikacji między naukowcami różnych dziedzin wiedzy, budować programy nauczania studentów, w których możliwe będzie spojrzenie z perspektywy różnych dyscyplin na to samo zagadnienie.

Po drugie, należy podjąć wysiłki, aby opracować rzetelne sposoby oceny skuteczności klinicznych sposobów interwencji, prewencji, programów terapeutycznych, których stosowanie z pewnością pomnoży naszą wiedzę na temat istoty procesu rozwojowego. Jeśli np. opracowany program prewencyjny zapobiega rozwojowi zaburzonych form zachowania,

zdobywamy wiedzę na temat procesów, które są naprawdę zaangażowane w ujawnianie się negatywnych skutków rozwojowych. Również w przypadku tych programów nie należy pomijać interwencji na poziomie fizjologicznym, potencjalnie mogącym prowadzić do zmian zachowania, a nawet zmian strukturalnych w mózgu.

Trzecim wyzwaniem dla PR jest uwzględnianie w badaniach kwestii różnic międzykulturowych. Zdaniem autorów odchodzimy w tym kontekście od myślenia o „deficytach” na rzecz myślenia o „różnicach”. Brak określonych adaptacyjnych wzorów zachowań w grupach mniejszościowych nie musi oznaczać drogi do powstania zaburzeń, a jedynie odmienną drogę rozwoju.

Ostatnim, czwartym wyzwaniem dla PR jest prowadzenie badań mających na celu wprowadzenie do praktyki klinicznej odkryć dokonanych w laboratoriach i podczas badań podstawowych oraz inspirowanie badań podstawowych obserwacjami prowadzonymi w środowisku naturalnym (*translational research*).

Podsumowując, choć niektóre tezy i wyzwania formułowane na gruncie PR wydają się nam od dawna znane lub zbyt ogólne, celne niewątpliwie jest myślenie o zaburzeniach w kategoriach rozwoju człowieka. PR mocno akcentuje fakt, że tylko jednoczesne odkrywanie, na czym polega rozwój typowy i atypowy, czym jest adaptacja i dezadaptacja, stwarzają szansę nie tylko na nierozdzielanie praktyki od teorii, ale pogłębianie ich wzajemnych związków.

PRZYPISY

¹ Zdaniem Alana Carra (2000) psychopatologia rozwojowa jako wiedza o postaciach zaburzeń rozwoju psychicznego, o ich przyczynach, mechanizmach powstawania i skutkach jest teoretyczną podstawą psychologii klinicznej dziecka, ale również psychiatrii czy pedagogiki specjalnej, gdyż istotne dla tych dziedzin jest zdefiniowanie pojęcia „zaburzenia rozwoju”.

² Jak twierdzi autor, dziecko, które w klasie izoluje się od grupy, doświadcza innego „bycia w grupie” niż dziecko zaangażowane w jej działania.

BIBLIOGRAFIA

- Achenbach T.M. (1974), *Developmental Psychopathology*. New York: Ronald Press.
- Bialecka-Pikul M. (2007), O potrzebie nowego spojrzenia na zaburzenia rozwoju. *Sztuka Leczenia*, 1–2, 13–24.
- Carr A. (2000), *The Handbook of Child and Adolescents Clinical Psychology. A Contextual Approach*. New York: Routledge.
- Cicchetti D., Cohen D.J. (red.) (2006), *Developmental Psychopathology*. New York: Wiley.
- Cicchetti D., Rogosch F.A. (1996), Equifinality and Multifinality in Developmental Psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 597–600.
- Cicchetti D., Toth S.L. (2009), The Past Achievements and Future Promises of Developmental Psychopathology: The Coming of Age of Discipline. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 1–2, 16–25.
- Cierpiąłkowska L., Zalewska M. (2008), Psychopatologia [w:] J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, 545–580. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Gottlieb G. (2007), Probabilistic Epigenesis. *Developmental Science*, 10, 1–11.
- Kamiloff-Smith A. (2007), Atypical Epigenesis. *Developmental Science*, 10, 84–88.
- Lengua L.J. (2002), The Contribution of Emotionality and Self-Regulation to the Understanding of Children's Response to Multiple Risk. *Child Development*, 73, 144–161.

- Masten A.S., Gerwitz A.H. (2006), Vulnerability and Resilience in Early Child Development [w:] K. McCartney, D. Phillips (red.), *Blackwell Handbook of Early Childhood Development*, 22–43. Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Morton J. (2007), *Developmental Disorder: A Causal Modelling Approach*. Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Rauh H. (2005), ‘At Risk’ Concept [w:] B. Hopkins, R.G. Barr, G.F. Michel, P. Rochat (red.), *The Cambridge Encyclopedia of Child Development*, 393–397. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rutter M. (2002), Nature, Nurture, and Development: From Evangelism through Science toward Policy and Practice. *Child Development*, 73, 1–21.
- Sameroff A. (2010), A Unified Theory of Development: A Dialectic Integration of Nature and Nurture. *Child Development*, 81, 6–22.
- Santostefano S. (1978), *A Biodevelopmental Approach to Clinical Child Psychology*. New York: Wiley.
- Schaffer R.H. (2005), *Psychologia dziecka*. Warszawa: Wydawnicwo Naukowe PWN.
- Siegler R.S. (1996), *Emerging Minds*. Oxford: Oxford University Press.
- Sroufe L.A., Rutter M. (1984), The Domain of Developmental Psychopathology. *Child Development*, 55, 17–29.
- Wilden A. (1980), *System and Structure*. London: Tavistock.

Terapia behawioralna zaburzeń rozwoju z perspektywy analizy zachowania

PRZEMYSŁAW BĄBEL

Instytut Psychologii
Uniwersytet Jagielloński
Kraków

STRESZCZENIE

Artykuł prezentuje specyfikę oraz metody terapii zaburzeń rozwoju wywodzących się z teorii uczenia się, określanych wspólnym mianem terapii behawioralnej. Prezentacja ta prowadzona jest z perspektywy analizy zachowania, czyli nauki o zachowaniu oraz o zmieniających środowiskowych, które na nie wpływają. Punktem wyjścia artykułu jest krótkie omówienie podstawowych założeń analizy zachowania oraz najważniejszych obszarów jej zastosowań. Wskazano trzy zasadnicze cele terapii behawioralnej zaburzeń rozwoju oraz omówiono najważniejsze metody wykorzystywane do ich osiągnięcia. Zaproponowano klasyfikację metod terapii behawioralnej w zależności od rodzaju uczenia się, z którego się wywodzą, oraz praw uczenia się, które stanowią mechanizm ich działania. W konkluzji podkreślono empirycznie dowiedzioną skuteczność terapii behawioralnej w terapii zaburzeń rozwoju.

Słowa kluczowe: zaburzenia rozwoju, terapia behawioralna, analiza zachowania, stosowana analiza zachowania, behawioryzm

WPROWADZENIE

Wśród psychologicznych teorii rozwojuoczesne miejsce zajmują teorie uczenia się (Turner, Helms, 1999; Watson, 2005). Podkreślają one, że zmiany rozwojowe są efektem

interakcji człowieka ze środowiskiem, czyli powstają w procesie uczenia się. Teorie uczenia się opisują, wyjaśniają, a także pozwalają przewidywać i wpływać na proces rozwoju człowieka dzięki wykorzystaniu wiedzy na temat przebiegu trzech podstawowych rodzajów uczenia się: warunkowania klasycznego, warunkowania sprawczego oraz uczenia się przez obserwację. Szczególne miejsce wśród wymienionych rodzajów uczenia się zajmuje warunkowanie sprawcze. To ono jest podstawą większości badań nad rozwojem prowadzonych w nurcie teorii uczenia się, a przede wszystkim większości metod stosowanych w terapii zaburzeń rozwoju. Warunkowanie sprawcze jest też paradygmatem analizy zachowania – działu psychologii, który ma wiele związków z psychologią rozwojową, gdyż jednym z jego podstawowych obszarów badań i zastosowań są zaburzenia rozwoju.

Celem artykułu jest prezentacja i propozycja klasyfikacji metod terapii zaburzeń rozwoju wywodzących się z teorii uczenia się, określanych wspólnym mianem terapii behawioralnej. Prezentacja ta prowadzona będzie z perspektywy analizy zachowania, gdyż większość omawianych metod powstała w ramach tej analizy, a ich specyfika jest konsekwencją charakterystycznej dla niej filozofii nauki i metodologii, a przede wszystkim umiejscowienia przyczyn zachowania. Stąd punktem wyjścia dla zawartych w artykule rozważań będzie krótkie omówienie najważniejszych założeń analizy zachowania.

ANALIZA ZACHOWANIA

Analiza zachowania (*behavior analysis*) jest nauką o zachowaniu oraz o zmiennych środowiskowych, które na nie wpływają (Bąbel, Ostaszewski, 2008; Bąbel, Suchowierska, Ostaszewski, 2010). Jest to współczesna wersja behawioryzmu, zapoczątkowanego wprawdzie przez Johna B. Watsona jego słynnym manifestem *Psychologia, jak widzi ją behawiorysta* z 1913 roku, ale w dzisiejszej analizie zachowania próżno szukać choćby śladów większości idei Watsona. Wręcz przeciwnie. Behawioryzm, jak widział go Watson (1913/2000; 1925/1990), jest źródłem wielu nieporozumień i mitów związanych z analizą zachowania (por. Bąbel, Suchowierska, Ostaszewski, 2010).

Za początek analizy zachowania przyjmuje się wydanie przez Burrhusa F. Skinnera monografii *Zachowanie się organizmów* w 1938 roku i to właśnie z pracami tego badacza, uznanego na podstawie obiektywnych kryteriów za najwybitniejszego psychologa XX wieku (Haggbloom i wsp., 2002)¹, związany jest rozkwit tej dziedziny psychologii. W analizie zachowania wyodrębniły się trzy działy: eksperymentalna analiza zachowania (*experimental analysis of behavior*), stosowana analiza zachowania (*applied behavior analysis*) oraz konceptualna analiza zachowania (*conceptual analysis of behavior*) (Bąbel, Ostaszewski, 2008; Bąbel, Suchowierska, Ostaszewski, 2010). Eksperymentalna analiza zachowania zajmuje się badaniami podstawowymi, w których, w warunkach laboratoryjnych, odkrywane są prawa rządzące zachowaniem. Celem stosowanej analizy zachowania jest tworzenie – na podstawie praw zachowania wypracowanych przez eksperymentalną analizę zachowania – procedur służących kształtowaniu i modyfikowaniu istotnych społecznie zachowań oraz eksperymentalne weryfikowanie ich skuteczności. Zarówno eksperymentalna, jak i stosowana analiza zachowania posługują się specyficzną metodologią badawczą, opierającą się na wykorzystywaniu tzw. jednopodmiotowych schematów eksperymentalnych, w których cały eksperyment przeprowadzany jest na jednej osobie lub osobniku,

a następnie replikowany na kilku innych (Białaszek, Ostaszewski, 2008; Shaughnessy, Zeichmeister, Zeichmeister, 2002). Z kolei konceptualna analiza zachowania zajmuje się historią dziedziny, analizami filozoficznymi, teoretycznymi i metodologicznymi.

U podłoża wszystkich działów analizy zachowania leży radykalny behawioryzm Skinnera – filozofia nauki wywodząca się z pozytywizmu, funkcjonalizmu i pragmatyzmu (Malcolm, 1964/2002; Świeżaczyńska, Ostaszewski, 2008). Dla radykalnego behawioryzmu zachowanie jest jedynym obszarem badań. O ile jednak Watson odrzucał badanie procesów mentalnych jako nieobserwowalnych, o tyle radykalny behawioryzm Skinnera (Bąbel, Ostaszewski, 2008; Bąbel, Suchowierska, Ostaszewski, 2010; Skinner, 1963/2002) uważa, że zachowania zewnętrzne (tzw. publiczne, czyli dostępne obserwacji z zewnątrz) i zachowania wewnętrzne (tzw. prywatne, czyli dostępne jedynie osobie, która ich doświadcza) mają jednolity charakter – podlegają tym samym prawom. To oznacza – i jest to jedna z najważniejszych tez behawioryzmu – że zarówno zachowania prywatne, jak i publiczne mają te same, środowiskowe przyczyny. W konsekwencji, wbrew temu, co głosi większość koncepcji psychologicznych, zachowania prywatne, takie jak myśli czy emocje, nie mogą być przyczyną zachowań publicznych, gdyż same wymagają wyjaśnienia w kategoriach przyczynowo-skutkowych. Filozofia radykalnego behawioryzmu stale się rozwija, a do najważniejszych prób modyfikacji koncepcji Skinnera należy zaliczyć behawioryzm teleologiczny Howarda Rachlina (1994) oraz behawioryzm teoretyczny Johna E.R. Staddon (2001). Specyfikę analizy zachowania, w tym także jej filozofii, najlepiej widać w czynnikach, w których upatruje ona przyczyn zachowania.

PRZYCZYNY ZACHOWAŃ

Z perspektywy analizy zachowania przyczyny większości zachowań (z wyjątkiem tych zdeterminowanych genetycznie) tkwią w śro-

dowisku. Warunkowanie sprawcze jest paradygmatem badawczym eksperymentalnej analizy zachowania, a także podstawą większości metod kształtowania i modyfikacji zachowania wypracowanych przez stosowaną analizę zachowania. Zostało ono opisane przez Skinera we wspomnianej książce *Zachowanie się organizmów* (1938/1995), a zwane jest także warunkowaniem instrumentalnym (por. Bąbel, Suchowierska, Ostaszewski, 2010). Z perspektywy warunkowania sprawczego przyczyną zachowań są ich konsekwencje środowiskowe, które dzieli się na wzmocnienia i kary (por. Ostaszewski, 2000). Wzmocnienia to takie konsekwencje zachowania, które prowadzą do wzrostu prawdopodobieństwa jego wystąpienia w przyszłości, podczas gdy kary prowadzą do spadku częstości zachowania w przyszłości. Wzmocnienia mogą być pozytywne, gdy zachowanie skutkuje pojawieniem się w środowisku bodźca pożądanego (np. premia), lub negatywne, gdy zachowanie powoduje ustanie działania bodźca awersyjnego, czyli kary, lub zapobiega jego pojawieniu się (np. uniknięcie nagany). Podobnie kary dzielimy na pozytywne, jeśli zachowanie skutkuje pojawieniem się bodźca awersyjnego (np. nagana), oraz negatywne, jeśli w rezultacie zachowania ustaje działanie bodźca pożądanego, czyli wzmocnienia, lub bodziec pożądaný nie pojawia się wcale (np. obcięcie premii).

Zachowanie i jego konsekwencje występują zawsze w określonych warunkach środowiskowych, które określa się mianem bodźców kontrolujących lub poprzedzających. Bodźce te nie są wprawdzie przyczyną zachowań, jak błędnie się niekiedy twierdzi, ale zmieniają prawdopodobieństwo pojawienia się zachowania. Bodźce kontrolujące dzielimy na różnicujące, w których obecności zachowanie jest wzmacniane (np. informacja o obniżce cen), oraz wygaszeniowe, które zapowiadają, że wzmocnienie nie wystąpi (np. kartka z informacją o odwołaniu dyżuru przez wykładownicę). Bodźce kontrolujące, zachowanie oraz jego konsekwencje stanowią trójelementową zależność, jaka powstaje w toku warunkowania sprawczego.

Warunkowanie sprawcze jest jednym z trzech podstawowych rodzajów uczenia się. Choć pozostałe dwa – warunkowanie klasyczne i uczenie się przez obserwację – nie są paradygmatami analizy zachowania, to stanowią one podstawę kilku metod terapii zaburzeń rozwoju, wykorzystywanych jako uzupełnienie metod opartych na warunkowaniu sprawczym. Z perspektywy warunkowania klasycznego i uczenia się przez obserwację przyczyny zachowania mają wprawdzie także charakter środowiskowy, ale są gdzie indziej umiejscowione. W odkrytym przez Iwana P. Pawłowa warunkowaniu klasycznym początkowo obojętny bodziec (np. winda), w wyniku ustanowienia zależności z bodźcem bezwarunkowym (np. zepsuciem się windy w trakcie jazdy), wywołującym określoną reakcję bezwarunkową (np. lęk), także nabiera zdolności do wywoływania reakcji (np. lęku). Staje się wtedy bodźcem warunkowym, a wywoływana przez niego reakcja zwana jest reakcją warunkową (por. Ostaszewski, 2000). Warunkowanie klasyczne jest mechanizmem tworzenia się w toku rozwoju człowieka wielu lęków i fobii, w tym m.in. fobii szkolnej. O ile w przypadku warunkowania sprawczego zachowanie jest utrzymywane przez konsekwencje środowiskowe, które po nim następowały w przeszłości w określonych warunkach, o tyle w warunkowaniu klasycznym reakcja jest wywoływana przez bodziec, który ją poprzedza.

Uczenie się przez obserwację to proces powstawania względnie trwałych zmian w zachowaniu w wyniku obserwowania zachowania innych osób (Bandura, 1977/2007; Wysocka, 2001). Uczenie się przez obserwację zwane jest warunkowaniem zastępczym, gdyż zachodzi bez bezpośredniego doświadczenia, ale jego skutki są zbliżone do rezultatów warunkowania sprawczego (nabycie nowych zachowań, zahamowanie lub pobudzenie do wykonywania zachowań wcześniej wyuczonych) lub warunkowania klasycznego (nabywanie reakcji emocjonalnych na bodźce). Choć uczenie się przez obserwację jest odrębnym procesem uczenia się, to z jego perspektywy przyczyny zachowania są tożsame

z przyczynami zachowania, jakie wynikają z warunkowania sprawczego i klasycznego, a różny jest jedynie sposób, w jaki przyczyny te kształtują zachowanie – pośredni w przypadku uczenia się przez obserwację, a bezpośredni w przypadku warunkowania sprawczego i klasycznego.

Reasumując, z perspektywy analizy zachowania przyczyną zachowań są ich konsekwencje środowiskowe (warunkowanie sprawcze). Środowiskowe przyczyny zachowania mogą także tkwić w bodźcach poprzedzających zachowanie (warunkowanie klasyczne), ale częściej bodźce poprzedzające zachowanie zmieniają jedynie prawdopodobieństwo jego pojawienia się (warunkowanie sprawcze). Konsekwencją takiego, a nie innego umiejscowienia przyczyn zachowania, które dokonało się – podkreślmy to – w toku setek, jeśli nie tysięcy badań eksperymentalnych prowadzonych przez ostatnie sto lat, stało się wypracowanie metod kształtowania i modyfikacji zachowania, które opierają się na manipulacji tymi przyczynami. Stanowią one domenę stosowanej analizy zachowania.

STOSOWANA ANALIZA ZACHOWANIA

Początek stosowanej analizy zachowania to z jednej strony rok 1953, w którym ukazała się książka Skinnera *Science and Human Behavior*, będąca ekstrapolacją działania podstawowych praw zachowania wypracowanych przez eksperymentalną analizę zachowania na zachowanie człowieka w codziennych sytuacjach, z drugiej zaś rok 1968, w którym ukazał się pierwszy numer czasopisma „Journal of Applied Behavior Analysis” (JABA) z historycznym artykułem Baera, Wolfa i Risleya definiującym stosowaną analizę zachowania i określającym jej cechy charakterystyczne (por. Baer, 2002).

Jednak pierwsze badania, które miały charakter stosowany, przeprowadzone były znacznie wcześniej. W 1924 roku Mary Cover Jones opublikowała wyniki eksperymentu, w którym wyeliminowała reakcję lęku wobec bia-

łego królika u niespełna trzyletniego chłopca o imieniu Piotruś. Było to pierwsze w historii zastosowanie terapii behawioralnej, wykorzystującej warunkowanie klasyczne. Jednym z pierwszych badań stosowanych w paradygmacie warunkowania sprawczego był eksperyment Paula Fullera opublikowany w 1949 roku, w którym opisano skuteczne nauczanie podnoszenia ręki do pionu z pozycji leżącej 18-letniego chłopca z głębokim upośledzeniem umysłowym, uznanego przez lekarzy za niezdolnego do jakiegokolwiek nauki. Za formalny początek stosowanej analizy zachowania uznaje się rok 1959, w którym ukazał się artykuł Ayllona i Michaela, opisujący modyfikację zachowania pacjentów chorych psychicznie i pacjentów opóźnionych w rozwoju przez personel szpitala psychiatrycznego za pomocą procedur wywodzących się z eksperymentalnej analizy zachowania. Warto przy tym zwrócić uwagę, że wszystkie trzy badania dotyczą terapii zaburzeń rozwoju, która jest do dziś najważniejszym obszarem zastosowań analizy zachowania.

Stosowana analiza zachowania przeżywa obecnie najbardziej intensywny rozwój spośród wszystkich działów analizy zachowania, zarówno w Polsce, jak i na świecie (por. Bąbel, Ostaszewski, 2008; Bąbel, Suchowierska, Ostaszewski, 2010). Suchowierska (2008b) wskazuje na dziewięć obszarów zastosowań analizy zachowania, w których prowadzi się bardzo wiele badań:

- 1) zaburzenia rozwoju, zwłaszcza ze spektrum autyzmu;
- 2) chorobypsychiczne, szczególnie schizofrenia;
- 3) inne problemy z zakresu psychologii klinicznej, takie jak lęki, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, nadmierny stres, nadwaga/otyłość, problemy małżeńskie, dysfunkcje seksualne i uzależnienia;
- 4) wychowanie dzieci, szczególnie radzenie sobie z problemami wychowawczymi;
- 5) edukacja dzieci i nastolatków typowo rozwijających się, w tym radzenie sobie z zachowaniami niepożądanymi oraz podnoszenie skuteczności procesu nauczania;
- 6) poprawa wydajności pracowników i firm;
- 7) wspomaganie wyników sportowych;

- 8) rozwiązywanie problemów społecznych, szczególnie dotyczących ochrony przyrody i poprawy bezpieczeństwa;
- 9) pomoc seniorom w radzeniu sobie z ograniczeniami wynikającymi z wieku.

Choć analiza zachowania znajduje zastosowanie w tak wielu obszarach, to najczęściej wykorzystywana jest w terapii różnego rodzaju zaburzeń psychicznych, szczególnie zaburzeń rozwoju oraz lęków i fobii. Dlatego często stosowana analiza zachowania traktowana jest jako synonim terapii behawioralnej. W literaturze anglojęzycznej przeważa jednak traktowanie terapii behawioralnej i stosowanej analizy zachowania jako dwóch komponentów szerszego pojęcia „modyfikacja zachowania” (por. Bąbel, Suchowierska, Ostaszewski, 2010). W takim ujęciu terapia behawioralna to podejście terapeutyczne oparte na warunkowaniu klasycznym, a stosowana analiza zachowania ma za podstawę warunkowanie sprawcze. W polskiej literaturze najczęściej wykorzystuje się jednak pojęcie „terapia behawioralna” na określenie ogółu metod terapeutycznych wykorzystujących podstawowe procesy uczenia się, czyli warunkowanie klasyczne, warunkowanie sprawcze i uczenie się przez obserwację. W takim też rozumieniu pojęcie „terapia behawioralna” jest używane w niniejszym tekście.

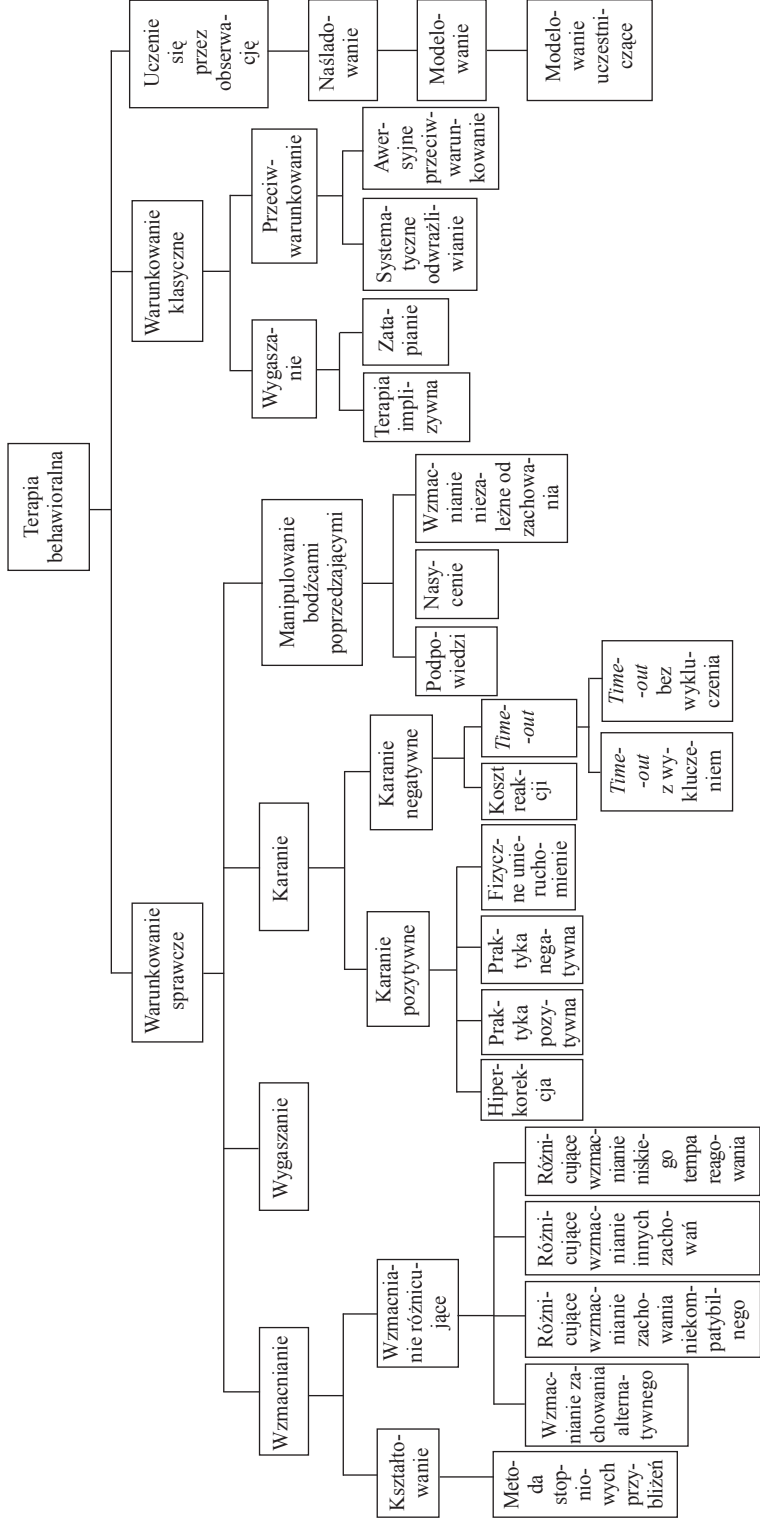
Celem terapii behawioralnej jest: 1) rozwijanie zachowań pożądaných (np. zachowań samoobsługowych), 2) redukcja zachowań niepożądaných (np. zachowań autodestrukcyjnych) oraz – co niezwykle istotne – 3) generalizacja i utrzymanie efektów terapii (Kozłowski, 2003). Każdy z celów realizowany jest za pomocą specyficznych metod, wywodzących się z praw rządzących zachowaniem. Metody te można uporządkować ogólnie według rodzajów uczenia się, z których się wywodzą (warunkowanie sprawcze, klasyczne i uczenie się przez obserwację), a bardziej szczegółowo – według praw uczenia się, które stanowią mechanizm ich działania. Propozycję klasyfikacji metod terapii behawioralnej na podstawie powyższych kryteriów przedstawiono na rysunku 1.

ROZWIJANIE ZACHOWAŃ POŻĄDANYCH

Pierwszy cel terapii behawioralnej realizowany jest albo poprzez zwiększanie częstości zachowań pożądaných, znajdujących się w repertuarze dziecka, albo poprzez kształtowanie nowych zachowań. W obu przypadkach podstawę terapii stanowi stosowanie wzmocnień w różnej postaci (Hall, Hall, 2000b; Kozłowski, 2003). Wyróżnia się wzmocnienia pierwotne i wtórne (warunkowe, w tym zgeneralizowane), naturalne i sztuczne, społeczne, w postaci aktywności oraz wynikające z naśladowania (por. Bąbel, Suchowierska, Ostaszewski, 2010). Najczęściej wykorzystywanymi wzmocnieniami w terapii behawioralnej są wzmocnienia społeczne, zwłaszcza systematyczna uwaga i aprobata (Hall, Hall, 2000a), oraz wzmocnienia zgeneralizowane, stosowane w gospodarce żetonowej i systemach punktowych (Ayllon, 2000; Bąbel, 2009).

Pierwszym krokiem rozwijania zachowań pożądaných jest precyzyjne opisanie zachowania, które będzie podlegało wzmocnieniu. Podstawowymi zasadami, jakimi kierują się terapeuci behawioralni, dokonując wyboru zachowania, są: zasada małych kroków oraz zasada stopniowania trudności. Zgodnie z pierwszą z nich zachowanie, które ma zostać ukształtowane (np. samodzielne ubieranie się), dzieli się na małe kroki (np. założenie bielizny, koszuli, spodni itd.) i uczy stopniowo każdego z nich, przechodząc do kolejnego tylko wtedy, gdy dziecko opanowało poprzedni krok. Zasada stopniowania trudności zaś mówi, że terapię rozpoczyna się od nauczania umiejętności podstawowych (np. reagowanie na polecenia), a dopiero w dalszej kolejności przechodzi się do bardziej złożonych zachowań (np. prowadzenie rozmowy).

Kolejny krok stanowi dobór właściwego wzmocnienia, dostosowanego do konkretnego dziecka, konkretnej sytuacji i konkretnego zachowania, które będzie podlegało wzmocnieniu. W samej zaś procedurze wzmocnienia najistotniejsze jest podawanie wzmocnień w odpowiednim momencie (w trakcie lub na-



Ryc. 1. Klasyfikacja metod terapii behawioralnej według rodzajów uczenia się, z których się wywodzą (poziom pierwszy), oraz według praw uczenia się, które stanowią mechanizm ich działania (poziom drugi)

tychmiast po wykonaniu zachowania) i wyłączenie po zachowaniach, które zostały opisane jako podlegające wzmocnieniu (Hall, Hall, 2000b; Kozłowski, 2003). W przypadku zachowań, które znajdują się w repertuarze dziecka, ale nie są emitowane w czasie i okolicznościach, w których mają być wzmocniane, w celu zwiększenia prawdopodobieństwa ich pojawienia się stosuje się podpowiedzi, czyli bodźce poprzedzające, wskazujące albo reakcję, jaką należy wykonać (podpowiedzi związane z reakcją), albo na jaki bodziec należy zareagować (podpowiedzi związane z bodźcem). Wyróżnia się kilka rodzajów podpowiedzi związanych z reakcją: fizyczne, modelujące, wskazujące, słowne lub wizualne (por. Bąbel, Suchowierska, Ostaszewski, 2010). W terapii dzieci z zaburzeniami rozwoju stosuje się specyficzny rodzaj podpowiedzi wizualnych – tzw. plany aktywności, które wspomagają proces nauczania samodzielności i niezależności (McClannahan, Krantz, 2002).

