

Nina Zawidniak

Krakowski model terapii dzieci z autyzmem w oparciu o stosowaną analizę zachowania

A therapy for children with autism based on Applied Behavior Analysis in Krakow

Polskie Stowarzyszenie Terapii Behawioralnej
Filia nr 1 SOSW nr 4 w Krakowie

Wprowadzenie

Autyzm to zaburzenie, które towarzyszy dotkniętym nim osobom przez całe życie. Do niedawna postrzegany był jako choroba nieuleczalna, bez żadnych rokowań na poprawę. W popularnych wyobrażeniach dzieci autystyczne wykazują poważne braki w porozumiewaniu się, zabawie, relacjach z innymi, nauce, a także często występujące trudne, nieakceptowane zachowania. Przez pewien okres autyzm kojarzony był z postępującym opóźnieniem rozwoju, aktualnie większość badaczy przychyliła się do stwierdzenia, że u podstaw występowania tego zaburzenia leżą biologiczne nieprawidłowości w rozwoju funkcji mózgu o nieznanym przyczynach (Suchowierska, Ostaszewski, Bąbel, 2012). Faktem jednak jest to, że na chwilę obecną zaburzeń ze spektrum autyzmu nie można wykryć przy użyciu specjalistycznych urządzeń medycznych, testów genetycznych czy też psychologicznych. Jedyną metodą diagnozowania jest analiza rozwoju oraz bezpośrednia obserwacja zachowań dziecka (Maurice, 2007). Autyzm od samego

początku definiowany był poprzez symptomy, obserwowane u opisywanych pacjentów. Pierwsze kryteria diagnozy autyzmu zaproponowane zostały przez Kanner'a już w roku 1943. Uwzględnił on wśród nich obojętność i brak kontaktu emocjonalnego z innymi ludźmi, dążenie do utrzymania niezmienności otoczenia, nietypowe fascynacje przedmiotami oraz występowanie znacznych nieprawidłowości w rozwoju mowy (Suchowierska, Ostaszewski, Bąbel, 2012). Współcześnie kryteria diagnozy autyzmu szczegółowo określone są w DSM-IV-TR oraz ICD-10, w przygotowaniu znajduje się nowa zrewidowana wersja DSM-V i ICD-11.

Jak wspomniano wcześniej nadal nieznana jest geneza powstawania zaburzeń autystycznych. Niewątpliwie poznanie przyczyn tej grupy nieprawidłowości rozwojowych ma diametralne znaczenie przede wszystkim ze względu na możliwość opracowania skutecznego postępowania profilaktycznego oraz terapeutycznego (Jaklewicz, 1993). W literaturze przedmiotu znaleźć można wiele, czasem skrajnie odmiennych, koncepcji doty-

czących etiologii autyzmu. Próbę odniesienia teorii behawioralnej do powstania zaburzeń ze spektrum autyzmu zaproponował O. I. Lovaas oraz T. Smith (1989) w artykule pt. „A comprehensive behavioral theory of autistic children: Paradigm for research and treatment”. Autorzy opisali w nim cztery zasady odnoszące się do prezentowanej przez siebie teorii. Pierwsza z nich dotyczy tego, iż zachowania osób z autyzmem nie są odmienne od zachowań innych ludzi i tak samo podlegają podstawowym prawom rządzącym zachowaniem. W prowadzonych przez nich badaniach zaobserwowali, iż krzywe procesu uczenia, rozumianego jako tempo nabywania nowych umiejętności przy zastosowaniu wzmocnień (nagród), u osób z autyzmem są bardzo podobne do tych, jakie uzyskano w przypadku innych badanych, u których nie zdiagnozowano żadnych nieprawidłowości. Kolejna zasada dotyczy tego, iż zdaniem autorów u osób z autyzmem zazwyczaj częściej obserwuje się znaczną ilość deficytów (umiejętności, które dziecko powinno posiadać, a których nie prezentuje) lub nadmiarów behawioralnych (zachowania, w które dziecko nie powinno się angażować, a którym poświęca wiele czasu), aniżeli jedną centralną dysfunkcję, której skorygowanie doprowadziło by jednoznacznie do zdecydowanej poprawy funkcjonowania danej osoby. Lovaas i Smith (1989) zwrócili również uwagę na fakt, iż osoby z autyzmem mogą się efektywnie uczyć w środowisku dostosowanym do swoich potrzeb. Czynnikiem różnicującym środowisko terapeutyczne od normalnego środowiska zdaniem autorów, sprowadza się do tego, aby było ono zrozumiałe dla osoby z autyzmem. Dotyczy to m.in. rodzaju komunikatów wypowiedzianych do dziecka, ich jasności oraz precyzji, wykorzystywania systemów motywacyjnych oraz

bodźców wizualnych (obrazków) jako wsparcia dla bodźców słuchowych. Trudności osób z autyzmem związane z funkcjonowaniem w środowisku normalnym oraz sukcesy uzyskiwane przez nich w środowisku specyficznym wskazują na to, by autyzm postrzegany był raczej jako zaburzenie związane z niedopasowaniem systemu nerwowego do typowych warunków życia, aniżeli jako choroba, z której można wyleczyć.

Lovaas i Smith (1989) podkreślają, by w pracy terapeutycznej z osobami z autyzmem nie traktować ich jako innych, nietypowych, ale raczej jako osoby znajdujące się na przeciwnym krańcu tego samego kontinuum funkcjonowania co inni ludzie. Zadaniem terapeutów pracujących w paradygmacie stosowanej analizy zachowania (SAZ) jest zatem systematyczna praca polegająca na eliminowaniu zachowań niepożądanych poprzez uczenie nowych umiejętności oraz alternatywnych wzorców zachowań akceptowanych. W praktyce terapia behawioralna dzieci z autyzmem proponuje kilka różnych modeli pracy, a wspólną cechą programów oferujących terapię behawioralną jest postrzeganie autyzmu jako zbioru behawioralnych deficytów i nadmiarów oraz wykorzystanie teorii uczenia się w pracy terapeutycznej (Suchowierska, Ostaszewski, Bąbel, 2012). Czynniki wpływające na efektywność oraz społeczną akceptowalność programów terapeutycznych tworzonych w oparciu o SAZ dotyczą: indywidualnego opracowania celów i metod terapeutycznych, ciągłości i kompleksowości oddziaływań oraz uczenia zgodnie z programem dostosowanym do potrzeb dzieci z autyzmem. Ponadto wymienić należy konieczność dostosowania środowiska terapeutycznego, w tym również stworzenie wyraźnej struktury otoczenia, funk-

cjonalne podejście do zachowań trudnych oraz planowane przygotowanie dziecka do uczenia się w przedszkolu/szkole z uwzględnieniem osiągnięcia umiejętności kluczowych niezbędnych do efektywnej integracji. Duży nacisk w pracy terapeutycznej kładzie się na planowanie i wspieranie generalizowania, uogólniania nabytych umiejętności oraz włączenie rodziny dziecka z autyzmem do terapii.

