

Autyzm u dzieci - wykład 10

**zasady dobrej interwencji,
terapia behawioralna, TEACCH**

**Ewa Pisula
Wydział Psychologii
Uniwersytet Warszawski**

Ewa.Pisula@psych.uw.edu.pl

Charakterystyka dobrej interwencji:

1. Wczesne rozpoczynanie

(między 18 a 40 m.ż., a jeśli to możliwe – wcześniej).

Od razu, gdy u dziecka podejrzewany jest autyzm

Cel: rozwijanie zdolności komunikowania się oraz zdolności do wspólnej aktywności z innymi osobami.

2. Proporcja dorosłych i dzieci (początkowo 1:1, potem mała grupa – dziecko nadal jest wspomagane przez swojego terapeute).

3. Indywidualizacja programu.

4. Wyraźna struktura, jasno sformułowane cele.

5. Systematyczne, ciągle oddziaływania (12 miesięcy w roku) o dużej intensywności (minimum 25 h tygodniowo).

6. Stosowanie różnych metod, umożliwiających wszechstronne wspieranie rozwoju dziecka.

7. Prowadzenie terapii w naturalnym środowisku.

8. Priorytety:

- rozwijanie funkcjonalnego, spontanicznego komunikowania się,**
- rozwijanie umiejętności społecznych,**
- wspieranie rozwoju poznawczego,**
- rozwijanie umiejętności zabawy,**
- proaktywne podejście do problemów w zachowaniu.**

- 9. Włączanie rodziny do pracy z dzieckiem, wspieranie rodziców i rodzeństwa.**
- 10. Integracja z rówieśnikami.**
- 11. Terapia i wspomaganie na przestrzeni całego życia.**
- 12. Wykorzystywanie bodźców wzrokowych.**
- 13. Uwzględnienie problemów sensorycznych.**

14. Dostosowanie komunikatów do konkretnego i dosłownego sposobu ich rozumienia

15. Tworzenie przewidywalnego, czytelnego i zrozumiałego dla dziecka otoczenia, minimalizującego poziom lęku

16. Przygotowanie środowiska do współżycia z osobami o takich potrzebach, jak osoby z autyzmem.

Główne czynniki wpływające na efekty interwencji:

1. Czas rozpoczęcia

2. Intensywność

3. Zaangażowanie dziecka w bezpośrednie interakcje społeczne – 80% czasu

4. Indywidualny program

5. Edukacja i wsparcie dla rodziny

Eaves i Ho (2004): nie ma związku między zmianami w rozwoju dziecka a rodzajem interwencji, jakiej zostało poddane ani jej intensywnością

Rodzaje interwencji poddane analizie:

niewyspecjalizowany ośrodek opieki dziennej, centrum terapii mowy, konsultacje behawioralne, prowadzona w domu stosowana analiza zachowania (ABA), intensywne programy przedszkolne zogniskowane na rozwijaniu mowy, ośrodki wyspecjalizowane w zaburzeniach rozwoju oraz konsultacje terapeutów zajęciowych.

Zmiany w wynikach testów nie zależały od rodzaju terapii, jaką objęte było dziecko, ale od “wyjściowej” charakterystyki dziecka, która pozwalała na prognozowanie jego dalszego rozwoju

Próby klasyfikacji metod oddziaływania wobec osób z autyzmem

1. Cele

a) met. terapeutyczne (np. farmakoterapia, terapia poznawcza, behawioralna, holding, terapia integracji sensorycznej, psychoanaliza)

b) met. edukacyjne (np. TEACCH, ABA)

c) met. stymulacyjne (np. met. Delacato, met. Weroniki Sherborne, trening słuchowy)

d) met. wspomagające (biofeedback, animaloterapia, muzykoterapia, arteterapia, hydroterapia)

2. Stopień dyrektywności

- podejście niedyrektywne (np. niedyrektywna terapia zabawą Axline; met. Opcji)
- podejście dyrektywne (ter. behawioralna, holding).

3. Metody “oparte na dowodach” i alternatywne

**Terapia behawioralna, stosowana analiza
zachowania, analiza funkcjonalna
zachowania, modyfikacja zachowania**

**To, co robimy, kształtowane jest przez to, co
dzieje się bezpośrednio potem – zasady
warunkowania sprawczego
(Skinner)**

Początkowo uważano, że przyczyną autyzmu są niepowodzenia rodziców w dostarczaniu dziecku właściwych wzmocnień. Zaburzenia to efekt procesu uczenia się w określonych warunkach środowiskowych oraz specyfiki nagradzania i karania zachowania.