Kształtowanie nowych zachowań odbywa się najczęściej metodą kolejnych przybliżeń, w której wzmocnia się zachowania coraz bardziej podobne do docelowego, zaczynając często od stosunkowo dalekiego podobieństwa (por. zasada małych kroków). Nowe zachowania można także kształtować metodą modelowania, która wykorzystuje mechanizm naśladowania, zachodzący w procesie uczenia się przez obserwację (Striefel, 2000).

REDUKOWANIE ZACHOWAŃ NIEPOŻĄDANYCH

Podstawą realizacji drugiego celu terapii behawioralnej, czyli redukcji zachowań niepożądanych, jest ocena funkcjonalna. Jest to proces mający na celu sformułowanie hipotez o funkcji zachowań niepożądanych, zwanych też trudnymi (Suchowierska, 2008a). Przez funkcję zachowania rozumie się okoliczności, w jakich się ono pojawia, w odróżnieniu od formy zachowania, która oznacza sposób, w jaki zachowanie się przejawia. Rozróżnienie formy i funkcji zachowania jest niezwykle istotne, gdyż to samo zachowanie (a więc

mające tę samą formę) może mieć odmienne funkcje.

Ocena funkcjonalna to diagnoza behawioralna, w której poszukuje się środowiskowych przyczyn występowania zachowań niepożądanych (por. Bellack, Hersen, 2010). Suchowierska (2008a) wyróżnia pięć etapów oceny funkcjonalnej:

- 1) precyzyjny opis zachowania niepożądanego oraz alternatywnego zachowania pożądanego (zachowania, które ma zastąpić zachowanie niepożądane);
- 2) zbieranie informacji odnośnie do tego, kiedy zachowanie niepożądane się pojawia, a kiedy nie;
- 3) obserwowanie sytuacji, w których zachowanie niepożądane się pojawia i w których go brak;
- 4) tworzenie hipotez dotyczących funkcji zachowania niepożądanego;
- 5) testowanie hipotez.

Istnieją trzy zasadnicze metody przeprowadzania oceny funkcjonalnej: 1) metoda pośrednia (informacje uzyskuje się od rodziców, opiekunów i nauczycieli dziecka za pomocą kwestionariuszy lub w toku wywiadu), 2) metoda bezpośrednia (informacje uzyskuje się w czasie obserwacji zachowania dziecka w jego środowisku naturalnym) oraz 3) metoda eksperymentalna, czyli analiza funkcjonalna zachowania (informacje uzyskuje się w badaniach eksperymentalnych, w których manipuluje się bodźcami poprzedzającymi i konsekwencjami zachowania). Wszystkie trzy metody zmierzają do ustalenia, jakie konsekwencje środowiskowe (wzmocnienia) utrzymują zachowanie niepożądane.

Najczęstszą metodą oceny funkcjonalnej jest opis ABC. Jest to metoda bezpośrednia, polegająca na obserwacji dziecka w jego środowisku i zapisie bodźców poprzedzających zachowanie (A od *antecedent*), zachowań dziecka (B od *behavior*) oraz konsekwencji, jakie występują po zachowaniu dziecka (C od *consequence*). Dzięki opisowi ABC uzyskuje się odpowiedź na pytanie, jakie konsekwencje i w jakich okolicznościach wywołuje określone zachowanie, czyli ustala się funkcję tego zachowania.

Rezultatem oceny funkcjonalnej są także wytyczne co do tego, jaką interwencję należy zastosować w celu zredukowania niepożądanego zachowania. Terapeuta behawioralny ma do dyspozycji wiele metod interwencji w przypadku zachowań trudnych (Kozłowski, 2005; Suchowierska, 2008a). Metody terapii behawioralnej wykorzystujące warunkowanie sprawcze opierają się najczęściej na manipulowaniu konsekwencjami zachowania, ale także na manipulowaniu bodźcami poprzedzającymi zachowanie. Manipulowanie konsekwencjami zachowania wykorzystuje mechanizm wygaszania, wzmocnienia lub karania. Wygaszanie polega na zaprzestaniu występowania wzmocnień po zachowaniu niepożądanym i przyjmuje jedną z trzech form w zależności od tego, jakiego typu wzmocnienia utrzymują zachowanie. Jeśli są to wzmocnienia pozytywne, to wygaszanie polega na uniemożliwieniu ich wystąpienia. W przypadku zachowań wzmocnianych negatywnie, pomimo wystąpienia zachowania niepożądanego, które prowadziło dotychczas do ucieczki od bodźca awersyjnego lub uniknięcia tego bodźca (kary), on się pojawia. Natomiast wygaszanie zachowań podtrzymywanych przez wzmocnienia automatyczne (zachowania wywołujące doznania sensoryczne, np. zachowania autostymulacyjne) polega na uniemożliwieniu lub zminimalizowaniu odczuwania wzmocnień doznań.

Wykorzystanie wzmocnienia w redukowaniu zachowań niepożądanych można polegać na:

- wzmocnieniu zachowania pożądanego, stanowiącego alternatywę dla zachowania niepożądanego, przy jednoczesnym wygaszaniu tego ostatniego (różnicujące wzmocnienie zachowania alternatywnego);
- wzmocnieniu zachowania, które jest niemożliwe do jednoczesnego wykonania z zachowaniem niepożądanym (różnicujące wzmocnienie zachowania niekompatybilnego);
- podawaniu wzmocnień, jeśli w wyznaczonym czasie nie pojawiło się zachowanie niepożądane (różnicujące wzmocnienie innych zachowań);

- podawaniu wzmocnień, jeśli w wyznaczonym czasie wystąpiło nie więcej zachowań niepożądanych, niż to ustalono (różnicujące wzmocnienie niskiego tempa reagowania).

Choć podejście behawioralne do pracy z zachowaniami niepożądanymi kojarzone jest głównie z karaniem, to jest to jeden z głównych mitów dotyczących analizy zachowania. W redukowaniu zachowań niepożądanych najczęściej wykorzystuje się bowiem wygaszanie i wzmocnienie, a metody oparte na karaniu stosowane są rzadko i po spełnieniu wielu warunków (por. Bąbel, Suchowierska, Ostaszewski, 2010). Do metod wykorzystujących karanie pozytywne zalicza się: hiperkorekcję (naprawienie w nawiązku szkód wyrządzonych przez niepożądane zachowanie) najczęściej w połączeniu z praktyką pozytywną (wielokrotne ćwiczenie zachowania pożądanego), praktykę negatywną (wielokrotne powtarzanie niepożądanego zachowania) oraz fizyczne unieruchomienie (w przypadku zachowań agresywnych, autodestrukcyjnych lub niszczących mienie) (Azrin, Besalel, 2000). Bardzo rzadko zaś stosuje się najbardziej znaną formę kary pozytywnej, czyli ekspozycję bodźca awersyjnego po wystąpieniu niepożądanego zachowania. Na karaniu negatywnym opierają się następujące metody terapii behawioralnej: koszt reakcji (pozbawienie określonej liczby wzmocnień w konsekwencji zachowania niepożądanego) oraz *time-out* (pozbawienie dostępu do wzmocnień pozytywnych oferowanych przez otoczenie) odbywający się albo w miejscu, w którym dziecko przebywa (*time-out* bez wykluczenia), albo w innym otoczeniu niż to, w którym dziecko przebywało w momencie zaangażowania się w zachowanie niepożądane (*time-out* z wykluczeniem).

Do metod opartych na manipulowaniu bodźcami poprzedzającymi zachowanie niepożądane wzmocniane pozytywnie należą: wzmocnienie niezależne od zachowania (podawanie wzmocnień podtrzymujących zachowanie niepożądane niezależnie od tego, czy ono wystąpiło) oraz ciągła dostępność wzmocnień podtrzymujących zachowanie

niepożądane (tzw. nasycenie). W przypadku zachowań niepożądanych wzmocnianych negatywnie manipulowanie bodźcami poprzedzającymi może polegać na ograniczaniu liczby bodźców awersyjnych (kar) występujących w przypadku niepojawienia się zachowania niepożądanego. Wszystkie wymienione metody oddziałują na tzw. operacje motywujące, czyli zmiany w środowisku, które czasowo zwiększają (operacja ustanawiająca) lub zmniejszają (operacja znosząca) skuteczność wzmocnienia lub kary.

Jeśli chodzi o metody redukowania zachowań niepożądanych bazujące na warunkowaniu klasycznym, to służą one w większości redukowaniu różnego rodzaju lęków i fobii. Metody te wykorzystują dwa mechanizmy: wygaszanie oraz przeciwwarunkowanie. W warunkowaniu klasycznym wygaszanie polega na zaprzestaniu pojawiania się bodźca bezwarunkowego po bodźcu warunkowym. Ponieważ lęk stanowi reakcję warunkową na bodziec warunkowy będący przedmiotem fobii, to wygaszanie polega na wystawieniu klienta na działanie bodźca lękotwórczego (warunkowego) do momentu, w którym siła reakcji lękowej, wobec niepojawienia się bodźca bezwarunkowego, zostanie zredukowana. Do metod wykorzystujących wygaszanie należą terapia implozywna i zatapianie. W terapii implozywnej klient wielokrotnie wyobraża sobie bodziec lub sytuację wywołującą lęk, natomiast zatapianie polega na wielokrotnym wystawieniu klienta na działanie rzeczywistego bodźca lub sytuacji lękotwórczej.

Przeciwwarunkowanie to kojarzenie bodźca warunkowego z bodźcem wywołującym reakcję niezgodną z reakcją warunkową, w rezultacie czego bodziec warunkowy zaczyna wywoływać nową, niezgodną z pierwotną, reakcję warunkową. Mechanizm przeciwwarunkowania wykorzystywany jest w metodzie terapii lęków i fobii zwanej systematycznym odwracaniem (Wolpe, Wolpe, 1999). W metodzie tej ustala się hierarchiczną listę bodźców lub sytuacji wywołujących lęk (bodziec warunkowy), a następnie klient, znajdując się w stanie głębokiej relaksacji (nowa, niezgodna z lękiem reakcja), wyobraża so-

bie bodźce lub sytuacje z listy, poczynając od najmniej lękotwórczych, stopniowo przechodząc do tych, które wywołują coraz większy lęk. Mechanizm przeciwwarunkowania wykorzystywany jest również w metodzie terapii zwanej awersyjnym przeciwwarunkowaniem. Polega ona na kojarzeniu bodźca wywołującego przyjemne doznania, ale szkodliwego (np. obgryzania paznokci), z bodźcem awersyjnym (np. substancją do smarowania paznokci o nieprzyjemnym smaku).

Metody terapii behawioralnej lęków i fobii wykorzystujące warunkowanie klasyczne należą do grupy zwanej terapią ekspozycyjną, gdyż w ich trakcie klient wystawiany jest na kontakt z bodźcem lub sytuacją lękotwórczą. Kontakt ten może mieć miejsce w wyobraźni klienta lub w rzeczywistości wirtualnej (systematyczne odwracanie i terapia implozywna), lub odbywać się w miejscu, w którym lęk rzeczywiście występuje (zatapianie). W tym ostatnim przypadku mówimy, że terapia ekspozycyjna jest terapią *in vivo*. W terapii lęków i fobii stosuje się także specyficzną formę modelowania, wykorzystującą mechanizm naśladowania, zachodzący w procesie uczenia się przez obserwację, tj. modelowanie uczestniczące. W metodzie tej terapeuta prezentuje pożądane zachowanie (np. zbliżanie się do obiektu fobii), a w kolejnym etapie pomaga klientowi wykonać modelowane zachowanie (Bandura, 1977/2007).

GENERALIZACJA I UTRZYMANIE EFEKTÓW TERAPII

Generalizacja i utrzymanie efektów jest równorzędnym pod względem istotności celem terapii behawioralnej, jak rozwijanie zachowań pożądanych i redukowanie zachowań niepożądanych. Generalizacja efektów terapii oznacza występowanie zachowania poddawanego interwencji w różnych sytuacjach i środowiskach oraz wobec wielu osób, a nie wyłącznie w środowisku terapeutycznym i wobec terapeuty. Z kolei utrzymanie określa stopień, w jakim zachowanie poddawane interwencji jest przejawiane przez dziecko po jej zakończeniu. Istnieje wiele metod, które służą utrzymaniu i ge-

neralizacji efektów terapii (Esveltd-Dawson, Kazdin, 2000). Do najważniejszych należą:

- przechodzenie od wzmacniania ciąglego (wzmocnienie po każdym zachowaniu) do wzmacniania sporadycznego (wzmocnienie występuje tylko po niektórych zachowaniach);
- zwiększanie opóźnienia między zachowaniem a wzmocnieniem;
- odchodzenie od stałego kontrolowania zachowań na rzecz sprawdzania i wzmacniania tylko niektórych zachowań;
- przechodzenie od wzmocnień sztucznych (zaplanowanych i przyznawanych przez terapeutę) do wzmocnień naturalnych (ściśle związanych z zachowaniem, którego są konsekwencją);
- przechodzenie od wzmacniania przez osoby, które na co dzień stykają się z pożądanymi zachowaniami, szczególnie rówieśników;
- wzmacnianie pożądaných zachowań w nowych sytuacjach i w obecności innych osób podających wzmocnienia.

SKUTECZNOŚĆ TERAPII BEHAVIORALNEJ

Terapia behawioralna jest jedną z najskuteczniejszych form psychoterapii. Świadczy o tym choćby fakt, że na liście 25 skutecznych i prawdopodobnie skutecznych terapii, opublikowanej przez Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne (Chambless, 1993), aż 13 to terapie behawioralne! Jeśli chodzi o terapię zaburzeń rozwoju, to na liście tej widnieje modyfikacja zachowania, która zo-

stała uznana za skuteczną na podstawie rezultatów metaanalizy przeprowadzonej przez Scottiego i wsp. (1991). Danych potwierdzających skuteczność terapii behawioralnej zaburzeń rozwoju jest znacznie więcej, a zainteresowany czytelnik znajdzie ich przeglądy np. w publikacjach Lovaasa (2003) oraz Kubach i Zielińskiej (2003). W tym miejscu warto jednak podkreślić, że stosowana analiza zachowania dostarcza skutecznych metod terapii zaburzeń mowy, a nawet umożliwia nabywanie mowy przez dzieci autystyczne, które przed podjęciem terapii nie mówiły (Kawa, 2005; Kubach, Zielińska, 2002; Suchowierska, 2005; Suchowierska, Kawa, 2008). Skuteczność metod stosowanej analizy zachowania w tym zakresie nie tylko przeczy jednemu z mitów dotyczących analizy zachowania głoszącemu, że analiza zachowania nie jest w stanie wyjaśnić nabywania mowy (por. Bąbel, Suchowierska, Ostaszewski, 2010), ale także potwierdza słuszność analizy procesu nabywania mowy przeprowadzonej przez Skinera w książce *Verbal Behavior* z 1957 roku, nietrafnie skrytykowanej w słynnej recenzji Chomsky'ego (1959/1977) (por. Suchowierska, Kawa, 2008).

Resumując, stosowana analiza zachowania dostarcza niezwykle skutecznych metod terapii zaburzeń rozwoju. Poza dowiedzioną skutecznością dodatkowo wyróżniają ją naukowe podstawy (rezultaty tysięcy badań nad procesami uczenia się, prowadzonych od przeszło stu lat), a także – z jednej strony – dostosowanie metod do specyficznych problemów i zaburzeń, a z drugiej – możliwość ich wykorzystania nie tylko do kształtowania i modyfikowania zachowań problemowych, ale także do podnoszenia jakości życia.

PRZYPIS

¹ Na drugim miejscu tego rankingu znalazł się Jean Piaget, wyprzedzając zajmującego trzecią pozycję Zygmunta Freuda. Na czwartym miejscu uplasował się inny wybitny przedstawiciel behawioryzmu polskiego pochodzenia (jego ojciec wyemigrował do Kanady z Krakowa) – Albert Bandura, który jest najwyższym notowanym żyjącym psychologiem uwzględnionym w rankingu.

BIBLIOGRAFIA

- Ayllon T. (2000), *Jak stosować gospodarkę żetonową i system punktowy*. Gdańsk: Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym.
- Ayllon T., Michael J. (1959), The Psychiatric Nurse as a Behavioral Engineer. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 2, 323–334.
- Azrin N.H., Besalel V.A. (2000), *Jak stosować praktykę pozytywną, autokorekcję i hiperkorekcję*. Gdańsk: Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym.
- Baer D.M. (2002), Stosowana analiza behawioralna [w:] N.J. Mackintosh, A.M. Dolman (red.), *Zdolności a proces uczenia się*, 37–58. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Baer D.M., Wolf M.M., Risley T.R. (1968), Some Current Dimensions of Applied Behavior Analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 91–97.
- Bandura A. (1977/2007), *Teoria społecznego uczenia się*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bąbel P. (2009), Punktowe systemy oceniania w praktyce edukacyjnej [w:] N. Grzegorzczuk-Dłuciak (red.), *Czas na dialog! Materiały z I Ogólnopolskiej Konferencji Nauczycieli Szkolnictwa Specjalnego*, 35–52. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Bąbel P., Ostaszewski P. (2008), Wprowadzenie do psychologii behawioralnej [w:] P. Bąbel, P. Ostaszewski (red.), *Współczesna psychologia behawioralna. Wybrane zagadnienia*, 7–21. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Bąbel P., Suchowierska M., Ostaszewski P. (2010), *Analiza zachowania od A do Z*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Bellack A.S., Hersen M. (2010), *Diagnoza behawioralna. Podręcznik*. Warszawa: ME-KOMP.
- Białaszek W., Ostaszewski P. (2008), Podstawy metodologii badań eksperymentalnej analizy zachowania [w:] P. Bąbel, P. Ostaszewski (red.), *Współczesna psychologia behawioralna. Wybrane zagadnienia*, 41–61. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Chambless D.L. (1993), *Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures: A Report Adopted by the Division 12 Board-October 1993*; <http://www.apa.org/divisions/div12/est/chamble2.pdf> (dostęp: 1.11.2010).
- Chomsky N. (1959/1977), Recenzja z Verbal Behavior B.F. Skinnera [w:] B. Stanosz (red.), *Lingwistyka a filozofia. Współczesny spór o filozoficzne założenia teorii języka*, 23–81. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Esveldt-Dawson K., Kazdin A.E. (2000), *Jak utrwalać wyuczone zachowanie*. Gdańsk: Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym.
- Fuller P.R. (1949), Operant Conditioning of a Vegetative Human Organism. *American Journal of Psychology*, 62, 587–590.
- Haggblom S.J., Warnick R., Warnick J.E., Jones V.K., Yarbrough G.L., Russell T.M., Borecky C.M., McGahhey R., Powell J.L. III, Beavers J., Monte E. (2002), The 100 Most Eminent Psychologists of the 20th Century. *Review of General Psychology*, 6, 139–152.
- Hall R.V., Hall M.L. (2000a), *Jak stosować systematyczną uwagę i aprobatę*. Gdańsk: Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym.
- Hall R.V., Hall M.L. (2000b), *Jak stosować wzmocnienia*. Gdańsk: Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym.
- Jones M.C. (1924), A Laboratory Study of Fear: The Case of Peter. *Pedagogical Seminary*, 31, 308–315.
- Kawa R. (2005), Rozwijanie umiejętności niezbędnych w nabywaniu mowy [w:] E. Pisula, D. Danielewicz (red.), *Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem*, 79–96. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Kozłowski J. (2003), Zastosowanie teorii uczenia się w terapii małych dzieci z autyzmem na przykładzie projektu wczesnej interwencji O.I. Lovaasa [w:] D. Danielewicz, E. Pisula (red.), *Terapia i edukacja osób z autyzmem. Wybrane zagadnienia*, 49–74. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Kozłowski J. (2005), Zachowania trudne u osób z zaburzeniami rozwojowymi: behawioralny model diagnozy, terapii i profilaktyki [w:] E. Pisula, D. Danielewicz (red.), *Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem*, 97–129. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Kubach I., Zielińska M. (2002), Terapia behawioralna mowy u dzieci z autyzmem [w:] J. Przesmycka-Kamińska (red.), *Trudności w werbalnym porozumiewaniu się z otoczeniem dzieci z różnymi dysfunkcjami OUN*, 93–104. Wrocław: Wydawnictwo GAJT.

- Kubach I., Zielińska M. (2003), Przegląd badań nad skutecznością wykorzystania technik analizy behawioralnej stosowanej w terapii dzieci z autyzmem [w:] M. Kościelska, B. Aouil (red.), *Człowiek niepełnosprawny. Sprawność w niepełnosprawności*, 109–129. Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej.
- Lovaas O.I. (2003), Plany eksperymentalne i badania oparte na danych skumulowanych we wczesnej interwencji behawioralnej [w:] M. Rybicka (red.), *Terapia behawioralna osób z autyzmem. Wybrane zagadnienia*, 17–61. Gdańsk: Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym.
- Malcolm N. (1964/2002), Behawioryzm jako filozofia psychologii [w:] T.W. Wann (red.), *Behawioryzm i fenomenologia*, 171–194. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- McClannahan L.E., Krantz P.J. (2002), *Plany aktywności dla dzieci z autyzmem. Uczenie samodzielności*. Gdańsk: Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym.
- Ostaszewski P. (2000), Procesy warunkowania [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 2: Psychologia ogólna*, 97–116. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Rachlin H. (1994), *Behavior and Mind: The Roots of Modern Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Scotti J.R., Evans I.M., Meyer L.H., Walker P. (1991), A Meta-Analysis of Intervention Research with Problem Behavior: Treatment Validity and Standards of Practice. *American Journal on Mental Retardation*, 96, 233–256.
- Shaughnessy J.J., Zeichmeister E.B., Zeichmeister, J.S. (2002), *Metody badawcze w psychologii*, 362–378. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Skinner B.F. (1938/1995), *Zachowanie się organizmów*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Skinner B.F. (1953/1965), *Science and Human Behavior*. New York: The Free Press.
- Skinner B.F. (1957), *Verbal Behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Skinner B.F. (1963/2002), Pół wieku behawioryzmu [w:] T.W. Wann (red.), *Behawioryzm i fenomenologia*, 99–133. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Staddon J.E.R. (2001), *The New Behaviorism*. Philadelphia: Taylor & Francis.
- Striefel S. (2000), *Jak uczyć przez modelowanie i imitację*. Gdańsk: Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym.
- 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”.
- Suchowierska M. (2008a), Ocena funkcjonalna: metody przeprowadzania analiz i wykorzystanie ich wyników w praktyce [w:] P. Bąbel, P. Ostaszewski (red.), *Współczesna psychologia behawioralna. Wybrane zagadnienia*, 63–83. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Suchowierska M. (2008b), Stosowana analiza zachowania – wykorzystanie technik behawioralnych do rozwiązywania problemów społecznych [w:] P. Bąbel, P. Ostaszewski (red.), *Współczesna psychologia behawioralna. Wybrane zagadnienia*, 239–260. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Suchowierska M., Kawa R. (2008), Zachowania werbalne: koncepcja B.F. Skinnera i krytyka N. Chomsky’ego [w:] P. Bąbel, P. Ostaszewski (red.), *Współczesna psychologia behawioralna. Wybrane zagadnienia*, 169–203. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Świeżaczyńska M., Ostaszewski P. (2008), Filozoficzne podłoże założeń radykalnego behawioryzmu B.F. Skinnera [w:] P. Bąbel, P. Ostaszewski (red.), *Współczesna psychologia behawioralna. Wybrane zagadnienia*, 23–40. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Turner J.S., Helms D.B. (1999). *Rozwój człowieka*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Watson J.B. (1913/2000), Psychologia, jak widzi ją behawiorysta [w:] J. Siuta, K. Krzyżewski (red.), *Behawioryzm i psychologia świadomości*, 139–154. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Watson J.B. (1925/1990), *Behawioryzm oraz Psychologia, jak widzi ją behawiorysta*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Watson J.S. (2005), Learning Theories [w:] B. Hopkins, R.G. Barr, G.F. Michel, P. Rochat (red.), *The Cambridge Encyclopedia of Child Development*, 70–76. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wolpe J., Wolpe D. (1999), *Wolni od lęku. Lęki i ich terapia*. Kraków: WiR Partner.
- Wyrwicka W. (2001), *Naśladowictwo w zachowaniu się ludzi i zwierząt*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Analiza behawioralna zachowań autoagresywnych u osób z zaburzeniami rozwoju

MONIKA ZIELIŃSKA

Instytut Psychologii
Uniwersytet Gdański
Gdańsk

STRESZCZENIE

Celem artykułu jest przedstawienie przyczyn zachowań autoagresywnych pacjentów niepełnosprawnych intelektualnie w ujęciu teorii behawioralnej. Zostanie przedstawione pięć hipotez pojawiania się zachowań samouszkodzających: 1) autoagresja jako wyuczzone zachowanie będące pod kontrolą wzmocnień pozytywnych, 2) autoagresja jako nabyte zachowanie będące wynikiem uniknięcia bodźca awersyjnego (pod kontrolą wzmocnień negatywnych), 3) autoagresja jako sposób dostarczenia sobie bodźców (hipoteza autostymulacji), 4) autoagresja jako wynik nieprawidłowego funkcjonowania procesów fizjologicznych (hipoteza organiczna), 5) autoagresja jako wynik kilku wcześniej wymienionych powodów.

Słowa kluczowe: autoagresja, analiza behawioralna stosowana, techniki redukcji zachowań trudnych

WPROWADZENIE

Autoagresja to najprawdopodobniej najbardziej ekstremalna i dramatyczna forma ludzkiego zachowania. Zjawisko to jest szeroko opisywane w literaturze z zakresu psychopatologii dzieci i młodzieży. Nadal jednak nie ma pełnej zgodności co do definicji tego zachowania. I tak, Bobby G. Tate i George S. Baroff definiują autoagresję jako każde zachowanie prowadzące do fizycznego uszkodzenia własnego ciała (Tate, Baroff, 1966, za: Carr,

1977). Jest to najszersza definicja autoagresji obejmująca zarówno łagodne jej przejawy, tj. obgryzanie paznokci czy zgrzytanie zębami, jak i zachowania prowadzące do trwałego okaleczenia ciała, np. wydłubanie sobie oczu czy odcięcie kończyn. Według innej definicji autoagresja to dobrowolny akt polegający na uszkodzeniu własnego ciała bez intencji popełnienia samobójstwa (Claes, Vandereycken, Vertommen, 2005; Kress, 2003; Simeon, Favazza, 2001; Yaryura-Tobias, Neziroglu, Kaplan, 1995). Autoagresją jest więc każdy akt uszkodzenia własnego ciała, którego celem nie jest śmierć. Jest to również szeroka definicja uwzględniająca jednak w pewnym zakresie intencje sprawcy.

Na potrzeby tego artykułu przyjęta zostanie następująca definicja autoagresji: każde zachowanie prowadzące do fizycznego uszkodzenia własnego ciała, które przeszkadza w funkcjonowaniu danej osobie lub jest nieakceptowane przez społeczność, w której ta osoba żyje. Jeżeli zachowanie dotyczy poczytalnej osoby dorosłej, musi przeszkadzać tylko tej osobie, a ocena społeczna nie powinna mieć znaczenia, gdyż jest zależna od czasu, miejsca i doboru próby. Z powodu ogromnej różnorodności zachowań autoagresywnych powinny one być analizowane osobno – inaczej nacinanie sobie ciała przez nastolatka, inaczej uderzanie głową przez niepełnosprawne dziecko. W dalszej analizie omawiane będą zachowania autoagresywne występujące u osób z zaburzeniami rozwoju, na wstępie warto jednak omówić kwestie dotyczące częstotliwości ich występowania oraz podać najważniejsze ich rodzaje.

Zachowania polegające na samouszkodzeniu ciała zdarzają się najczęściej w populacji osób niepełnosprawnych intelektualnie, autystycznych i z poważnymi zaburzeniami rozwojowymi (Kendall, 2004). W ogólnej populacji zachowanie to występuje u około 4% osób (zarówno dzieci, jak i dorosłych), liczba ta wzrasta aż do 21% w populacji osób cierpiących na jakieś zaburzenia zachowania lub emocji z wykluczeniem niepełnosprawności intelektualnej, natomiast wśród osób niepełnosprawnych intelektualnie liczba ta waha się w granicach 3–46% (Kress, 2003). Zachowanie takie prezentowało około 15% dzieci z zaburzeniami rozwojowymi (Durand, Carr, 1985). Niewątpliwie zaskakujące jest to, że zachowania te zdarzają się także w przebiegu rozwoju zdrowych dzieci. Prezentuje je 11–17% dzieci w wieku 9–18 miesięcy i 9% dzieci w wieku 2 lat (MacLean, Symons, 2002). Vladimir De Lissovoy (za: Carr, 1977) podaje, że występują one u 15,2% zdrowych dzieci między 19. a 32. miesiącem życia. Harvey Kravitz i John J. Bohem piszą, że aż 93% zdrowo rozwijających się dzieci około 5. miesiąca życia zaczyna ssać własne wargi i usta oraz gryźć usta w związku z wyzynaniem się zębów mlecznych (za: MacLean, Symons, 2002). Zachowania autoagresywne u dzieci zdrowych ustępują samoistnie, pozostając bez wpływu na ich późniejsze funkcjonowanie. Do najczęściej przejawianych zachowań autoagresywnych występujących w rozwoju małych dzieci należą: uderzanie głową, gryzienie własnego ciała, wrywanie sobie włosów, drapanie i szczypanie się oraz zjadanie rzeczy niejadalnych (MacLean, Symons, 2002). Należy zatem wyraźnie podkreślić, że tak poważne zaburzenia zachowania, jak uszkodzanie własnego ciała nie zawsze są związane z zaburzeniami rozwojowymi.

Na zakończenie rozważań wprowadzających podkreśliśmy, że zachowania autoagresywne mogą przybierać bardzo różnorodne formy. Przykłady pięciu najczęściej spotykanych samouszkodzeń zostały podane w tabeli 1 na podstawie analizy zachowania 97 osób w wieku od 11 miesięcy do 21 lat i 11 miesięcy (Hyman i wsp., 2001).