Cel pracy

Odpowiadając na trudne, fundamentalne pytania dotyczące wszechświata oraz jego funkcjonowania możemy utworzyć podział na trzy kategorie: nauka, pseudonauka i antynauka. Podobne tendencje zaobserwować można również w rozważaniach na temat zachowań autystycznych, ich natury oraz oddziaływań terapeutycznych.

Nauka opiera się na bezpośrednich obserwacjach, pomiarach zjawiska, systematycznych notowaniach zdarzeń opartych na procedurach wykluczających możliwość alternatywnego wytłumaczenia tego co zaobserwowaliśmy oraz powtarzających się wynikach uzyskiwanych przez naukowców działających niezależnie od siebie podczas replikacji badań. Pseudonauka traktuje zjawisko w sposób nieposiadający cech metod naukowych, a czasem nawet z nimi niezwiązany. Przekonania, które nie są oparte na badaniach naukowych zostają nazwane „faktami” i często do złudzenia przypominają wyniki naukowe. Antynauka jest całkowitym odrzuceniem sprawdzonych metod naukowych, niezawierających żadnych obiektywnych faktów. Pseudonauka i antynauka nie są nowością, obie bardzo dobrze zakorzeniły się w nowoczesnej kulturze Zachodu (Witkowski, 2009). Są one często wykorzystywane w wielu dziedzinach życia od astrologii

po praktyki psychologiczne i terapeutyczne. Obecnie dużym powodzeniem cieszą się terapie promowane przez pseudonaukowców i antynaukowców. Niejednokrotnie nie istnieją żadne obiektywne dowody na poparcie przekonania o słuszności tego rodzaju terapii. Często efektywność metody oparta jest o prezentowanie skuteczności oddziaływań na przykładzie pojedynczych przypadków. Celem niniejszej pracy jest przedstawienie stosowanej analizy zachowania jako popartej naukowo propozycji podejścia terapeutycznego, mającego m.in. na celu rozwijanie deficytowych umiejętności u dzieci z autyzmem oraz zaprezentowanie systemu pracy w oparciu o SAZ w Krakowskim Ośrodku Behawioralnym.

Analiza zachowania jest nauką o zachowaniu, a także o zmiennych środowiskowych, które na nie wpływają. W 1968 roku w pierwszym numerze „Jurnal of Applied Behavior Analysis” opublikowany został artykuł Baera, Wolfa i Risleya definiujący stosowaną analizę zachowania jako naukę oraz określający jej cechy charakterystyczne (Suchowierska, 2008). Zdaniem autorów SAZ to nauka mająca na celu zrozumienie czynników wpływających na zachowanie oraz opracowanie efektywnych metod jego zmiany. W takim ujęciu stosowana analiza zachowania jest zatem:

1. Stosowana; co oznacza, iż badania koncentrują się na zmianie zachowań, które są istotne z punktu widzenia danej jednostki i/lub grupy,
2. Behawioralna; badania koncentrują się na zmianie faktycznych zachowań, które mogą być precyzyjnie mierzone oraz udokumentowanie, analityczna; badania powinny prezentować zależność pomiędzy manipulowanymi zmiennymi środowiskowymi a zachowaniem tzn. badacz powinien mieć

kontrolę nad wystąpieniem bądź niewystąpieniem obserwowanego zachowania,

3. Technologiczna; badania powinny posiadać wystarczająco szczegółowy opis procedur badawczych umożliwiające replikację eksperymentów,

4. Koncepcyjnie spójna; procedury użyte w badaniach powinny wywodzić się z podstawowych praw rządzących zachowaniem,

5. Skuteczna; uzyskane zmiany mają wiązać się z poprawą funkcjonowania, która ma znaczenie praktyczne dla tej osoby i/lub osób z jej otoczenia oraz przynosząca zgeneralizowane skutki. Procedury wykorzystane do zmiany zachowania danej osoby powinny przynosić trwale rezultaty, widoczne w innych niż eksperymentalne środowiskach, a także uogólniać się na inne zachowania.

W dalszej części artykułu przedstawiony zostanie skrócony rys historyczny oraz przegląd badań potwierdzających efektywność SAZ, przybliży główne techniki stosowanej analizy zachowania wykorzystywane do redukcji deficytów rozwojowych u dzieci z autyzmem, z ukierunkowaniem na uczenie nowych umiejętności. Zaprezentowana zostanie krakowska placówka dla dzieci z autyzmem, wykorzystująca jako jedyną formę oddziaływań terapeutycznych SAZ, ze szczególnym uwzględnieniem przygotowywania uczniów do integracji w przedszkolu i szkole ogólnodostępnej (masowej lub integracyjnej).

Stosowana Analiza Zachowania – skrócony rys historyczny oraz przegląd badań

Analiza zachowania jest jednym z paradygmatów psychologicznych w poszukiwaniu uniwersalnych praw i prawidłowości opisujących

relację między środowiskiem (zmienną niezależną) a występowaniem zachowania traktowanego jako zmienna zależna. Za moment jej powstania uważa się rok 1938, wiąże się to z wydaniem książki B. F. Skinnera „Zachowanie się organizmów. Analiza eksperymentalna”. Rozwój analizy zachowania najsilniej kojarzy się właśnie z pracami Skinnera, który zdefiniował i opisał elementy uprzednio już znanego efektu, sformułowanego przez E. L. Thorndike, na bazie klasycznej pawłowskiej teorii warunkowania (Bąbel, Ostaszewski, 2008).

Analiza zachowania wykorzystywana jest w terapii dzieci z autyzmem od 1961 r., kiedy to C. B. Ferster zapoczątkował wykorzystywanie teorii behawioralnej do codziennej pracy terapeutycznej. Ferster i De Myer (1961), w przeprowadzonych przez siebie badaniach wykazali, że dzieci autystyczne mogą uczyć się prostych zachowań, przy użyciu bodźców wzmacniających, nagród. (Bobkiewicz – Lewartowska, 2000) Terapia behawioralna osiągnęła rozgłos w wyniku prac Ivaar'a Lovaas'a, który przeprowadził szczegółowe badania (1973) skonstruowanych przez siebie i swój zespół pierwszych programów behawioralnej terapii mowy dzieci z autyzmem, które potwierdziły ich wysoką efektywność. Najwięcej badań z zakresu skuteczności stosowanej analizy zachowania zostało przeprowadzonych z osobami o zaburzonem rozwoju, a zwłaszcza z autyzmem (np. Butter, Mulick i Metz, 2006; Lovaas, 1987; McEachin, Smith i Lovaas, 1993). U osób tych stwierdza się wiele deficytów behawioralnych w postaci braków umiejętności, oraz nadmiarów w formie zachowań niepożądanych.

