

Stosowanie metod terapii behawioralnej w pracy z osobami z upośledzeniem umysłowym.

Opracowała mgr Mira Popowicz
oligofrenopedagog w ZSS w Mrągowie

Osobiste doświadczenia w pracy z uczniem „trudnym” zachęciły mnie do przybliżenia nauczycielom terapii behawioralnej jako odpowiedzi na pojawiające się u uczniów z upośledzeniem umysłowym zachowania niepożądane, które często nie tylko ograniczają, ale wręcz uniemożliwiają efektywną pracę z takim uczniem. Sama przekonałam się, że rozważne i przemyślane stosowanie wybranych metod omawianej terapii pozwala nie tylko zredukować lub wyeliminować wiele zachowań niepożądanych, ale dzięki temu przynosi też wiele innych korzyści: sprzyja nawiązywaniu właściwych relacji i więzi społecznych, poszerzeniu wachlarza kompetencji komunikacyjnych, funkcji poznawczych, rozwija zainteresowanie ucznia otoczeniem, poprawia zdolność koncentracji uwagi i stabilizację emocjonalną. Mam nadzieję, że poniższe treści przybliżą Państwu główne założenia terapii behawioralnej a tym samym przysłużą się wartościowej i efektywniejszej pracy z naszymi wspaniałymi przecież uczniami.

Podstawowe założenia.

Podstawą wszelkich oddziaływań w terapii behawioralnej jest analiza behawioralna. Przedmiotem badania analizy behawioralnej są zachowania jednostek oraz czynniki lub zmienne, wpływające lub kontrolujące zachowanie. Mogą być to zdarzenia publiczne (tzn. widziane, słyszane lub odczuwane przez otoczenie) lub prywatne (czyli dziejące się w wewnętrznym środowisku jednostki). Czynniki wpływające lub kontrolujące zachowanie znajdują się zazwyczaj w otoczeniu społecznym. Zrozumienie relacji pomiędzy zachowaniem a czynnikami społecznymi, warunkuje zrozumienie istoty samego zachowania. Możliwość wpływania na te relacje poprzez zmianę zachowania jednostki lub czynników środowiska społecznego, koordynuje możliwość wpływania na samo zachowanie.

Ivaar Loovas przytacza stworzone przez siebie **zasady stosowania terapii behawioralnej:**

- *wszyscy, którzy mają do czynienia z osobami niepełnosprawnymi, muszą nauczyć się być nauczycielami,*
- *na początku należy stawiać przed sobą małe cele tak, by zarówno dziecko jak i terapeuta byli nagradzani,*

- należy przygotować się na ciężką pracę; przed rozpoczęciem pracy trzeba zabezpieczyć się przed "wypaleniem sił" tworząc "drużynę nauczycieli,
- konieczne jest sprawienie by dziecko pracowało na to co chce osiągnąć; należy dzielić z nim odpowiedzialność,
- nie należy obawiać się czy czuć poczucia winy z powodu ewentualnych, emocjonalnych wybuchów dziecka lub jego wycofywania się, które mogą towarzyszyć terapii,
- dobrze jest zacząć terapię od doprowadzenia dziecka do "możliwie normalnego wyglądu" ponieważ zbyt wielu niepełnosprawnych jest wykluczanych z towarzystwa z powodu wyglądu zewnętrznego (nieodbranego ubrania, otyłości, widocznego braku dbałości o higienę).

Główne cele terapii behawioralnej.

Terapeuci behawioralni, modyfikując zachowania, mają na celu szczególnie:

- rozwijanie zachowań deficytowych,
- redukcjonowanie zachowań niepożądanych,
- generalizowanie i utrzymywanie efektów terapii w czasie.

Zachowania deficytowe są to te zachowania, które uważa się za normalne i pożądane u dziecka w pewnym wieku, a które u danego dziecka występują zbyt rzadko lub nie występują wcale (np. prawidłowa mowa, okazywanie uczuć, zabawa tematyczna).

Zadaniem terapeuty behawioralnego jest kształtowanie u dziecka jak największej liczby zachowań adaptacyjnych, które rozwijają jego niezależność i umożliwią mu efektywne funkcjonowanie w środowisku.