Tabela 1. Rodzaje zachowań autoagresywnych

Rodzaj zachowania autoagresywnego	Liczba wyrażona w % N = 97
Uderzanie o coś głową	59,8
Gryzienie	52,6
Uderzanie się w głowę	48,5
Uderzanie siebie	24,7
Drapanie siebie	23,7

W wyniku zachowań autoagresywnych 76,3% osób doznaje fizycznych obrażeń, które w większości (49,5%) oznaczają małe skaleczenia i kontuzje, a 42,3% doznaje trwałych uszkodzeń w postaci blizn czy zgrubień naskórka. Najcięższe przypadki dotyczą trwałych uszkodzeń oczu (katarakta, przebicie gałki ocznej lub uszkodzenie siatkówki), które pojawiają się u 4,7% pacjentów (Hyman i wsp., 2001).

BEHAVIORALNA ANALIZA ZACHOWAŃ AUTOAGRESYWNICH

Bardzo trudno jest zrozumieć zachowania autoagresywne. Celem tego artykułu jest przedstawienie zachowań autoagresywnych z punktu widzenia analizy zachowania. Daje nam ona nie tylko spójne wyjaśnienie przyczyn tych zachowań, ale również proponuje skuteczne sposoby ich eliminacji.

Analiza literatury z zakresu stosowanej analizy zachowania pozwala wyodrębnić pięć głównych hipotez dotyczących przyczyn pojawiania się zachowań autoagresywnych. Hipotezy te są najczęściej cytowane bądź poparte największą liczbą badań. Zaliczamy do nich: 1) autoagresję jako wyuczone zachowanie będące pod kontrolą wzmocnień pozytywnych, 2) autoagresję jako nabyte zachowanie będące wynikiem uniknięcia bodźca awersyjnego (pod kontrolą wzmocnień negatywnych), 3) autoagresję jako sposób dostarczenia sobie bodźców zmysłowych (hipoteza autostymulacji),

4) autoagresję jako wynik nieprawidłowego funkcjonowania procesów fizjologicznych (hipoteza organiczna), 5) autoagresję jako wynik kilku wcześniej wymienionych powodów (Carr, 1977; Durand, Carr, 1985; Iwata i wsp., 1994; MacLean, Symons, 2002).

Zanim wskazane hipotezy zostaną omówione dokładniej, podkreślimy, że już w 1994 roku Brian Iwata i wsp. dokonali analizy funkcjonalnej¹ zachowania 152 niepełnosprawnych intelektualnie osób i na tej podstawie określili, że u 38,1% osób zachowania autoagresywne były pod kontrolą wzmocnień negatywnych (były rodzajem ucieczki od różnorodnych bodźców awersyjnych). Prawie jednakowa była liczba zachowań pod kontrolą wzmocnień pozytywnych (zarówno uwagi otoczenia, jak i konkretnych obiektów: jedzenia i przedmiotów) – 26,3% oraz automatycznych wzmocnień² (stymulacja ze zmysłów i dostarczanie sobie bólu) – 25,7%. U zaledwie 5,3% zachowania autoagresywne były kształtowane przez więcej niż jeden czynnik. Przyczyna zachowania 4,6% badanych osób była natomiast niemożliwa do zinterpretowania. Dane te nasuwają bardzo ważny wniosek, iż 70% badanych zachowań było pod kontrolą wzmocnień społecznych. Jeśli połączymy w jedną kategorię zarówno pozytywne, jak i negatywne wzmocnienia społeczne, a także weźmiemy pod uwagę zachowania kontrolowane przez więcej niż jedną konsekwencję, z których jedną było wzmocnienie społeczne, to na podstawie powyższych analiz możemy twierdzić, że zachowania autoagresywne są głównie kształtowane przez wzmocnienia występujące w środowisku społecznym, w którym przebywa dziecko. Można zatem wnioskować, że zmieniając środowisko, jesteśmy w stanie wpłynąć na zredukowanie zachowań autoagresywnych (Iwata i wsp., 1994).

Hipoteza wzmocnień pozytywnych

Hipoteza ta opiera się na założeniu, że autoagresja jest wyuczonym zachowaniem powstałym na skutek systematycznego pozytywnego wzmocnienia, tj. poprzez uwagę otoczenia lub konkretne nagrody (słodczyce, zabawki, ak-

tywności). Zgodnie z tym założeniem należy się spodziewać, że wyeliminowanie wzmocnień powinno spowodować spadek liczby zachowań autoagresywnych. Możemy znaleźć wiele badań, które potwierdzają tę hipotezę (Bergen, Holborn, Scott-Huyghebaert, 2002; Carr, 1980; Edelson, Taubman, Lovaas, 1983; Lovaas i wsp., 1965; Lovaas, Simmons, 1969; Mazaleski i wsp., 1993; Moore i wsp., 2002). Jak donoszą wczesne badania Ivara Lovaasa (Lovaas i wsp., 1965), uwaga otoczenia w postaci empatycznych wypowiedzi prezentowanych za każdym razem, kiedy pacjent uderzał samego siebie, powodowała wzrost liczby zachowań niepożądanych. Jednocześnie wycofanie uwagi powodowało ich spadek. Lovaas i Simmons (1969) wykazali, że umożliwienie pacjentowi angażowania się w ulubioną zabawę tuż po zachowaniu niepożądanym powodowało u niego wzrost liczby zachowań autoagresywnych.

W innych badaniach wykorzystano procedurę *time-out*³ w celu udowodnienia hipotezy wzmocnienia pozytywnego. Pacjent w chwili angażowania się w zachowania autoagresywne zabierany był w odosobnione miejsce, w którym nie miał dostępu do żadnych wzmocnień. W ogromnej większości procedura eliminowała zachowanie w znacznym stopniu w stosunku do danych sprzed interwencji (Carr, 1977). Procedura czasowej izolacji nie jest jednak czystą miarą w hipotezie wzmocnień pozytywnych, ponieważ trudno jest rozróżnić, czy komponentem odpowiedzialnym za jej skuteczność jest wyeliminowanie wzmocnień, czy kara wynikająca z izolacji. Czystą miarą będzie zastosowanie procedury wygaszania, czyli wycofanie wzmocnień działających wcześniej na zachowanie (Carr, 1977). Według danych zebranych przez SungWoo Kahnga, Briana Iwatę i Adama B. Lewina (2002) w analizowanych przez nich badaniach procedura ta była odpowiedzialna za zredukowanie liczby zachowań autoagresywnych o 82,6% w stosunku do danych sprzed interwencji. W większości przypadków procedura wygaszania połączona była z procedurą różnicowego wzmocnienia innych zachowań (*differential reinforcement of other*

behavior – DRO⁴) czy różnicowego wzmocnienia alternatywnych zachowań (*differential reinforcement of alternative behavior* – DRA⁵). Skuteczność obu procedur oznaczała zmniejszenie zachowania autoagresywnego o 77,4% w stosunku do danych sprzed interwencji (Kahng, Iwata, Lewin, 2002).

Inny argument przemawiający za hipotezą wzmocnień pozytywnych jest związany z kontrolą bodźcową⁶. Dane z obserwacji wykazują, że zachowania autoagresywne występują raczej rzadko, kiedy dziecko jest samo, i zwiększają swoją częstość w obecności osób dorosłych (Carr, 1977).

Jak może powstawać zachowanie autoagresywne? Jaka może być historia uczenia tego zachowania? Warto to prześledzić na przykładzie następującej sytuacji: dziecko uderza głową o podłogę. Rodzice dziecka są zajęci, ale natychmiast odrywają się od swoich zajęć, kiedy dziecko upada. Przybiegają i je przytulają. Liczba zachowań polegających na upadkach wzrasta. Rodzice jednak przyzwyczajają się do tego, że ich dziecko często się wywraca, i przestają reagować tak intensywnie i szybko. Ich reakcje ponownie zaczynają być bardzo intensywne, kiedy dziecko upada i uderza się w głowę. Stopniowo jednak rodzice przyzwyczajają się również do tego, tym razem do czasu, kiedy dziecko zaczyna uderzać się coraz więcej i coraz mocniej, tak że rodzice nie mogą dłużej tego ignorować. Aby udowodnić, że tego rodzaju historia uczenia się jest możliwa, należy to sprawdzić eksperymentalnie. Trzeba udowodnić, że są takie warunki, w których wzmocnienie będzie powodowało wzrost liczby zachowań, które są równocześnie bolesne dla organizmu lub w inny sposób karzące. Z powodów etycznych tego rodzaju badania przeprowadzono na zwierzętach. Eksperymentu podjął się Nathan H. Azrin (1959). Wzmocniał on zachowanie gołębia polegające na dziobaniu podświetlonego krążka, dostarczając gołębiowi jedzenia. Jedzenie dostarczane było ptakowi w rozkładzie sporadycznym, czyli nie za każdym razem kiedy dziobnął podświetlony krążek, ale tylko co pewną zmieniającą się liczbą reakcji. Reakcja w postaci naci-

skania krążka do dziobania była równocześnie karana. Zawsze, gdy ptak naciskał krążek, doznawał szoku elektrycznego. Intensywność szoku wzrastała stopniowo. Początkowo szok był bardzo słaby, ostatecznie bardzo się nasilił. Gdy intensywność szoku była duża od początku, ptak przestawał dziobać, gdy jednak zaczynano od małej intensywności szoku, ptak stale dziobał. Warto podkreślić, że choć szok elektryczny pojawiał się, i to coraz silniejszy, za każdym razem, a jedzenia dokładano w rozkładzie sporadycznym, ptak nie przestawał dziobać. Dlaczego? Wzmocnienie w postaci jedzenia okazało się dla gołębia istotniejsze niż doznawany ból. Analogicznie można opisać sytuację z dzieckiem wspomnianym w pierwszych zdaniach tego akapitu – upadając, odczuwa ból, ale jednocześnie otrzymuje coś bardzo cennego: uwagę rodziców.

Hipoteza wzmocnień negatywnych

Hipoteza ta opiera się na założeniu, że zachowania autoagresywne są wzmocniane negatywnie tym, że pacjent, angażując się w takie zachowania, unika jakiejś awersyjnej sytuacji. Przykładowo, jeśli matka prosi dziecko, aby pozbierało zabawki, a ono zacznie uderzać się w głowę, co spowoduje, że matka wycofa się z polecenia, dziecko się nauczy, że dzięki zachowaniom autoagresywnym uniknie zadania. W badaniach, w których weryfikowano tę hipotezę, zadawano pytanie, czy stawianie dziecka w sytuacji zadaniowej ma wpływ na liczbę zachowań autoagresywnych. Edward G. Carr, Crighton D. Newsom i Jody A. Binkoff (1980) (za: Durand, Carr, 1985) sprawdzali, czy liczba zachowań samouszkodzających będzie się zmieniała w zależności od poziomu trudności zadania. Liczba zachowań była większa w sytuacji zadań trudnych. Wiele badań wykazało zwiększenie się liczby zachowań autoagresywnych w sytuacji zadaniowej i ewidentne zmniejszenie ich liczby w sytuacji przerwy w zadaniu lub relaksu (Repp, Felce, Barton, 1988; Carr, 1979; Webster, Azrin, 1973). Jeśli zachowanie jest pod kontrolą uniknięcia sytuacji awersyjnej, to skuteczną procedurą redukcji tego zachowania będzie uniemożliwienie

dziecku zakończenia awersyjnej sytuacji, gdy angażuje się ono w zachowania autoagresywne. Innymi słowy, dziecko nie będzie mogło zakończyć zadania, jeśli zacznie prezentować zachowania autoagresywne. Skuteczność takiego postępowania wielokrotnie prezentowana w literaturze (Repp, Felce, Barton, 1988).

Najwłaściwszym postępowaniem odnoszącym się do procedury unikania sytuacji awersyjnych będzie nauczanie dziecka akceptowanych społecznie form uniknięcia zadania zamiast angażowania się w zachowania niepożądane. Tego rodzaju procedura została zastosowana przez Marka W. Steege'a, Davida P. Wackera i Karla C. Cigranda (1990). Podczas jej trwania dzieci były uczone naciskać przycisk „stop”, który umożliwiał im zakończenie awersyjnej sytuacji. W trakcie procedury zachowania autoagresywne polegające na gryzieniu rąk nigdy nie były wzmacniane negatywnie przerwaniem wykonywania zadania. Procedura skutecznie redukowała zachowania niepożądane (Steege, Wacker, Cigrand, 1990, za: MacLean, Symons, 2002).

Często w celu ochrony dzieci przed angażowaniem się w zachowania autoagresywne unieruchamia się je fizycznie, np. kaftanem bezpieczeństwa. Wiele danych wskazuje na to, że uwolnienie dziecka z kaftana powoduje wzrost liczby zachowań samouszkodzających (Romańczyk, Goren, 1975; Tate, 1972, za: Carr, 1977). Możliwe wyjaśnienie tego zjawiska jest takie, że w sytuacji skrępowania kaftanem bezpieczeństwa dziecko jest całkowicie wolne od jakiegokolwiek sytuacji zadaniowej, łącznie z tym, że jest myte, karmione itp. Kaftan bezpieczeństwa staje się zatem elementem prowadzącym do bezpiecznej – bo wolnej od zadania – sytuacji. Aby uniknąć takiej zależności, należałoby wydawać dziecku polecenia przez cały czas, kiedy jest ono skrępowane kaftanem, i jednocześnie dawać mu przerwę od zadania w chwili, kiedy kaftan jest zdejmowany. Oczywiście wydawane polecenia musiałyby dotyczyć tylko takich działań, które pacjent byłby w stanie wykonać mimo założonego kaftana, np. odpowiedzi na pytania czy imitacji werbalnej. Takie badania prawdopodobnie nie zostały wykonane.

Hipoteza autostymulacji

Trzecia hipoteza opiera się na założeniu, że zachowania autoagresywne przynoszą automatyczne wzmocnienie w postaci doznań zmysłowych w zakresie jednej z pięciu modalności. Badania przemawiające za tym założeniem będą wskazywały na brak związku między liczbą zachowań autoagresywnych a środowiskiem społecznym (wzmocnienia społeczne) i sytuacją zadaniową (wzmocnienia negatywne), najskuteczniejsze zaś okażą się procedury redukcji, polegające na eliminacji w zachowaniu automatycznego sprzężenia zwrotnego lub nauce alternatywnych form dostarczania sobie podobnych wzmocnień (Durand, Carr, 1985).

Iwata i wsp. (1994) sugerują, że argumentem przemawiającym za tym, że dane zachowanie jest sterowane przez automatyczne wzmocnienia, jest twierdzenie, że pojawia się ono częściej w sytuacji, gdy człowiek jest sam lub nikt się nim nie zajmuje. Stymulacja jest wówczas mniejsza niż w sytuacji zabawy, kiedy jest ona dostarczana poprzez zabawki i uwagę innych osób. Dokonując analizy funkcjonalnej, stwierdzono, że około $\frac{1}{4}$ zachowań autoagresywnych jest sterowana przez automatyczne wzmocnienia.

W literaturze przedmiotu można znaleźć raporty z wielu badań, których wyniki wskazują, że zachowania autoagresywne są sterowane przez automatyczne wzmocnienia. Brak związku niektórych zachowań autoagresywnych ze środowiskiem społecznym i sytuacją zadaniową wykazali w swoich badaniach Sherry A. Ellingson i wsp. (2000) oraz Iwata i wsp. (1994), a także Liming Zhou, Gerald Goff i Brian Iwata (2000). Przykładowo badanie ostatnich wymienionych autorów dotyczyło opisu redukcji zachowania u czterech niepełnosprawnych intelektualnie kobiet, które wkładały ręce do ust. W pierwszym etapie badania dokonano obserwacji, sprawdzając, czy liczba zachowań ma związek ze środowiskiem społecznym lub sytuacją zadaniową i nie zaobserwowano takiej zależności. Stąd wnioskowano, że jest ono sterowane przez automatyczne wzmocnienia. W kolejnym etapie

poszukiwano obiektów, które dostarczały tych samych wzmocnień co zachowania autoagresywne. Takie przedmioty były wybierane na podstawie długości czasu, w którym zajmowała się nimi osoba badana. Podczas procedury redukcji zachowania autoagresywnego na ręce kobiet zakładano rękaw i jednocześnie dawano im możliwość zabawy ulubionymi przedmiotami.

Dane na temat skuteczności procedur opartych na dostarczeniu pacjentowi wzmocnień tego samego rodzaju jak te, których on sam sobie dostarcza przez zachowania autoagresywne, znajdziemy również w wynikach badań Judith E. Favell, Jamesa F. McGimseya i Roberta M. Schella (1982). Zredukowali oni zachowanie polegające na próbach wydłubywania sobie oczu poprzez dostarczanie zabawek powodujących stymulację wzroku, a także wyeliminowali wkładanie rąk do ust poprzez dawanie zabawek, które można wziąć do ust, oraz popcornu. Z kolei Cathleen C. Piazza i wsp. (2000) zredukowali wkładanie rąk do ust poprzez zajęcie dziecka przedmiotami, takimi jak masażer, czy zabawą z wodą.

Skuteczności procedur polegających na przerwaniu automatycznego sprzężenia zwrotnego dowodzą również także wyniki badań Ellingson i wsp. (2000), Jamesa W. Moore'a, Weynea Fishera i Angeli Pennington (2004) oraz Zhou, Goffa i Iwaty (2000). Przerwanie automatycznego sprzężenia zwrotnego oznacza zazwyczaj uniemożliwienie angażowania się w zachowania niepożądane poprzez zastosowanie ochronnego ekwipunku. Tak jak w badaniu Zhou i wsp. (2000) były to ochronne rękawy utrudniające wkładanie rąk do ust, w badaniu Ellingson i wsp. (2000) – rękawiczki zabezpieczające przed ssaniem palców.

Hipoteza organiczna

Hipoteza organiczna wskazuje, że zachowania autoagresywne mogą być pod kontrolą zmiennych fizjologicznych. Za tą hipotezą przemawia fakt, że z autoagresją związane są pewne nieprawidłowości genetyczne. Przykładowo, zachowania samouszkodzają-

ce są związane z zespołami Lescha-Nyhana, Retta, Cornellii de Lange, Smith-Magenis czy Pradera-Williego. Na uwagę zasługuje fakt, że wystąpienie każdego z tych zespołów nie tylko zwiększa prawdopodobieństwo pojawienia się zachowań autoagresywnych, w tym zachowań autoagresywnych określonego rodzaju, oraz specyficznych tylko dla tych zespołów genetycznych rodzajów zachowań autoagresywnych. I tak, np. osoby z zespołem Lescha-Nyhana gryzą swój język, wargi i palce (Carr, 1977).

Jak dowodzą badania, na zachowania autoagresywne mają wpływ uwarunkowane biologicznie zmienne typu choroba, ból, przyjmowane leki (Carr, Reeve, Magito-McLaughlin, 1996). Przykładowo, zapalenie ucha środkowego może powodować zwiększenie liczby zachowań polegających na uderzeniu głową lub wkładaniu przedmiotów do uszu (Cataldo, Harris, 1982; De Lissoy, 1963; 1964; O'Reilly, 1995). Inne infekcje również mogą wpływać na powstawanie zachowań autoagresywnych. Zapalenie dróg moczowych, gardła, zatok, alergię, ból głowy czy zaparcia to kilka przykładów schorzeń, które mają wpływ na liczbę zachowań trudnych, w tym zachowań autoagresywnych (Kennedy, Meyer, 1998). Każdy rodzaj bólu może mieć związek z różnorodnymi zachowaniami trudnymi, jak autoagresja, agresja itp. Pewne zaburzenia zachowania pojawiają się u niektórych osób cyklicznie, np. w trakcie menstruacji (Bailey, Pyles, 1989; Carr, Reeve, Magito-McLaughlin, 1996). Problemy ze snem są innym powodem wystąpienia zachowań trudnych, w tym autoagresji (Dadson, Horner, 1993; Horner, Day, Day, 1997; Kennedy, Ikonen, 1993; Kennedy, Meyer, 1996; O'Reilly, 1995).

Hipoteza łącząca w sobie kilka wyjaśnień

Oczywiste mogłoby się wydawać, że najbardziej wiarygodna powinna być hipoteza łącząca w sobie kilka wyjaśnień. Tym bardziej zaskakujący jest wynik analiz Iwaty i wsp. (1994), który wskazuje, że teza o połączonym wpływie kilku czynników na zachowania autoagresywne dotyczy zaledwie 5,3% przy-

padków, co stanowi 8 osób ze 152 badanych. Zachowania autoagresywne były pod kontrolą zarówno uwagi otoczenia, jak i chęci uniknięcia sytuacji trudnej (2,7%), czy zarówno pod kontrolą uwagi otoczenia, jak i możliwości dostarczenia sobie stymulacji sensorycznej (1,3%) lub zarówno pod kontrolą uniknięcia sytuacji trudnej, jak i stymulacji sensorycznej (1,3%).

Dla zobrazowania zachowań będących pod kontrolą kilku zmiennych zostanie przytoczony opis dwóch przypadków. Louis P. Hagopian, Maureen van Stone i Jennifer L. Crockett (2003) podczas analizy funkcjonalnej zachowania niepełnosprawnego intelektualnie 13-letniego chłopca wykazali, że jego zachowanie polegające na rzucaniu się na podłogę było pod kontrolą automatycznych wzmocnień i możliwości dotarcia do różnych obiektów leżących na podłodze (jak kurz czy kłaczki). Natomiast Todd L. McKerchar, SungWoo Kahng, Elyse Casioppo i David Wilson (2001) opisali przypadek chłopca, który prezentował autoagresywne zachowania polegające na uderzaniu się w głowę, uderzaniu głową o różne obiekty, a także szczypaniu się. Zachowania te były podtrzymywane zarówno przez automatyczne wzmocnienia, jak i przez uwagę otoczenia.

PODSUMOWANIE

Fakt, że zachowania autoagresywne da się spójnie wytłumaczyć w nurcie koncepcji behawioralnej, napawa dużym optymizmem. Po pierwsze i najważniejsze, to, że tak poważne zaburzenia zachowania mają charakter wyuczony, daje terapeutom nadzieję, że można ich także oduczyc. Jak zostało wielokrotnie wspomniane w tekście, mamy wiele danych potwierdzających, iż tak jest w istocie. Jak wskazują wyniki licznych badań, można skutecznie wyeliminować zachowania autoagresywne, używając wyłącznie technik opartych na analizie zachowania. Kahng, Iwata i Lewin (2002) analizowali wyniki przeprowadzonych w ciągu 40 lat badań nad skutecznością procedur opartych na analizie zachowania w redukowaniu zachowań autoagresywnych. Podają

oni, że procedury te powodowały zmniejszenie liczby zachowań autoagresywnych od 72,6% do 100%. Istotne jest również, że w analizowanych przez nich badaniach weryfikowano trwałość efektów po okresie od 2 tygodni do 7 lat ($M = 15,7$ miesięcy) i stwierdzono, że efekty się utrzymywały.

Należy jednak podkreślić, że procedury oparte na analizie zachowania zostały stworzone przez analityków zachowania tylko i wyłącznie do stosowania przez osoby, które przeszły wystarczające przeszkolenie do ich realizacji. Procedury te mogą być bowiem bardzo niebezpieczne, kiedy zaczną być stosowane przez osoby bez odpowiednich kwalifikacji.

W tej sytuacji behawioralne procedury redukcji stają się alternatywą dla powszechnie używanej w naszym kraju w takich sytuacjach farmakoterapii czy kaftanów bezpieczeństwa. Okazuje się, że obie metody eliminują zachowanie tylko w okresie ich stosowania i, co o wiele ważniejsze, mają poważne skutki uboczne. Przykładowo, kaftan bezpieczeństwa chroni pacjenta przed jego autoagresją, ale tylko gdy ma go na sobie. Należy zwrócić uwagę, że kaftan „chroni” również pacjenta przed wszelkimi innymi formami aktywności, w tym pożądanymi. Innymi słowy, kaftan bezpieczeństwa powoduje, że dziecko nie może w pełni uczestniczyć w życiu społecznym i rozwijać swoich umiejętności. Co gorsza, z użyciem kaftana wiąże się bardzo poważne niebezpieczeństwo. Jeśli bowiem zachowanie autoagresywne jest formą dostarczenia sobie bodźców, to jego użycie niewątpliwie będzie wiązało się z tym, że pacjent poszuka innych form dostarczania ich sobie pomimo założonego kaftana. W wielu przypadkach te nowe formy autoagresji mogą być o wiele bardziej niebezpieczne dla pacjenta, gdyż będą zupełnie poza kontrolą środowiska zewnętrznego (np. jeśli będzie to odgryzanie sobie języka).

Dzieci prezentujące zachowania autoagresywne często są leczone farmakologicznie. Wielu autorów zwraca uwagę na to, że leczenie tego rodzaju jest nadużywane i często bezzasadnie kontynuowane (Bobińska i wsp., 2009). Przyjmowanie leków wiąże się z poważnymi

skutkami ubocznymi (Anastopoulos, Farley, 2006), m.in. nadmierną sennością, ospałością, zaburzeniami widzenia, mdłościami, zawrotami głowy, napadami padaczkowymi, szerokim zakresem zespołów pozapiramidowych: parkinsonizmem, akatyziejami⁷ czy późnymi dyskinezami⁸ (Emerson, 2001). Zachowania ujawniane pod wpływem leków mogą cechować nadmierne pobudzenie, agresywność, drażliwość, mogą również pojawiać się omamy, stany depresyjne oraz inne symptomy zaburzeń. Powikłania polekowe są piątą przyczyną zgonów w Stanach Zjednoczonych, po chorobach serca i krążenia, chorobach nowotworo-

wych i udarach (Wiela-Hojeńska, Orzechowska-Juzwenko, 2006). Na uwagę zasługuje również fakt, że w przypadku przyjmowania leku przez osobę z niedojrzałym układem nerwowym należy się spodziewać większej liczby nieprzewidzianych skutków ubocznych (Rajewski, 2005), co czyni podawanie leków u dzieci jeszcze niebezpieczniejszym sposobem redukcji zachowań.

W behawioralnych technikach redukcji zachowań niepożądanych tkwi więc nadzieja na skuteczną pomoc pacjentom z najbardziej poważnymi formami zaburzeń zachowania, jakimi są czynności autoagresywne.

PRZYPISY

¹ Analiza funkcjonalna – metoda eksperymentalna polegająca na systematycznym weryfikowaniu hipotez dotyczących funkcji danego zachowania. Systematyczne weryfikowanie hipotez polega na pomiarze zachowania trudnego podczas manipulowania bodźcami poprzedzającymi i konsekwencjami. Metodologia analizy funkcjonalnej została opracowana przez Iwatę i polega na pomiarze poziomu zachowania w czterech rodzajach, krótkich (5–15 minut), powtarzających się sesji eksperymentalnych. Sesje te weryfikują następujące hipotezy: 1) sesja wymagań – testuje hipotezę wzmocnień negatywnych, 2) sesja uwagi – testuje pozytywne wzmocnienia społeczne w postaci uwagi, 3) sesja samotności – testująca wzmocnienia automatyczne oraz 4) sesja zabawy – „warunek kontrolny” dla pozostałych sesji (Bąbel, Suchowierska, Ostaszewski, 2010).

² Automatyczne wzmocnienia – wzmocnienia wytwarzane niezależnie od środowiska społecznego (Vaughan, Michael za: Piazza i wsp., 2000). Wzmocnienia te są ściśle związane ze wzmacnianym zachowaniem, gdyż wynikają z samego faktu emisji zachowania (Bąbel, Suchowierska, Ostaszewski, 2010). Dla przykładu: automatycznym wzmocnieniem może być smak, jaki wiąże się z jedzeniem danej potrawy.

³ *Time-out* – procedura służąca zmniejszeniu częstości zachowania, bazująca na karze negatywnej, gdyż polega na czasowym ograniczeniu dziecku dostępu do wzmocnień (Bąbel, Suchowierska, Ostaszewski, 2010).

⁴ DRO (*differential reinforcement of other behavior*) – różnicowe wzmacnianie innych zachowań to procedura polegająca na dostarczaniu wzmocnień po upływie pewnego czasu bez angażowania się w zachowania niepożądane (Repp, Felce, Barton, 1988).

⁵ DRA (*differential reinforcement of alternative behavior*) – różnicowe wzmacnianie zachowań alternatywnych to procedura polegająca na dostarczaniu wzmocnień po wystąpieniu zachowania alternatywnego dla zachowania niepożądanego (Repp, Felce, Barton, 1988).

⁶ Kontrola bodźcowa – wpływ bodźców poprzedzających na zachowanie. W warunkowaniu sprawczym zmiana prawdopodobieństwa zachowania w zależności od obecności bodźców kontrolujących (Bąbel, Suchowierska, Ostaszewski, 2010).

⁷ Akatyzia – zespół objawów pojawiających się najczęściej w trakcie leczenia neuroleptykami, polegających na prezentowaniu nadmiernego pobudzenia ruchowego, lęku i rozdrażnienia (Bąbel, Stryżewski, 1992).

⁸ Późne dyskinezy – ruchy mimowolne będące następstwem stosowania głównie neuroleptyków. Najczęściej są to ruchy o charakterze dystonicznym, jednak opisuje się także inne dyskinezy pod postacią płasawicy, mioklonii i drżenia (Friedman, 2006).