Badania naukowe prowadzone od ponad pięćdziesięciu lat wykazują, iż wczesna intensywne terapia behawioralna prowadzona u dzieci z autyzmem może prowadzić do

znacznych oraz istotnych klinicznie zmian w ich rozwoju zarówno poznawczym, społecznym jak i emocjonalnym. W badaniach opublikowanych m.in. w czasopiśmie *Reserch in Developmental Disabilities* (Howard, 2005) porównana została efektywność trzech rodzajów terapii wykorzystywanych w pracy z dziećmi z diagnozą autyzmu w wieku przedszkolnym. W sumie intensywnej interwencji behawioralnej poddanych zostało 29 dzieci w wieku około 2,5 lat. Pierwsza grupa kontrola składała się z 16 dzieci, które otrzymały intensywną terapię eklektyczną (połączenie metody wyodrębnionych prób, systemu komunikacji alternatywnej PECS, integracji sensorycznej oraz modelu TEACCH). Druga grupa kontrolna liczyła 16 dzieci, którym oferowano nieintensywną terapię (w tym terapia mowy, uczenie przez zabawę, różne oddziaływania sensoryczne, małe grupy itp.). Po ponad roku terapii grupa poddana intensywnej interwencji behawioralnej uzyskała wyższe wyniki aniżeli grupa z intensywną terapią eklektyczną oraz nieintensywną terapią. Progres odnotowano we wszystkich badanych sferach; poznawczej, niewerbalnej, mowie biernej i czynnej, umiejętności komunikacyjnych, samoobsługowych, społecznych i motorycznych. Dodać należy, że wyniki te były istotne statystycznie dla wszystkich umiejętności, z wyjątkiem umiejętności motorycznych. Grupy z intensywną terapią eklektyczną i nieintensywną terapią nie różniły się wynikami.

Ponad to oddziaływania behawioralne, jak wykazały badania, są również bardzo efek-

tywne w redukowaniu zachowań nieakceptowanych społecznie, a często przejawianych przez osoby z zaburzeniami w rozwoju, np. agresja, autoagresja, destrukcja, autostymulacja (Barrett, 1986; Van Houten i Axelrod, 1993). Oddziaływania takie są skuteczne także w szkoleniu kadry do pracy z osobami z nieprawidłowościami rozwojowymi (Reid, Parsons i Green, 1989).

Do Polski terapia behawioralna dotarła na początku lat dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia. W 1989 r. w Gdańsku powstała pierwsza placówka oferująca terapię behawioralną założona przez Małgorzatę Rybicką. Stosowana analiza zachowania rozwija się w Polsce bardzo intensywnie, czego wyrazem jest działalność obecnie prawie 20 ośrodków, w których prowadzi się behawioralną terapię osób z zaburzeniami rozwojowymi, głównie z autyzmem⁹.

Uczenie dzieci z autyzmem umiejętności deficytowych w oparciu o stosowaną analizę zachowania

Stosowana analiza zachowania bywa utożsamiana z terapią behawioralną. Nie są to jednak pojęcia tożsame, ale bliskoznaczne. Terapia behawioralna jest bowiem szerszym określeniem a stosowana analiza zachowania jest jednym ze sposobów jej realizacji. Oddziaływania w ramach terapii behawioralnej obejmują wszystkie metody terapeutyczne wykorzystujące podstawowe procesy uczenia się, w celu zmiany zachowań klientów, w tym

⁹ Do największych ośrodków terapii behawioralnych należą placówki oświatowe: Specjalny Ośrodek Rewalidacyjno – Wychowawczy dla Dzieci i Młodzieży z Autyzmem w Gdańsku, Filia nr 1 SPS nr 6 w Krakowie oraz Oddział dla Dzieci z Autyzmem w Ośrodku Szkolno – Wychowawczym dla dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej w Poznaniu. Największym ośrodkiem konsultacyjno – diagnostycznym w zakresie terapii behawioralnej jest Ambulatorium Terapii Behawioralnej PSTB w Krakowie.

przede wszystkim te, które oparte są na warunkowaniu klasycznym. Stosowana analiza zachowania opiera się głównie na warunkowaniu sprawczym, którego opisu dokonał B. S. Skinner (Suchowierska, Ostaszewski, Bąbel, 2012). W warunkowaniu sprawczym wystąpienie zachowania uzależnione jest przede wszystkim od konsekwencji jakie w środowisku wywołuje określona reakcja, czego wynikiem jest pojawienie się zachowania. Innymi słowy to, jak zachowujemy się obecnie jest rezultatem konsekwencji, z jakim wiązały się nasze zachowania w podobnych sytuacjach w przeszłości (Suchowierska, Ostaszewski, Bąbel, 2012).

Spektrum zaburzeń w autyzmie jest stosunkowo szerokie. Zaburzenia te utrudniają lub wręcz uniemożliwiają osobie autystycznej życie wśród innych ludzi oraz nabywanie w podobny sposób wiedzy o otaczającym świecie. Jednak jak twierdzi Ivaar Lovaas (1993) dzieci autystyczne mają zdolność uczenia się tak jak inne osoby, o ile znajdują się w specjalnie przystosowanym do swoich potrzeb środowisku. Otoczenie to dotyczy miejsc, w których dziecko przebywa na co dzień, a różni się od normalnego tylko na tyle, aby stało się dla niego bardziej funkcjonalne. Powinno ono zawierać stosunkowo niewiele bodźców rozpraszających, być motywujące dla dziecka oraz stać się miejscem, w którym odnosi ono sukcesy. Badania wykazały, że osoby z autyzmem znacznie lepiej radzą sobie wówczas kiedy mają zapewnioną jasną strukturę przestrzenno-czasową, a także przewidywalność zdarzeń (Suchowierska, Ostaszewski, Bąbel, 2012). Dlatego też w terapii behawioralnej często wykorzystuje się pomoce wizualne dotyczące kolejności następujących po sobie zdarzeń, np. jedzenie

posiłku i mycie zębów. Dzięki temu dziecko jest przygotowane na zmianę, a stworzony w ten sposób plan kolejnych aktywności jest zgodny z potrzebą kontroli oraz zachowania stałości otoczenia występującą u osób z autyzmem (Krantz, McClannahan, 2002).

