SP nr 280

MAJ 2023 | Numer 21

SPECOPORADNIK

Zespół specjalistów Szkoły Podstawowej z Oddziałami Integracyjnymi nr 280 im. Tytusa Chałubińskiego

Stosowana analiza zachowania w terapii zaburzeń ze spektrum autyzmu w Polsce

Wprowadzenie

Wielu rodziców pyta „Dlaczego ja? Dlaczego moje dziecko?”. Mają prawo do przeżycia żałoby, chociaż ich emocje nie są społecznie akceptowane. Jeśli jednak otrzymają odpowiednie wsparcie, mogą konstruktywnie przystosować się do niepełnosprawności w rodzinie. Wielu z nich oczekuje od profesjonalistów rady polecenia odpowiedniej terapii. A czym jest „odpowiednia terapia” dla dziecka ze spektrum autyzmu?

Kryteria diagnostyczne

Zgodnie z DSM V odznaczają się:

- deficytami w komunikacji i interpretacjach społecznych, występującymi w wielu różnych sytuacjach (deficytami wzajemności emocjonalnej, zaburzeniami zachowań stosowanych w komunikacji niewerbalnej, trudności z nawiązywaniem, podtrzymywaniem i rozumieniem relacji),
- sztywnymi powtarzającymi się wzorcami zachowań, zainteresowań lub aktywności, obejmującymi co najmniej dwa z wymienionych, występujące obecnie lub dawniej; stereotypowe, powtarzające się ruchy, użycie przedmiotów lub mowy; uporczywe przestrzeganie rytuałów, lub zrytualizowanych wzorców werbalnego lub niewerbalnego zachowania, intensywność tych zainteresowań odbiega od społecznych norm; wzmożona lub obniżona wrażliwość na bodźce sensoryczne.
- Zaburzenia wystąpiły w okresie rozwojowym;
- Objawy zaburzenia znacznie obniżają funkcjonowanie pacjenta w relacjach interpersonalnych, nauce lub życiu zawodowym.

Pomimo oczywistych trudności w funkcjonowaniu psychospołecznym wiele osób z ASD dąży do samodzielnego życia, uczy się, pracuje. Jest to możliwe także dzięki odpowiedniej terapii.

Etiologia zaburzeń ze spektrum autyzmu posiada wieloczynnikową etiologię

[Pisula,2005]. Nie udało się jednoznacznie potwierdzić przyczyn ASD. Leo Kanner opisał autyzm w 1943. Za jego przyczynę uznał chłód oziębły matki i zaburzenia więzi w rodzinie [Delacato,1995]. Taki pogląd przyjęli zwolennicy psychoanalizy. Obecnie powiązanie ASD z traumą relacyjną w rodzinie ma bardzo niewielu zwolenników, lecz wciąż występuje w potocznej świadomości [Pisula,2005]. Współczesne hipotezy dotyczące przyczyn ASD dotyczą:

Nieprawidłowości w okresie prenatalnym i okołoporodowym

Zadaniem niektórych badaczy autyzm ma charakter wrodzony, lecz nie opracowano dotąd badań prenatalnych, które by go wykryły. Inne hipotezy dotyczą związku z komplikacjami okołoporodowymi. Wśród nich Folstein i Rutter wymieniają: krwawienia podczas ciąży, zatrucie ciążowe, dojrzały wiek matki, przyjmowanie przez matkę leków, czy nieprawidłowy przebieg porodu [Pisula].

Zaburzeń neurologicznych.

Nie wykryto typowych dla autyzmu zaburzeń neurologicznych, choć zarazem u prawie wszystkich pacjentów wystąpiły pewne nieprawidłowości w tym: zaburzenia rytmu dobowego, nieprawidłowe wzorce pełzania i chodzenia, zaburzenia dominacji półkulowej, wady postawy, trudności z planowaniem motorycznym, obniżone napięcie mięśniowe, epilepsja.

Nieprawidłowości w obrębie struktur mózgu.