BIBIOGRAFIA

- Anastopoulos A.D., Farley S.E. (2006), Program treningu poznawczo-behawioralnego dla rodziców dzieci z zespołem nadpobudliwości ruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi [w:] A.E. Kazdin, J.R. Weisz (red.), *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*, 210–228. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Azrin N.H. (1959), Punishment and Recovery During Fixed-Ratio Performance. *Journal of Experimental Analysis of Behavior*, 2, 301–305.
- Bailey J.S., Pyles D.A.M. (1989), Behavioral Diagnostic [w:] E. Cipani (red.), *The Treatment of Severe Behavior Disorders: Behavior Analysis Approaches. Vol 12: Monographs of the American Association on Mental Retardation*, 85–107. Washington: American Association of Mental Retardation.
- Basaran U.N., Inan M., Aksu B., Ceylan T. (2007), Colon Perforation Due to Pathologic Aerophagia in an Intellectually Disabled Child. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 43, 710–712.
- Bąbel P., Suchowierska M., Ostaszewski P. (2010), *Analiza zachowania od A do Z*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Bergen A.E., Holborn S.W., Scott-Huyghebaert V.C. (2002), Functional Analysis of Self-Injurious Behavior in an Adult with Lesch-Nyhan Syndrome. *Behavior Modification*, 26, 2, 187–204.
- Bilikiewicz A., Strzyżewski W. (1992), *Psychiatria: podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Bobińska K., Florkowski A., Śmigiełski J., Kryszkowski W., Gałęcki P. (2009), Farmakoterapia chorych upośledzonych umysłowo hospitalizowanych psychiatrycznie. *Polski Merkurusz Lekarski*, XXVII, 161, 381–387.
- Carr E.G. (1977), The Motivation of Self-Injurious Behavior: A Review of Some Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 84, 800–816.
- Carr E.G. (1979), Escape as a Factor in The Maintenance of Aggression, Tantrums and Self-Injury. Badanie prezentowane na konferencji The Annual Convention of the Association for Behavior Analysis. International Organization (5th, Dearborn, Michigan, June 16–19, 1979).
- Carr E.G. (1980), Social Control of Self-Injurious Behavior of Organic Etiology. *Behavior Therapy*, 11, 402–409.
- Carr E.G., Newsom, C.D., Binkoff J.A. (1980), Escape as a Factor in the Aggressive Behavior of Two Retarded Children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 13, 1, 101–117.
- Carr E.G., Reeve C.E., Magito-McLaughlin D. (1996), Contextual Influences on Problem Behavior in People with Developmental Disabilities [w:] L.K. Koegel, R.L. Koegel, G. Dunlap (red.), *Positive Behavioral Support: Including People with Difficult Behavior in the Community*, 403–423. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing.
- Cataldo M.F., Harris J. (1982), The Biological Basis for Self-Injury in the Mentally Retarded. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, 2, 1, 21–39.
- Claes L., Vandereycken W., Vertommen H. (2005), Self-Care Versus Self-Harm: Piercing, Tattooing and Self-Injuring in Eating Disorders. *European Eating Disorder Review*, 13, 11–18.
- Dadson S., Horner R.H. (1993), Manipulating Setting Events to Decrease Problem Behavior: A Case Study. *Teaching Exceptional Children*, 25, 53–55.
- De Lissovoy V. (1963), Head Banking in Early Childhood: A Suggested Cause. *Journal of Genetic Psychology*, 102, 109–114.
- De Lissovoy V. (1964), Head Banking in Early Childhood: Review of Empirical Studies. *Pediatrics Digest*, 6, 49–55.
- Durand V.M., Carr E.G. (1985), Self-Injurious Behavior: Motivating for Conditions and Guidelines for Treatment. *School Psychology Review*, 14, 2, 171–176.
- Edelson S.M., Taubman M.T., Lovaas O.I. (1983), Some Social Contexts of Self-Destructive Behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11, 2, 299–311.

- Ellingson S.A., Miltenberger R.G., Stricker J.M., Garlinghouse M.A., Roberts J., Galensky T.L., Rap, J.T. (2000), Analysis and Treatment of Finger Sucking. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 33, 41–52.
- Emerson E. (2001), *Challenging Behaviour: Analysis and Intervention in People with Severe Intellectual Disabilities*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Favell J.E., McGimsey J.F., Schell R.M. (1982), Treatment of Self-Injury by Providing Alternate Sensory Activities. *Analysis & Intervention in Developmental Disabilities*, 2, 1, 83–104.
- Friedman A. (2006), Polekowe zaburzenia ruchowe. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2, 4, 190–192.
- Hagopian L.P., van Stone M., Crockett J.L. (2003), Establishing Schedule Control Over Dropping to the Floor. *Behavioral Interventions*, 18, 291–297.
- Horner R.H., Day H.M., Day J.R. (1997), Using Neutralizing Routines to Reduce Problem Behaviors. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 30, 4, 601–614.
- Hyman S.L., Fisher W., Mercugliano M., Cataldo M.F. (2001), Children With Self-Injurious Behavior. *Pediatrics*, 85, 437–441.
- Iwata B.I., Pace G.M., Dorsey M.F., Zarcone J.R., Vollmer T.R., Smith R.G., Rodgers T.A., Lerman D.C., Shore B.A., Mazaleski J.L., Goh H., Cowdery G.E., Kalsher G.E.M., McCosh K.C., Willis K.D. (1994), The Functions of Self-injurious Behavior: An Experimental-epidemiological Analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27, 215–240.
- Kahng S., Iwata B.A., Lewin A.B. (2002), Behavioral Treatment of Self-Injury, 1964–2000. *American Journal of Mental Retardation*, 107, 3, 212–221.
- Kendall P.C. (2004), *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kennedy C.H., Itonkonen T. (1993), Effects of Setting Events on the Problem Behavior of Students with Severe Disabilities. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26, 321–327.
- Kennedy C.H., Meyer K.A. (1996), Sleep Deprivation, Allergy Symptoms, and Negatively Reinforced Problem Behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29, 1, 133–135.
- Kennedy C.H., Meyer K.A. (1998), The Use of Psychotropic Medication for People with Severe Disabilities and Challenging Behavior: Current Status and Future Directions. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 23, 2, 83–97.
- Kravitz H., Boehm J.J. (1971), Rhythmic Habit Patterns of Infancy: Their Sequence, Age of Onset, and Frequency. *Child Development*, 42, 399–413.
- Kress V.E. (2003), Self-Injurious Behaviors: Assessment and Diagnosis. *Journal of Consulting and Development*, 81, 490–496.
- Lovaas O.I., Freitag G., Gold V.J., Kassorla I.C. (1965), Experimental Studies in Childhood Schizophrenia: Analysis of Self-Destructive Behavior. *Journal of Experimental Child Psychology*, 2, 1, 67–84.
- Lovaas O.I., Simmons J.Q. (1969), Manipulation of Self-Destruction in Three Retarded Children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 2, 3, 143–157.
- MacLean W.E., Symons F. (2002), Self-Injurious Behavior in Infancy and Young Childhood. *Infants and Young Children*, 4, 31–41.
- Mazaleski J.L., Iwata, B.A., Vollmer T.R., Zarcone J.R., Smith, R.G. (1993), Analysis of the Reinforcement and Extinction Components in DRO Contingencies with Self-Injury. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26, 143–156.
- McKerchar T.L., Kahng, S., Casioppo, E., Wilson D. (2001), Functional Analysis of Self-Injury Maintained by Automatic Reinforcement: Exposing Masked Social Functions. *Behavioral Interventions*, 16, 59–63.
- Moore J.W., Fisher W.W., Pennington A. (2004), Systematic Application and Removal of Protective Equipment in the Assessment of Multiple Topographies of Self-Injury. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 37, 73–77.
- Moore J.W., Mueller M.M., Dubard M., Roberts D.S., Sterling-Turner H.E. (2002), The Influence of Therapist Attention on Self-Injury During a Tangible Condition. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 35, 3, 283–286.
- O'Reilly M.F. (1995), Functional Analysis of Episodic Self-Injury Correlated with Recurrent Otitis Media. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 30, 165–167.

- Piazza C.C., Adelinis J.D., Hanley G.P., Goh H.L., Delia M.D. (2000), An Evaluation of Effects of Matched Stimuli on Behaviors Maintained by Automatic Reinforcement. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 33, 13–27.
- Popiek L. (2005), Zaburzenia emocjonalne we wczesnym dzieciństwie [w:] T. Wolańczyk, J. Komender (red.), *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*, 47–58. Warszawa: PZWL.
- Rajewski A. (2005), Farmakoterapia zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży [w:] I. Namysłowska (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży*, 491–510. Warszawa: PZWL.
- Repp A.C., Felce D., Barton L.E. (1988), Basing the Treatment of Stereotypic and Self-Injurious Behavior on Hypotheses of their Causes. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 21, 281–289.
- Romańczyk R.G., Goren E.R. (1975), Severe Self-Injurious Behavior: The Problem of Clinical Control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 5, 730–739.
- Simeon D., Favazza A.R. (2001), Self-Injurious Behaviors: Phenomenology and Assessment [w:] D. Simeon, E. Hollander (red.), *Self-Injurious Behaviors: Assessment and Treatment*, 1–28. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing.
- Steeger M.W., Wacker D.P., Cigrand K.C. (1990), Use of Negative Reinforcement in the Treatment of Self-Injurious Behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 23, 4, 459–467.
- Tate B.G. (1972), Case Study: Control of Chronic Self-Injurious Behavior by Conditioning Procedures. *Behavior Therapy*, 3, 1, 72–83.
- Tate B.G., Baroff, G.S. (1966), A Demonstration Sheltered Workshop in a State Institution for the Retarded. *Mental Retardation*, 4, 3, 30–34.
- Webster D.R., Azrin N.H. (1973), Required Relaxation: A Method of Inhibiting Agitative-disruptive Behavior of Retardates. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 1, 67–78.
- Wiela-Hojeńska A., Orzechowska-Juzwenko K. (2006), Niepożądane działania leków [w:] K. Orzechowska-Juzwenko (red.), *Farmakologia kliniczna. Znaczenie w praktyce medycznej*, 209–246. Wrocław: Górnickie Wydawnictwo Medyczne.
- Yaryura-Tobias J.A., Neziroglu F.A., Kaplan S. (1995), Self-Mutilation Anorexia, and Dysmenorrhea in Obsessive Compulsive Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 1, 33–38.
- Zhou L., Goff G.A., Iwata B.A. (2000), Effects of Increased Response Effort on Self-Injury and Object Manipulation as Competing Responses. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 33, 29–40.

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 przejrzyste 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 przeładowanie 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 cząstka 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 nauczane 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 równoległe, 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.

II. RAPORTY Z BADAŃ

Behawioralna interwencja w przypadku wystąpienia skrajnej selekcji jedzenia

MONIKA ZIELIŃSKA

Instytut Psychologii
Uniwersytet Gdański
Gdańsk

ANETA BAGIŃSKA

Centrum Diagnostyki i Terapii Zaburzeń Rozwojowych
Gdańsk

STRESZCZENIE

Celem artykułu jest przedstawienie procedury postępowania oraz wyników badań jej skuteczności w przypadku dwojga dzieci przejawiających skrajną postać selekcji jedzenia, czyli odmowę jedzenia. Pierwsze dziecko – chłopiec lat 2 – był w chwili rozpoczęcia terapii karmiony wyłącznie piersią i ważył 8200 gram (znacznie poniżej 3. centyla). Drugie dziecko – dziewczynka lat 3 – jadła tylko jogurty i okresowo jeden rodzaj zupy, jej masa ciała pozostawała na poziomie 3. centyla. W obu przypadkach interwencja behawioralna polegająca na zwiększeniu akceptacji jedzenia prowadziła do zwiększenia ilości spożywanych posiłków oraz przyrostu masy ciała.

Słowa kluczowe: odmowa jedzenia, selekcja jedzenia, stosowana analiza zachowania, terapia behawioralna

WPROWADZENIE

Zaburzenia związane ze spożywaniem pokarmów są jednym z najczęstszych problemów występujących w okresie dzieciństwa. Około 45% prawidłowo rozwijających się dzieci przejawia okresowo występujące trudności w zakresie spożywania posiłków (Ahearn i wsp., 2001; O'Brien i wsp., 1991). Większość takich problemów przemija i nie wpływa na

stan zdrowia dziecka. Jednak 5% wszystkich hospitalizowanych dzieci zostaje przyjętych do szpitala z powodu niewłaściwego przybierania masy ciała (gwałtownie zmniejszyła się lub ich masa ciała znajduje się poniżej 3. centyla od minimum 3 miesięcy) (Bithoney, Rathbun, 1983; Cupolii, Hallock, Barness, 1980).

W klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10 (*Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja...*, 1997) zaburzenia odżywiania w niemowlęctwie i dzieciństwie (F98.2)¹ obejmują wszelkiego rodzaju problemy ze spożywaniem posiłku prowadzące do tego, że dziecko nie przybiera lub traci na wadze w ciągu ostatniego miesiąca. Topografia zaburzeń odżywiania może być bardzo różnorodna. Wyróżniamy tu selekcję i odmowę jedzenia, deficyty związane z samodzielnym spożywaniem posiłków, przyjmowanie niewłaściwej ilości jedzenia, niewłaściwe tempo jedzenia, zaburzenia zachowania występujące podczas jedzenia, ruminacje i wymiotowanie (Luiselli, 1989).

Problemy związane z jedzeniem mogą mieć podłoże organiczne, nieorganiczne i mieszane. Do podłoża organicznego możemy zaliczyć nieprawidłowe napięcie mięśniowe, atetozę², dystrofię mięśniową, rozszczepienie wargi i podniebienia, wady zgryzu, nieprawidłową budowę przewodu pokarmowego (np. zwężenie przełyku), alergie i nietolerancje pokarmowe, wrodzoną wadę serca, zespół złego wchłaniania, refluks żołądkowo-prze-

łykowy, dysfunkcje nerek, zaburzenia odporności, brak równowagi hormonalnej, celiakie (nietolerancja glutenu), choroby nowotworowe czy zespół krótkiego jelita (Sisson, Van Hasselt, 1989). Jednakowoż problemy organiczne stanowią rzadsze podłoże zaburzeń jedzenia. I tak np. w przebiegu „innych braków w porównaniu z oczekiwanym prawidłowym rozwojem fizjologicznym w zakresie przybierania masy ciała³” (ICD-10 R62.8) podłoże organiczne stanowi 28% przypadków, podłoże środowiskowe – 46%, a mieszane – 26% (Luiselli, 1989). Dwadzieścia procent wszelkich zaburzeń jedzenia ma swoje źródło wyłącznie w środowisku dziecka, np. w nieprawidłowej opiece (Sisson, Van Hasselt, 1989). Podczas karmienia dzieci mogą się nauczyć np. sposobów odmawiania jedzenia wyrażających się poprzez płacz, złość, wypluwanie czy przetrzymywanie jedzenia w ustach. Jeśli dziecko w sytuacji pokazania mu bodźca związanego z jedzeniem (np. łyżki) zacznie prezentować podane wyżej zachowania ucieczkowe, a rodzic wycofa się z sytuacji karmienia, to poprzez zastosowanie wzmocnienia negatywnego⁴ rodzic doprowadzi tym samym do nasilenia się takich zachowań w przyszłości. Jeśli podana sytuacja będzie się powtarzała, odmowa jedzenia stanie się typową reakcją dziecka na próbę karmienia (de Moor, Didden, Korzilius, 2007).

O selekcji jedzenia mówimy wtedy, gdy dziecko spożywa chętnie tylko pewne produkty (np. zjada tylko ciepłe ziemniaki). Dziecko może selekcionować jedzenie ze względu na smak, konsystencję, miejsce i osobę, która je karmi. Skrajna selekcja to odmowa jedzenia polegająca na tym, że dziecko nie je niczego lub spożywa ekstremalnie mało (np. pije tylko wodę)⁵. Ten rodzaj zaburzeń jedzenia może prowadzić w skrajnych przypadkach do śmierci z wycieńczenia (Luiselli, 1989; Sisson, Van Hasselt, 1989). Około 20–25% dzieci cierpi na selekcję/odmowę jedzenia (Unlü i wsp., 2007). U dzieci z przewlekłą selekcją jedzenia wprowadza się odżywianie drogą sztuczną zarówno do przewodu pokarmowego, jak i dożylnie (pozajelitowo) (Luiselli, 1989; de Moor, Didden, Korzilius, 2007). Alternatywą

dla tego rodzaju rozwiązania są behawioralne techniki redukcji takich zaburzeń zachowania. W literaturze przedmiotu można znaleźć wiele badań dokumentujących skuteczność tych technik (Luiselli, 1989; Gulotta i wsp., 2005; de Moor, Didden, Korzilius, 2007; O'Brien i wsp., 1991; Sisson, Van Hasselt, 1989).

Do behawioralnych procedur stosowanych w leczeniu zaburzeń tego zachowania zaliczamy hiperkorekcję (Duker, 1981), *time-out*⁶ (Riordan i wsp., 1980), użycie wzmocnień negatywnych, czyli procedury opartej na podpowiedzi fizycznej zwanej również „poruszaniem szczęką⁷” (*jaw prompting*) (Riordan i wsp., 1984), użycie różnorodnych wzmocnień pozytywnych po spożyciu przez dziecko wymaganego posiłku. Weryfikowano użycie wzmocnień w postaci podania ulubionego jedzenia i pochwały (Riordan i wsp., 1984) dostarczania dziecku wzmocnień sensorycznych⁸, jak kołysanie (Luiselli, Gleason, 1987) czy umożliwienie dziecku oddania się ulubionej aktywności (Linscheid i wsp., 1978). Wszystkie wymienione wyżej procedury wykorzystują mechanizm warunkowania sprawczego⁹.

Bazując na podanych wyżej danych wskazujących na to, że większość zaburzeń jedzenia występujących u dzieci to zachowania, których przyczyny tkwią w środowisku, należy przypuszczać, że zmieniając to środowisko, możliwe jest również ich oduczenie. Celem badania jest empiryczna weryfikacja hipotezy, że procedura stopniowej akceptacji jedzenia stworzona przez autorki skutecznie redukuje zaburzenia jedzenia. Istotne jest również wskazanie, że mechanizmem odpowiedzialnym za jej skuteczność jest warunkowanie sprawcze.

METODA

Badanie przeprowadzono z wykorzystaniem metodologii stosowanej analizy zachowania. Analiza zachowania to nauka mająca na celu odkrywanie i zrozumienie wpływu zmiennych środowiskowych (bodźców poprzedzających i bezpośrednich konsekwencji) na zachowanie (Cooper, Heron, Heward, 2007). Stosowana

analiza zachowania zaś to dział analizy zachowania, który zajmuje się systematycznym stosowaniem procedur wyprowadzonych z praw rządzących zachowaniem w celu poprawienia społecznie istotnych zachowań oraz eksperymentalnym udowodnieniem, że te właśnie procedury były odpowiedzialne za zaistniałe zmiany (Bąbel, Suchowierska, Ostaszewski, 2010). Metodologia badań eksperymentalnych prowadzonych w nurcie analizy zachowania jest oparta na jednopodmiotowych schematach badawczych. Wynika to z tego, że zainteresowanie skupione jest na jednostce, a nie na uśrednionych danych grupowych. Z praktycznego punktu widzenia ważne jest, by podejmowane działania zmieniały znacząco zachowanie każdej jednostki pozostającej pod opieką terapeuty. Dlatego zachowanie jednostki przed interwencją stanowi punkt odniesienia względem tego samego zachowania po interwencji. Innymi słowy, każda badana jednostka jest zarówno grupą eksperymentalną, jak i kontrolną (Shaughnessy, Zechmeister, Zechmeister, 2002).

W niniejszej pracy została opisana procedura zastosowana w przypadku skrajnej selekcji jedzenia dwojga dzieci: 2-letniego chłopca ważącego przed rozpoczęciem terapii 8,2 kg (masa ciała istotnie poniżej 3. centyla) i 3-letniej dziewczynki ważącej przed rozpoczęciem terapii 12 kg (3. centyl masy ciała). W chwili rozpoczęcia terapii chłopiec (Antek G.) żywił się wyłącznie mlekiem z piersi matki, dziewczynka zaś (Sofia Z.) jadła tylko jogurty oraz okresowo jeden rodzaj przetartej zupy warzywnej. Piła tylko wodę.

Przypadek Antka G.

Antek pochodzi z rodziny pełnej. Jest to chłopiec urodzony o czasie z prawidłową urodzeniową masą ciała. W 3. dobie życia wystąpiła u niego żółtaczka, maksymalne stężenie bilirubiny to 20,8 mg/dl. W pierwszym tygodniu życia dziecko miało problemy z przyjmowaniem pokarmu, nie chciało ssać. Do 9. miesiąca prawidłowo przybierało na wadze. Matka dziecka wprowadzała do jadłospisu kolejne rodzaje posiłku zgodnie ze standardowym planem

żywienia. W 8. miesiącu życia dziecko zachorowało na drobną infekcję górnych dróg oddechowych i od tego czasu stopniowo zaczęło odmawiać jedzenia produktów innych niż mleko matki. Początkowo matka wiązała to z infekcją. W momencie ukończenia roku przez dziecko zaczerpnęła porady lekarza rodzinnego, który zlecił przeprowadzenie ogólnego badania moczu oraz krwi. Wyniki badań były prawidłowe. Dziecko zaczęło profilaktycznie otrzymywać żelazo w celu zwiększenia apetytu. Matka podawała mu preparat doustnie strzykawką wbrew jego woli przez miesiąc, po czym zaprzestała podawania, nie widząc poprawy apetytu syna. W ciągu kolejnego roku matka odwiedziła jeszcze czterech innych lekarzy, którzy kontrolnie przeprowadzali badania krwi i moczu. Wyniki badań w ich ocenie były prawidłowe. Matka otrzymywała poradę radykalnego odstawienia dziecka od piersi poprzez pozostawienie go z ojcem na 3 dni – tak długo, aż syn poczuje głód.

W chwili rozpoczęcia terapii dziecko bało się głównie na siedząco, co w ocenie badających wynikało z braku siły na podjęcie intensywniejszych zabaw ruchowych. Matka dziecka pozostawała w skrajnym stresie. Obawiała się, że jeśli straci pokarm, jej syn zostanie pozbawiony jedyne źródła pożywienia, gdyż Antek nie pił i nie jadł niczego innego. Istotne jest, że matka poza odmową jedzenia przez syna nie zgłaszała żadnych innych problemów z dzieckiem.

Przypadek Sofii Z.

Sofia pochodzi z rodziny pełnej. Ma starszego brata. Matka dziewczynki jest Polką, a ojciec Włochem. Rodzina mieszka we Włoszech. Brat dziewczynki nigdy nie miał problemów z jedzeniem. Sofia urodziła się o czasie z prawidłową urodzeniową masą ciała. Do 8. miesiąca życia życia chciała jeść wyłącznie mleko z piersi matki. Po tym czasie matka powoli zaczęła wprowadzać nowe produkty. W opinii matki Sofia od początku z trudem akceptowała spożywanie nowych produktów. Była karmiona piersią 1,5 roku. Od 2. roku życia dziewczynka zaczęła stopniowo eliminować

z diety różne produkty. W wieku 2 lat i 4 miesięcy jadła już tylko jogurty dwóch firm i piła wyłącznie wodę. Kiedy dziewczynka miała 2,5 roku, zaczęły się u niej problemy z wypróżnianiem, pojawiły się zaparcia. Po zgłoszeniu problemu pediatrze zostały wykonane badania określające funkcjonowanie tarczycy i wątroby, stężenie insuliny i żelaza oraz zlecono ogólne badanie krwi. Wykonano także konieczne analizy w celu wykluczenia celiakii. Dziewczynka przeszła ponadto badanie EEG i USG jamy brzusznej. Na podstawie tych badań lekarze wykluczyli organiczne podłoże problemu. Badania wykazały zbyt niskie stężenie żelaza, co lekarze uznali za skutek radykalnej diety dziewczynki, a nie jej przyczynę.

Z relacji matki wynika, że Sofię w wieku 3 lat karmiła wyłącznie ona. Sofia płakała, kiedy próbowali ją karmić inni członkowie rodziny. Matka karmiła ją również w nocy, około 4 nad ranem podawała córce jogurt. Sofia prezentowała ponadto bardzo specyficzne zachowanie – w trakcie wspólnych posiłków siedziała przy stole z rodziną i udawała, że je. Odrywała sobie na przykład kawałek pizzy, przykładła ją do ust, a następnie ruszała ustami tak, jakby ją gryzła i żuła.

Matka dziecka zgłaszała, że w jej ocenie córka ma problem z zaakceptowaniem każdej nowości w postaci nowego miejsca czy nowych ludzi. Według matki dziewczynka jest także nadmiernie do niej przywiązana, tzn. nie akceptuje żadnej próby rozstania się z matką.

PROCEDURA TERAPEUTYCZNA

Procedura leczenia odmowy jedzenia u dwojga opisanych dzieci została oparta na „niezabieraniu łyżki” (*nonremoval of the spoon*) i stopniowym przyzwyczajaniu dziecka do spożywania coraz to nowych posiłków. Dziecko stopniowo przyzwyczajane było również do coraz większej ilości pokarmu na łyżce. Metoda ta została nazwana przez badających procedurą stopniowej akceptacji jedzenia i jest ona modyfikacją własną procedury opisanej przez Kerwina i wsp. 1995 roku.

Podejście to rozpoczyna się od określenia, który poziom „prezentacji” jedzenia wywołuje u dziecka reakcje ucieczkowe typu płacz, krzyk lub słowny protest. Czy jest to oznajmienie „będziemy jeść”, czy może widok łyżeczki albo widok łyżeczki z jakimś konkretnym rodzajem pokarmu? Procedurę należy zacząć od poziomu, który jest najmniej awersyjny dla dziecka. Prezentuje się bodziec wywołujący najmniejsze reakcje ucieczkowe i zaczyna ich wygaszanie¹⁰. Krok po kroku procedura przebiega w następujący sposób: (1) Terapeuta mówi „będziemy jeść”. (2) Jeśli dziecko prezentuje zachowania ucieczkowe, należy poczekać, aż przestanie je prezentować przez 5 sekund i (3) wówczas wydać instrukcję ponownie. (4) W ten sam sposób postępuje się do momentu, kiedy dziecko przestanie prezentować zachowania ucieczkowe na dźwięk tej instrukcji. Jeśli przez trzy kolejne sesje dziecko nie zaprezentuje zachowań ucieczkowych, można wprowadzić kolejne kroki nauki spożywania posiłków. Będą to kolejno: (1) pokazanie dziecku pustej łyżeczki; (2) prezentacja łyżeczki w różnym stopniu zanurzonej w ulubionym pokarmie dziecka, przy czym stopień zanurzenia łyżeczki będzie zależał od liczby zachowań ucieczkowych prezentowanych przez dziecko na poszczególnych etapach wygaszania; (3) prezentacja łyżeczki z pokarmem jak najbardziej zbliżonym do pokarmów aktualnie spożywanych przez dziecko; (4) stopniowe prezentowanie pokarmów coraz bardziej różnych od pokarmu ulubionego przez dziecko na początku treningu. Bardzo istotne jest, żeby w trakcie całego treningu dziecko nigdy nie było karmione wbrew jego woli. Łyżeczka trzymana przez karmiącego nigdy nie może się znaleźć bliżej niż w odległości 5 cm od ust dziecka. To dziecko decyduje, kiedy zje znajdujące się na łyżeczce jedzenie. Na każdym etapie treningu pożądane zachowania dziecka polegające na spożywaniu nowych produktów muszą być wzmacniane pozytywnie poprzez wzmocnienia materialne¹¹ w postaci podania ulubionego jedzenia, picia lub zabawek oraz poprzez wzmocnienia społeczne¹². Dzieci cierpiące na skrajną selekcję jedzenia mają niewiele ulubionych pokarmów,

które mogą być wykorzystane w treningu, stosuje się więc atrakcyjne zabawki lub aktywności. Głównym celem terapii jest nauczenie dziecka spożywania różnorodnego pożywienia, ale także zbudowanie skojarzenia jedzenia z przyjemnością.

W przypadku terapii zaburzeń jedzenia istotne jest, aby rodzic dziecka był integralną częścią grupy terapeutycznej. Początkowo trening prowadzi terapeuta, a rodzic, obserwując go, uczy się, jak samodzielnie prowadzić terapię. Następnie pod okiem terapeuty trening prowadzi rodzic, który w końcu sam zaczyna prowadzić terapię.

INTERWENCJA TERAPEUTYCZNA

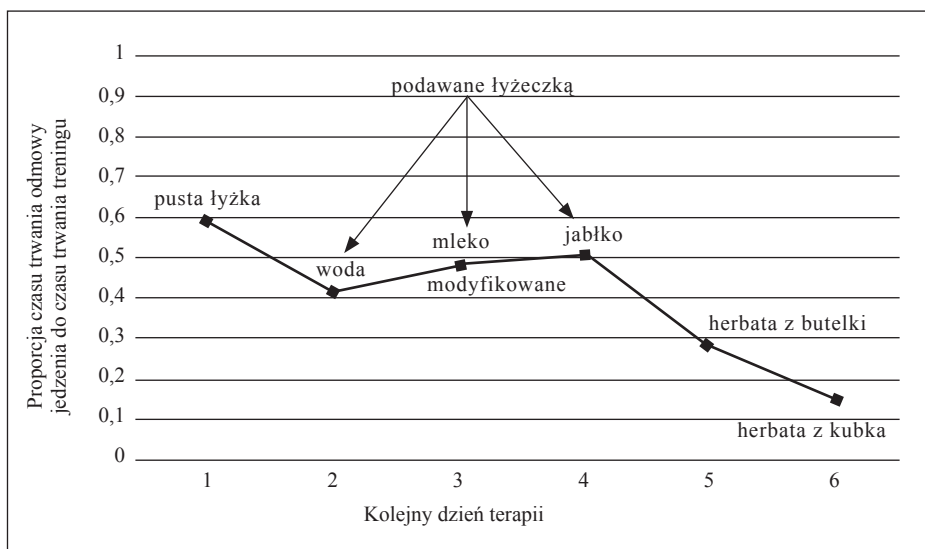
Przed rozpoczęciem interwencji powinny zostać zebrane podstawowe dane określające stopień nasilenia zaburzeń zachowania przed zastosowaniem procedury terapeutycznej. Porównanie tych danych z danymi uzyskanymi w trakcie terapii i po jej zakończeniu stanowi dobrą miarę skuteczności terapii (Shaughnessy, Zechmeister, Zechmeister, 2002). Z uwagi na to, że oba przypadki podlegały sytuacji

zagrożącej zdrowiu i życiu, do zastosowania procedury terapeutycznej należało przystąpić od razu. Choć cierpi na tym wartość metodologiczna badania, inne postępowanie byłoby w odczuciu badających skrajnie nieetyczne.

Wprowadzona została procedura stopniowej akceptacji jedzenia polegająca na prezentacji dzieciom jedzenia bardzo podobnego do spożywanego do tej pory i stopniowym wzbogacaniu diety o kolejne produkty. Należało dokładnie przeanalizować sposób spożywania posiłku przez dzieci, aby również w tym aspekcie uczyć je stopniowo akceptować nowe warunki.

Interwencja terapeutyczna – Antek

W przypadku Antka na uwagę zasługuje fakt, że selekcja dotyczyła zarówno smaku jedzenia, jak i sposobu jego podawania. Akceptację jedzenia rozpoczęto od prezentacji samej łyżki, następnie dotykania jej językiem przez dziecko i wkładania mu do ust. Później wprowadzono picie z butelki oraz z kubka. Dziecko jednocześnie uczone było jedzenia różnych produktów. Kolejno wprowadzone zostały: woda, mleko modyfikowane, deserek jabłkowy



Wykres 1. Czas trwania odmowy jedzenia w kolejnych dniach terapii prowadzonej przez terapeutę poza domem dziecka w proporcji do całkowitego czasu trwania sesji treningowej

dla niemowląt, herbatka dla niemowląt, pierwszy obiad ze słoika dla najmłodszych dzieci (dane z pierwszych 6 dni treningu).