Do głównych celów oddziaływań terapeutycznych SAZ w pracy z osobami z diagnozą autyzmu należą: zwiększenie ilości zachowań deficytowych, redukcja zachowań niepożądanych oraz generalizowanie i utrzymywanie efektów terapii (Bobkovicz-Lewartowska, 2005). Zadaniem terapeuty behawioralnego jest kształtowanie u dziecka jak największej liczby zachowań adaptacyjnych, które rozwijają jego niezależność i ułatwią mu efektywne funkcjonowanie w środowisku. SAZ opiera się na kilku podstawowych zasadach, których przestrzeganie pozwala na osiągnięcie sukcesu w pracy z dzieckiem. Niezwykle ważną zasadą jest stosowanie wzmocnień, które zmotywują dziecko do współpracy z terapeutą oraz podjęcia wysiłku. Wzmocnieniem nazywa się każde wydarzenie, które zwiększa siłę i częstotliwość wystąpienia zachowania, po którym następuje. Aby dziecko mogło zrozumieć, że dane zachowanie jest pożądane lub czynność jest wykonana prawidłowo, musi zostać ona wzmocniona np. za prawidłowe siedzenie na krześle oraz naśladowanie ruchów wykonywanych przez terapeutę dziecko nagradzane jest pozwoleniem na krótką zabawę wybraną zabawką lub lubianą aktywnością, taką jak huśtanie na huśtawce. Kolejną fundamentalną regułą jest zasada małych kroków oraz zasada stopniowania trudności.

Zgodnie z nimi pracę z dzieckiem rozpoczyna się od ćwiczeń łatwych i konkretnych, od uczenia umiejętności podstawowych, z których może ono skorzystać natychmiast

i będzie mogło je stosować przez całe życie. Ponadto, każdą czynność, którą chcemy nauczyć, rozpisuje się na małe kroki, jasne i zrozumiałe dla dziecka. Od jednego kroku do drugiego, przechodzi się wówczas, gdy uczeń opanuje i zgeneralizuje krok wcześniejszy. Przystępując do nauki podstawowych umiejętności, terapeuta powinien skoncentrować uwagę dziecka na swojej osobie. Następnie podopieczny uczyony jest wykonywania prostych poleceń typu: „wstań”, „usiądź”, „chodź do mnie”, „połóż ręce na kolana” itp.. Jeżeli dziecko nie reaguje na polecenia nauczyciela, ten powinien wówczas udzielić uczniowi dodatkowej pomocy w postaci podpowiedzi. W pracy terapeutycznej stosuje się podpowiedzi: manualne (wykonanie prawidłowej reakcji rękami dziecka), wskazujące (wskazanie poprawnej reakcji), modelowanie (zademonstrowanie poprawnej reakcji), słowne (werbalne podanie prawidłowej reakcji). Podpowiedzi powinny być stosowane tylko w fazie nauczania oraz wycofywane tak szybko, jak to tylko możliwe, tak aby nie przyzwyczaić do nich dziecka (Suchowierska 2005). Kolejną bardzo ważną uczoną umiejętnością jest naśladowanie, które jest podstawą do rozwijania komunikacji werbalnej oraz innych zachowań, których nie można łatwo podpowiedzieć. Ćwiczenie umiejętności z zakresu imitacji powinno rozpoczynać się od naśladowania prostych ruchów motoryki dużej np. podnoszenie rąk. Po opanowaniu ich przez dziecko przechodzi się stopniowo do ruchów motoryki małej, a następnie ćwiczeń praktyki oralnej. Kolejnym ćwiczoną obszarem jest umiejętność dopasowywania do wzoru. Na pierwszym etapie dopasowywane są identyczne przedmioty przestrzenne, a następnie obrazki. Z dopasowywaniem powiązanie jest

również ćwiczenie umiejętności segregowania i kategoryzowania przedmiotów oraz obrazków. Po opanowaniu zdolności dopasowania identycznych przedmiotów/obrazków ćwiczone są również operacje na materiale nieidentycznym. W procesie terapeutycznym rozwijanie są także umiejętności z zakresu mowy czynnej. W terapii SAZ duży nacisk kładzie się na funkcjonalny rozwój mowy. Początkowo wzmacniany jest każdy rodzaj wokalizacji, który jest podstawą do dalszej nauki kompetencji językowych poprzez naśladowanie. Po wywołaniu pierwszych głosek wprowadzane są one następnie do funkcjonalnego użycia w życiu codziennym dziecka np. wypowiedane przez dziecko „da” (daj) wzmacniane jest poprzez otrzymanie pożądanego przedmiotu np. zabawki lub soku. Z czasem poziom wymagań wzrasta, a tym samym rozwijają się zdolności komunikacyjne dziecka. Do umiejętności podstawowych zalicza się również zachowania społeczne oraz umiejętności z zakresu samodzielności. W programach terapeutycznych uczniów uwzględnione są ćwiczenia takich zdolności jak; współdziałanie w zabawie, dzielenie się, zadawanie pytań, prowadzenie rozmowy itp. Podczas terapii niezwykle istotne jest, aby przez cały czas wszystkie obserwowane zachowania dziecka analizować w odniesieniu do normy wiekowej. Jest to warunek określenia deficytów dziecka, co z kolei koordynuje możliwość jasnego sformułowania celów pracy terapeutycznej.

Kolejną grupą oddziaływań terapeutycznych jest praca nad eliminowaniem zachowań niepożądanych. Jest ona najtrudniejszym, ale zarazem i najważniejszym obszarem terapii niezbędnym do tego, aby dziecko osiągnęło gotowość do podjęcia nauki. Stosowana

analiza zachowania proponuje funkcjonalne podejście do zachowań trudnych. Terapeuci analizują czynniki środowiskowe, w tym wydarzenia poprzedzające pojawienie się zachowania oraz jego konsekwencje. W praktyce oznacza to rozumienie występowania incydentów zachowań trudnych, u większości osób z zaburzeniami w rozwoju, nie jako uwarunkowane biologicznie, ale raczej kształtujące się poprzez interakcje tych osób ze środowiskiem. Zatem najbardziej efektywne w ich redukowaniu są interwencje oparte na teorii uczenia się. Podejście behawioralne koncentruje się na zrozumieniu dlaczego osoba angażuje się w zachowanie trudne, oraz jakie uzyskuje w związku z tym korzyści. Do najczęstszych przyczyn występowania zachowań niepożądanych należą chęć: pozyskania uwagi, określonego przedmiotu bądź dostępu do wybranej aktywności, uniknięcia wymagań lub możliwość stymulacji (Glasberg, 2006).