U wielu dzieci z ASD występuje makrocefalia. Rodzą się z mózgiem o typowych rozmiarach, jednak w pierwszych miesiącach życia obserwuje się gwałtowny rozrost mózgu. Badania na młodych rezusach dowiodły, że uszkodzenie ciała migdałowatego upośledza funkcjonowanie społeczne. Nieprawidłowości występują także w obrębie móżdżku, co implikuje trudności z planowaniem motorycznym [Pisula, 2005].

Uwarunkowań genetycznych. Autyzm częściej dotyka bliźnięta monozygotyczne niż dizygotyczne. Prawdopodobieństwo urodzenia kolejnego dziecka z autyzmem jest istotnie wyższe niż w rodzinach z dziećmi o prawidłowym rozwoju [Pisula, 2005].

Powikłania po szczepieniu.

Pogląd, według którego objawy autyzmu często występują po podaniu szczepionki, wzbudza kontrowersje, jednak przekonuje wielu rodziców, którzy wcześniej nie zauważyli niczego niepokojącego w zachowaniu ich dziecka.

Badania nad przyczynami ASD trwają, gdyż powyższe teorie wymagają dalszej weryfikacji.

Wybrane metody terapii dostępne w Polsce.

Metoda opcji

W metodzie opcji podstawowym założeniem jest bezwarunkowa akceptacja dziecka w jego wyjątkowości. Zamiast naginać dziecko do oczekiwań i norm społecznych, rodzic powinien pracować nad sobą, mad swoimi niechcianymi emocjami, nad frustracją, poczuciem winy i wstydu. Problemowe zachowania osoby z autyzmem nie są pozbawione przyczyny; często stanowią reakcję na niezrozumienie otaczającego świata, nadmiar bodźców sensorycznych lub bierne poddanie się czynnością pielęgnacyjnym. Zamiast karmić dziecko, warto naśladować jego stereotypową zabawę, a co za tym idzie- lepiej ją zrozumieć i skierować uwagę podopiecznego na siebie. Akceptacja dziecka w punkcie wyjścia prowadzi do pogłębienie więzi, a tylko w prawidłowej relacji można się efektywnie uczyć. Najdrobniejszy postęp należy radośnie chwalić. Praca metodą opcji odbywa się w domu pacjenta przez kilka godzin dziennie, może być krócej, ale najważniejsza jest regularność. Dziecko pracuje z osobą dorosłą „jeden na jeden". Pokój opcyjny powinien być miejscem ubogim w bodźce sensoryczne, a jednocześnie interesującym i przyjaznym. Priorytetem jest praca nad komunikacją i poprawą funkcjonowania interpersonalnego dziecka. [http://www.pdm.org.pl].

Stymulacja polisensoryczna

Badania C. Delacato w latach 70 miały przełomowe znaczenie. Pomogły obalić paradygmat psychoanalityczny, według którego genezą autyzmu miał być chłód emocjonalny matki, a także nieprawidłowy sposób karmienia piersią. Zatem autyzmu nie był traktowany jako rodzaj wczesnodziecięcej psychozy, lecz jako zaburzenie neurologiczne i sensoryczne [Delacato, 1995]. Według badań Delacato prawie wszystkie dzieci z autyzmem wykazały zaburzenia czucia i percepcji dotykowej, do 90% dzieci wykazało zaburzenia percepcji słuchowej, ponad dwie trzecie dzieci wykazało zaburzenia percepcji wzrokowej, a blisko jedna trzecia dzieci wykazała zaburzenia węchu i smaku, szczególnie problemowe, prowadzące do nieakceptowanych społecznie zachowań autostymulujących. Podobne zaburzenia sensoryczne, prowadzące do autostymulacji, badacz zaobserwował u dzieci niewidomych i niesłyszących. Ze względu na modulację sensoryczną wyróżnił nadwrażliwość w obrębie danego zmysłu (nadmierne odczuwanie siły bodźca), podwrażliwość (zbyt słabe odczuwanie siły bodźca, tendencje do autostymulacji), biały szum (trudności z odróżnieniem sygnałów płynących z wnętrza organizmu. Carl Delacato proponował terapię konkretnych sensoryzmów w celu dostarczenia organizmowi dziecka pożądanych bodźców, a w konsekwencji ograniczenie

zachowań problemowych. Badacz wyprzedził swoją epokę. Jego kontynuatorką była m.in. Jane Ayres.