Przez 6 dni terapia była prowadzona bezpośrednio pod kierunkiem terapeuty poza domem dziecka. W 3. dobie zajęcia zaczęła prowadzić matka dziecka. Pod kierunkiem terapeuty w 4. dobie matka zaczęła karmić dziecko sama, pozostając w stałym kontakcie z terapeutą, który w każdej chwili mógł jej przyjść z pomocą, jeśli tylko sytuacja by tego wymagała. W 8. dobie matka wraz z dzieckiem wrócili do domu, gdzie rozpoczęła samodzielne prowadzenie terapii.

Dane z treningu, w którym uczestniczył terapeuta, zostały przedstawione na wykresie 1. W przypadku Antka całkowity czas, który terapeuta spędził z dzieckiem i jego matką, wyniósł 26 godzin. W celu porównania danych z poszczególnych pomiarów czas trwania odmowy jedzenia (wyrażony w minutach) został podzielony przez całkowity czas trwania treningu (wyrażony w minutach) w danym dniu.

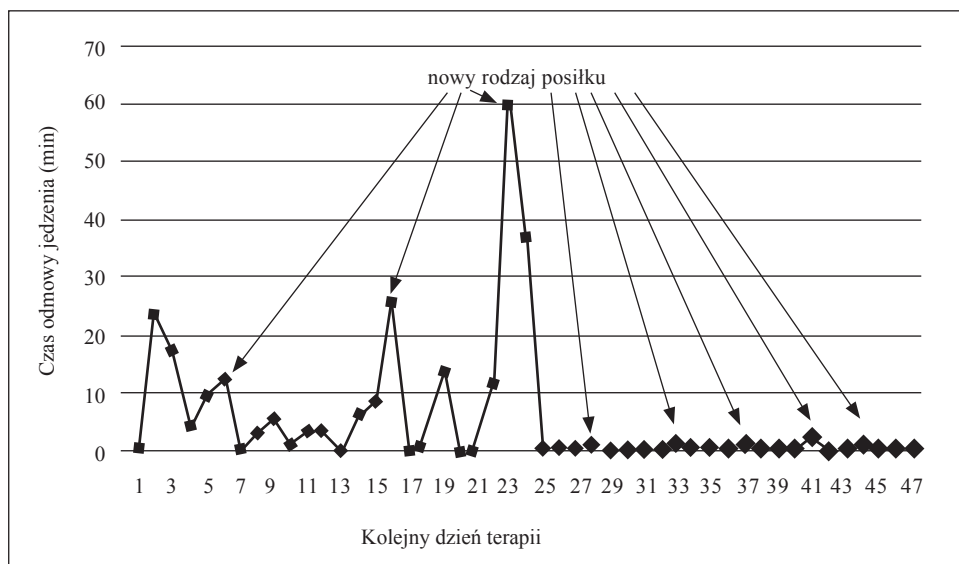
Po powrocie do domu matka dziecka kontynuowała trening i regularnie wysyłała dane zawierające czas odmowy spożywania posił-

ku do wglądu autorom badania. Na podstawie tych danych możliwe jest prześledzenie przebiegu treningu prowadzonego przez matkę dziecka. Na wykresie 2 został przedstawiony czas odmowy jedzenia (wyrażony w minutach) w kolejnych dniach trwania treningu.

Wykresy 1 i 2 różnią się sposobem prezentacji danych. Jest to wynik tego, że matka dziecka po powrocie do domu stosowała procedurę terapeutyczną w każdej sytuacji karmienia dziecka, natomiast terapeuta stosował procedurę podczas określonego czasu, w którym przebiegała terapia.

Dyskusja wyników – Antek

W ciągu 8 tygodni od rozpoczęcia treningu dziecko przybrało 2,5 kg. Od tego momentu matka dziecka przestała zgłaszać problemy z karmieniem, gdyż dziecko konsumowało właściwe ilości pożywienia oraz napojów. Samo prosiło o jedzenie i spożywało je bez żadnych problemów. Bez protestu reagowało na nowe rodzaje posiłków. Matka dziecka przestała karmić syna piersią, pozostawiając tę formę kontaktu wyłącznie jako sposób na uspienie dziecka. Istotne jest jednak, że dziecko



Wykres 2. Czas odmowy jedzenia w kolejnych dniach terapii prowadzonej przez matkę w domu

zjadało tylko produkty przetarte. Stopniowe wprowadzenie innych konsystencji jedzenia wymagałoby specjalnego treningu. Do dnia pisania tego artykułu, czyli rok po rozpoczęciu treningu, zachowania polegające na odmowie jedzenia nie powróciły.

W treningu Antka największą trudność sprawił fakt, że początkowo niemożliwa była stopniowa zmiana sposobu karmienia i smaku pokarmu. Trudność polegała na tym, że nie sposób było przejść od karmienia piersią do karmienia łyżeczką. Jak pokazano na wykresie 1, wprowadzanie nawet bardzo różnych od siebie potraw (np. woda i jabłko) nie wpływało znacząco na wydłużenie czasu trwania odmowy. W przypadku Antka istotny był sposób podawania pokarmu, a nie jego smak. Dziecko protestowało przeciw pokarmowi podawanemu łyżeczką, a smak potraw nie wpływał na jego zachowanie.

Po powrocie dziecka do domu trzykrotnie zaobserwowano wzrost czasu protestu (wykres 2) po podaniu nowych pokarmów. Konsekwentne stosowanie procedury terapeutycznej przez matkę chłopca każdorazowo szybko doprowadzało do ponownego zminimalizowania czasu trwania protestów. Należy także zwrócić uwagę na fakt, że po dłuższym okresie trwania procedury dalsze wielokrotne podawanie nowych pokarmów nie wpływało już negatywnie na zachowanie Antka. Od czasu do czasu widoczny był także wzrost czasu protestu pojawiający się niezależnie od podawania nowych pokarmów. Można go zakwalifikować jako typowy przykład eksplozji związanej z wygaszaniem¹³.

Interwencja terapeutyczna – Sofia

W przypadku Sofii, według danych z wywiadu z matką, selekcja dotyczyła smaku jedzenia oraz tego, kto karmi dziecko. W związku z tym, że trening początkowo musi prowadzić terapeuta, leczenie rozpoczęto od karmienia dziewczynki jej ulubionymi jogurtami. Sytuacja ta nie okazała się problemem. Sofia zjadała ulubione potrawy od dwóch nowych osób (autorów niniejszego artykułu) bez żadnego oporu. Dziecko było więc uczone jedynie akcepta-

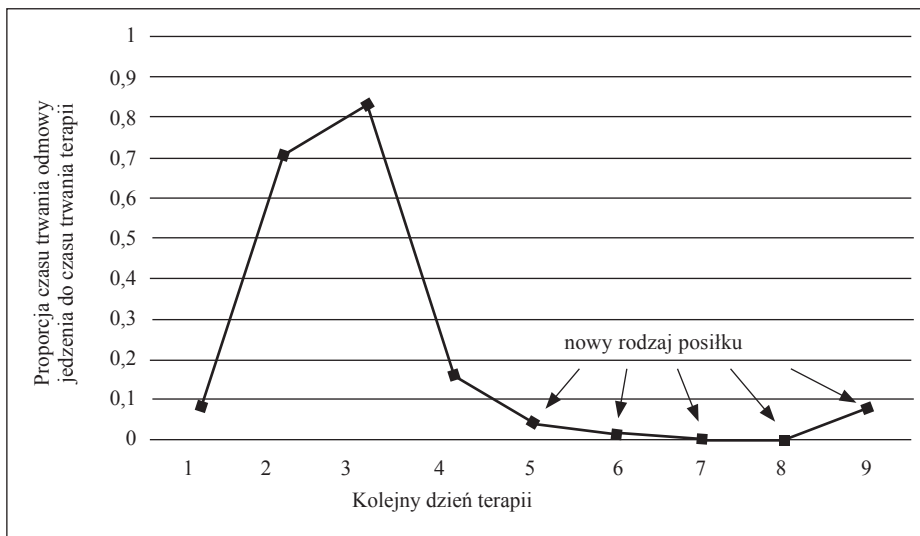
cji nowych rodzajów potraw. Kolejno zostały wprowadzone następujące pokarmy: pierwszy obiad dla niemowląt, zupa warzywna, nowy rodzaj jogurtu, nowy rodzaj zupy warzywnej, nowy rodzaj obiadku dla tej samej grupy wiekowej, deser ze słoika dla najmłodszych dzieci (dane z pierwszych 9 dni treningu).

Przez 9 dni terapia prowadzona była bezpośrednio pod kierunkiem terapeuty poza domem dziecka. W 4. dobie trening zaczęła prowadzić matka dziecka pod kierunkiem terapeuty. W 5. dobie matka zaczęła karmić dziecko sama, pozostając w stałym kontakcie z terapeutą, który mógł w każdej chwili przyjść jej z pomocą, jeśli sytuacja by tego wymagała. Począwszy od 5. dnia, terapeuta codziennie wprowadzał pewną zmianę w pokarmach podawanych dziecku, np. zmieniana była firma produkująca jogurt lub zmieniano smak podawanego jogurtu. W 10. dobie matka powróciła z dzieckiem do domu, by prowadzić dalszą terapię samodzielnie.

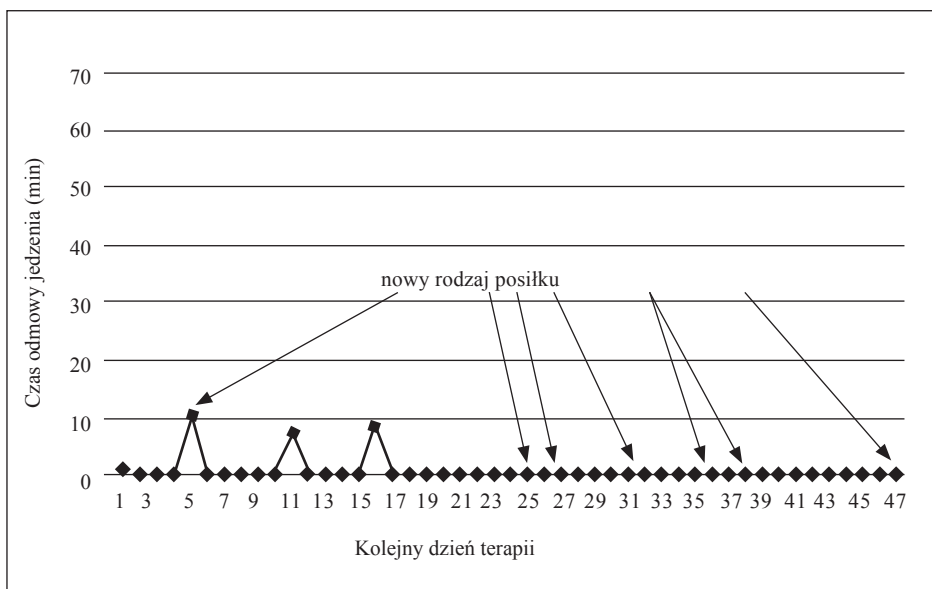
Dane z treningu, w którym uczestniczył terapeuta, zostały przedstawione na wykresie 3. W przypadku Sofii całkowity czas, który terapeuta spędził z dzieckiem i jego matką, wyniósł 35,5 godziny. Podobnie jak w przypadku Antka, aby możliwe było porównanie danych z poszczególnych pomiarów, czas trwania odmowy jedzenia (wyrażony w minutach) został podzielony przez całkowity czas trwania treningu (wyrażony w minutach) w danym dniu.

Po powrocie do domu matka dziecka kontynuowała trening i regularnie wysyłała dane zawierające czas odmowy spożywania posiłku do wglądu autorom niniejszego artykułu. Na podstawie tych danych możliwe jest prześledzenie przebiegu treningu prowadzonego przez matkę dziecka. Na wykresie 4 przedstawiono czas odmowy jedzenia (wyrażony w minutach) w kolejnych dniach treningu.

Analogicznie do przypadku Antka wykresy 3 i 4 różnią się sposobem prezentacji danych. Także w tym przypadku autorzy otrzymywali informację wyłącznie o sumarycznym czasie odmowy jedzenia w danym dniu, bez pomiaru czasu trwania wszystkich czynności związanych z karmieniem.



Wykres 3. Czas odmowy jedzenia w kolejnych dniach terapii prowadzonej przez terapeutę poza domem dziecka



Wykres 4. Czas odmowy jedzenia w kolejnych dniach terapii prowadzonej przez matkę w domu

Dyskusja wyników – Sofia

Jak widać na wykresie 4, Sofia nie protestowała podczas karmienia. Już w 5. dniu treningu prowadzonego przez terapeutę protest właściwie przestał występować (wykres 3). Co istotne, w sytuacji treningu przeprowadzonego przez samą matkę dziewczynka w zasadzie nie odmawiała spożywania proponowanych jej potraw. Sofia jedynie „krzywiła się” przy wprowadzaniu nowych potraw i stan ten utrzymywał się do końca 11. tygodnia terapii prowadzonej przez matkę. Poprzez „krzywienie się” należy rozumieć nienaturalny grymas twarzy, który miałby dawać do zrozumienia, że dany produkt dziecku nie smakuje. Czasami, znacznie rzadziej niż „krzywienie się”, pojawiał się odruch wymiotny. Sofia spożywała tylko przetarte produkty przeznaczone dla dzieci do 12. miesiąca życia. Po 18 tygodniach od rozpoczęcia treningu został wprowadzony kolejny program związany z nauką gryzienia. Do dnia pisania tego artykułu, czyli 8 miesięcy po rozpoczęciu treningu, zachowania polegające na odmowie jedzenia nie powróciły.

Zastanawiające jest to, co wydarzyło się w pierwszych czterech dniach terapii prowadzonej poza domem (wykres 3), mianowicie długość trwania oporu rosła, mimo że nie wprowadzono żadnego nowego posiłku. Rzeczywiście przez pierwsze 3 dni treningu terapeuta spotkał się wyłącznie z oporem niezwiązanym z pokarmem, a związanym ze spożywaniem posiłku w czasie wyznaczonym przez terapeutę. Dziewczynka odmawiała jakiegokolwiek formy współpracy. Nie chciała nawet siedzieć na krzeselku. Zanim rozpoczęto terapię, matka w obawie o zdrowie dziewczynki dawała jej jedzenie zawsze, gdy córka chciała, i nigdy nie narzucała dziecku pór jedzenia. Zaproponowana zmiana sposobu i momentu karmienia była zatem znaczna i mogła się przyczynić do zaobserwowanego wzrostu czasu trwania oporu. Nie można także wykluczyć wystąpienia początkowej eksplozji związanej z wygaszaniem zachowań unikowych.

WNIOSKI

Problem Antka był poważniejszy niż problem Sofii. Chłopiec jadł i pił mniej rodzajów produktów i w mniejszej ilości, a jego organizm był bardziej wycieńczony. Nauczenie go akceptowania jedzenia zajęło miesiąc codziennej pracy podczas każdego posiłku. W przypadku Sofii można stwierdzić, że właściwie w 5. dniu problem przestał występować. Jednak w obu przypadkach procedura oparta na warunkowaniu sprawczym, polegająca na wygaszaniu ucieczkowych reakcji związanych z niejedzeniem, i wzmacnianiu pozytywnym zachowań, polegających na jedzeniu, okazała się skuteczna. Wydaje się, że wynik ten jest potwierdzeniem wniosku dotyczącego etiologii problemu, z którym borykali się rodzice opisanych dzieci. Można przypuszczać, że w przypadku tych dwojga dzieci bardzo poważny problem odmowy spożywania posiłków został ukształtowany przez ich opiekunów na drodze warunkowania sprawczego. Wzmacniali oni zachowania dzieci polegające na odmowie jedzenia zarówno pozytywnie (dając dziecku tylko preferowane przez niego posiłki), jak i negatywnie (kiedy dzieci protestowały, nie otrzymywały niechcianych przez siebie potraw).

Jednoznaczne wnioskowanie, że za zredukowanie zaburzeń zachowania odpowiada zastosowanie opisanej procedury terapeutycznej, jest nieco utrudnione, co stanowi pewne ograniczenie dla generalizacji uzyskanych wyników. Z uwagi na stan zdrowia dzieci konieczne było rozpoczęcie terapii natychmiast, co uniemożliwiło zebranie danych początkowych, które mogłyby posłużyć do dokładnego porównania częstości występowania odmowy jedzenia przed terapią i po niej. Z etycznego punktu widzenia niemożliwe było również czasowe wycofywanie terapii w celu określenia, czy problem powróci bez prowadzenia działań terapeutycznych (por. Shaughnessy, Zechmeister, Zechmeister, 2002). Przerwanie terapii byłoby bowiem niebezpieczne dla dzieci. Istotne jest jednak, że oboje dzieci w długim okresie od zakończenia terapii

nie prezentują problemu, z którym zgłosiły się do terapeuty, i od ponad 9 miesięcy nie mają problemu z jedzeniem.

Problem niejedzenia u dzieci jest tak poważnym i często spotykanym problemem rozwojowym, że istotne wydawało się przedstawienie metody, która najprawdopodobniej odpowiada za uzyskaną poprawę. Zapoznanie czytelników z tym rodzajem postępowania może się stać podstawą do przeprowadzenia dalszych badań z jego wykorzystaniem, a tym samym – do podjęcia próby replikacji uzyskanych wyników. Dalsze badania powinny zostać ukierunkowane na tworzenie procedur eksperymentalnych umożliwiających wyciągnięcie bardziej jednoznacznych wnio-

sków dotyczących zależności przyczynowo-skutkowych wprowadzanej interwencji i zmian w zachowaniu. Niezależnie jednak od korzyści naukowych dalsze wykorzystywanie zaprezentowanej procedury terapeutycznej opartej na wygaszaniu zachowań niepożądanych (różne formy odmowy jedzenia) i wzmacnianiu pozytywnym (pochwały, dostęp do ulubionych aktywności itp.) zachowań pożądanых (spożywanie różnorodnych posiłków) w ocenie autorów przyczyni się do poprawy stanu zdrowia i jakości życia wielu dzieci cierpiących z powodu selektywnego odmawiania jedzenia. Dopiero gdy tak się stanie, cel artykułu zostanie w pełni zrealizowany.

PRZYPISY

¹ Należy podkreślić, że jednostka zaburzenia odżywiania się w niemowlęctwie i dzieciństwie (wg ICD-10 F98.2) nie obejmuje zaburzeń odżywiania (wg ICD-10 F50), do których zaliczamy m.in. anoreksję czy bulimię. Obie jednostki mają podobną nazwę i stąd najprawdopodobniej ich częste utożsamianie z sobą.

² Atetozja – zaburzenie neurologiczne polegające na występowaniu niezależnych od woli, nierytmicznych, powolnych ruchów zlokalizowanych w okolicach głowy, rąk i nóg. Największe ich natężenie dotyczy dystalnych części ciała i występuje w obrębie palców (Degnan, 2009).

³ Inne braki w porównaniu z oczekiwanym prawidłowym rozwojem fizjologicznym w zakresie przybierania masy ciała (*failure to thrive*) – w ICD-10 R62.8 – jednostka opisująca dzieci, które nieprawidłowo przybierają na wadze, co może oznaczać, że nagle straciły na wadze lub że ich masa utrzymuje się poniżej 3. centyla masy ciała minimum 56 dni u dzieci poniżej 5. miesiąca życia lub ponad 90 dni u dzieci powyżej 5. miesiąca życia (O'Brien i wsp., 1991).

⁴ Wzmocnienie negatywne – każdy bodziec, zdarzenie lub sytuacja, których zakończenie następuje natychmiast po zachowaniu i powoduje wzrost prawdopodobieństwa pojawienia się danego zachowania w przyszłości (Malott, Whaley, Malott, 1993).

⁵ Dokładna różnica między selekcją a odmową jedzenia nie została przedstawiona w literaturze przedmiotu. Wiadomo, że skrajna postać selekcji jedzenia to jej odmowa. Niestety, nie określono w sposób oczywisty granicy, to znaczy że nie jest jasne, spożycia ilu produktów dziecko musi odmówić, aby można było zakwalifikować jako odmowę jedzenia (Southall, Clarissa, 2010).

⁶ *Time-out* – procedura służąca zmniejszeniu częstości zachowania, bazująca na karze negatywnej, gdyż polega na czasowym ograniczeniu dziecku dostępu do wzmocnień (Bąbel, Suchowierska, Ostaszewski, 2010).

⁷ Poruszanie szczęką (*jaw prompting*) – procedura polegająca na tym, że terapeuta podaje dziecku jedzenie, trzymając jednocześnie brodę dziecka za pomocą kciuka i palca wskazującego. Terapeuta przestaje dotykać brody dziecka w momencie, kiedy zaczyna ono rzuć lub połykać pokarm (Gimpel, Holland, 2003).

⁸ Wzmocnienie sensoryczne – jeden z rodzajów konsekwencji reakcji, której wartość wzmacniająca wynika z dostarczenia doznań sensorycznych zmysłowi wzroku, słuchu, dotyku, węchu lub smaku (Carr, 1999).

⁹ Warunkowanie sprawcze – proces, w którym jednostka uczy się, że w określonych warunkach wykonaniu lub powstrzymaniu się od wykonania danego zachowania towarzyszą pewne konsekwencje dwojakiego rodzaju: atrakcyjne lub awersyjne. W zależności od rodzaju konsekwencji zmniejsza się lub zwiększa prawdopodobieństwo pojawienia się zachowania w przyszłości (Ostaszewski, 2000; Skinner, 1965).

¹⁰ Wygaszanie – w warunkowaniu sprawczym procedura zaprzestania pojawiania się wzmocnienia do tej pory pojawiającego się po określonej reakcji sprawczej. Wygaszanie prowadzi do zmniejszenia się częstości występowania reakcji sprawczej, a w końcu do całkowitego jej zaniknięcia (Bąbel, Suchowierska, Ostaszewski, 2010).

¹¹ Wzmocnienie materialne (*tangible reinforcement*) – wzmocnienia o charakterze konkretnych obiektów, takich jak jedzenie, picie, zabawki czy żetony (Lavay, French, 2006).

¹² Wzmocnienie społeczne – jeden z rodzajów konsekwencji reakcji, której wartość wzmacniająca wynika z kontaktu z drugą osobą (np. usłyszenia od kogoś pochwały, kontaktu fizycznego, uśmiechu czy wykonywania wspólnie jakiejś czynności) (Bąbel, Suchowierska, Ostaszewski, 2010).

¹³ Eksplozja związana z wygaszaniem – początkowy wzrost częstości wykonywania reakcji sprawczych, obserwowany podczas procedury wygaszania (Bąbel, Suchowierska, Ostaszewski, 2010).

BIBLIOGRAFIA

- Ahearn W.H., Castine T., Nault K., Green G. (2001), An Assessment of Food Acceptance in Children with Autism or Pervasive Developmental Disorder – Not Otherwise Specified. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 5, 505–511.
- Bąbel P., Suchowierska M., Ostaszewski P. (2010), *Analiza zachowania od A do Z*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Bithoney W.G., Rathbun J.M. (1983), Failure to Thrive [w:] M.D. Levine, W.B. Carey, A.C. Crocker, R.T. Gross (red.), *Developmental Behavioral Pediatrics*, 557–572. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Carr E.G. (1999), *Positive Behavior Support for People with Developmental Disabilities: A Research Synthesis*. Washington: American Association of Mental Retardation.
- Cooper J.O., Heron T.E., Heward W.L. (2007), *Applied Behavior Analysis*. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Cupolii J.M., Hallock J.A., Barness L.A. (1980), Failure to Thrive. *Current Problems in Pediatrics*, 10, 1–43.
- Degnan F. (2009), *Szkolenie nurków niepełnosprawnych*. Warszawa: Wielki Błękit.
- Duker P.C. (1981), Treatment of Food Refusal by the Overcorrective Functional Movement Training Method. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 12, 337–340.
- Gimpel G.A., Holland M.L. (2003), *Emotional and Behavioral Problems of Young Children: Effective Interventions in the Preschool and Kindergarten Years*. New York: Guilford Press.
- Gulotta C.S., Piazza C.C., Patel M.R., Layer S.A. (2005), Using Food Redistribution to Reduce Packing in Children with Severe Food Refusal. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 38, 39–50.
- Lavay B.W., French R., Henderson H.L. (2006), *Positive Behavior Management in Physical Activity Settings*. Champaign IL: Human Kinetics.
- Linscheid T.R., Oliver J., Blyler E., Palmer S. (1978), Brief Hospitalization for the Behavior Treatment of Feeding Problem in the Developmentally Disabled. *Journal of Pediatric Psychology*, 3, 72–76.
- Luiselli J.K. (1989), Behavioral Assessment and Treatment of Pediatric Feeding Disorders in Developmental Disabilities. *Progress in Behavior Modification*, 24, 91–133.
- Luiselli J.K., Gleason D.J. (1987), Combining Sensory Reinforcement and Texture Fading Procedures to Overcome Chronic Food Refusal. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 18, 149–155.
- Kerwin M.E., Ahearn W.H., Eicher P.S., Burd D.M. (1995), The Costs of Eating: A Behavioral Economic Analysis of Food Refusal. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 283, 245–260.

- Malott R.W., Whaley D.L., Malott M.E. (1993), *Elementary Principles of Behavior*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych: rewizja dziesiąta. Tom III. Indeks alfabetyczny z tezauresem wyrażen łacińskich (1997), Kraków: Vesalius.
- de Moor J., Didden R., Korzilius H. (2007), Behavioural Treatment of Severe Food Refusal in Five Toddlers with Developmental Disabilities. *Child: Care, Health and Development*, 33, 6, 670–676.
- O'Brien S., Repp A.C., Williams G.E., Christophersen E.R. (1991), Pediatric Feeding Disorders. *Behavior Modification*, 15, 3, 394–418.
- Ostaszewski P. (2000), Procesy warunkowania [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 2, 97–116. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Riordan M.M., Iwata B.A., Finney J.W., Wohl M.K., Stanley A.E. (1984), Behavioral Assessment and Treatment of Chronic Food Refusal in Handicapped Children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 17, 327–341.
- Riordan M.M., Iwata B.A., Wohl M.K., Finney J.W. (1980), Behavioral Treatment of Food Refusal and Selectivity in Developmentally Disabled Children. *Applied Research in Mental Retardation*, 1, 95–112.
- Shaughnessy J.J., Zechmeister J.S., Zechmeister E.B. (2002), *Metody badawcze w psychologii*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Sisson L.A., Van Hasselt V.B. (1989), Feeding Disorders [w:] J.K. Luiselli (red.), *Behavioral Medicine and Developmental Disabilities*, 45–73. New York: Springer Verlag.
- Skinner B.F. (1965), *Science and Human Behavior*. New York: The Free Press.
- Southall A., Clarissa M. (2010), *Feeding Problems in Children: A Practical Guide*. Oxford: Radcliffe Publishing.
- Unlü G., Aras R., Eminağaoğlu N., Büyükgebiz B., Bekem B. (2007), Developmental Characteristics of Children Aged 1–6 Years with Food Refusal. *Public Health Nursing*, 25, 1, 2–9.

Stres rodzicielski i percepcja doświadczeń związanych z opieką nad dzieckiem u rodziców dzieci z autyzmem uczestniczących w różnych formach terapii^{1,2}

EWA PISULA
DOROTA NOIŃSKA

Wydział Psychologii
Uniwersytet Warszawski
Warszawa

STRESZCZENIE

Rodzice dzieci z autyzmem doświadczają wielu obciążeń związanych ze specyficznymi zaburzeniami rozwoju ich dziecka. Istotnym czynnikiem wpływającym na zakres i nasilenie przeżywanym przez rodziców trudności jest dostęp do profesjonalnej pomocy oferowanej dziecku. Jak dotąd mało jednak wiadomo na temat związku między rodzajem oddziaływań terapeutycznych stosowanych wobec dziecka a poziomem stresu rodzicielskiego i sposobem spostrzegania przez rodziców doświadczeń związanych z opieką. Celem badania zaprezentowanego w pracy było porównanie dwóch grup rodziców dzieci z autyzmem w wieku przedszkolnym: objętych regularną, intensywną terapią behawioralną, odbywającą się w ośrodku terapeutycznym, oraz korzystających z terapii eklektycznej prowadzonej w trybie konsultacyjno-internetowym. Przedmiotem porównania był profil stresu rodzicielskiego oraz pozytywna percepcja doświadczeń rodzicielskich. W badaniu uczestniczyli również rodzice dzieci rozwijających się prawidłowo. Porównania wykazały szereg różnic między rodzicami dzieci z autyzmem a rodzicami dzieci rozwijających się prawidłowo, a także pewne różnice w profilu stresu między grupami rodziców dzieci z autyzmem. Wykazano również, że pozytywna percepcja doświad-

czeń związanych z opieką nad dzieckiem może być predyktorem stresu rodzicielskiego.

Słowa kluczowe: autyzm, terapia behawioralna, rodzice, stres, percepcja doświadczeń rodzicielskich

WPROWADZENIE

Rodzice dzieci z autyzmem muszą sprostać wielu trudnym wyzwaniom. Z badań wynika, że w związku z opieką nad dzieckiem z tym zaburzeniem są oni narażeni na duży stres (Abbeduto i wsp., 2004; Dąbrowska, Pisula, 2010; Duarte i wsp., 2005; Konstantareas, Papageorggiou, 2006; Montes, Halterman, 2007). Poziom tego stresu jest u nich wyższy nie tylko w porównaniu z osobami wychowującymi dzieci rozwijające się prawidłowo, ale także z rodzicami dzieci z innymi zaburzeniami rozwoju (Baker-Ericzen i wsp., 2005; Pisula, 2007a; Schieve i wsp., 2007; Yamada i wsp., 2007).

Wśród głównych obciążeń doświadczanych przez rodziców dzieci z autyzmem wymienić można lęk o przyszłość dziecka wynikający z charakteru trudności rozwojowych, które znacznie ograniczają możliwości adaptacyjne dziecka, brak akceptacji zachowań dziecka przez inne osoby, w tym często członków dalszej rodziny, oraz małe wsparcie społeczne

i brak zrozumienia otoczenia dla problemów doświadczanych przez dziecko i rodzinę (Sharpley i wsp., 1997). Istotnym źródłem stresu są także trudności w komunikowaniu się z synem lub córką (Goin-Kochel, Myers, 2005) oraz problemy w zachowaniu występujące u większości dzieci z tym zaburzeniem (Bishop i wsp., 2007; Herring i wsp., 2006; Tomanik i wsp., 2004).