Trzecim bardzo ważnym celem interwencji terapeutycznej jest generalizacja oraz utrzymanie efektów terapii w czasie. W pracy z osobami autystycznymi należy mieć świadomość, że nawet najlepiej wyuczone umiejętności, mogą nigdy nie wystąpić w życiu codziennym. Pojawia się zatem problem przeniesienia nowo nabytych kompetencji w środowisko naturalne. Zgodnie z SAZ zachowanie można uznać za zgeneralizowane wówczas gdy; jest trwałe, pojawia się w różnych środowiskach, w obecności różnych osób oraz rozszerza się na zachowania pokrewne. Jeżeli podczas prowadzenia oddziaływań terapeutycznych generalizacja nie występuje, wówczas tera-

pia ma jedynie ograniczoną wartość. W 1977 roku Stokes i Baer w artykule pt. „An Implicit Technology of Generalization” zaproponowali nowe rozumienie generalizacji jako procesu, który powinien być planowany i programowany w trakcie terapii. Proponowane przez Stokesa i Baera (1977) spojrzenie na generalizację spotkało się z pozytywną odpowiedzią ze strony środowiska terapeutów. Dowodem na to jest przestrzeganie przez nich zasad dotyczących oceny oraz prowadzenia generalizacji jakie wyszczególnione zostały w artykule. Wśród zasad tych należy wymienić: „ucz i nie trać nadziei” (mało efektywna procedura nie wspierająca generalizacji, jednak nauczanie jest konieczne jako pierwszy element procesu uogólniania), modyfikacja sekwencyjna (uczenie we wszystkich niezgeneralizowanych środowiskach), wykorzystywanie podtrzymania naturalnego (użycie naturalnych wzmocnień znajdujących się w danym środowisku), uczenie wystarczającej liczby przykładów (wprowadzenie w sytuację uczenia kilku egzemplarzy np. dotyczących materiału w oparciu o który odbywa się nauka), uczenie elastyczne (jako przeciwdziałanie wystąpieniu silnej kontroli bodźcowej), stwarzanie nieróżnicujących zbieżności (odróżnianie wzmocnień) oraz wykorzystywanie bodźców wspólnych dla środowiska terapeutycznego i naturalnego (Goldstein, Martens, 2000).

Model terapii stosowany w Krakowie¹⁰

Wiele lat poszukiwań skutecznych metod i form pracy z dzieckiem autystycznym i zaburzeniami pokrewnymi zaowocowały powstaniem, przy wsparciu Fundacji Bar-

¹⁰ Ten model terapii stosowany jest w Filii nr 1 Szkoły Podstawowej Specjalnej nr 6 w Krakowie, funkcjonującej od 2001 roku.

bary Piaseckiej Johnson, pierwszej krakowskiej placówki, w której zastosowano paradygmat behawioralny w pracy z dziećmi z diagnozą autyzmu. Założona w 2001 roku Grupa Wczesnej Interwencji Behawioralnej Przedszkola Samorządowego nr 122 wykorzystywała w ramach swoich oddziaływań terapeutycznych jedynie techniki metody stosowanej analizy zachowania. Wprowadzony model pracy terapeutycznej, nowatorski jak na ówczesne czasy, zakładał prowadzenie terapii indywidualnej (jeden uczeń – jeden terapeuta) w wymiarze 4 godzin dziennie. Interwencją objęto 6 podopiecznych w wieku przedszkolnym, główny nacisk położono natomiast na ich wszechstronny rozwój, w tym samodzielność, mowę i komunikację oraz integrację w grupach rówieśniczych. W latach 2002-2004 superwizorzy placówki odbyli kompleksowe szkolenia w PCDI – Princeton Child Development Institute (PCDI) w USA, jednym z czołowych ośrodków behawioralnych na świecie.

Postępy terapeutyczne osiągnięte przez podopiecznych Grupy Wczesnej Interwencji Behawioralnej oraz zainteresowanie terapią spowodowały konieczność powiększenia przestrzeni lokalowej. W naturalny sposób, wynikający z osiągnięcia przez uczniów wieku szkolnego, powstała szkoła, w której starsze dzieci mają możliwość korzystania z terapii tą samą metodą. Podopieczni przyjmowani są do placówki na podstawie orzeczenia o skierowaniu do nauczania specjalnego wydawanego przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczne. W chwili obecnej w opisywanej placówce funkcjonują oddziały przedszkolne i zerowe oraz klasy szkolne szkoły podstawowej dla dzieci z autyzmem i zaburzeniami pokrewnymi. Przedszkole jest

miejszem wczesnego, intensywnego, wspomagania rozwoju dla dzieci w wieku od 2,5 lat do chwili podjęcia nauki w szkole. Zajęcia w przedszkolu realizowane są w systemie jeden podopieczny – jeden terapeuta, czyli jedno dziecko uczy się i bawi z jednym nauczycielem. Rozwijane są wówczas umiejętności deficytowe z zakresu imitacji motoryki (małej i dużej), praktyki oralnej, umiejętności komunikacji niewerbalnej w tym także rozumienia mowy oraz umiejętności komunikacji werbalnej, inicjowanie gier i zabaw z innymi dziećmi. W oddziałach zerowych celem przygotowania do podjęcia obowiązku szkolnego część zajęć realizowana jest w zespołach dwuosobowych, dwójka podopiecznych – jeden terapeuta. Poza tym nadal prowadzone są zajęcia indywidualne celem wyrównywania braków behawioralnych. Na tym etapie rozwijane są umiejętności przedszkolne t.j. różnicowanie i wykonywanie złożonych poleceń skierowanych bezpośrednio do ucznia oraz do całej grupy, rozwijanie umiejętności komunikacyjnych, oraz aktywne uczestnictwo we wspólnych grach i zabawach z innymi dziećmi.

Klasy szkolne należą do specjalistycznej placówki, w której uczniowie realizują obowiązki szkolne. Zajęcia realizowane są w oparciu o ramowy program nauczania w klasach dla dzieci z autyzmem zgodny z indywidualnym programem terapeutycznym dziecka. Uczniowie na poziomie nauczania zintegrowanego uczą się w zespołach dwuosobowych oraz korzystają z pracy realizowanej w systemie 1 nauczyciel : 1 uczeń. Na tym poziomie rozwijane są takie umiejętności jak: realizowanie programu nauczania na poziomie podstawowym w tym czytanie i pisanie, praca z książką, zgłaszanie się do odpowiedzi

przez podniesienie ręki, w pełni samodzielne wykonywanie prostych prac plastycznych (rysowanie, kolorowanie, wycinanie, klejenie). W 2011 r. utworzona została klasa pierwsza złożona z 4 uczniów z diagnozą autyzmu, w której zajęcia prowadzone są w systemie 1 nauczyciel na 4 uczniów, z wykorzystaniem dodatkowego terapeuty „cienia”. Jego zadaniem nie jest angażowanie się w prowadzenie zajęć (ta rola zarezerwowana jest dla nauczyciela prowadzącego), a jedynie pomoc uczniom tylko wówczas, gdy występuje taka konieczność. Ważne jest, aby pomoc ta nie była udzielana na zasadzie wyręczania, gdyż może skutkować uzależnieniem się ucznia od wypowiedzi. Taka sytuacja może prowadzić do utrwalenia się u niego bierności, co nie wpływa pozytywnie na dalsze rozwijanie ważnych dla dziecka umiejętności. Obecność terapeuty „cienia” powinna być jak najmniej dostrzegalna przez uczniów, tak aby mógł on w miarę możliwości wycofywać się poza salę lekcyjną. Zajęcia tego typu mają na celu przygotować uczniów do integracji w szkole masowej lub integracyjnej. W klasach 4 – 5 nauka odbywa się także w zespołach 3 osobowych. W pracy ze starszymi uczniami główny nacisk kładzie się na rozwijanie umiejętności zawodowych.