Terapia behawioralna

Terapia behawioralna czerpie z dorobku naukowego dyscypliny empiryczne, jaką jest stosowana analiza zachowania, teoria, która bada uniwersalna prawidłowości uczenia się w oparciu o warunkowanie sprawcze Skinnera [Suchowierska, Ostaszewski, Bąbel, 2014].

Terapeutów behawioralnych nie interesuje autyzmu jako taki, lecz konkretne deficyty i nadmiary behawioralne, z powodu których pacjent cierpi. Deficyty behawioralne dotyczą pożądanych umiejętności, których osoba z autyzmem nie posiada. Z kolei nadmiary behawioralne dotyczą tych zachowań, które pacjent manifestuje choć już na danym etapie rozwoju nie powinien. Autyzm jest traktowany jako zorganizowane wzorce pewnych charakterystycznych zachowań. [Suchowierska, Ostaszewski, Bąbel, 2014]. Według Lovaasa i Smitha zachowania osób z autyzmem nie są odmienne od zachowań manifestowanych w populacji generalnej pod tym względem, że podlegają podstawowym prawom uczenia się; można je modyfikować dzięki odpowiedniemu systemowi wzmocnień. Należy im stworzyć przyjazne, funkcjonalne, zrozumiałe środowisko. Nie jest prawdą, że terapeuci behawioralni koncentrują się na eliminacji zachowań problemowych nie rozwijając nowych umiejętności. Dawson i Osterling (1996) wyróżnili pięć głównych obszarów usprawniania dzieci z autyzmem: koncentrację uwagi, naśladowanie, komunikowanie się, zabawę i umiejętności społeczne.

Ocena funkcjonalna wyznacza kierunek pracy z dzieckiem [Suchowierska, Ostaszewski, Bąbel, 2014]. Przed podjęciem interwencji pacjent jest poddawany wstępnej ocenie. Należy określić jego problemy oraz dokonać wyboru zachowań, które mają zostać zmodyfikowane. Wybrane zachowania zostają poddane szczegółowemu pomiarowi za pomocą odpowiednich narzędzi. Do behawioralnych technik nauczania należy: metoda wyodrębnionych prób, uczenie sytuacyjne i tworzenie łańcuchów zachowań. Po zakończeniu programu interwencyjnego pacjent jest poddawany re - diagnozie. Zaleca się model jak najmniej restrykcyjnej interwencji z przewagą wzmocnień pozytywnych nad karami; a tylko w ostateczności stosuje się bodźce awersyjne. Proponowane aktywności powinny być dostosowane do wieku klienta, atrakcyjne i urozmaicone.

W terapii behawioralnej bardzo ważna jest współpraca specjalistów z rodzicami (opiekunami) dziecka. Rodzice akceptują proponowana interwencje, wyrażają zgodę na stosowanie wzmocnień i kar. To właśnie na rodzicach spoczywa obowiązek realizacji ustalonego podczas konsultacji programu. Terapia behawioralna wymaga od nich zaangażowania, dyspozycyjności oraz ustawicznej psychoedukacji [Suchowierska, Ostaszewski, Bąbel, 2014].

W Polsce prowadzi się terapię behawioralną w ponad 20 ośrodkach, w tym w Warszawie, Krakowie i Gdańsku. Analitycy zachowania zrzeszają się w Polskim Stowarzyszeniu Terapii behawioralnej i Polskim Towarzystwie Psychologii Behawioralnej.

Dlaczego terapia behawioralna?

Terapia behawioralna ma solidne podstawy empiryczne. Dzięki niej pacjent nabywa konkretne umiejętności, które pozwalają mu lepiej funkcjonować w środowisku, a niektórym osiągnąć samodzielność życiową. Dzięki odpowiednio dobranemu systemowi motywacyjnemu proponowane aktywności nie muszą się wiązać z nudą, frustracją czy nadmiernym wysiłkiem. Praca nad modyfikacją zachowań nie-

sie z sobą ryzyko skrzywdzenia dziecka, lecz każdy terapeuta powinien podnosić swoje kwalifikacje, by pracować zgodnie ze standardami etycznymi i nie stracić celu swojej pracy, jakim jest dobro pacjenta.