Sytuację rodziców bardzo utrudnia zbyt mały dostęp do profesjonalnej pomocy (Sakaguchi, Beppu, 2007). Powoduje on, że to na nich właśnie spoczywa wiele zadań związanych z organizowaniem i koordynowaniem usług terapeutycznych, edukacyjnych oraz rehabilitacyjnych niezbędnych dziecku, a czasem wręcz prowadzenie terapii pod nadzorem profesjonalistów (Wachtel, Carter, 2008). Dużym obciążeniem jest także konieczność wyboru odpowiedniej w stosunku do potrzeb dziecka opcji terapeutycznej, ponieważ nawet w tym zakresie rodzice są często pozbawieni odpowiedniego wsparcia. W Polsce sytuacja rodzin z dziećmi z autyzmem jest wciąż zła i chociaż dostęp do usług diagnostycznych i terapeutycznych nieco się poprawił, to nadal jest on zależny od możliwości ekonomicznych rodziny oraz miejsca jej zamieszkania (por. Rajner, Wroniszewski, 2001). Koszt usług terapeutycznych jest bardzo wysoki, ponieważ dzieci z autyzmem potrzebują wszechstronnej pomocy. Większość placówek oferujących potrzebne usługi znajduje się w dużych ośrodkach miejskich, co sprawia, że dzieci zamieszkujące z dala od tych miast korzystają zazwyczaj z terapii w trybie konsultacyjnym lub też pracują z nimi osoby niemające odpowiednich kwalifikacji. W takiej sytuacji rodzice odgrywają szczególną rolę we wspieraniu rozwoju dziecka.

Wyniki badań nad stresem rodzicielskim w rodzinach dzieci z autyzmem sugerują, że istotnym czynnikiem wpływającym na jego natężenie może być charakter pomocy udzielanej dziecku. Rodzaj terapii, jej intensywność oraz czas trwania, a także stopień zaangażowania rodziców i wsparcie ze strony profesjonalistów mogą moderować poziom odczuwanego przez rodziców stresu (Hastings,

Johnson, 2001; White, Hastings, 2004). Istnieje również wiele danych, wskazujących na to, że odpowiednio przygotowani rodzice mogą osiągać dobre efekty, prowadząc terapię dziecka z autyzmem w domu pod nadzorem profesjonalistów (tzw. *home-based treatment*) (np. Aldred, Green, Adams, 2004; Baker-Ericzen, Stahmer, Burns, 2007; McConachie, Diggie, 2007). Większość badań w tym obszarze dotyczy terapii behawioralnej, w ramach której prowadzone są warsztaty i treningi dla rodziców, rozwijające ich umiejętności wspomagania rozwoju dziecka i tworzenia optymalnych warunków dla procesu uczenia się (Baker-Ericzen, Stahmer, Burns, 2007; Ozonoff, Cathcart, 1998). Badania te wskazują, że w wyniku tak przebiegającej interwencji w rozwoju dziecka następują korzystne zmiany, podnoszące jakość jego życia. Co więcej, ma ona także pozytywne znaczenie dla samopoczucia rodziców, wzrostu ich poczucia własnej skuteczności, spadku poczucia bezradności i ogólnie bardziej pozytywnego nastawienia do rodzicielskich zadań, przejawiającego się m.in. w rzadszym stosowaniu kar (por. Kaiser i wsp., 1995).

Coraz większą rolę w zdobywaniu przez rodziców informacji odgrywa Internet (np. Green, 2007; Wong, Smith, 2006). Ma on szczególne znaczenie dla rodzin mieszkających daleko od specjalistycznych ośrodków. Istnieją już bazy informacji, które mogą być pomocne przy planowaniu interwencji, doborze ćwiczeń i pomiarze efektów oddziaływań. Jedną z takich baz jest AutismPro (Howroyd, Peeters, 2007). Jest to narzędzie internetowe umożliwiające rodzicom ocenę poziomu funkcjonowania dziecka oraz opracowanie programu interwencji ukierunkowanego na wyrównywanie trudności. Rodzice zapoznają się dzięki niemu z informacjami na temat różnych metod pracy z dzieckiem i mogą korzystać z propozycji ćwiczeń pomocnych w rozwijaniu określonych umiejętności. Badania wskazują, że rodzice stosujący AutismPro deklarują wysoki stopień satysfakcji z tego systemu (Howroyd, Peeters, 2007).

Analizując sytuację rodziców dzieci z autyzmem, badacze koncentrują się zazwyczaj

na obciążeniach doświadczanych przez tę grupę osób. Niewiele uwagi poświęca się pozytywnym doświadczeniom związanym z opieką nad dzieckiem. Jak słusznie zauważają Blacher i Baker (2007), w celu uzyskania pełniejszego obrazu wpływu zaburzeń rozwoju dziecka na życie rodziny konieczne jest uwzględnienie zarówno pozytywnych, jak i negatywnych aspektów sytuacji rodziny. Jest bowiem faktem, że rodzice dostrzegają wiele pozytywnych zmian, które zaszły w ich życiu w związku z opieką nad dzieckiem (Hastings, Taunt, 2002; Kausar i wsp., 2003; Ylvén, Björck-Åkesson, Granlund, 2006). Dotyczą one m.in. nabycia nowych umiejętności i wiedzy, wzrostu wiary w siebie, otwartości, tolerancyjności, wrażliwości, cierpliwości, gotowości do współczucia i pomocy. Zazwyczaj zmiany odnoszą się także do umocnienia rodziny, rozwoju zdolności jej członków do współdziałania i udzielania sobie nawzajem wsparcia, a także ogólnej poprawy relacji z najbliższymi. Do tego dochodzi zawarcie wartościowych znajomości z osobami znajdującymi się w podobnej sytuacji życiowej. Czasem przemiany są tak duże, że według rodziców dotyczą ich spojrzenia na życie, systemu wartości i priorytetów.

W jednym z nielicznych badań dotyczących pozytywnych doświadczeń rodzicielskich osób opiekujących się dziećmi z autyzmem King i wsp. (2006) odnotowali wiele zmian w systemie przekonań i wartości deklarowanych przez tę grupę. W miarę upływu czasu rodzice osiąkali coraz większe poczucie spójności i kontroli nad wydarzeniami. Chociaż musieli zrezygnować z części planów i marzeń, to stopniowo przystosowywali się do ograniczeń wynikających z niepełnosprawności dziecka. Doświadczenia te pozytywnie wpływały na sposób, w jaki myśleli o swoim dziecku, sobie jako rodzicach i swojej rodzinie.

Nie rozstrzygnięto dotychczas, czy istnieje związek między dostrzeganiem przez rodziców pozytywnych aspektów opieki nad dzieckiem a natężeniem odczuwanego przez nich stresu, podobnie jak nie udało się ustalić jednoznacznie powodów, dla których część ro-

dzin reaguje na wyzwania związane z zaburzeniami rozwoju dziecka przede wszystkim stresem i trudnościami w adaptacji, a część przejawia oznaki pozytywnego przystosowania (Head, Abbeduto, 2007; Taylor i wsp., 2000). Z badań prowadzonych w tym obszarze wynika, że pozytywne przeżycia związane z opieką nad dzieckiem współwystępują z negatywnymi doświadczeniami i rodzicielskim stresem (Hastings, Taunt, 2002). Pomimo wyższego poziomu stresu rodzice dzieci z zaburzeniami rozwoju deklarują wiele pozytywnych doświadczeń związanych z dzieckiem.

Stwierdzone prawidłowości, tworzące skomplikowany i niejednoznaczny obraz życia rodzin dzieci z zaburzeniami rozwoju, wiążą się z próbami poszukiwania nowych ram teoretycznych, pozwalających w pełniejszy sposób rozpatrywać sytuację tych rodzin i opracowywać skuteczne formy niesienia pomocy. Niektórzy badacze (Hastings i wsp., 2002) zakładają, że pozytywne postrzeganie rodzicielskich doświadczeń może odgrywać rolę strategii radzenia sobie z trudnościami i przyczyniać się do obniżenia stresu związanego z zaburzeniami rozwoju dziecka. Może ono również wpływać na radzenie sobie ze stresem oraz jego konsekwencje dla życia rodziców i pozostałych członków rodziny. Pozytywna percepcja doświadczeń związanych z opieką nad dzieckiem może więc zostać uznana za jeden z zasobów pomocnych w radzeniu sobie z trudnościami i umożliwiających lepsze przystosowanie się do życia z dzieckiem z zaburzeniami rozwoju (Bayat, 2007; Hastings, Taunt, 2002).

Celem badania było porównanie poziomu stresu w dwóch grupach rodziców dzieci z autyzmem: osób, których dzieci korzystały z regularnej terapii behawioralnej prowadzonej w ośrodku terapeutycznym, oraz osób wspierających rozwój dziecka w oparciu o internetowy system AutismPro i korzystających z profesjonalnego wsparcia o charakterze terapii eklektycznej w trybie konsultacyjnym. Terapeuci, wspólnie z rodzicami, dobierali – odpowiednie do potrzeb dziecka i preferencji rodziców – podejście edukacyjne w ramach oferowanych przez system trzech możliwości:

podjęcia rozwojowego, stosowanej analizy zachowania lub podejścia skoncentrowanego na rozwijaniu interakcji interpersonalnych. Możliwe było łączenie elementów różnych podejść w programie opracowanym dla danego dziecka. Nie analizowano, jaki był udział procentowy poszczególnych podejść w opracowywanych programach i ćwiczeniach. Oczekiwano, że rodzice dzieci objętych intensywną terapią w ośrodku wczesnej interwencji będą przejawiali niższy poziom stresu niż rodzice korzystający z systemu internetowego i profesjonalnych konsultacji. Poszukiwano także odpowiedzi na pytanie, czy pozytywna percepcja doświadczeń związanych z opieką nad dzieckiem stanowi predyktor dla stresu rodzicielskiego.

METODA

Osoby badane

W badaniu uczestniczyło 73 rodziców (w sumie 44 matki i 29 ojców) dzieci w wieku od 3 do 7 lat, należących do trzech grup. Grupę pierwszą stanowiło 19 rodziców dzieci z autyzmem (10 matek i 9 ojców), którzy brali udział w pilotażowym, sześciomiesięcznym programie AutismPro, koordynowanym przez Centrum Terapii SOTIS w Warszawie. Rodzice uczestniczyli w prowadzeniu interwencji terapeutycznej z wykorzystaniem zasobów internetowych AutismPro. Interwencja obejmowała regularne comiesięczne konsultacje z profesjonalistami oraz wsparcie z ich strony w ramach kontaktu telefonicznego i internetowego. Grupę drugą tworzyło 16 rodziców dzieci z autyzmem (11 matek i 5 ojców), którzy korzystali z systematycznej terapii behawioralnej, regularnie prowadzonej w centrum wczesnej interwencji wyspecjalizowanym w procedurach stosowanej analizy zachowania. Grupę trzecią, kontrolną, stanowiło 38 rodziców dzieci rozwijających się prawidłowo (23 matki i 15 ojców), dobranych do dzieci z autyzmem pod kątem płci i wieku. Dzieci te uczęszczały do warszawskich przedszkoli publicznych.

Wszystkie badane dzieci wychowywały się w rodzinach pełnych. Kryterium doboru do grup dzieci z autyzmem, poza korzystaniem z określonej formy terapii, była diagnoza autyzmu dziecięcego sformułowana przez psychiatrę na podstawie kryteriów ICD-10 (WHO, 1992). Dane demograficzne badanych grup zawiera tabela 1.

Narzędzia

W badaniu wykorzystano zestaw narzędzi, składający się z dwóch kwestionariuszy oraz ankiety demograficznej. Dzięki ankiecie zebrano podstawowe dane dotyczące rodzica (wieku, poziomu wykształcenia, sytuacji materialnej, liczby posiadanych dzieci) oraz dziecka (wieku, płci, czasu, w jakim zdiagnozowany został autyzm, form terapii, z jakich korzysta dziecko).

Pomiar stresu rodzicielskiego

Do zbadania poziomu stresu rodzicielskiego wykorzystano 66-punktowy Kwestionariusz Stresu i Zasobów (*Questionnaire on Resources and Stress for Families with Chronically Ill or Handicapped Members – Short Scales*; Holroyd, 1987), w polskiej wersji eksperymentalnej opracowanej przez Pisulę (2003).

Kwestionariusz ten składa się z 11 skal, należących do trzech obszarów:

- 1) problemy dziecka (trzy skale: zależność od opieki, zaburzenia i deficyty poznawcze, ograniczenia w rozwoju fizycznym);
- 2) problemy osobiste respondenta (pięć skal: perspektywa konieczności ciągłej opieki nad dzieckiem, brak satysfakcji osobistej, ograniczona sprawność dziecka, relacje z profesjonalistami, obciążenia osobiste);
- 3) problemy rodziny (trzy skale: ograniczenia możliwości rodziny, dysharmonia w rodzinie oraz stres związany z sytuacją finansową).

Badani ustosunkowują się do poszczególnych stwierdzeń, wybierając opcję *Prawda* lub *Falsz*. Zarówno oryginalna, jak i polska wersja narzędzia charakteryzują się dobrym

Tabela 1. Charakterystyka demograficzna badanych grup

Zmienna	Grupa I N = 19	Grupa II N = 16	Grupa III N = 38
Płeć:			
Kobieta	10	11	23
Mężczyzna	9	5	15
Wiek:			
20–29 lat	2	3	6
30–39 lat	13	9	29
40–50 lat	4	4	3
Wykształcenie:			
Podstawowe/zawodowe	0	0	5
Średnie	1	1	10
Wyższe	18	15	23
Miejsce zamieszkania:			
Wieś	0	2	2
Miasto	19	14	36
Liczba dzieci:			
jedno	1	4	20
dwoje	12	10	17
troje lub więcej	6	2	1
Sytuacja materialna (subiektywnie oceniana przez badanych):			
zła/raczej zła	10	1	1
dobra/raczej dobra	9	15	37

Grupa I – rodzice dzieci korzystających z AutismPro; grupa II – rodzice dzieci korzystających ze stacjonarnej terapii behawioralnej; grupa III – rodzice dzieci rozwijających się prawidłowo

mi wskaźnikami rzetelności (Holroyd, 1987; Pisula, 2003; 2007b).

Pomiar percepcji doświadczeń związanych z rodzicielstwem

Do badania percepcji doświadczeń związanych z opieką nad dzieckiem wykorzystano polską eksperymentalną wersję Inwentarza Kansas (*Kansas Inventory of Parental Perceptions*; Behr, Murphy, Summers, 1992), opracowaną przez Pisulę i Noińską.

Narzędzie to tworzą cztery główne skale:

- 1) Pozytywny wpływ dziecka – bada przekonanie rodziców, że dziecko ma pozytywny wkład w życie rodziny; składa się na nią 9 podskal (m.in. uczenie się w wyniku doświadczeń związanych ze specjalnymi potrzebami dziecka, poczucie siły i bliskości rodziny, poszerzona sieć kontaktów społecznych, rozwój zawodowy).
- 2) Porównania społeczne – 4 podskale badające różne typy porównań społecznych dokonywanych przez rodziców z innymi rodzinami dzieci rozwijających się prawidłowo oraz dzieci ze specjalnymi potrzebami rozwojowymi, które radzą sobie podobnie (tzw. porównania równoległe), lepiej (porównania w górę) lub znajdują się w trudniejszej sytuacji (porównania w dół).
- 3) Poszukiwanie przyczyny – bada poglądy rodziców na temat przyczyn niepełnosprawności dziecka (4 podskale, odnoszące się do różnego typu przyczyn, w tym przyczyn biologicznych, obwiniania profesjonalistów, przeznaczenia).

- 4) Poczucie kontroli – bada przekonanie rodziców na temat posiadanej przez nich kontroli nad sytuacją, składa się z 2 podskal mierzących poczucie osobistej kontroli oraz ocenę kontroli nad daną sferą życia rodziny i dziecka posiadanej przez profesjonalistów.

Badani ustosunkowują się do poszczególnych pozycji skal 1– 3, wybierając jedną z czterech możliwości odpowiedzi: „zdecydowanie nie”, „nie”, „zdecydowanie tak” oraz „tak”. Za odpowiedzi te przyznaje się odpowiednio od 1 do 4 punktów. W skali „Poczucie kontroli” wszystkie pozycje zaczynają się od pytania „Ile kontroli...”, a odpowiedzi do wyboru są następujące: „brak”, „niewiele”, „trochę” oraz „dużo”. Za każdą z nich przyznaje się od 1 do 4 punktów.

Współczynnik rzetelności alfa-Cronbacha wynosi w wersji oryginalnej 0,77 dla skali „Pozytywny wkład dziecka”, 0,66 dla skali „Porównania społeczne”, 0,87 dla skali „Poszukiwanie przyczyny” oraz 0,79 dla skali „Poczucie kontroli” (Behr, Murphy, Summers, 1992).

Procedura

Z rodzicami dzieci z autyzmem nawiązano kontakt za pośrednictwem dwóch warszawskich ośrodków terapeutycznych. W jednym z nich, Centrum SOTIS, w badaniu uczestniczyli rodzice biorący udział w sześciomiesięcznym, eksperymentalnym programie interwencji, w którym połączono korzystanie z internetowego systemu AutismPro z opieką profesjonalistów w ramach comiesięcznych konsultacji. Rodziny zakwalifikowane do tego programu spełniały wiele kryteriów, wśród których szczególne miejsce zajmowała umiejętność korzystania z programu internetowego. W ramach programu rodzice uczestniczyli w treningu przygotowującym ich do używania AutismPro, korzystali z comiesięcznych dwugodzinnych konsultacji prowadzonych w centrum i połączonych z oceną postępów dokonanych przez dziecko, a także mogli telefonicznie lub za pośrednictwem Internetu kontaktować się z terapeutami nadzorują-

cymi proces wspierania rozwoju dziecka. Jednakże zasadniczy ciężar pracy z dzieckiem, tj. codzienne ćwiczenia, spoczywał na rodzicach. Jak wspomniano powyżej, w ramach tego programu rodziny korzystały z różnych metod i technik terapeutycznych, wywodzących się z różnych podejść (behawioralnego, rozwojowego oraz opartego na rozwijaniu relacji interpersonalnych). Indywidualny program terapii dziecka, opracowywany na początku realizacji programu przez profesjonalistę na podstawie oceny poziomu funkcjonowania dziecka, był co miesiąc aktualizowany. Trening rodziców obejmował techniki pracy z dzieckiem, umiejętność motywowania go, strukturalizowania sesji zabawy, radzenia sobie z trudnymi zachowaniami i inne zagadnienia. Zgodnie z zawartą umową rodzice pracowali z dzieckiem w domu co najmniej przez 10 godzin tygodniowo, wykorzystując w tym celu zasoby AutismPro (tj. realizując określone, przewidziane w tym systemie dla dziecka ćwiczenia). Osoby, które wyraziły gotowość uczestniczenia w badaniu, otrzymywały zestaw wymienionych wyżej kwestionariuszy. Wypełniały go w czasie pobytu w centrum podczas ostatniej konsultacji (tj. po 6 miesiącach uczestnictwa w programie).

Druga grupa rodziców została dobrana spośród osób, których dzieci korzystały z intensywnej terapii behawioralnej (w liczbie co najmniej 10 godzin tygodniowo), odbywającej się przez 5 dni w tygodniu w ośrodku wczesnej interwencji wyspecjalizowanym w stosowanej analizie zachowania. Rodzice ci otrzymali zestawy kwestionariuszy w ośrodku, a wypełniali je w domu. W grupie tej znalazły się osoby, których dzieci korzystały z terapii behawioralnej przez minimum 5 miesięcy.

Kontakt z rodzicami dzieci rozwijających się prawidłowo nawiązano za pośrednictwem czterech warszawskich przedszkoli. Rodzice tych dzieci wypełniali Kwestionariusz Stresu i Zasobów, ankietę demograficzną oraz trzy skale kwestionariusza badającego percepcję doświadczeń rodzicielskich (poza skalą dotyczącą przyczyn zaburzeń rozwoju dziecka). Rodzice otrzymywali zestaw kwestionariuszy w przedszkolu, a wypełniali go w domu.

WYNIKI

W celu weryfikacji hipotezy dotyczącej różnic między badanymi grupami rodziców w poziomie stresu przeprowadzono jednoczynnikową analizę wariancji (tabela 2).

Analiza ogólnego poziomu stresu mierzonego Kwestionariuszem Stresu i Zasobów (tj. sumy punktów uzyskanych przez badanych w 11 skalach tego kwestionariusza) wykazała, że rodzice dzieci rozwijających się prawidłowo charakteryzowali się niższym natężeniem

Tabela 2. Wyniki porównania badanych grup rodziców w zakresie stresu rodzicielskiego

Skala	Grupa I – średnia (odchylenie standardowe) N = 19	Grupa II – średnia (odchylenie standardowe) N = 15	Grupa III – średnia (odchylenie standardowe) N = 38	F(2,71)	Opis efektu
Ogólny poziom stresu	31,32 (4,36)	30,87 (5,65)	17,79 (6,28)	48,9*	Wyższy poziom stresu w gr. I i II niż w gr. III
Zależność dziecka	3,00 (1,20)	3,87 (1,30)	1,66 (1,49)	15,56*	Wyższy poziom stresu w gr. I i II niż w gr. III
Zaburzenia poznawcze	4,89 (1,05)	4,73 (1,22)	2,32 (1,28)	38,65*	Wyższy poziom stresu w gr. I i II niż w gr. III
Ograniczenia w rozwoju fizycznym	3,84 (1,68)	4,67 (1,45)	1,32 (1,38)	35,77*	Wyższy poziom stresu w gr. I i II niż w gr. III
Konieczność opieki	3,90 (1,94)	5,00 (1,12)	1,58 (1,18)	37,53*	Wyższy poziom stresu w gr. I i II niż w gr. III
Dysharmonia w rodzinie	1,42 (1,54)	1,07 (0,96)	0,95 (1,29)	0,84	–
Brak osobistej satysfakcji	0,95 (1,51)	2,13 (1,77)	1,21 (1,30)	3,05*	Wyższy poziom stresu w gr. II niż w gr. I i III
Stan zdrowia dziecka	2,58 (1,5)	1,80 (1,15)	1,45 (0,72)	7,14*	Wyższy poziom stresu w gr. I niż w gr. III
Ograniczona sprawność dziecka	1,67 (1,86)	0,13 (0,35)	0,29 (0,93)	10,54*	Wyższy poziom stresu w gr. I niż w gr. II i III
Problemy finansowe	4,21 (1,23)	2,27 (1,16)	2,37 (1,24)	16,45*	Wyższy poziom stresu w gr. I niż w gr. II i III
Relacje z profesjonalistami	1,16 (0,90)	0,87 (0,74)	1,53 (0,89)	3,43*	Wyższy poziom stresu w gr. I i III niż w gr. II
Obciążenia osobiste	3,67 (1,45)	4,33 (1,45)	3,13 (1,36)	4,11*	Wyższy poziom stresu w gr. II niż w gr. III

* $p < 0,05$

Grupa I – rodzice dzieci z autyzmem korzystający z AutismPro; grupa II – rodzice dzieci z autyzmem korzystający ze stacjonarnej terapii behawioralnej; grupa III – rodzice dzieci rozwijających się prawidłowo

stresu od obu grup rodziców dzieci z autyzmem. Nie stwierdzono natomiast istotnej statystycznie różnicy między dwiema grupami rodziców z autyzmem. Porównanie wyników w zakresie każdej z 11 skal kwestionariusza wykazało istnienie w przypadku niektórych skal różnic między grupami rodziców dzieci z autyzmem. Zastosowanie testu *post hoc* Tukeya pozwoliło na ustalenie, które z tych różnic były istotne statystycznie. Rodzice dzieci korzystających z pomocy w trybie konsultacyjno-internetowym osiągnęli wyższe od rodziców dzieci objętych regularną stacjonarną terapią behawioralną wyniki w zakresie stresu związanego z ograniczoną sprawnością dziecka, problemami finansowymi oraz relacjami z profesjonalistami. Rodzice dzieci korzystających z terapii behawioralnej przejawiali natomiast wyższy poziom stresu w zakresie braku osobistej satysfakcji oraz indywidualnych obciążeń wynikających z zaburzeń rozwoju dziecka.

Jednoczynnikowa analiza wariancji przeprowadzona w zakresie oceny przez rodziców z trzech badanych grup pozytywnego wpływu dziecka na życie ich i rodziny (tj. sumy wyników wszystkich poskal skali „Pozytywny wpływ dziecka”) wykazała, że rodzice dzieci rozwijających się prawidłowo deklarowali więcej pozytywnych doświadczeń związanych z opieką nad dzieckiem niż rodzice dzieci z autyzmem (tabela 3).

Porównanie za pomocą testu t-Studenta wyników dwóch grup rodziców dzieci z autyzmem w czterech skalach Inwentarza Kansas, tj. „Pozytywny wpływ dziecka”, „Porównania społeczne”, „Poszukiwanie przyczyny” oraz „Kontrola”, nie wykazało między nimi różnic. Analiza wyników w podskalach wskazała na różnice międzygrupowe w dwóch podskalach skali „Pozytywny wpływ dziecka” („Świadomość przyszłości” i „Rozwój osobisty”), podskali „Obwinianie profesjonalistów” ze skali „Poszukiwanie przyczyny” oraz w podskali „Kontrola profesjonalistów” ze skali „Kontrola”. Wyniki przedstawia tabela 4.

W celu weryfikacji hipotezy zakładającej, że pozytywne doświadczenia związane z opieką nad dzieckiem mogą być predyktorem ogólnego poziomu stresu rodziców w grupach rodziców dzieci z autyzmem (łącznie), przeprowadzono analizę regresji. W analizie uwzględniono ogólny poziom stresu jako zmienną wyjaśnianą oraz – jako zmienne wyjaśniające – cztery wyniki kwestionariusza mierzącego percepcję doświadczeń związanych z rodzicielstwem: pozytywny wpływ dziecka, porównania społeczne, poszukiwanie przyczyny i poczucie kontroli. Predyktorem ogólnego poziomu stresu był wynik uzyskany przez badanych w zakresie percepcji pozytywnego wpływu dziecka na życie rodziny. Otrzymany współczynnik R-kwadrat wyniósł 0,339, przy $F(1,66) = 33,354$, $p < 0,001$.

Tabela 3. Porównanie wyników trzech grup rodziców w zakresie oceny pozytywnego wpływu dziecka na życie rodziców i rodziny

Skala	Grupa I – średnia (odchylenie standardowe) N = 19	Grupa II – średnia (odchylenie standardowe) N = 19	Grupa III – średnia (odchylenie standardowe) N = 33	F(2,67)	Opis efektu
Pozytywny wpływ dziecka – łącznie	138,11 (21,13)	130,69 (15,94)	154,91 (19,53)	10,001*	Wyższy wynik w grupie III w porównaniu z grupami I i II

* $p < 0,05$

Grupa I – rodzice dzieci z autyzmem korzystający z AutismPro; grupa II – rodzice dzieci z autyzmem korzystający ze stacjonarnej terapii behawioralnej; grupa III – rodzice dzieci rozwijających się prawidłowo

Tabela 4. Porównanie wyników rodziców dzieci z autyzmem w zakresie percepcji doświadczeń związanych z opieką nad dzieckiem

Skala	Podskala	Grupa I – średnia (odchylenie standardowe) N = 19	Grupa II – średnia (odchylenie standardowe) N = 16	F
Pozytywny wpływ dziecka	1. Uczenie się w wyniku doświadczeń	21,68 (3,18)	21,56 (1,75)	7,71
	2. Szczęście i spełnienie	19,42 (2,09)	17,31 (3,96)	6,79
	3. Siła i bliskość rodziny	20,37 (3,83)	20,44 (3,67)	0,50
	4. Rozumienie sensu życia	10,47 (1,31)	10,19 (2,00)	3,99
	5. Świadomość przyszłości	9,00 (1,20)	7,81 (1,17)	0,02*
	6. Rozwój osobisty i dojrzałość	21,00 (3,46)	18,38 (3,56)	0,02*
	7. Poszerzona sieć kontaktów społecznych	12,89 (3,14)	12,50 (2,53)	0,71
	8. Rozwój zawodowy	9,79 (2,30)	8,88 (1,96)	0,47
	9. Duma i współpraca	13,47 (7,63)	13,63 (6,40)	0,29
Porównania społeczne	1. Porównania równoległe	14,21 (1,55)	14,5 (0,89)	1,82
	2. Porównania w dół	9,68 (1,53)	10,75 (2,44)	1,55
	3. Porównania w górę, korzystne	10,89 (1,24)	10,13 (1,67)	2,68
	4. Porównania w górę, niekorzystne	9,11 (1,41)	9,69 (1,62)	0,22
Poszukiwanie przyczyn	1. Przeznaczenie/przypadek	4,47 (1,54)	4,63 (0,72)	10,56
	2. Szczególne powody	4,53 (0,70)	4,50 (1,37)	8,14
	3. Przyczyny fizjologiczne	6,53 (1,84)	6,13 (1,31)	2,38
	4. Obwinianie profesjonalistów	9,26 (1,76)	7,88 (1,20)	2,48*
	5. Obwinianie siebie	6,53 (1,87)	6,75 (1,73)	0,20
Kontrola	1. Kontrola profesjonalistów	19,37 (3,98)	22,94 (3,71)	1,06*
	2. Osobista kontrola	19,95 (3,32)	21,56 (2,73)	0,49

* $p < 0,05$

Grupa I – rodzice dzieci z autyzmem korzystający z AutismPro; grupa II – rodzice dzieci z autyzmem korzystający ze stacjonarnej terapii behawioralnej

Współczynnik beta wyniósł $-0,582$. Rodzice, którzy mieli więcej pozytywnych doświadczeń związanych z wychowywaniem dziecka, przejawiali niższy poziom stresu w zakresie oceny pozytywnego wpływu dziecka.

DYSKUSJA WYNIKÓW

Zaprezentowane badanie miało na celu porównanie poziomu stresu u rodziców dzieci z autyzmem korzystających z dwóch form terapii: intensywnej terapii behawioralnej odbywającej się regularnie w ośrodku terapeutycznym oraz terapii eklektycznej (łączącej różne podejścia terapeutyczne w trybie konsultacyjnym połączone z wykorzystaniem internetowego systemu AutismPro). Porównano również percepcję doświadczeń związanych z opieką nad dzieckiem u rodziców z tych grup. Sprawdzano także, czy pozytywna percepcja doświadczeń rodzicielskich może być predyktorem stresu rodzicielskiego.