Niezależnie od wieku i etapu terapii stale pracuje się nad eliminowaniem zachowań niepożądanych takich jak zachowania destrukcyjne, agresywne, autoagresywne oraz stymulacyjne. Rozwijane są alternatywne, pożądane zachowania akceptowane społecznie m.in. umiejętność przyjmowania i akceptowania zmian w otoczeniu, czekanie na swoją kolej, spokojne przyjmowanie zdarzających się porażek i niepowodzeń, zdolność wczuwania się w sytuację, w jakiej znalazły się inne osoby.

Jedyną metodą pracy terapeutycznej w ośrodku jest nadal stosowana analiza zachowania a wszystkie umiejętności rozwijane są u uczniów z wykorzystaniem systemów motywacyjnych, obejmujących wzmocnienia, dobierane z uwzględnieniem indywidualnych preferencji każdego ucznia. Zarówno w przedszkolu, jak i w szkole organizowane są wspólne zajęcia plastyczne, muzyczne – ruchowe i gimnastyczne, tak aby dzieci mogły rozwijać aktywność zabawowo – ruchową i w przyjemnej atmosferze spędzać razem czas. Każde dziecko w ośrodku realizuje swój indywidualny program edukacyjno – terapeutyczny dostosowany szczegółowo do jego potrzeb i możliwości. Postępy terapeutyczne dziecka są monitorowane przez team terapeutyczny złożony z superwizora, terapeuty prowadzącego, terapeuty wspomagającego oraz rodziców, pod nadzorem kierownika filii. Celem realizowanych z dziećmi programów jest przygotowanie ich do podjęcia dalszej nauki w kolejnych etapach kształcenia, w zależności od możliwości dzieci.

Jako priorytet oddziaływań terapeutycznych traktowana jest szeroko rozumiana integracja osób z autyzmem w środowisku społecznym. Jest ona prowadzona w sposób zorganizowany i planowy. Behawioralny model integracji stosowany także w omawianym ośrodku zakłada, że we wstępnym etapie pracy wszystkie umiejętności przygotowujące dziecko do rozpoczęcia procesu integracji terapeuta przepracowuje indywidualnie z dzieckiem, następnie włączone zostaje jedno „zdrowe” dziecko – „model”, oraz stopniowo zwiększa się liczba dzieci biorących udział w zadaniu. Kolejnym krokiem jest przeniesienie sytuacji terapeutycznej do sali w przedszkolu lub szkole, w której z małą grupką dzieci prowa-

dzone są ćwiczenia z zajęć indywidualnych. Następnie wybieramy takie zadania, w których dziecko będzie w stanie uczestniczyć samodzielnie współdziałając z całą grupą uczniów. Stopniowo wraz z wzrastającą liczbą takich zajęć, w realizowaniu których uczeń nie potrzebuje pomocy terapeuty, ten stara się stopniowo wycofywać z sali, co niejako następuje w sposób naturalny. Bardzo często w początkowym etapie procesu integracji ucznia towarzyszy mu terapeuta „cień”, którego funkcja została omówiona pokrótce wcześniej. W tym przypadku celem jego obecności w klasie nie jest ocena kompetencji nauczyciela prowadzącego zajęcia, ale pełna koncentracja na dziecku. Wraz ze wzrostem jego umiejętności samodzielnego funkcjonowania w klasie „cień” powinien stopniowo wycofywać się, aż do opuszczenia sali lekcyjnej. Ma on zatem za zadanie ułatwić dziecku możliwość skutecznego zaistnienia w grupie rówieśniczej. Wspieraniu procesu integracji podopiecznych ośrodka służą również liczne wycieczki i wyjścia poza teren ośrodka, a także imprezy okolicznościowe, na które zapraszani są uczniowie z zaprzyjaźnionych przedszkoli i szkół.

Integracja dziecka w grupie rówieśniczej jest celem nie tylko terapeutów jest ona niejednokrotnie bardzo istotnym dążeniem wielu rodziców. W założeniach stosowanej analizy zachowania rodzice są częścią zespołu terapeutycznego. W kompleksowym systemie, jakim jest terapia behawioralna przestają oni być jedynie źródłem informacji o dziecku, lecz stają się jej aktywnymi uczestnikami. Schopler (1995) stwierdza, iż rodzice są najlepszymi znawcami swojego dziecka, a ich wymagania i oczekiwania wyznaczają cele terapii. Czyni ich to zatem partnerami specjalistów

uczestniczącymi aktywnie w każdym etapie terapii. Ponadto w proces terapeutyczny włączani mogą być nie tylko sami rodzice, ale także rodzina i przyjaciele. Z punktu widzenia postępów terapii korzystne jest stosowanie jednakowych wymagań, przez jak najszersze grono osób mających kontakt z dzieckiem. W ten sposób powstaje środowisko, jasne i przejrzyste dla dziecka pod względem oczekiwań, w którym czuje się ono bezpiecznie. Takie podejście wobec rodziców kształtuje w nich poczucie kompetencji. Przestają czuć się bezradni, a poprzez pracę i obserwację własnego dziecka zyskują szansę na zrozumienie wielu zależności pomiędzy dzieckiem a jego otoczeniem. Zgodnie z założeniami dotyczącymi pracy z rodziną dzieci autystycznych terapeuci opisywanego ośrodka prowadzą ścisłą współpracę z rodzicami uznając ich za ważną część zespołu terapeutycznego. Mają oni wpływ na formułowanie celów oddziaływań oraz konstruowanie indywidualnych programów terapeutycznych. Rodzice mają możliwość uczestniczenia w zajęciach odbywających się na terenie placówki wówczas, gdy wykazują taką chęć i wolę. Podczas zajęć nie tylko obserwują pracę terapeuty ze własnym dzieckiem, ale również mogą uczyć się, w jaki sposób rozwijać ważne umiejętności swoich dzieci, poprzez samodzielne prowadzenie nauki z dzieckiem „pod okiem” terapeuty. Tego typu wizyty Rodziców w ośrodku powinny odbywać się minimum 2 razy w miesiącu po wcześniejszym uzgodnieniu. W razie potrzeby wynikającej np. z nasilającego się występowania zachowań trudnych lub innych sytuacji losowych, zajęcia terapeutyczne mogą zostać tymczasowo przeniesione do miejsca zamieszkania dziecka. Terapeuta wówczas przyjeżdża do

domu podopiecznego, gdzie odbywa się interwencja, analizowane i rozwiązywane są aktualne problemy, a rodzice przygotowani i szkoleni do radzenia sobie z nimi. Niezależnie od tego, czy opiekunowie zgłaszają narastające problemy w środowisku domowym, co najmniej raz w miesiącu odbywa się tzw. wizyta domowa, podczas której terapeuta odwiedza swojego ucznia w domu. W trakcie takiej wizyty analizowane i omawiane są bieżące postępy terapeutyczne dziecka, wdrażane są procedury przeniesienia i generalizacji umiejętności ćwiczonych w ośrodku oraz rozwiązywane są trudności w naturalnym środowisku czasami różniącym się od tego, z którym mamy do czynienia w placówce. Terapeuta pokazuje rodzicom jak mogą spędzać czas ze swoim dzieckiem, jak się z nim bawić, w jaki sposób angażować je w różne czynności dnia codziennego. W przypadku posiadania przez ucznia rodzeństwa niesamowicie ważne staje się to, aby pomóc mu w zaakceptowaniu „innego” brata lub siostry, pokazaniu jak można się z nim dobrze bawić tak, aby obie strony czerpały z tej zabawy przyjemność. Spotkania z terapeutą to także czas kiedy rodzice mogą z nami porozmawiać, czasem wyżalić się. Daje im to poczucie, że nie są sami ze swoim „problemem” i jest ktoś do kogo mogą się zwrócić po pomoc.