Redukowanie zachowań niepożądanych dotyczy takich czynności, jak:

- zachowania destrukcyjne,*
- zachowania agresywne i autoagresywne,*
- zachowania autostymulacyjne,*
- zachowania rytualistyczne,*
- zachowania zakłócające,*
- odmawianie jedzenia,*
- nieprawidłowe reakcje emocjonalne,*
- nieprawidłowa mowa.*

Praca nad eliminowaniem zachowań niepożądanych jest najtrudniejszym ale zarazem i najważniejszym obszarem terapii. Jest niezbędna, aby dziecko osiągnęło gotowość do podjęcia nauki. Trzecim, bardzo ważnym celem terapii behawioralnej jest generalizacja i utrzymanie efektów terapii w czasie. Musimy mieć świadomość, że nawet najlepiej wyuczone umiejętności mogą nigdy nie wystąpić w życiu codziennym. Pojawia się zatem problem przeniesienia nowo nabytych umiejętności w środowisko naturalne. Można powiedzieć, że zachowanie jest zgeneralizowane, wówczas gdy jest

trwałe, pojawia się w różnych środowiskach, w obecności różnych osób oraz rozszerza się na zachowania pokrewne. Jeżeli generalizacja nie następuje, terapia ma jedynie ograniczoną wartość.

Aby ułatwić lub przyspieszyć proces generalizacji nabytych umiejętności, terapeuci behawioralni stosują wiele technik. Jedną ze strategii jest upodabnianie środowiska, w którym odbywa się terapia, do środowiska naturalnego. Innym sposobem jest stosowanie ciągłej modyfikacji, tzn. trenowania jednej umiejętności w różnych sytuacjach i z różnymi osobami. Ważne jest również uczenie okazjonalne, czyli aranżowanie sytuacji uczenia się w sytuacji codziennej aktywności dziecka. Najczęściej stosowanymi w celu uzyskania generalizacji strategiami są:

stosowanie wzmocnień sporadycznych

stosowanie wzmocnień opóźnionych

stopniowe wycofywanie programu

przechodzenie od wzmocnień sztucznych do występujących naturalnie

rozwijanie wsparcia ze strony rówieśników

przenoszenie utrwalonych zachowań do nowych sytuacji.

Generalizacja następuje a efekty terapii są utrzymywane w czasie, jeżeli środowisko terapeutyczne rozszerzone jest na miejsca najbardziej funkcjonalne dla dziecka, a więc: dom oraz szkołę (przedszkole, ośrodek).

Zasady prowadzenia terapii.

Terapia behawioralna opiera się na kilku podstawowych zasadach, których przestrzeganie gwarantuje osiągnięcie sukcesu w pracy z dzieckiem . Są to:

zasada małych kroków,

zasada stopniowania trudności,

zasada stosowania wzmocnień.

Bardzo ważna, a być może najważniejsza jest zasada małych kroków. Każdą czynność, której chce się dziecko wyuczyć, rozpisuje się na małe kroki, jasne i zrozumiałe dla dziecka. Od jednego kroku do drugiego, przechodzi się tylko wówczas, gdy dziecko opanuje poprzedni w stu procentach. Równie ważna jest zasada stopniowania trudności. Pracę rozpoczyna się od ćwiczeń łatwych i konkretnych; od uczenia umiejętności podstawowych, z których dziecko może skorzystać natychmiast i będzie mogło je stosować do końca życia.

Kolejną fundamentalną zasadą jest stosowanie wzmocnień. Wzmocnieniem będziemy nazywać każde wydarzenie, które zwiększa siłę zachowania, po jakim następuje wzmocnienie. Innymi słowy, jeżeli po zachowaniu danej osoby następuje wydarzenie stanowiące dla niej nagrodę lub przyjemność, zwiększa się prawdopodobieństwo ponownego wystąpienia tego zachowania w podobnych okolicznościach. Aby dziecko mogło zrozumieć, że dane zachowanie jest pożądane lub czynność jest wykonana prawidłowo, musi ona zostać wzmocniona. W terapii behawioralnej zatem szeroko stosuje się nagrody. Ich stosowanie rozpoczyna się od nagród biologicznych (pożywienie, napoje, ulubione

zabawki), które zawsze stanowią formę naturalnego wzmocnienia dla dziecka. Nagrody biologiczne szybko łączone są ze społecznymi, by te z kolei zyskały dla dziecka wartość. Bardzo istotną formą wzmocniania zachowań jest stosowanie tzw. systematycznej uwagi i aprobaty. Polega ona na systematycznym dostarczaniu danej osobie właściwie dobranych do jej oczekiwań wzmocnień społecznych celem motywowania i wywoływania pozytywnych zachowań.

Istotne dla przebiegu procesu terapeutycznego są też polecenia wydawane przez terapeutę. Muszą być one zawsze jasne, oczywiste i identyczne, tj. np. zawsze: "usiądź", zamiast: stosowanych wymiennie poleceń: "usiądź", "siadaj", "proszę usiąść".