Bibliografia i netografia

Delacato (1995), Dziwne, niepojęte, autystyczne dziecko, Warszawa, Fundacja Synapsis.

Pisula (2005), Małe dziecko z autyzmem, Gdańsk GWP.

Suchwierska, Ostaszewski, Bąbel (2014), Terapia behawioralna dzieci z autyzmem, Sopot, GWP.

Netografia:

Introducing the DSM-5 diagnostic criteria for autism spectrum disorder,

http://www. Autismqld.com.au/usefiles/DSM%205%20%-%20February%202014(1).pdf

http://www.pdm.org.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=75&Itemid=122

Opracowała
Angelina Krzewińska
pedagog specjalny

Prawidłowy oddech – dlaczego jest tak ważny?

Oddychanie to najważniejsza funkcja organizmu, która oprócz tego, że jest niezbędna do życia, wpływa też na prawidłowe kształtowanie się mowy.
Prawidłowy sposób oddychania to oddech torem nosowym – zarówno w trakcie snu, jak i podczas codziennych czynności. Oddychanie jest czynnością powiązaną z przyjęciem odpowiedniej pozycji żuchwy, warg, policzków, języka, ale także głowy oraz z zaangażowaniem mięśni oddechowych. Aby nastąpił prawidłowy oddech muszą być spełnione odpowiednie warunki. Język powinien przyjąć pozycję wertykalno-horyzontalną (powinien być wklejony w podniebienie), a jama ustna musi być zamknięta. Prawidłowa pozycja języka warunkuje właściwe połykanie, a to z kolei wpływa na prawidłowy oddech. Ponadto do fizjologicznego oddechu niezbędne jest właściwe napięcie mięśniowe, budowa anatomiczna (struktura wędzidełek, podniebienia, wielkość siodła nosa i nozdrzy) oraz brak zaburzeń laryngologicznych. Coraz częściej wśród dzieci obserwuje się nieprawidłowy sposób oddychania – oddychanie przez usta.

Wśród przyczyn nieprawidłowego oddechu wyróżnia się:

• wystąpienie infekcji i niedrożności nosa wywołanej katarem

• przerost trzeciego migdałka lub migdałków podniebiennych

• alergiczny obrzęk nosa, skrzywienie przegrody nosowej

• wady anatomiczne w obrębie nozdrzy (np. polipy)

• zbyt długie stosowanie smoczków, butelek, kubków niekapków, ssanie palca

• nieprawidłowe napięcie mięśniowe w obrębie twarzy

• nawyk

Konsekwencje oddychania torem ustnym:

• zaburzenia artykulacji

• zmiany w rysach twarzy

• wady zgryzu

• zaburzenia snu

• wzrost masy ciała

• zaburzenia postawy ciała

• zaburzenia hormonalne

• zaburzenia psychiczne

• zaburzenia koncentracji uwagi

• zaburzenia kardiologiczne

• zaburzenia laryngologiczne

• infekcje

• stany zapalne jamy ustnej i próchnica

• niższa odporność

• zmęczenie

Zalety oddychania przez nos:

• oczyszczenie, nawilżenie i ogrzanie powietrza

• lepsze dotlenienie organizmu

• lepsza higiena zębów

• wpływ na kształt twarzy

• lepsza postawa ciała, eliminacja bólów kręgosłupa (oddychając przez nos w większym stopniu używamy przepony – mięśnia oddechowego stabilizującego pracę kręgosłupa)

Praca nad prawidłowym sposobem oddychania opiera się na całościowych oddziaływaniach terapeutycznych:

• kształtowanie prawidłowej postawy ciała i pozycji głowy

• stymulacja mięśni oddechowych

• praca nad zwarciem warg

• praca nad właściwą pozycją języka

• kształtowanie nawyku oddychania przez nos

Pomocne w terapii prawidłowego oddychania u dzieci są różnorodne ćwiczenia oddechowe:

• dmuchanie na lekkie przedmioty: bańki mydlane, piórka, wiatraczki, pianę w kąpieli, świeczki

• przenoszenie lekkich przedmiotów słomką (przenoszenie na wdechu) z jednego miejsca na drugie (np. papierowych jabłek na drzewo, kwiatków na łąkę).