W zakresie poziomu stresu rodzicielskiego rodzice dzieci z autyzmem z obu grup uzyskali wyniki wyższe niż rodzice dzieci rozwijających się prawidłowo. Należy zaznaczyć, że wykorzystany w badaniu kwestionariusz mierzy subiektywnie oceniany przez badanych stopień obciążeń związanych z opieką nad przewlekle chorym lub niepełnosprawnym członkiem rodziny. Jest on powszechnie używany do pomiaru stresu odczuwanego przez rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju, w tym z autyzmem (Dąbrowska, Pisula, 2010; Honey, Hastings, McConachie, 2005; Konstantareas, Papageorggiou, 2006). Otrzymany rezultat jest zgodny z wynikami innych prac (Hastings i wsp., 2005; Pisula, 2007a). Hipoteza zakładająca wystąpienie różnicy w zakresie ogólnego natężenia stresu rodzicielskiego między dwiema grupami rodziców dzieci z autyzmem, zróżnicowanych z uwagi na rodzaj doświadczeń związanych z terapią dziecka, nie uzyskała potwierdzenia. Porównywane grupy rodziców różniły się natomiast w zakresie kilku obszarów stresu. Rodzice dzieci korzystających z pomocy w trybie konsultacyjno-internetowym deklarowali

wyższy poziom stresu w związku z ograniczoną sprawnością dziecka, problemami finansowymi oraz relacjami z profesjonalistami. Aby móc zinterpretować te wyniki, należy porównać sytuację rodziców dzieci z autyzmem z obu grup. Stopień osobistego zaangażowania rodzica w terapię dziecka i związane z tym obciążenia (choćby czasowe) były większe w grupie rodziców dzieci korzystających z AutismPro. Mimo regularnych specjalistycznych konsultacji na rodzicach tych spoczywała też niewątpliwie znacznie większa odpowiedzialność za realizację programu. Mogło się to przekładać na poczucie szczególnej odpowiedzialności za postępy w rozwoju dziecka i prowadzić do doświadczania większego stresu w związku z jego trudnościami (tj. ograniczoną sprawnością). Ponadto, sytuacja finansowa rodziców korzystających z pomocy w trybie konsultacyjno-internetowym była znacznie gorsza (por. tabela 1), co wyjaśnia ich większy stres związany z problemami finansowymi. Wreszcie, omawiane grupy rodziców różniły się pod względem dostępu do specjalistycznej pomocy i wsparcia ze strony profesjonalistów. Rodzice dzieci korzystających z terapii behawioralnej mieli znacznie więcej okazji do osobistego kontaktu z profesjonalistami (terapeutami dziecka), co stwarzało większe możliwości uzyskania wsparcia, wyjaśniania wątpliwości i obaw związanych z rozwojem dziecka. Jak pokazują badania, zarówno wsparcie ze strony profesjonalistów, jak i odpowiednie zasoby finansowe mogą stanowić czynniki ochronne, zmniejszające natężenie rodzicielskiego stresu (Knussen, Sloper, 1992). Tak więc, wyższy poziom stresu w grupie rodziców, których dzieci były objęte opieką w trybie konsultacyjno-internetowym, można wyjaśnić poprzez odwołanie do różnych aspektów sytuacji tych rodzin.

Więcej trudności sprawiać może interpretacja rezultatów, wskazujących na to, że rodzice dzieci korzystających z terapii behawioralnej osiągnęli wyższe wyniki w zakresie braku osobistej satysfakcji oraz obciążeń osobistych wynikających z zaburzeń rozwoju dziecka. Wyniki te mogą pośrednio wskazywać na to, że bezpośrednio zaangażowanie rodzica we wspiera-

nie rozwoju dziecka odgrywa pozytywną rolę w adaptacji do wyzwań związanych z opieką nad dzieckiem z zaburzeniami rozwoju. Istnieją dane wskazujące, że strategie radzenia sobie ze stresem skoncentrowane na zadaniu, polegające na wyznaczaniu i realizowaniu kolejnych celów, sprzyjają pozytywnemu afektowi, obniżając jednocześnie natężenie stresu (Hastings, Taunt, 2002). Wydaje się, że program AutismPro, dając rodzicom możliwość planowania i realizacji konkretnych zadań wspierających rozwój dziecka oraz umożliwiając im pełny wgląd zarówno w planowanie, jak i efekty oddziaływań, może sprzyjać przystosowaniu. Ponadto, jak wskazują Hastings i Johnson (2001), pomimo że bezpośrednio zaangażowanie w terapię dziecka może stanowić dodatkowe obciążenie dla rodziców, przekonanie o własnej skuteczności sprawia, że rodzice ci nie doświadczają większego stresu niż rodzice mniej obciążeni zadaniami związanymi ze wspieraniem rozwoju dziecka. Podsumowując, można więc wyrazić przypuszczenie, że obie badane grupy rodziców dzieci z autyzmem dysponowały specyficznymi zasobami, które wpływały na ich samopoczucie i doświadczany stres. Warto jednak dodatkowo zaznaczyć, że uzyskane wyniki wskazują na to, iż mający w większości przypadków wysoki status socjospołeczny (tj. zamożni i dobrze wykształceni) rodzice dzieci korzystających z terapii behawioralnej mogą doświadczać istotnych trudności adaptacyjnych. Wysoki stres związany z brakiem osobistej satysfakcji oraz indywidualnymi obciążeniami wynikającymi z zaburzeń rozwoju dziecka wskazuje, że dla tej grupy rodziców przystosowanie się do roli rodzica dziecka ze znacznymi problemami w rozwoju może być bardzo trudne.

W zakresie percepcji doświadczeń związanych z opieką nad dzieckiem przypuszczano, że rodzice dzieci z autyzmem będą mieli równie dużo pozytywnych doświadczeń, jak rodzice dzieci rozwijających się prawidłowo. Wyniki badania wykazały jednak, że rodzice dzieci rozwijających się prawidłowo spstrzegali swoje doświadczenia rodzicielskie bardziej pozytywnie niż rodzice dzieci z autyzmem. Według Hastingsa i Taunta (2002) moż-

liwe jest, że chociaż pozytywne doświadczenia rodzicielskie towarzyszą rodzicom od samego początku życia dziecka, to ich znaczenie w moderowaniu poziomu stresu zaczyna rosnąć w miarę upływu czasu i procesu adaptacji rodziny. Ponieważ w niniejszym badaniu uczestniczyli rodzice dzieci młodszych, dopiero w wieku przedszkolnym, być może ten właśnie czynnik wpłynął na deklarowanie przez nich mniejszej liczby pozytywnych doświadczeń związanych z opieką nad dzieckiem niż u rodziców dzieci rozwijających się prawidłowo. Wiadomo bowiem, że rodzice starszych dzieci z zaburzeniami rozwoju dostrzegają więcej pozytywnych doświadczeń wynikających z opieki nad dzieckiem z zaburzeniami rozwoju niż rodzice dzieci młodszych (King i wsp., 2006).

Szczególnie interesującym elementem prezentowanego tu badania było poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, czy pozytywna percepcja doświadczeń rodzicielskich może być predyktorem poziomu stresu rodzicielskiego. Część badaczy uważa, że pozytywna percepcja doświadczeń związanych z opieką nad dzieckiem może służyć jako strategia radzenia sobie ze stresem i obciążeniami, które towarzyszą rodzicom dzieci z niepełnosprawnością (Bayat, 2007). Może być ona także traktowana jako jeden z zasobów pomocnych w radzeniu sobie ze stresem – spstrzeganie dziecka i rodzicielskich doświadczeń w pozytywnym świetle może sprzyjać stosowaniu bardziej adaptacyjnych strategii radzenia sobie, m.in. skoncentrowanych na zadaniu, co z kolei łączy się z obniżeniem poziomu stresu (Hastings i wsp., 2002). Wyniki naszego badania potwierdzają taki punkt widzenia, wskazując, że wyższy poziom pozytywnej percepcji rodzicielskich doświadczeń wiąże się z niższym poziomem rodzicielskiego stresu. Warto dodać, że pozytywne emocje działają jak bufor zabezpieczający przed depresją (Hastings i wsp., 2002; Hastings, Taunt, 2002; Fredrickson, 2003). Sprzyjają także rozwojowi zasobów społecznych, psychologicznych, intelektualnych i fizycznych, dzięki którym łatwiej i skuteczniej można pokonywać problemy (Fredrickson, 2003).

Należy zauważyć, że przeprowadzone badanie miało kilka istotnych ograniczeń. Po pierwsze, badana próba była mała i nie może reprezentować całej populacji rodziców dzieci z autyzmem. Większość badanych rodziców dzieci z autyzmem posiadała wyższe wykształcenie, co może utrudniać rozpatrywanie uzyskanych wyników w odniesieniu do innych grup rodziców, szczególnie w świetle danych świadczących o istnieniu związku między poziomem wykształcenia a stosowanymi strategiami radzenia sobie i poziomem odczuwanego stresu (Olsson, Hwang, 2002; Pisula, 2007b). Ponadto, w badaniu łącznie potraktowano dane uzyskane od ojców i matek. Z innych prac wynika, że płeć w istotny sposób wpływa na poziom stresu rodziców (m.in. Dąbrowska, Pisula, 2010). Różnice między dwiema badanymi grupami rodziców dzieci z autyzmem nie dają się sprowadzić do rodzaju terapii, jakiej poddawane było dziecko (terapia behawioralna *versus* eklektyczna). Również forma, w jakiej terapia się odbywała (stacjonarna *versus* konsultacyjno-internetowa) i intensywność terapii zasadniczo różniła ba-

dane próby. Brakuje też danych na temat poziomu rozwoju dzieci, których rodzice byli badani. Chociaż wymienione mankamenty pracy z pewnością ograniczają możliwość interpretacji danych, to niewątpliwie przynosi ona informacje stanowiące inspirację do dalszych analiz.

Próbując zrozumieć specyfikę doświadczeń rodziców dzieci z autyzmem, należy wziąć pod uwagę zarówno doświadczone przez nich duże obciążenia, jak i posiadany potencjał do pozytywnych zmian oraz rozwoju. Wykazanie ważnej roli pozytywnej percepcji doświadczeń związanych z opieką nad dzieckiem w kształtowaniu się poziomu stresu może stanowić wskazówkę do opracowywania skutecznych metod pomocy tym rodzinom. Rozwijanie zdolności pozytywnego spostrzegania własnej sytuacji, a także promowanie adaptacyjnych strategii rozwiązywania problemów mogłoby sprzyjać zwiększeniu możliwości rodziny w zakresie efektywnego radzenia sobie z trudnościami, jak również przyczynić się do zmniejszenia stresu i poprawy jakości życia wszystkich jej członków.

PRZYPISY

¹ Praca dofinansowana ze środków Wydziału Psychologii, grant nr 154536.

² Podziękowania: Autorki dziękują Centrum Terapii SOTIS oraz Centrum Wczesnej Interwencji „Krok na Kroku” w Warszawie za umożliwienie przeprowadzenia badań.

BIBLIOGRAFIA

- Abbeduto L., Seltzer M.M., Shattuck P., Krauss M.W., Orsmond G., Murphy M.M. (2004), Psychological Well-Being and Coping in Mothers of Youths with Autism, Down Syndrome, or Fragile X Syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 109, 3, 237–254.
- Aldred C., Green J., Adams C. (2004), A New Social Communication Intervention for Children with Autism: A Pilot Randomized Controlled Treatment Study Suggesting Effectiveness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 8, 1420–1430.
- Baker-Ericzen M.J., Brookman-Frazee L., Stahmer L. (2005), Stress Levels and Adaptability in Parents of Toddlers with and Without Autism Spectrum Disorders. *Research & Practice for Persons with Severe Disabilities*, 30, 4, 194–204.
- Baker-Ericzen M.J., Stahmer A.C., Burns A. (2007), Child Demographics Associated with Outcomes in a Community Based, Pivotal Response Training Program. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 8, 1, 52–62.
- Bayat M. (2007), Evidence of Resilience in Families of Children with Autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51, 702–714.

- Behr S.K., Murphy D.L., Summers J.A. (1992), *User's Manual: Kansas Inventory of Parental Perceptions*. Kansas: Beach Center on Disability, The University of Kansas.
- Bishop S.L., Richler J., Cain A.C., Lord C. (2007), Predictors of Perceived Negative Impact in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder. *American Journal on Mental Retardation*, 112, 6, 450–461.
- Blacher J., Baker B.L. (2007), Positive Impact of Intellectual Disability on Families. *American Journal on Mental Retardation*, 112, 330–348.
- Dąbrowska A., Pisula E. (2010), Parenting Stress and Coping Styles in Mothers and Fathers of Preschool Children with Autism and Down Syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54, 3, 266–280.
- Duarte C.S., Bordin I.A., Yazigi L., Mooney J. (2005), Factors Associated with Stress in Mothers of Children with Autism. *Autism*, 9, 4, 416–427.
- Fredrickson B.L. (2003), The Value of Positive Emotions. *American Scientist*, 91, 330–335.
- Goin-Kochel R.P., Myers B.J. (2005), Parental Report of Early Autistic Symptoms: Differences in Ages of Detection and Frequencies of Characteristics among Three Autism-Spectrum Disorders. *Journal on Developmental Disabilities*, 11, 2, 21–39.
- Green V.A. (2007), Parental Experience with Treatment for Autism. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 19, 91–101.
- Hastings R.P., Allen R., McDermott K., Still D. (2002), Factors Related to Positive Perceptions in Mothers of Children with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15, 269–275.
- Hastings R.P., Johnson E. (2001), Stress in UK Families Conducting Intensive Home-Based Behavioral Intervention for Their Young Child with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 3, 327–336.
- Hastings R.P., Taunt H.M. (2002), Positive Perceptions in Families of Children with Developmental Disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 107, 116–127.
- Head L.S., Abbeduto L. (2007), Recognizing the Role of Parents in Developmental Outcomes: A Systems Approach to Evaluating the Child with Developmental Disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13, 293–301.
- Herring S., Gray K., Taffe J., Tonge B., Seeney D., Einfeld S. (2006), Behaviour and Emotional Problems in Toddlers with Pervasive Developmental Disorders and Developmental Delay: Associations with Parental Mental Health and Family Functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 12, 874–882.
- Holroyd J. (1987), *Questionnaire on Resources and Stress for Families with Chronically Ill or Handicapped Members (Manual)*. Brandon, VT: Clinical Psychology Publishing Co., Inc.
- Honey E., Hastings R. P., McConachie H. (2005), Use of the Questionnaire on Stress and Resources (QRS-F) with Parents of Young Children with Autism. *Autism*, 9, 246–255.
- Howroyd C., Peeters T. (2007), Parent Participation in Early Intervention with Software-Assisted Guidance from AutismPro. *The Good Autism Practice Journal*, 8, 2, 31–36.
- Kaiser A.P., Hester P.P., Alpert C.L., Whiteman B.C. (1995), Preparing Parent Trainers: An Experimental Analysis of Effects on Trainers, Parents, and Children. *TESCE*, 15, 385–414.
- Kausar S., Jevne R.F., Sobsey D. (2003), Hope in Families of Children with Developmental Disabilities. *Journal on Developmental Disabilities*, 10, 35–46.
- King G.A., Zwaigenbaum L., King S., Baxter D., Rosenbaum P., Bates A. (2006), A Qualitative Investigation of Changes in the Belief Systems of Families of Children with Autism or Down Syndrome. *Child: Care, Health & Development*, 32, 3, 353–369.
- Knussen Ch., Sloper P. (1992), Stress in Families of Children with Disability: A Review of Risk and Resistance Factors. *Journal of Mental Health*, 1, 241–256.
- Konstantareas M.M., Papageorggiou V. (2006), Effects of Temperament, Symptom Severity and Level of Functioning on Maternal Stress in Greek Children and Youth with ASD. *Autism*, 10, 6, 593–607.
- McConachie H., Diggle T. (2007), Parent Implemented Early Intervention for Young Children with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13, 120–129.
- Montes G., Halterman J.S. (2007), Psychological Functioning and Coping Among Mothers of Children with Autism: A Population Based Study. *Pediatrics*, 119, 5, e1040–1046.

- Olsson M.B., Hwang C.P. (2002), Sense of Coherence in Parents of Children with Different Developmental Disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities Research*, 46, 7, 548–559.
- Ozonoff S., Cathcart K. (1998), Effectiveness of a Home Program Intervention for Young Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28, 1, 25–32.
- Pisula E. (2003), *Autyzm i przywiązanie. Studia nad interakcjami dzieci z autyzmem i ich matek*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Pisula E. (2007a), A Comparative Study of Stress Profiles in Mothers of Children with Autism and Those of Children with Down's Syndrome. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 3, 274–278.
- Pisula E. (2007b). *Rodzice i rodzeństwo dzieci z zaburzeniami rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Rajner A., Wroniszewski M. (2001), *Raport 2000*. Warszawa: „Synopsis”.
- Sakaguchi M., Beppu S. (2007), Structure of Stressors in Mothers of Preschool Children with Autism. *Japanese Journal of Special Education*, 45, 127–136.
- Schieve L.A., Blumberg S.J., Rice C., Visser S.N., Boyle C. (2007), The Relationship Between Autism and Parenting Stress. *Pediatrics*, 119, Suppl. 1, 114–121.
- Sharpley C.F., Bitsika V., Efremidis B. (1997), Influence of Gender, Parental Health, and Perceived Expertise of Assistance Upon Stress, Anxiety and Depression Among Parents of Children with Autism. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 22, 1, 19–28.
- Taylor S.E., Kemeny M.E., Reed G.M., Bower J.E., Gruenewald T.L. (2000), Psychological Resources, Positive Illusions, and Health. *American Psychologist*, 38, 1161–1173.
- Tomanik S., Harris G.E., Hawkins J. (2004), The Relationship Between Behaviour Exhibited by Children with Autism and Maternal Stress. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 29, 1, 16–26.
- Wachtel K., Carter A.S. (2008), Reaction to Diagnosis and Parenting Styles Among Mothers of Young Children with ASDs. *Autism*, 12, 575–594.
- White N., Hastings R.P. (2004), Social and Professional Support for Parents of Adolescents with Severe Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17, 181–190.
- Wong H.H.L., Smith R.G. (2006), Patterns of Complementary and Alternative Medical Therapy Use in Children Diagnosed with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 901–909.
- World Health Organization (1992), *Manual of the International Statistical Classification of the Diseases, and Related Health Problems*, 10th edn. Geneva: WHO.
- Yamada A., Suzuki M., Kato M., Suzuki M., Tanaka S., Shindo T., Taketani K., Akechi T., Furukawa T. (2007), Emotional Distress and Its Correlates Among Parents of Children with Pervasive Developmental Disorders. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 61, 6, 651–657.
- Ylvén R., Björck-Åkesson E., Granlund M. (2006), Literature Review of Positive Functioning in Families with Children with a Disability. *Journal of Policy & Practice in Intellectual Disabilities*, 3, 253–270.

III. SPRAWOZDANIA I RECENZJE

Sprawozdanie z VI Międzynarodowego Sympozjum Naukowego Polskiego Towarzystwa Psychologii Behawioralnej, Kraków, 19–20 marca 2010

ANNA M. ZIÓŁKOWSKA

Instytut Psychologii
Uniwersytet Jagielloński
Kraków

W dniach 19–20 marca 2010 roku w Krakowie odbyło się kolejne Sympozjum Naukowe, zorganizowane przez Polskie Towarzystwo Psychologii Behawioralnej (PTPB). Sympozja Naukowe PTPB odbywają się rokrocznie, począwszy od 2005 roku. Zawsze w Krakowie, zawsze w marcu, upamiętniając kolejne rocznice urodzin Burrhusa F. Skinnera (1904–1990), twórcy eksperymentalnej analizy zachowania. Tegoroczne, VI już sympozjum było wydarzeniem szczególnym, ponieważ po raz pierwszy miało charakter międzynarodowy.

VI Międzynarodowe Sympozjum Naukowe PTPB zgromadziło studentów, doktorantów, pracowników naukowych oraz praktyków, pedagogów, psychologów i terapeutów, związanych z różnymi ośrodkami akademickimi i terapeutycznymi znajdującymi się na terenie całej Polski. W sympozjum tradycyjnie już wzięli udział przedstawiciele niemal wszystkich krajowych organizacji zrzeszających analityków zachowania oraz osoby reprezentujące inne dziedziny psychologii. Znaczącą grupę stanowili psychologowie rozwojowi, zainteresowani w głównej mierze problematyką zaburzeń ze spektrum autyzmu.

Łącznie w VI Międzynarodowym Sympozjum Naukowym PTPB wzięło udział około 130 osób.

Prestż wydarzenia został dodatkowo podniesiony przez obecność dwóch gości zagra-

nicznych: prof. Williama M. Bauma oraz prof. Howarda Rachlina. Obecnie są to najwybitniejsi na świecie przedstawiciele behawioralnego nurtu psychologii. Prof. William M. Baum jest profesorem na Uniwersytecie Kalifornijskim w Davis. Jego zainteresowania naukowe koncentrują się wokół dwóch zagadnień: empirycznych i teoretycznych analiz zachowań związanych z dokonywaniem wyboru oraz filozoficznych rozważań dotyczących behawioryzmu. Prof. Howard Rachlin, uważany za twórcę ekonomii behawioralnej, jest emerytowanym profesorem Wydziału Psychologii na Uniwersytecie Stony Brook w Nowym Jorku. Zajmuje się dokonywaniem wyboru oraz podejmowaniem decyzji przez ludzi i zwierzęta w celu zrozumienia psychologicznych i ekonomicznych podstaw samokontroli, uzależnień, zachowań społecznych oraz altruizmu. Do specjalnych gości VI sympozjum należy również zaliczyć najznamienitszego przedstawiciela polskiej psychologii akademickiej – prof. Jana Strelaua.

Nad jakością merytoryczną konferencji czuwał Komitet Naukowy w składzie: prof. William M. Baum (University of California, Davis), prof. dr hab. Jan Czesław Czabała (APS, IPiN), prof. dr hab. Maria Kielar-Turska (UJ), prof. dr hab. Edward Nęcka (UJ, SWPS), prof. dr hab. Paweł Ostaszewski (UW, SWPS), prof. dr hab. Wojciech Pisula (PAN, WSZiP im. H. Chodkowskiej), prof. Howard Rachlin

(Stony Brook University), prof. dr hab. Jan Strelau (SWPS), dr hab. Ewa Czerniawska, prof. UW, dr hab. Krzysztof Krzyżewski, prof. UKSW, dr hab. Agnieszka Niedźwieńska (UJ), dr hab. Romuald Polczyk (UJ), dr Przemysław Bąbel (UJ) oraz dr Monika Suchowierska (SWPS).

Organizatorzy tradycyjnie zadbali również o formę wydarzenia. Sympozjum odbyło się w jednym z najbardziej reprezentacyjnych budynków Uniwersytetu Jagiellońskiego – Collegium Novum. W auli tego budynku, gdzie miały miejsce obrady, wiszą portrety wielu wybitnych profesorów oraz obraz przedstawiający postać Mikołaja Kopernika podczas badań nieba, namalowany przez Jana Matejkę. Bankiet, który uwieńczył pierwszy dzień sympozjum, został zorganizowany w równie malowniczym i historycznym miejscu – Stubie Collegium Maius, czyli w najstarszym budynku Uniwersytetu Jagiellońskiego, gdzie obecnie mieści się Muzeum UJ.

Program był bogaty i różnorodny. Złożyło się na niego 11 wykładów plenarnych oraz 13 referatów. Tematyka wykładów plenarnych dotyczyła aktualnych badań i rozważań teoretycznych z zakresu psychologii behawioralnej, prób ujęcia klasycznych zagadnień psychologicznych z punktu widzenia psychologii behawioralnej, jak i z pozoru odległych od psychologii behawioralnej problemów, które jednak po bliższym poznaniu okazują się odległe jedynie pod względem terminologicznym. Większość omawianych zagadnień była dodatkowo analizowana z perspektywy rozwojowej, co wzmacniało spójność między przedstawianymi problemami. Ogromnym atutem programu była nie tylko duża liczba wykładów plenarnych, ale również fakt, że prelegenci reprezentowali różne ośrodki akademickie w Polsce. Stwarzało to możliwość wymiany doświadczeń, poznania projektów badawczych realizowanych przez różne ośrodki oraz nawiązania współpracy między przedstawicielami różnych ośrodków akademickich.

Wykład inauguracyjny został wygłoszony przez prof. Howarda Rachlina, który przedstawił próbę behawioralnego sposobu wyjaśnie-

nia procesu altruizmu i samokontroli. Indywidualny poziom altruizmu, zdaniem prelegenta, może być bowiem mierzony za pomocą funkcji dyskontowania społecznego, natomiast miarą indywidualnego poziomu samokontroli może być funkcja dyskontowania związanego z odroczeniem.

Prof. William M. Baum, pokazując niekompletność pojęcia wzmocnienia, zaproponował alternatywny sposób rozumienia zachowania, wykorzystujący trzy pojęcia: alokację, indukcję oraz korelację. Uwarunkowania zachowania rozważał również prof. Wojciech Pisula (PAN, WSZiP im. H. Chodakowskiej), który zaprezentował dane i argumenty na rzecz poglądu, że poszukiwanie nowości (stymulacji i informacji) ma fundamentalne znaczenie dla regulacji zachowania ludzi i zwierząt. Prelegent przeanalizował rozwój zdolności poszukiwania nowości oraz prześledził ewolucyjne i ontogenetyczne zmiany w zachowaniach polegających na poszukiwaniu stymulacji.

Prof. Paweł Ostaszewski (UW, SWPS) przedstawił krótki przegląd badań dotyczących czterech rodzajów dyskontowania, czyli zmniejszania się wartości nagrody wraz z wydłużaniem się czasu jej odroczenia, zmniejszania szansy jej otrzymania, wzrostu liczebności grupy, z którą trzeba się podzielić nagrodą, oraz wzrostu wysiłku, który jest wymagany do uzyskania nagrody.

Przedmiotem wykładu prof. Edwarda Nęcki (UJ, SWPS) był z kolei problem inteligencji, ujmowany z perspektywy behawioralnej. Zaproponowane zostały kryteria zachowań inteligentnych, odnoszące się do takich zjawisk, jak zmaganie się z nowością i rozwiązywanie problemów. Kryteria te były następnie omawiane z perspektywy różnic inter- i intraindywidualnych.

Podejście uczeniowe zostało wykorzystane również do ujęcia problematyki sugestii. Dr hab. Romuald Polczyk (UJ) przedstawił argumenty na rzecz tezy, że uleganie sugestiom może przynajmniej częściowo wynikać z procesów warunkowania i uczenia się.

Prof. Jan Strelau (SWPS) przypomniał pionierskie badania Iwana Pawłowa nad kla-

sycznymi odruchami warunkowymi u psów, podkreślając wyróżnione przez rosyjskiego badacza właściwości konceptualnego układu nerwowego (KUN), takie jak siła procesu pobudzenia, siła procesu hamowania, równowaga między nimi oraz ruchliwość procesów nerwowych – jako determinanty różnic indywidualnych w szybkości i efektywności tworzenia się odruchów warunkowych. Prelegent zwrócił uwagę na fakt, iż paradygmat odruchów warunkowych Pawłowa, podobnie jak siła procesu pobudzenia traktowana przez niego jako najważniejsza cecha KUN, stanowiły jedną z podstaw tworzenia wybranych teorii osobowości skoncentrowanych na cechach oraz niektórych teorii temperamentu.

Z dużym zainteresowaniem spotkały się również dwa wykłady związane z problematyką pamięci. Dr hab. Ewa Czerniawska, prof. UW, rozważała uwarunkowania wpływu muzyki poprzedzającej i towarzyszącej wykonywaniu zadań poznawczych na uzyskiwane w tych zadaniach rezultaty. Autorka zwróciła również uwagę na znaczenie aktywnego kontaktu z muzyką (w postaci nauki gry na instrumencie), rozpoczętego w wieku przedszkolnym, w rozwoju funkcjonowania poznawczego. Natomiast dr hab. Agnieszka Niedźwieńska (UJ) przedstawiła rezultaty badań, z których wynika, że pamięć epizodyczną, uznawaną dotąd za cechę wyłącznie ludzką, można obserwować również u wybranych gatunków zwierząt. Prelegentka przeanalizowała rozwój pamięci epizodycznej oraz podkreśliła ważne funkcje życiowe, jakie pełni pamiętanie informacji typu „co, gdzie i kiedy” dla wielu gatunków zwierząt.

Twórcę eksperymentalnej analizy zachowania – B.F. Skinnera – przypomniał z kolei dr hab. Krzysztof Krzyżewski, prof. UKSW, który tym razem skoncentrował się na koncepcji zdarzeń prywatnych Skinnera, czyli jednego z najciekawszych, ale zarazem wyjątkowo kontrowersyjnych fragmentów behawioryzmu radykalnego.

Z punktu widzenia psychologii rozwojowej na szczególną uwagę zasługuje wykład prof. Marii Kielar-Turskiej (UJ), w którym

zwrócono uwagę na dwie ważne sprawy dotyczące rozwoju w dzieciństwie: miejsce dziecka w grupie oraz jego kompetencje komunikacyjne. Prelegentka przytoczyła wyniki badań, które dowodzą, że takie działania, jak sposób uczestniczenia w dyskursie rówieśniczym, sposób wchodzenia w kontakt z rówieśnikami znanymi i obcymi, przyłączania się do grupy, korzystania z niewerbalnych środków komunikacyjnych, sposób zachowania się w rozmowie, przekazywanie informacji, zadawanie pytań, wyrażania emocji i odczytywania intencji innych osób, różnicują dzieci o różnym statusie społecznym w grupie. Podkreślono jednak, że przytoczone zależności nie mają charakteru przyczynowo-skutkowego. Omówiono zarówno rozwój kompetencji komunikacyjnej w dzieciństwie, jak również jej związki z innymi kompetencjami oraz implikacje dla dalszego rozwoju.

Referaty prezentowane były w trzech sesjach tematycznych. W sesji pierwszej przedstawione zostały najnowsze doniesienia na temat dyskontowania. Magdalena Hajduczek (UW) omówiła wyniki badań nad tempem dyskontowania trzech rodzajów nagród (pieniędzy, karty płatniczej i jedzenia) u osób o różnym wskaźniku masy ciała (BMI). Zaobserwowane zależności mają istotne znaczenie dla wyjaśniania wybranych nieprawidłowości w rozwoju psychofizycznym dzieci, takich jak np. kształtowanie się otyłości. Wojciech Białaszek (SWPS) rozważał nowy kontekst procesu dyskontowania, starając się odpowiedzieć na pytanie, co się dzieje w sytuacji, gdy nagrody, których wartość jest oceniana, pojawiają się w sekwencjach, a nie pojedynczo. Adriana Oniszk (UW) przedstawiła z kolei związek między dyskontowaniem nagród otrzymanych w przeszłości a uzależnieniami. Wyniki omówionych badań mają zasadnicze znaczenie dla pracy z młodzieżą, szczególnie w zakresie profilaktyki uzależnień. Do tematyki uzależnień nawiązała również ostatnia prelegentka pierwszej sesji Bernadetta Lelonek (Ośrodek Leczenia Uzależnień w Lublinie), prezentując możliwości stosowania terapii behawioralnej w leczeniu osób uzależnionych od hazardu.