Podczas realizacji terapii behawioralnej prowadzi się bardzo obszerną i szczegółową dokumentację. Odnotowującą wszystkie:

stosowane konsekwencje,

wydawane polecenia,

postępy ucznia.

W dokumentację mają bieżący wgląd wszyscy opiekunowie i terapeuci dziecka.

Kolejnym zadaniem priorytetowym w terapii behawioralnej jest współpraca z rodziną. Kontynuowanie terapii w domu przez rodziców oraz inne osoby z otoczenia (rodzeństwo, dziadkowie, przyjaciele rodziny) sprawia, że terapia dziecka kontynuowana jest niemal bez przerwy. Taka sytuacja daje pewność, iż dziecko zacznie odnosić sukcesy w wielu płaszczyznach aktywności.

Proces kształtowania się zachowań.

Człowiek jest istotą społeczną a jego zachowanie warunkowane jest wieloma czynnikami wewnętrznymi i zewnętrznymi. Każde działanie człowieka ma cel i przynosi określone konsekwencje. Celem egzemplifikacji przedstawiona jest następująca sytuacja:

Matka idzie z dzieckiem do sklepu, dziecko chce dostać kolejną lalkę. Matka odmawia, dziecko zaczyna krzyczeć, rzuca się na podłogę, kopie nogami. W tym momencie matka ma do dyspozycji 5 alternatywnych reakcji, które przynoszą zupełnie odmienne skutki:

- Matka, obawiając się krzyku dziecka i komentarzy otoczenia, kupuje lalkę, tym samym wzmocnia jego nieprawidłowe zachowanie, narażając się na wystąpienie identycznego w podobnych okolicznościach; natomiast dziecko bardzo szybko uczy się, że krzykiem można osiągnąć zamierzony cel. W ujęciu behawioralnym matka wzmocnia pozytywnie zachowanie niepożądane (w znaczeniu: dodaje bodźców a nie wartościuje).

- Zdenerwowana matka daje dziecku klapsa. W ujęciu behawioralnym stosuje ona karę pozytywną.

- Matka grozi dziecku, że zabierze mu zakupionego dzień wcześniej misia, jeżeli natychmiast się nie uspokoi. Będzie to kara negatywna (odebranie nagrody).

- Matka nie reaguje na płacz dziecka, idzie dalej i robi zakupy, nie zwraca uwagi na zachowanie niepożądane, które, nie wzmocniane żadną reakcją matki- zanika. Zachodzi wówczas proces wygaszania.

- Matka może przytrzymać dziecko na kolanach, częściowo je unieruchamiając. Celem zachowania dziecka było otrzymanie lelki, a nie trzymanie przez matkę, więc dziecko po chwili przytrzymania przestaje krzyczeć. Matka puszcza dziecko, wzmacniając negatywnie (odejmując konsekwencję) brak krzyku u dziecka. Dziecko uczy się, że krzyk nie jest sposobem na osiągnięcie celu.

Analizując powyższy przykład, łatwo zauważyć, że zachowania dziecka zależne są od konsekwencji, czyli w tym przypadku- od konsekwencji matki. Jeżeli matka reagować będzie na zachowania dziecka w jeden określony sposób, może być pewna, że dziecko wyuczy się właśnie tego zachowania. Według takich samych zasad kształtują się zachowania wszystkich ludzi, zarówno zachowania poprawne, aprobowane społecznie, jak i zachowania trudne- niepożądane.

Zachowania niepożądane muszą zostać wyeliminowane w początkowym etapie terapii. W ich miejsce uczymy czynności i umiejętności, których dziecko nie posiada a, które są niezbędne do prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie. Każde pojawiające się zachowanie niepożądane powinno być przerywane .

Metoda przerywania zachowania może zostać zaplanowana z góry. Ważne jest, aby procedury przerywające zastosowane zostały przy pierwszej oznace zachowania niepożądanego. Oznacza to, iż reagujemy na pierwsze symptomy zachowań a nie czekamy aż się nasilą.

Fundamentalną zasadą wszystkich programów wzmacniających, jest używanie ulubionych wzmocnień ucznia.

Eliminowanie zachowań niepożądanych jest efektywne i celowe wyłącznie w sytuacji gdy analogicznie prowadzony jest program rozwijania zachowań alternatywnych dla eliminowanych. Jedną ze stosowanych w tym celu strategii jest tzw. Praktyka pozytywna, kładąca nacisk na nauczanie poprzez praktykę. Podczas jej realizacji kładziemy nacisk na ćwiczenie poprawnego zachowania bezpośrednio po wystąpieniu zachowania niepożądanego. Oznacza to zatrzymanie niewłaściwego zachowania i doprowadzenie do tego by dziecko kilkakrotnie zachowało się poprawnie. Takie ćwiczenie, systematycznie powtarzane po wystąpieniu nieprawidłowego zachowania, doprowadza do jego przerywania.