Lata 60-te - głównie eliminowanie zachowań niepożądanych (samouszkadzania, stereotypii), kary fiz., bodźce bólowe, szoki elektryczne.

Stopniowo zaczęto rozwijać techniki kształtowania zachowań adaptacyjnych, służące rozwijaniu nowych umiejętności (mowy, zdolności społecznych).

Zaczęto preferować kształtowanie zachowań pozytywnych.

Wobec zachowań trudnych (np. samouszkodzanie i zachowania agresywne) zaczęto stosować procedury wygaszania oraz pozytywnego wzmocnienia

Cel: kształtowanie u dziecka jak największej liczby zachowań adaptacyjnych, które pozwolą mu na niezależność i umożliwią efektywne funkcjonowanie w środowisku

Model wczesnej interwencji opracowany dla dzieci z autyzmem (poniżej 5 r.ż.)

Program UCLA (*The UCLA Young Autism Project*);

Uniwersytet Kalifornijski w Los Angeles (lata 60-XX wieku)

Dzieci rozwijające się prawidłowo uczą się w różnych sytuacjach życiowych. Należy stworzyć warunki, w których dzieci z autyzmem mogłyby zdobywać wiedzę o świecie i rozwijać swoje umiejętności. Należy okoliczności aranżować tak, by dziecko odnosiło jak najwięcej sukcesów i rzadko doświadczało niepowodzeń.

Założenia:

- 1. Terapia rozpoczynana wcześnie (dzieci w wieku 2-5 lat).**
- 2. Bardzo intensywna (40 h tygodniowo).**
- 3. Indywidualne sesje terap., potem zajęcia w grupie.**
- 4. Rozwijanie umiejętności społecznych, komunikowania się oraz samoobsługi.**
- 5. Stosowanie wzmocnień pozytywnych, rzadko kar.**
- 6. Nauczanie w domu i w ośrodku terapeutycznym.**

Z dzieckiem pracują przeszkoleni teoretycznie i praktycznie terapeuci (zazwyczaj studenci)

Nadzór nad pracą terapeutów – terapeuta starszy

Superwizja (plus ustalanie programu, kontakt z rodzicami)

Dzień dzielony jest na sesje.

Sesja trwa zazwyczaj 2-3 godziny, w czasie jej trwania dziecko ma wiele przerw na zabawę.

Zazwyczaj nad jednym zadaniem pracuje się przez 2-5 minut, po czym następuje krótka przerwa (1-2 minuty).

Co godzinę - dłuższa przerwa (10-20 minut), podczas której dziecko może wyjść na spacer lub coś zjeść. Przerwy są czasem wolnym od ustruktrowanego nauczania.

Efektywność

Rozwój 19 dzieci, które korzystały z terapii przez 2 lata porównano z dziećmi, z którymi pracowano tylko 10 lub mniej godzin tygodniowo oraz z dziećmi, które nie były objęte programem.

Wyniki: istotny wzrost ilorazu inteligencji w grupie objętej terapią (średni I.I. o blisko 30 pkt wyższy niż w grupie kontrolnej).

- **lepsze przystosowanie społeczne** umożliwiające podjęcie nauki w klasie szkolnej 47% dzieci objętych terapią w stosunku do 2% nieobjętych terapią.

Uchybienia metodologiczne (brak losowego doboru do grup); wątpliwości co do przyjętych wskaźników poprawy w funkcjonowaniu dzieci, a zwłaszcza symptomów autyzmu.

1. Rozwijanie zachowań deficytowych.

2. Redukowanie zachowań niepożądanych.

3. Generalizowanie i utrzymywanie efektów terapii.

Modyfikacja zachowania – schemat działania

- 1. Pomiar zachowania podstawowego – arkusze obserwacyjne; pomiar czasu trwania, siły, częstotliwości zachowania; okoliczności w jakich występuje.**
- 2. Wprowadzenie bodźca modyfikującego zachowanie (wzmocnienia pierwotne, wtórne, społeczne, stymulacyjne; zasada Premacka).**
- 3. Okres kontrolny.**
- 4. Kontynuowanie wzmocniania (lub zmiana sposobu postępowania), stopniowe wycofywanie wzmocnień.**

Zalety:

- 1. Założenie, że wszelkie oddziaływania powinny się opierać na mocnych podstawach empirycznych, zgodnych z przyjętymi standardami naukowymi.**
- 2. Precyzja w określaniu celów terapii.**
- 3. Systematyczne prowadzenie szczegółowej dokumentacji, pozwalającej na analizę zmian zachodzących pod wpływem terapii.**
- 4. Dążenie do obiektywizacji pomiaru.**
- 5. Efektywność (w zakresie formułowanych celów; wzrost umiejętności samoobsługi, naśladowania, komunikowania się oraz ilorazu inteligencji).**

Wady:

- 1. Programy nie obejmują rozwoju dziecka całościowo.**
- 2. Nie uwzględniają źródeł trudności charakterystycznych dla autyzmu.**
- 3. Absolutna koncentracja na zachowaniu i specyficzność interpretacji** występujących w nim problemów.
- 4. Niedostosowana do potrzeb dziecka filozofia pracy, oparta na codziennym wielogodzinnym treningu umiejętności.**

Brak spontanicznego stosowania nabytych umiejętności (np. porozumiewania się); trudności z generalizacją nabytych umiejętności i ich wykorzystaniem w innym otoczeniu.

**Inne uwagi krytyczne – poziom dyrektywności (tresura);
brak uwzględniania funkcjonalności zachowania w
kontekście zaburzeń typowych dla autyzmu (zach.
pożądane vs niepożądane – kryterium “społecznie
akceptowane” lub oczekiwane**

Aktualne trendy:

Sesje uczenia (swoiste interakcje) są inicjowane przez dziecko.

Nauczyciel podąża za nim, śledząc oznaki zainteresowania i jest wrażliwy na sygnały ze strony dziecka. Wykorzystuje je jako okazję do umożliwienia dziecku zdobywania określonych doświadczeń.

Interakcje przebiegają w naturalnym środowisku, z wykorzystaniem naturalnych wzmocnień, które stanowią najlepszą zachętę motywującą dziecko do komunikowania się.

Optymalne rozwiązanie - włączanie metod behawioralnych do terapii dzieci, ale nie ograniczanie się do nich.

W urzeczywistnianiu pewnych celów metody behawioralne są niezastąpione – np. w nauce czynności samoobsługowych. Ich przydatność w innych obszarach rozwoju jest mniejsza – dotyczy to na przykład mowy, a także wielu aspektów funkcjonowania społecznego i emocjonalnego.

Model TEACCH

*(Treatment and Education of Autistic and Related Communication
Handicapped Children)*

**Istnieje od 1966 roku, USA, Schopler i Reichler (Marcus i in.)
eksperyment polegający na nauczaniu dziecka w domu przez
rodziców (głównie matki); stopniowo tworzenie klas TEACCH i
wypracowanie podejścia terapeutycznego**

Sześć głównych zasad uwzględnionych w modelu:

- 1. Cel interwencji: rozwijanie zdolności i umiejętności adaptacyjnych osób z autyzmem oraz przystosowanie środowiska do ich potrzeb.**
- 2. Przygotowanie indywidualnego programu poprzedzone wszechstronną oceną trudności doświadczanych przez dziecko i jego mocnych stron.**
- 3. Problemy związane z autyzmem najlepiej można wyjaśnić odwołując się do teorii poznawczych i behawioralnych.**

4. Należy **rozwijać zdolności**, ale jednocześnie **akceptować deficyty i słabości** występujące u dzieci i w ich rodzinach.

5. Z uwagi na specyfikę zaburzeń konieczne jest wykorzystywanie głównie **materiału wizualnego**, w mniejszym zaś stopniu słuchowego.

6. Przyjęty model terapii powinien mieć charakter **multidyscyplinarny i holistyczny** oraz bazować **na edukacji**.

Bardzo korzystna proporcja dorosłych i dzieci.

Indywidualne programy interwencji, realizowane równolegle w domu i szkole.

Konsultacje w szkołach lub innych ośrodkach, do których uczęszczają dzieci.

Bardzo dobrze wyszkolona kadra.

Stwarzanie możliwości kontaktu z rówieśnikami rozw. się prawidłowo

Rodzice traktowani są jako partnerzy terapeutów, współrealizujący określony program i mający wpływ na cele.

Otrzymują duże wsparcie (np. naukę technik postępowania z dzieckiem, wsparcie emocjonalne i pomoc w rozwiązywaniu wszelkich, także osobistych problemów związanych z autyzmem u dziecka).

Dziękuję za uwagę!