Zakończenie

Dlaczego terapia behawioralna? Nie będę tutaj przytaczać wyników badań nad skutecznością tej metody, osobom zainteresowanym polecam zapoznanie się z badaniami nad efektywnością wczesnej intensywnej interwencji behawioralnej przedstawionymi w artykule Sigmunda Eldevika i współpracowników z 2009 roku. Posłużę się natomiast słowami

jednego z rodziców dwójki dzieci z autyzmem, bo kto inny jak nie rodzice chce dla dziecka jak najlepiej, chce je widzieć szczęśliwym, radosnym, realizującym swoje życie na miarę własnych możliwości. Rodzic, którego pozwolę sobie zacytować na początku nie był przekonany do metody. „Kojarzyłam to z modyfikacją behawioralną, intensywnym treningiem psów, fok, a nawet gryzoni – czyli traktowaniem, od jakiego każdy kochający rodzic chciałby uchronić swoje dziecko. Zachęcały mnie pozytywne rezultaty i wyniki badań ale przerażała sama myśl o behawioralnej modyfikacji przeprowadzonej na mojej 2-letniej córeczce. Zostałam wyprowadzona z błędu po tym, gdy w akcie desperacji zdecydowałam się na program.(...) Pod opieką terapeuty moja córka nie tylko nauczyła się komunikowania z innymi, lecz zaczęła nawiązywać kontakt wzrokowy, skupiała uwagę na nas i otaczającym świecie. Pamiętam ten dzień, kiedy uświadomiłam sobie jak bardzo myliłam się co do terapii behawioralnej. To był dzień, kiedy moja córeczka widząc swojego terapeuta podeszła do drzwi, spojrzała na niego i uśmiechnęła się. (...) Wnioski, jakie nasunęły się po przejściu przez piekło, uświadomiły mi, że nie istnieją cudowni uzdrowiacze czy magiczne kule. Uniwersalny lek na autyzm nie istnieje, lecz są metody, kreujące nowe rozwiązania i, w niektórych przypadkach warunkujące pełny powrót do zdrowia. W dzisiejszych czasach analiza behawioralna i jej zastosowanie, w wyniku przeprowadzonych badań i studiów na ten temat, kształtuje się jako kompleksowa terapia. Ta dziedzina nauki nie należy do 1 czy 2 naukowców, lecz popularyzuje ją szeregiem badaczy i praktyków. (...) Widziałam już tysiące zdesperowanych rodziców, chwytających się nowej metody leczenia – od pływania

z delfinami, po różnorodne formy terapii. Byłam świadkiem wykładu, na którym konsultanci mówili o niezidentyfikowanym, lecz szerzącym się objawie zwanym „przeciążeniem sensorycznym”, o okularach optometrycznych, niwelujących symptomy autyzmu. Słuchałam też logopedów, głoszących niczym nieoparte przekonania o wyższości skuteczności „edukacji słuchowej”, dietetyków propagujących specjalną dietę eliminującą „trudną do wykrycia patologię mózgu” oraz osoby mówiące o całkowitej akceptacji dziecka takim, jakie jest, a ono z pewnością pokona chorobę, gdy tylko będzie gotowe”. (Maurice, 2007, s. 16-21)

W mojej pracy terapeutycznej spotykam się z dziećmi, u których postępy są bardzo szybkie i spektakularne. Jednakże zetknęłam się również z osobami, u których progres rozwojowy był relatywnie wolniejszy, ciągły ale powolny. Dzieci te nigdy nie przestaną się uczyć, ale najprawdopodobniej będą potrzebowały jakiejś formy ustrukturyzowanej interwencji przez długie lata, by zmaksymalizować ich potencjał i pomóc im w pełniejszym życiu. Perfekcyjna terapia, ta która gwarantuje możliwość normalnego życia dzieciom z autyzmem i ich rodzinom pozostaje wciąż do odkrycia. Badania naukowe prowadzone od ponad 50 lat dowodzą jednak, że stosowana analiza zachowania osiągnęła jak dotychczas najlepsze wyniki w terapii dzieci autystycznych. Pomimo, iż w ciągu ostatnich dwóch dekad powstało kilkanaście nowych popularnych metod terapeutycznych dla dzieci z autyzmem, jednak w świetle badań naukowych wiele z nich ma ograniczoną skuteczność lub wręcz takiej nie posiada. Na koniec warto dodać, iż najnowszy raport grupy eksperckiej poświęcony porównywaniu efektów różnych

terapii dla osób z autyzmem informuje, że większość technik uznanych za mające dużą efektywność oraz poparcie naukowe wywodzi się z podejścia behawioralnego. (National Autism Center, 2009).

Streszczenie

Autyzm jest rozległym zaburzeniem rozwojowym, ujawniającym się najczęściej w ciągu pierwszych trzech lat życia dziecka. Jest on trzecim najczęściej spotykanym zaburzeniem rozwojowym. Dane statystyczne wskazują na stale rosnące tendencje w zakresie jego rozpoznawalności. Zaburzenia ze spektrum autyzmu charakteryzują się występowaniem nieprawidłowości w trzech sferach funkcjonowania człowieka: interakcjach społecznych, mowy i komunikacji oraz tendencji do zachowań stereotypowych. Często trudnościom tym towarzyszy występowanie deficytów poznawczych. Dodatkowo autyzm cechuje bardzo duża różnorodność objawów oraz stopień ich nasilenia, co utrudnia jednoznaczne określenie właściwej formy leczenia. Obecnie nadal nie ma „leku” na autyzm, jednak intensywna interwencja behawioralna, jako jedna z form oddziaływań terapeutycznych w pracy z osobami z autyzmem, zyskuje coraz większą popularność w wielu krajach, w tym również w Polsce. Niewątpliwie jedną z przyczyn rosnącego zainteresowania terapią behawioralną jest skuteczność oddziaływań terapeutycznych oraz wieloletnie badania naukowe dotyczące wysokiej efektywności wykorzystywanych technik z zakresu stosowanej analizy zachowania. W artykule poruszono kwestie dotyczące spojrzenia na przyczyny trudności oraz terapię autyzmu z perspektywy stosowanej analizy zachowania. Omówione zostały podstawowe cele oraz techniki wykorzystywa-

ne w terapii SAZ. Ponad to zaprezentowany został krakowski ośrodek realizujący programy terapeutyczne w oparciu o intensywną interwencję behawioralną, będący jedną z modelowych placówek tego typu w Polsce.