Poprzez wielokrotne rekonstruowanie sytuacji, w której zachowanie niepożądane się pojawia sprawdza się efektywność procedury przerywającej. Przerywając za każdym razem zachowanie niepożądane, zanim przyniesie ono konsekwencje wzmacniające, powodujemy jego wygasanie.

Etapy terapii behawioralnej.

Terapia behawioralna jest terapią kompleksową i dotyczy wszystkich sfer rozwoju dziecka. Obejmuje swoim zasięgiem następujące obszary:

wczesne rozumienie mowy,

trening imitacji,

dopasowywanie i sortowanie,

*imitację werbalną,
mowę czynną,
pojęcia abstrakcyjne,
umiejętności szkolne,
rozwój społeczny,
czynności samoobsługowe.*

Powyższe obszary nie stanowią chronologicznej całości. Praca terapeutyczna rozpoczyna się od wczesnego rozumienia mowy (rozumienie prostych poleceń, np.: "wstań", "usiądź", "popatrz na mnie", "zrób tak") ale szybko przechodzi się do kolejnych etapów.

Fundamentalną strategią uczenia się stosowaną przez prawidłowo rozwijające się dziecko, jest imitacja. Wiele spośród dzieci niepełnosprawnych nie rozwija jednak tej umiejętności. Przyczyną może być osłabienie układu sensorycznego (deficyty wzrokowe lub słuchowe), bądź problemy natury neurologicznej. Lata badań wykazały, że poprzez stosowanie behawioralnych strategii uczenia nawet osoby, które wcześniej nie potrafiły naśladować, nabywają zdolność wykorzystania wielu typów imitacji i możliwe jest, że będą zdolne do wyuczenia się nowego zachowania nawet po jednorazowym pokazie. Tak więc w procesie terapii behawioralnej uczy się dziecko naśladować ruchy motoryki dużej i małej (rąk, nóg, przemieszczania się w przestrzeni), a następnie przechodzi się do ruchów bardziej precyzyjnych (w obrębie twarzy czy palców dłoni). Mając ciągle na uwadze cel pracy, uczy się ruchów i gestów, które dziecko będzie mogło wykorzystać w przyszłości:

*imitacji ruchów ust mogących w przyszłości służyć do nauki mowy i komunikacji,
naśladownictwa precyzyjnych ruchów dłoni, które dziecko wykorzysta do pisania i rysowania,
imitacji ruchów motoryki dużej, które wykorzystane zostaną do zabawy i samoobsługi.*

Równocześnie z nauką imitacji prowadzi się ćwiczenia z zakresu rozumienia mowy. Gdy dziecko opanuje umiejętność naśladowania ruchów artykulacyjnych (języka, warg) szybko przechodzi się do imitacji werbalnej. Naśladowanie mowy i kolejny etap- samodzielne nazywanie przedmiotów, osób, zjawisk, czynności- ma doprowadzić do rozwinięcia się u dziecka systemu komunikacji. Nie wszystkie dzieci są w stanie komunikować się werbalnie, a zmiennymi decydującymi o rozwoju mowy czynnej, są wiek i tempo nabywania nowych umiejętności. W przypadku wystąpienia trudności w procesie uczenia się mowy czynnej, terapeuci behawioralni proponują klientowi na ogół system komunikacji alternatywnej. Równocześnie z wyżej wymienionymi obszarami rozwija się umiejętności z zakresu samoobsługi. Dzieci niepełnosprawne na ogół posiadają duże deficyty w tej dziedzinie.

Dopiero wówczas, gdy uczeń: skupia uwagę na nauczycielu, nie stymuluje się, nie krzyczy, porzuciło rytuały, nie przejawia innych trudnych zachowań, akceptuje zmiany w otoczeniu, rozumie proste i bardziej złożone polecenia, nazywa (przynajmniej częściowo) obiekty z otoczenia, identyfikuje osoby- zdaniem terapeutów behawioralnych, można przejść do uczenia umiejętności szkolnych.

Bibliografia:

Dawid Góral „Terapia behawioralna dzieci autystycznych” www.from/okay.pl

Lovaas „Nauczanie dzieci niepełnosprawnych umysłowo”, WSiP, Warszawa, 1993 r.

Piszczek M., „Generalizacja umiejętności”, w: „Edukacja uczniów z głębokim upośledzeniem umysłowym”, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno Pedagogicznej MEN, Warszawa 2000 r.