Sesja druga poświęcona była prezentacji aktualnego stanu rozwoju psychologii behawioralnej w Polsce, a w szczególności doświadczeń w zakresie stosowania terapii behawioralnej w naszym kraju. Sesja ta była szczególnie ważna z perspektywy problematyki psychologii rozwojowej, ponieważ w Polsce terapia behawioralna jest wykorzystywana niemal wyłącznie w odniesieniu do zaburzeń rozwojowych. Przemysław Bąbel (UJ) przypomniał początki analizy zachowania w Polsce, podsumował aktualny stan zaawansowania jej rozwoju w naszym kraju, wskazał możliwe kierunki dalszego rozwoju tej dziedziny oraz poddał analizie czynniki, które mogą sprzyjać i zagrażać temu rozwojowi. Kolejne dwa referaty były poświęcone prezentacji osiągnięć gdańskich ośrodków terapeutycznych, zajmujących się zaburzeniami rozwoju. Ewelina Kanarkowska i Anita Michalska przedstawiły działalność Instytutu Wspomagania Rozwoju Dziecka jako repliki Princeton Child Development Institute, z kolei Beata Ignaczewska omówiła wybrane doświadczenia Specjalnego Ośrodka Rewalidacyjno-Wychowawczego dla Dzieci i Młodzieży z Autyzmem w Gdańsku. Przedstawicielki Polskiego Stowarzyszenia Terapii Behawioralnej – Nela Grzegorzczak-Dłuciak oraz Ewa Kuliga – skoncentrowały się natomiast na trudnościach związanych ze stosowaniem terapii behawioralnej oraz ich przyczynach. Sesję zakończyła próba weryfikacji statusu naukowego terapii behawioralnej dokonana przez Annę Ziółkowską (UJ). Wszystkie referaty obejmowały analizy wybranych problemów, napotykanych przez terapeutów zaburzeń rozwojowych oraz szczegółowe propozycje ich rozwiązywania. Wymiana doświadczeń między przedstawicielami różnych ośrodków terapeutycznych w Polsce wzbudziła żywe dyskusje wśród uczestników VI sympozjum, stając się jednym z najbardziej wartościowych elementów konferencji.

W trzeciej sesji zaprezentowane zostały zastosowania psychologii behawioralnej wykraczające poza terapię behawioralną zaburzeń rozwoju. Małgorzata Siekańska (AWF

im. B. Czecha w Krakowie) przedstawiła rolę informacji zwrotnej w nabywaniu nowych umiejętności sportowych oraz w procesie rehabilitacji. Prelegentka wyjaśniła sposób, w jaki informacja zwrotna wpływa na rozwój motoryczny człowieka. Bartłomiej Swebodziński (NZOZ MEDI-system Sp. z o.o. w Warszawie) zaprezentował nową perspektywę wykorzystywania stosowanej analizy zachowania w rehabilitacji neuropsychologicznej osób dorosłych. Julita Koszur (SWPS) omówiła zastosowanie technik behawioralnych w projektowaniu stron internetowych. Sesję zakończył referat Malwiny Szpitalak (UJ), która przedstawiła behawioralne mechanizmy kształtowania się pracoholizmu oraz zaprezentowała racjonalno-emotywną terapię behawioralną Ellisa jako optymalną terapię tego zaburzenia. Prelegentka omówiła główne przyczyny powstawania zaburzenia oraz przedstawiła etapy jego kształtowania z perspektywy rozwojowej, odwołując się m.in. do teorii przywiązania J. Bowlby'ego.

Pierwszy dzień obrad został uwieńczony wyjątkowym wydarzeniem. Było to uroczyste wręczenie honorowych członkostwa Polskiego Towarzystwa Psychologii Behawioralnej. Decyzją Zarządu PTPB z dnia 25 lutego 2010 roku honorowe członkostwa w Polskim Towarzystwie Psychologii Behawioralnej przyznane zostały dwóm wybitnym przedstawicielom światowej psychologii behawioralnej: prof. Williamowi M. Baumowi oraz prof. Howardowi Rachlinowi.

Zgodnie z życzeniem, zawartym w pre-mówieniu powitalnym przewodniczącego VI Międzynarodowego Sympozjum Naukowego Polskiego Towarzystwa Psychologii Behawioralnej – dr. Przemysława Bąbła, cel konferencji został osiągnięty. VI sympozjum stało się kolejną nieocenioną okazją do poznania najnowszych badań, koncepcji teoretycznych i zastosowań szeroko rozumianej psychologii behawioralnej. Warto również podkreślić interdyscyplinarność sympozjum, o której świadczy zarówno wielowątkowość poruszanych problemów, wykraczających poza perspektywę wyłącznie behawioralną,

jak i zróżnicowanie uczestników konferencji, zajmujących się nie tylko psychologią behawioralną, ale również różnymi dziedzinami psychologii. W VI Międzynarodowym Sympozjum Naukowym PTPB udział wzięło bardzo wielu przedstawicieli psychologii rozwojowej, zarówno praktyków, zajmujących się

terapią zaburzeń rozwojowych, jak i przedstawicieli psychologii akademickiej. Z całą pewnością można stwierdzić, że sympozja naukowe organizowane przez Polskie Towarzystwo Psychologii Behawioralnej znalazły swoje stałe miejsce w kalendarzu ważnych wydarzeń naukowych w Polsce.

RECENZJA

J. Morton (2004), *Understanding Developmental Disorders. A Causal Modelling Approach*. Malden, MA: Blackwell Publishing

MARTA RYNDA

Institut Psychologii
Uniwersytet Jagielloński
Kraków

Jedno z głównych zadań psychologii jako dyscypliny naukowej, polega na „rozwijaniu i tworzeniu nowych teorii psychologicznych, które służą wyjaśnianiu i lepszemu rozumieniu zachowania człowieka w jego otoczeniu społecznym” (Brzeziński, Zakrzewska, 2008: 181). Zadanie to dotyczy również stosunkowo młodej dziedziny, jaką jest psychopatologia rozwoju. Opracowanie teorii, które wyjaśniałyby przyczyny zaburzeń, jest istotne ze względu na możliwość ich lepszego definiowania, rozpoznawania i leczenia. W realizacji tego celu może pomóc metoda pracy z istniejącymi teoriami, zwana modelowaniem przyczynowym (*causal modelling*). Autorzy metody, John Morton i Uta Frith, wyszli z założenia, że należy prezentować idee zawarte w różnych teoriach według tych samych zasad. Modelowanie przyczynowe, po raz pierwszy opisane w 1995 roku (Frith, Morton, 1995), było rozwijane w kolejnych latach, a podsumowanie informacji na jego temat znajdujemy w wydanej w 2004 roku przez profesora Mortona¹ książce *Understanding Developmental Disorders. A Causal Modelling Approach*. Autor recenzowanej tu publikacji jest przekonany, że powszechne stosowanie przez badaczy tej metody „może pomóc podnieść standardy ewaluacji różnych sposobów patrzenia na etiologię oraz pomóc w diagnozie” (Morton, 2004: 19). Wymienione dwie dziedziny zastosowania modelowania przyczynowego będą, obok

analizy treści poszczególnych rozdziałów, podstawą prezentacji głównych idei zawartych w książce Johna Mortona.

Na wstępie warto podkreślić, że książka *Understanding Developmental Disorders. A Causal Modelling Approach*, koncentrująca się na modelowaniu przyczynowym, nie jest, jak wielokrotnie przypomina autor, przeglądem teorii zaburzeń rozwoju. Dwanaście rozdziałów, które składają się na publikację, można podzielić na te, które traktują *stricte* o modelowaniu przyczynowym (określają istotę metody, podstawowe założenia i zasady stosowania), oraz te, w których znajdujemy ilustrację zastosowania metody do różnych teorii wyjaśniających istotę autyzmu, dysleksji, ADHD i zaburzeń zachowania.

ROLA MODELOWANIA PRZYZYNOWEGO W BUDOWANIU TEORII

W pierwszym rozdziale omówione zostały argumenty na rzecz tezy, że potrzebne jest narzędzie pracy, które – umożliwiając porównywanie teorii – przyspieszyłoby proces ich weryfikacji i, w konsekwencji, przybliżyłoby do lepszego rozumienia zaburzeń rozwoju. Wskazane są przede wszystkim ograniczenia, jakie wiążą się z werbalną ekspresją idei w dotychczas dominującym sposobie

przedstawiania teorii: linearność języka (podczas gdy konceptualizowane w teorii relacje są wielowymiarowe), ryzyko niejasności pojęć (w związku ze stosowaniem, w celu unikania powtórzeń, innych niż pierwotnie zdefiniowane terminów) i ryzyko niejasności samej idei (m.in. z powodu możliwości ukrycia słabości idei za pomocą „siły języka”, czyli tzw. przerost formy nad treścią). W związku z tymi ograniczeniami warto, zdaniem autora, sprawdzać pomysły kryjące się za opisem i prezentować je za pomocą diagramów.

Podstawowa idea modelowania przyczynowego brzmi następująco: konkretna teoria powinna być wyrażona w formie graficznej. W diagramie uwzględnione zostają zarówno czynniki indywidualne, czyli: biologiczne, poznawcze i behawioralne, jak i czynniki środowiskowe. Co więcej, w wyraźny sposób zostają określone kausalne relacje pomiędzy opisywanymi w teorii czynnikami. Zdaniem Mortona i Frith modelowanie przyczynowe jest narzędziem ateoretycznym – umożliwia reprezentowanie każdej spójnej teorii, która wyjaśnia mechanizm powstawania zaburzenia rozwoju. Tym samym mogą z niej korzystać wszyscy badacze, niezależnie od przyjmowanych założeń; muszą tylko stosować te same zasady graficznego wyrażania teorii, czyli zasady modelowania przyczynowego. W rozdziale trzecim znajdujemy pierwsze proste przykłady zastosowania metody.

Dziesięć podstawowych zasad modelowania przyczynowego, opisanych w rozdziale piątym, brzmi następująco: 1) zacznij od biologii (choćby dokładne biologiczne przyczyny zaburzeń rozwoju są bardzo rzadko znane, w łańcuchu przyczynowym należy uwzględnić wszystkie znane informacje na ten temat), 2) buduj łańcuchy przyczynowe (związki przyczynowe powinny być jasno określone – lub przynajmniej zarysowane – od źródeł zaburzenia do obserwowalnych zachowań), 3) podaj pełne wyjaśnienie (wszystkie objawy powinny być wyjaśnione; jeśli nie można wyjaśnić pewnych faktów, należy się upewnić, że luka w łańcuchu przyczynowym jest widoczna), 4) koncentruj się na tym, co spe-

cyficzne (zachowania, które mogą być wyjaśnione ogólnym zaburzeniem, nie powinny być uwzględniane w teorii wyjaśniającej przyczyny specyficznego zaburzenia), 5) oddzielaj poznanie od zachowania (poziom wyjaśnień odwołujący się do procesów poznawczych powinien być wyraźnie odróżniony od poziomu opisu zachowań; należy również pamiętać, że wszystkie testy psychologiczne mierzą zachowanie), 6) bądź oszczędny poznawczo (nie należy postulować konstruktów przynależnych do poziomu poznawczego wyłącznie w celu dopasowania każdego zachowania do specyficznego czynnika poznawczego), 7) pamiętaj, że współzależność to nie przyczynowość (nie należy mylić korelacji z przyczynowością; korelacje mogą sugerować związek przyczynowy, ale nie są wystarczające, aby móc taki związek stwierdzić), 8) unikaj cyrkularności (jedno z zachowań, charakterystycznych dla zaburzenia, nie może być wyjaśnieniem całego zaburzenia; jasne oddzielenie zachowania od poznania, czyli respektowanie zasady 5., chroni przed cyrkularnością), 9) pamiętaj, że nie ma jednej przyczyny zaburzenia i 10) że nie jest ono jednoznacznie zdeterminowane (fenotyp zależy od wpływu czynników indywidualnych i środowiskowych).

Listę korzyści, jakie płyną ze stosowania modelowania przyczynowego, znajdujemy pod koniec rozdziału pierwszego: reprezentowanie tego, co skomplikowane, w sposób łatwy do zrozumienia i zapamiętania, sprawdzanie spójności teorii i odkrywanie jej słabych punktów, formułowanie, w oparciu o diagramy, precyzyjnych testów alternatywnych idei oraz, co niezwykle istotne, wynikająca z ujednoliconej zasady ekspresji możliwość porównywania z sobą różnych teorii danego zaburzenia.

Modelowanie przyczynowe było podejściem rozwijanym w celu opracowania teorii wyjaśniającej przyczyny autyzmu, w której główną rolę odgrywa deficyt mentalizacji (zob. Frith, 2003/2008). Informacje na ten temat znajdują się w rozdziale czwartym. W kolejnych rozdziałach autor, korzystając z modelowania przyczynowego, prezentuje większość współczesnych teorii autyzmu (rozdział szó-

sty), wybrane teorie dysleksji (rozdział ósmy), ADHD (rozdział dziewiąty) i zaburzeń zachowania (rozdział dziesiąty).

ROLA MODELOWANIA PRZYCZYNOWEGO W DIAGNOZIE

Kolejnym istotnym i dyskutowanym tematem w książce jest diagnoza (temat wstępnie zasygnalizowany w rozdziale czwartym, w sposób szczegółowy omówiony zostaje w rozdziale siódmym). Aby wyjaśnić specyficzny stan, potrzebna jest – jak pisze Morton – jasna definicja tego stanu. Ponieważ nie istnieją systemy klasyfikacji, które miałyby charakter wyjaśniający (etiopatogeneza zaburzeń nie jest bowiem jasna), podstawą rozpoznania są, odpowiadające na potrzeby ujednoliconego i powszechnie uznawanego systemu oceny zaburzeń, ateoretyczne klasyfikacje opisowe, m.in. DSM i ICD (por. np. Sęk, 2005; Stemplewska-Żakowicz, 2009). Ponieważ diagnoza, stanowiąc podstawę rokowania i leczenia, jest niezwykle istotna, ideałem powinien być system klasyfikacji oparty na etiologii. Dlatego modelowanie przyczynowe, które umożliwia porównywanie teorii opisujących przyczyny zaburzeń rozwojowych, może przyspieszyć proces ustalania etiologii i, tym samym, ułatwić prowadzenie teoretycznego dyskursu w obszarze diagnozy.

Warto w tym miejscu zwrócić uwagę, że choć książka *Understanding Developmental Disorders. A Causal Modelling Approach* ma być przede wszystkim prezentacją metody pracy z teoriami zaburzeń rozwoju, jest jednocześnie propozycją określonego sposobu myślenia o *zaburzeniach rozwoju*. Profesor Morton twierdzi, że poznanie (definiowane przez niego jako wyższe funkcje mózgu) jest istotnym mediatorem związków biologii i zachowania, a uwzględnienie poznania jest niezbędne, aby mieć pełne wyjaśnienie rozwoju i zaburzeń rozwoju. Autor uważa, że język biologii nie umożliwia dokonania opisu poznania, a prawdziwe wyjaśnienie zachowania nie jest możliwe wyłącznie w wyniku badań i opisów biologicznych, ponieważ luka w łańcuchu

przyczynowym byłaby zbyt duża. Jednocześnie nie jest możliwe, myśląc o zaburzeniach rozwoju, odwoływanie się wyłącznie do zachowania. Autor podaje następujące argumenty na rzecz powyższego stwierdzenia: 1) to samo zachowanie może wynikać z więcej niż jednej przyczyny, 2) ta sama przyczyna może skutkować różnymi wzorami zachowania oraz 3) zachowanie, uważane za patologiczne, może się zmienić, tracąc status zaburzonego, pod wpływem zmiany warunków, nawet jeśli nie ma powodu przypuszczać, że leżący u jego podstaw stan uległ zmianie. W innym miejscu książki autor zwraca uwagę, że osoby o tej samej diagnozie mogą się w znaczący sposób różnić. Jak to możliwe, że zostają przypisane do tej samej kategorii diagnostycznej? Jego zdaniem klinicyści biorą pod uwagę coś więcej niż zachowanie – dokonują interpretacji zachowania, a osoby, które są dobrymi diagnostami, są zdolne do tworzenia modeli struktur poznawczych osób badanych, tym samym widząc pacjentów o tej samej diagnozie jako podobnych pomimo różnic w zachowaniu.

Sięgając po książkę *Understanding Developmental Disorders. A Causal Modelling Approach*, można pomyśleć, sugerując się tylko tytułem, że znajdziemy w niej jakieś nowe podejście w wyjaśnianiu zaburzeń rozwoju. Okazuje się jednak, że (o czym autor pisze już we wstępie i o czym przypomina również w rozdziale dwunastym, który stanowi krótkie podsumowanie) podstawowym celem publikacji jest prezentacja ateoretycznej metody pracy z teoriami zaburzeń rozwoju. Być może bardziej adekwatnym tytułem książki byłoby więc: *Understanding (Theories of) Developmental Disorders. A Causal Modelling Approach*.

Niemniej jednak, obok prezentacji modelowania przyczynowego, autor przedstawia również pogląd, że poznanie jest niezbędne, aby w pełni wyjaśnić istotę zaburzeń rozwoju. Podniesiony przez Mortona problem, czyli kwestia znaczenia poznania w powstawaniu zaburzeń rozwoju, wpisuje się w szerszą dyskusję nad możliwością przyczynowego oddziaływania zdarzeń mentalnych na zdarzenia fizyczne. Gorące spory na ten temat dzieliły

filozofów, metodologów nauki i psychologów na tych, którzy zakładali przyczynowy wpływ zdarzeń mentalnych, i na tych, którzy takiego wpływu nie uznawali: od całkiem delikatnego twierdzenia, że stany psychiczne są tylko nadbudowane nad stanami fizycznymi (epifenomenalizm), po rygorystyczny postulat, że terminy mentalne należy wyeliminować, a mentalistyczną psychologię zastąpić neurofizjologią (eliminacjonizm) (por. Grobler, 2008).

Rozstrzygnięcie, czy stany mentalne, jeśli nie zgadzamy się z postulatem ich eliminacji, oddziałują w sposób przyczynowy na zachowanie, jest ważne również w psychopatologii rozwojowej. To rozstrzygnięcie będzie określało czynniki uwzględniane w formułowanej teorii. Profesor Morton, uzasadniając swój pogląd, że poznanie jest niezbędne w wyjaśnianiu zaburzeń rozwoju, podkreśla jednocześnie, że samo modelowanie przyczynowe jako narzędzie ateoretyczne nie wymaga podzielenia tego poglądu. Niemniej jednak, zachęcając do korzystania z narzędzia również tych, którzy chcą bezpośrednio łączyć biologię z zachowaniem, prowokacyjnie dodaje: „(...) jestem ciekaw, jak daleko dotrzesz” (Morton, 2004: 271).

Lektura książki, której treść porusza przecież ważne problemy metodologiczne, jest lekka i przyjemna. Składa się na to wiele ele-

mentów. Po pierwsze, autor prowadzi logiczny i spójny wywód, nadając książce przejrzystą strukturę. Po drugie, sposób podawania informacji jest prosty w odbiorze, czytelny, a niekiedy również dowcipny. Istotny jest także fakt, że autor stopniowo oswaja czytelnika z modelowaniem przyczynowym – podaje wiele przykładów: za pomocą modelowania przyczynowego ilustruje proste stwierdzenia kauzalne, aby potem, za pomocą tego samego narzędzia, opracować graficznie niezwykle złożone teorie zaburzeń rozwoju.

Omówione przez autora ograniczenia języka, skutkujące rozmyciem idei, powolnym procesem ewaluacji teorii i, tym samym, powolnym rozwojem nauki, wydają się zasadne. Dlatego pomysł, że opis idei powinien być dopełniony jej graficzną prezentacją, dokonaną według zrozumiałych dla wszystkich zasad, jest zaskakująco prosty i przyjmuje się go jako oczywistość. Warto rozpowszechniać modelowanie przyczynowe jako metodę pracy z teoriami zaburzeń rozwoju. W tym celu, jak się wydaje, nie jest jednak konieczne tłumaczenie całej książki; wystarczyłoby odpowiednio przygotowana prezentacja metody wraz z ilustracjami jej zastosowania. Osoby zainteresowane użyciem metody w odniesieniu do teorii konkretnych zaburzeń rozwoju, np. autyzmu lub ADHD, mogłyby sięgnąć do tekstu źródłowego. A zrobić to na pewno warto.

PRZYPISY

¹ Profesor John Morton, aktualnie związany z Institute of Cognitive Neuroscience w University College London, był założycielem Medical Research Council Cognitive Developmental Unit. Kierując jednostką w latach 1982–1998 (zob. www.psychol.ucl.ac.uk/info/history.htm), współpracował ze znanymi psychologiami, m.in. Utą Frith, Alanem Leslie, Anette Karmiloff-Smith.

² W klasyfikacjach opisowych problem fenotypowej zmienności rozwiązany jest poprzez określenie, ile z podanych kryteriów musi zostać spełnionych, aby móc zdiagnozować określone zaburzenie.

BIBLIOGRAFIA

- Brzeziński J.M., Zakrzewska M. (2008), Metodologia: podstawy metodologiczne i statystyczne prowadzenia badań naukowych w psychologii [w:] J. Strelau i D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 1, 175–302. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Frith U. (2003/2008), *Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Grobler A. (2008), *Metodologia nauk*. Kraków: Wydawnictwo Aureus i Wydawnictwo Znak.

- Morton J., Frith, U. (1995), Causal Modelling: A Structural Approach to Developmental Psychopathology [w:] D. Cicchetti i D.J. Cohen (red.), *Developmental Psychopathology. V. 1: Theory and Methods*, 357–390. New York: Wiley.
- Sęk H. (2005), *Psychologia kliniczna*, t. 1. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Stemplewska-Żakowicz K. (2009), *Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Developmental psychopathology as domain of research on atypical development

MARTA BIAŁECKA-PIKUL

Institute of Psychology
Jagiellonian University
Kraków

The main aim of the analysis is to present the area of interest of developmental psychopathology and to answer the question why this domain enables a new perspective in the research on the nature of psychological disorders. After a brief presentation of the history of birth of this new domain and its actual status, it is worthwhile to define the key concepts of developmental psychopathology and to reveal the specificity of its theoretical claims as well as empirical studies. Moreover, the aims of further research were shown. Key words: developmental psychopathology, atypical development, developmental disorders

Key words: developmental psychopathology, atypical development, developmental disorders

Behavioral therapy of developmental disorders from the standpoint of behavior analysis

PRZEMYSŁAW BĄBEL

Institute of Psychology
Jagiellonian University
Kraków

The article presents the characteristics and methods of therapy of developmental disorders; these methods are derived from the theory of learning and are collectively called behavioral therapy. This presentation takes the standpoint of behavior analysis i.e. a science concerned with behavior and environmental variables which affect it. The article starts with a brief overview of the most basic assumptions of behavior analysis and of the main areas of its applications. Three essential goals of behavioral therapy of developmental disorders have been indicated, and the most important methods used to achieve these goals were described. It has been suggested to classify methods of behavioral therapy according to various kinds of learning from which they are derived and to the laws of learning that constitute the mechanism of their work. Conclusion of this article emphasizes empirically proven effectiveness of behavioral therapy in the treatment of developmental disorders.

Key words: developmental disorders, behavioral therapy, behavior analysis, applied behavior analysis, behaviorism

Behavioural analysis of self-aggressive behavior among people with developmental disorders

MONIKA ZIELIŃSKA

Institute of Psychology
University of Gdańsk
Gdańsk

The aim of the article is to present the causes of self-destructive behavior among intellectually disabled patients according to behavioral theory. We will provide 5 hypotheses on the occurrence of self-injurious behavior: 1) self-aggression as learnt behavior under the control of positive reinforcement, 2) self-aggression as acquired behavior resulting from avoiding an aversive stimulus (under the control of negative reinforcement), 3) self-aggression as a means of supplying oneself with stimuli (the self-stimulation hypothesis), 4) self-aggression resulting from improper functioning of physiological processes (the organic hypothesis), 5) self-aggression resulting from several of the above-mentioned reasons.

Key words: self-aggression, applied behavioral analysis, difficult behavior reduction techniques

Integration of therapeutic paradigms and methods of treatments of autistic children

RAFAŁ KAWA

Institute of Psychology
Polish Academy of Sciences
Warszawa

During the past years therapists working with adults have tended to combine basic theoretical streams and create new therapeutic methods (Styła, Jędrasik-Styła, 2009). There are many treatments recommended for children with autism, but they are less integrated on a theoretical level than treatments for adults. In this article common aspects of methods such as applied behavior analysis and sensory integration were presented and possibilities for their theoretical integration were analyzed.

Key words: autism, therapy for children with autism, integration, sensory integration, applied behavior analysis

Behavioral intervention in cases of extreme food selection

MONIKA ZIELIŃSKA

Institute of Psychology
University of Gdańsk
Gdańsk

ANETA BAGIŃSKA

Center for Diagnosis and Therapy
of Developmental Disorders
Gdańsk

The aim of the article will be to present the applied procedure and the results of studies on its effectiveness in the case of two children displaying an extreme form of food selection, i.e. refusing to eat. The first child, a two-year-old boy, was only breastfed at the start of the therapy, at which point he weighed 8,200 grams (well below the third centile in weight). The other child, a girl aged three, ate only yoghurt and one type of soup during a given period, while her weight remained within the third centile. In both cases behavioural intervention consisting in increasing food acceptance led to the increase in the number of eaten meals and in weight.

Key words: refusing to eat, food selection, applied behavioral analysis, behavioral therapy

Parenting stress and parental perceptions of parents of autistic children involved in different forms of therapy

EWA PISULA
DOROTA NOIŃSKA

Department of Psychology
University of Warsaw
Warszawa

Parents of children with autism face a number of problems related to their children's specific developmental disabilities. A significant factor affecting the scope and severity of the parents' difficulties is availability of professional help for their children. So far we have limited knowledge of the relationship between the type of therapeutic intervention provided for the child and the level of parental stress and parents' perception of their parenting experiences. The purpose of the present study was to compare two groups of parents of autistic preschool children: those receiving regular, intensive behavioral therapy delivered at a therapy centre, and those using eclectic consultative-internet therapy. The comparison included parental stress profile and positive perception of parenting experience. The study also included parents of typically developing children. The comparisons revealed a number of differences between the parents of autistic children and the parents of typically developing children, as well as some differences between the stress profiles in the two groups of parents of autistic children. In addition, a positive perception of parenting experience was shown to be a viable predictor of parental stress.

Key words: autism, behavioral therapy, parents, parental stress, parental perceptions

Wskazówki dla autorów

Wstępnym warunkiem publikacji artykułu jest odniesienie do problematyki rozwojowej, które może mieć dwojaki charakter. Po pierwsze, prezentowany artykuł może wprost przedstawiać badania lub teorie odnoszące się do zmian rozwojowych. Po drugie, w wypadku braku bezpośrednich odniesień do problematyki rozwojowej, należy zaznaczyć, jakie implikacje dla wiedzy o rozwoju człowieka mają prezentowane badania lub teorie.

Artykuły należy nadsyłać w formie plików w formacie Microsoft Word lub rtf o objętości nieprzekraczającej 36 000 znaków i spacji. Tabele i ilustracje należy przysyłać w oddzielnych plikach zgodnych z podanymi wyżej formatami.

Tekst powinien być przygotowany w sposób standardowy: podwójna interlinia, czcionka wielkości 12 pkt, około 1800 znaków na stronie.

W artykułach o charakterze sprawozdań z badań empirycznych należy przyjąć standardowy układ treści: wprowadzenie, problem (pytania badawcze lub hipotezy), metoda (grupa badana, techniki, procedura) wyniki, dyskusja. Należy wyraźnie zaznaczyć strukturę tekstu poprzez wprowadzenie wymienionych powyżej podtytułów oraz wcięć w tekście. Przypisy i bibliografię zamieszczamy na oddzielnych stronach na końcu tekstu, a materiał ilustracyjny (rysunki z podpisami, tabele z tytułami) w oddzielnych plikach. Streszczenie artykułu (w języku polskim i angielskim), w granicach 600–900 znaków, wraz ze słowami kluczowymi, zamieszczamy w oddzielnych plikach.

Należy podać dokładne nazwy stosowanych technik badawczych, a w wypadku technik adaptacyjnych z języka angielskiego także ich oryginalną nazwę.

Należy podać nazwy zastosowanych tekstów statystycznych i określić poziom istotności oraz wszystkie konieczne parametry (w zależności od zastosowanej techniki); wyniki liczbowe, na przykład poziom istotności, zapisujemy w następujący sposób: .05 (a nie 0.05).

W tekście zaznaczamy odniesienia do literatury, podając nazwisko autora oraz rok wydania publikacji, do której się odwołujemy. W razie cytowania pracy, która ma wielu autorów, za pierwszym razem podajemy nazwiska wszystkich autorów, a w następnych przywołaniach tylko pierwszego oraz skrót „i wsp.”. W przywołaniu w nawiasie pozycji różnych autorów zachowujemy porządek alfabetyczny, a w przypadku kilku pozycji jednego autora – porządek chronologiczny. Jeśli dany autor jest w tekście przywoływany po raz pierwszy, podajemy pełne imię; jeśli po raz kolejny – podajemy pierwszą literę imienia.

Spis literatury wykorzystanej sporządzamy w porządku alfabetycznym według poniższych wzorów:

- Lachowska B., Braun-Gałkowska M. (2003), Agresja u dzieci i jej ekspresja w rysunku rodziny [w:] M. Łaguna, B. Lachowska (red.), *Rysunek projekcyjny jako metoda badań psychologicznych*, 97–124. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Białek A. (2010), *Patrząc gdzie patrzeć. Psychologiczne aspekty podejmowania cudzej perspektywy*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Grabowska M. (2009), Stereotypy płci i starości a zachowania seksualne osób w okresie późnej dorosłości. *Psychologia Rozwojowa*, 14, 4, 45–56.

Przypisy numerujemy kolejno i podajemy wszystkie na oddzielnej stronie na końcu tekstu.

Dane o autorze zamieszczamy na stronie tytułowej: imię i nazwisko, miejsce pracy, miejscowość (np. Anna Kowalska, Instytut Psychologii, Uniwersytet Adama Mickiewicza, Poznań). Redakcji podajemy adres do korespondencji wraz z numerem telefonu i adresem poczty elektronicznej.

Adres Redakcji:
Al. Mickiewicza 3
31-120 Kraków
sekcja@apple.phils.uj.edu.pl