Słowa kluczowe: autyzm, stosowana analiza zachowania, terapia behawioralna

Summary

Autism is an extensive developmental disorder usually manifesting itself within the first three years of a child's life. It is the third most common developmental disorder. Autism-spectrum disorders are characterized by irregularities in three functional areas: social interactions, speech and communication, and the tendency to stereotypic behavior. These difficulties are often accompanied by cognitive deficits. Additionally, autism is marked by a wide diversity of symptoms and of the degree of their severity, making it very demanding to determine the proper course of treatment. At the moment, there is still no „cure” for autism, but intensive behavioral intervention, one of the forms of therapy for people with autism, is gaining traction in many countries, including Poland. Undoubtedly, one of the reasons behind the growing interest in behavioral therapy is the effectiveness of therapeutic actions and many years' worth of scientific research on the high success rate of applied behavioral analysis techniques used in the treatment. The article provides an insight into the causes of the difficulties, and on autism therapy from the perspective of applied behavioral analysis. It includes a summary of the core goals and techniques used in ABA therapy. Moreover, it presents the Krakow-based therapy center implementing therapy programs based on inten-

sive behavioral intervention, one of the standard-setting centers of this kind in Poland.

Key words: autism, Applied Behavioral Analysis, behavioral therapy

mgr Nina Zawidniak
Polskie Stowarzyszenie
Terapii Behawioralnej
Oś. Bohaterów Września 68/68
31-621 Kraków
e – mail: nina83@op.pl

Bibliografia

1. Baer, D. M., Wolf, M. M., Risley, T. R., (1968). Some still – current dimensions of applied behavior analysis, *Journal of Applied Behavior Analysis*, 313-327.
2. Barrett, R. P., (red), (1986). *Severe Behavior Disorders in the Mentally Retarded: Nondrug Approaches to Treatment*. New York: Plenum.
3. Bąbel, P., Ostaszewski, P., (red), (2008). *Współczesna psychologia behawioralna*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 7-10, 15, 243-246.
4. Bąbel, P., Suchowierska, M., Ostaszewski, P., (2010). *Analiza zachowania od A do Z*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 22, 29-30, 34-45.
5. Bobkowicz – Lweartowska, L., (2000). *Autyzm dziecięcy – zagadnienia diagnozy i terapii*. Kraków: Impuls, 111-113.
6. Butter, E. M., Mulick, J. A., Metz, B., (2006). *Eight case reports of learning recovery in children with pervasive*

- developmental disorders after early intervention, *Behavioral Interventions*, 227-243.
7. Eldevik, S., Hastings, R. P., Hughes, J. C., Jahr, E., Eikeseth, S., Cross, S., (2009). Meta – analysis of early intensive behavioral intervention for children with autism, *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 439-450.
 8. Ferster, C. B., DeMyer, M. K., (1961). The development of performances in autistic children in an automatically controlled environment, *Journal of Chronic Diseases*, 312-345.
 9. Glasberg, B. A., (2006). *Functional Behavior Assessment for People with Autism. Making sense of seemingly senseless behavior.* Woodbine House, 23-31.
 10. Grzegorzczuk – Dłuciak, N., Mayer, T., Ciemborowicz, M., Darzycka, J., Stachurska, R., Glazar, A., Szostak – Kędzierska, Z., (2000). *Terapia behawioralna dzieci autystycznych.* Impuls Krakowski, nr 5.
 11. Goldstein, A. P., Martens, B. K., (2000). *Lasting Change. Methods for Enhancing Generalization of Gain.* Champaign, IL: Research Press.
 12. 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 Developmental Disabilities*, 359-383.
 13. Jaklewicz, H., (1993). *Autyzm wczesnodziecięcy: diagnoza, przebieg, leczenie.* Gdańsk: GWP.
 14. Kanner, L., (1943). Autistic disturbances of affective contact, *Nervous Child*, 217-250.
 15. Lovaas, O. I., Koegel, R. L., Simmons, J. Q., Long, J., (1973). Some generalization and follow – up measures on autistic children in behavior therapy, *Journal of Applied Behavior Analysis*, 131-166.
 16. Lovaas, O. I., (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning of young autistic children, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3-9.
 17. Lovaas, O. I., Smith, T. (1989). A comprehensive behavioral theory of autistic children: Paradigm for research and treatment, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 17-29.
 18. Lovaas, O. I., (1993). *Nauczanie dzieci niepełnosprawnych umysłowo.* Warszawa: WSiP.
 19. Maurice, C., (red.), (2007). *Modele zachowań oraz współpraca z dziećmi autystycznymi. Poradnik dla rodziców i osób profesjonalnie zajmujących się problemem,* Warszawa: Wydawnictwo LTW, 16-21.
 20. McClannahan, L. E., Krantz, P. J., (2002). *Plany aktywności dla dzieci z autyzmem. Uczenie samodzielności.* Gdańsk: SPOA.
 21. McEachin, J. J., Smith, T., Lovaas, O. I., (1993). Long – term outcomes for children with autism who received early intensive behavioral treatment, *American Journal of Mental Retardation*, 359-372.
 22. National Autism Center, (2009). *National Standards Report.* Randolph, MA: National Autism Center.
 23. Pisula, E., Danielewicz, D., (red.), (2005).

Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem, Kraków: Impuls, 62-63.

24. Rajs – Glazar, A., (2004). Dlaczego pracuję metodą behawioralną, Bliżej Przedszkola, nr 12.
25. Schopler, E., Reichler, R. J.,(1995). Lansing M., Zindywidualizowana ocean i terapia dzieci autystycznych oraz dzieci z zaburzeniami rozwoju, Gdańsk.
26. Reid, D., Parsons, M., Green, C., (1989). Staff Management in Human Services: Behavioral Research and Application. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
27. Słownik Języka Polskiego, (2012). Warszawa: PWN.
28. Stokes, T. F., Baer, D. B.,(1977) An Implicit Technology of Generalization, Journal of Applied Behavior Analysis, 349-367.
29. Van Houten, R., Axelrod, S., (red.), (1993). Behavior Analysis and Treatment. New York: Plenum.
30. Witkowski, T., (2009). Zakazana psychologia. Taszów: Biblioteka moderatora.
31. Zawidniak, N., (2010). Dziecko z autyzmem w grupie integracyjnej, Życie Szkoły, nr 10, 30-36.
32. Zawidniak, N., (2011). By nauka poszła w świat, Psychologia w szkole, nr 2, 137-142.