• zabawa w gotowanie wody – dmuchanie przez słomkę do kubeczka z wodą tak, aby tworzyły się pęcherzyki powietrza. Dmuchanie na zmianę – długo – krótko – jak najdłużej, słabo – mocno – bardzo mocno.

• dmuchanie piłeczki pinpongowej do bramki

• chłodzenie gorącej zupy

• śpiewanie piosenek, mówienie wierszyków na jednym wydechu

• rozdmuchiwanie w pojemniku ryżu, kaszy

• wąchanie różnych substancji w słoikach

• dmuchanie na papierowe zabawki zawieszone na nitkach

• nadmuchiwanie balonów

• naśladowanie śmiechu różnych ludzi, np. staruszki (hohoho), dziecka (hihihihi)

• liczenie wron na jednym wydechu (pierwsza wrona bez ogona, druga wrona...)

• unoszenie w pozycji leżącej położonej na brzuchu książki, misia itd.

• wydmuchiwanie powierza przez rurkę do szklanki z wodą

• rozdmuchiwanie kleksa farby

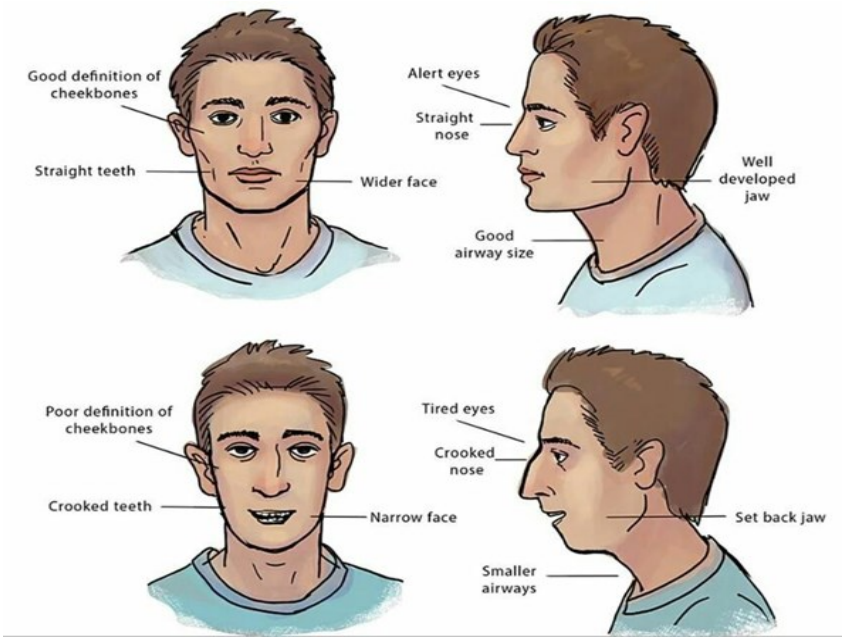
• zdmuchiwanie płomienia świecy nosem

Zasady wykonywania ćwiczeń oddechowych:

• ćwiczenia wykonujemy w przewietrzonym pomieszczeniu

• przed jedzeniem lub 2-3 godz po posiłku

• regularnie przez 2-3 minuty 2-3 razy dziennie



• nie wykonujemy ćwiczeń, gdy dziecko ma katar, krzywą przegrodę nosa, przerost trzeciego migdałka

• dostosowujemy czas i formę ćwiczeń do wieku i możliwości dziecka

• wykonujemy ćwiczenia w różnych pozycjach ciała – leżącej, stojącej, siedzącej

• przedłużenie wydechu nie może być zbyt długie

Prawidłowy oddech to klucz do zdrowia!

Opracowała Monika Kania—logopeda