

MARTA KORPOROWICZ

Uniwersytet Łódzki, Instytut Psychologii

Z DOŚWIADCZEŃ W PRACY Z DZIEĆMI Z DYSFUNKCJAMI ROZWOJOWYMI PRZEJAWIAJĄCYMI ZACHOWANIA AGRESYWNE I AUTOAGRESYWNE

Streszczenie: Artykuł poświęcono problematyce zachowań agresywnych i autoagresywnych, z którymi zmagają się terapeuci dzieci z dysfunkcjami rozwojowymi. Terapeuci często zmagają się z problemem agresji zarówno fizycznej, werbalnej, bezpośredniej, jak i pośredniej. Wśród dysfunkcji rozwojowych, o których jest mowa w artykule, można wymienić autyzm, zespół Aspergera, upośledzenie umysłowe w stopniu lekkim, zespołem Downa i ADHD. Celem pracy jest dzielenie się doświadcze-

niem związanym z zachowaniami agresywnymi i autoagresywnymi przejawianymi przez dzieci z trudnościami rozwojowymi oraz podanie przykładowych interwencji, które były skuteczne w pokonaniu przedstawionych trudności. Podane przykłady trudnych zachowań dzieci, jak również sposoby radzenia sobie z nimi pochodzą z doświadczeń autora artykułu.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność, agresja, autoagresja, autyzm, terapia.

WPROWADZENIE

Jedną z największych trudności, z jaką muszą zmierzyć się terapeuci dzieci z zaburzeniami rozwoju, są zachowania agresywne i autoagresywne ich podopiecznych. Ze względu na fakt, że zazwyczaj terapeuci mają kontakt z dużą liczbą dzieci z różnymi trudnościami, doświadczają pełnej gamy różnych zachowań o charakterze agresywnym. Mowa zarówno o agresji aktywnej, jak i biernej oraz ich pośrednich, bezpośrednich, werbalnych i fizycznych formach. Terapeuta zazwyczaj musi w takiej sytuacji bacznie obserwować dziecko i otoczenie, aby móc adekwatnie zinterpretować dane zachowanie i zastosować odpowiednią interwencję. Jest to szczególnie istotne w przypadku zachowań autoagresywnych, które, jak pokazuje doświadczenie własne autorki, mogą być przejawem autostymulacji, o czym będzie mowa dalej. Każde z trudnych zachowań niesie ze sobą informację o trudnościach, których pokonanie może często przynieść przełomowe efekty w terapii.

Z badań Agnieszki Żywanowskiej (2009) wynika, że płeć nie różnicuje poziomu agresji w grupie dzieci z lekką niepełnosprawnością intelektualną, różni się za to rodzaj stosowanej agresji. O braku różnic między płciami pod względem poziomu agresji pisali także Micah O. Mazurek, Stephen M. Kanne i Ericka L. Wodka (2013). Różni-

ca co do rodzaju stosowanej agresji polega na tym, że dziewczęta częściej od chłopców stosują przemoc werbalną i pośrednią, natomiast chłopcy częściej stosują przemoc o charakterze fizycznym. Można zatem wnioskować, że działania interwencyjne i prewencyjne należy dostosować również według kryterium płci. Rodzaj agresji zmienia się także z wiekiem. Młodsze dzieci przeważnie stosują agresję fizyczną, z kolei młodzież częściej stosuje agresję słowną (Żywanowska, 2009).

Kiedy w repertuarze zachowań dziecka pojawiają się zachowania agresywne, zwykle występują one także poza salą terapeutyczną. W takiej sytuacji terapeuta, tworząc plan terapeutyczny, musi uwzględnić całe środowisko, w jakim znajduje się jego podopieczny oraz dopasować interwencje do miejsca, w którym przebywa dziecko, jak i osób, z którymi się spotyka i z którymi ma częsty kontakt.

Podane w artykule przykłady zachowań agresywnych i autoagresywnych pochodzą z doświadczeń autorki w pracy terapeutycznej z dziećmi z dysfunkcjami rozwojowymi. Opis trudnych zachowań, które zostały wymienione w artykule, dotyczył dzieci z zespołem Downa oraz z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, w tym z zespołem Aspergera, ale zaprezentowane metody pracy są odpowiednie także w pracy z dziećmi z innymi diagnozami, np. takimi jak upośledzenie umysłowe w stopniu lekkim oraz ADHD.

ETIOLOGIA ZACHOWAŃ AGRESYWNYCH I AUTOAGRESYWNYCH U DZIECI Z DYSFUNKCJAMI ROZWOJOWYMI

Zachowania agresywne lub autoagresywne nie pojawiają się bez przyczyny. Zachowania te mogą się zmieniać w zależności od okoliczności. Nie zawsze na ten sam bodziec dziecko zareaguje tak samo, albowiem warunki, w jakich ów bodziec się pojawia mogą ulegać zmianie, a tym samym mogą modyfikować jego odbiór przez dziecko. Badania (Mikrut, 2005; Rola, 2009) wskazują na dwie grupy czynników determinujących. Pierwszym rodzajem są czynniki endogenne, wśród których możemy wymienić cechy temperamentu, poziom lęku, poziom poczucia bezpieczeństwa, odporność i sposób reagowania na frustrację. Drugą grupę stanowią czynniki egzogenne, do których można zaliczyć styl wychowania, postawy rodzicielskie, pozycję w grupie rówieśniczej, doznawanie przemocy, obserwowanie agresji w mediach. Warto jednak zaznaczyć, że sama niepełnosprawność nie jest gwarantem wystąpienia zachowań agresywnych.

Niekiedy przyczyną wystąpienia agresywnego zachowania może być jakieś przeżycie wewnętrzne niepowiązane z sytuacją zewnętrzną, np. zmęczenie. Częstym powodem pojawienia się trudnych zachowań jest przeciążenie planem dnia, który jest wynikiem interakcji między czynnikami zewnętrznymi i wewnętrznymi. Czynnikiem wewnętrznym może być np. duża męczliwość dziecka, a czynnikiem zewnętrznym jest intensywny plan dnia. Warto wtedy pochylić się nad problemem, z jakim nie radzi sobie dziecko, starać się nad nim pracować, aby móc w przyszłości wyeliminować niepożądaną reakcję. W przypadku przeciążenia pomocne może stać się przearanżowanie planu dnia, zrezygnowanie z niektórych zajęć lub chociażby wydłużenie przerw między zajęciami. Najczęściej jednak trudne zachowania podopiecznych pojawiają się na skutek jakiegoś konkretnego bodźca zewnętrznego. Takim bodźcem może być wszystko: ton głosu, którego dziecko nie lubi, wykonanie trudnego dla dziecka zadania, odmowa podjęcia pożądanej przez dziecko aktywności, zmiana ustawienia mebli w sali, w której odbywają się zajęcia, zmiana w planie dnia, założenie przez terapeutę garderoby kolorze, którego nie lubi dziecko i wiele innych.

Podczas obserwacji dziecka ważne jest, aby zwrócić uwagę na to, kto był obecny w sytuacji poprzedzającej zachowanie agresywne, czy zmieniło się coś w najbliższym otoczeniu dziecka, jakie przedmioty znajdowały się w zasięgu wzroku dziecka, jak przebiegała interakcja między dzieckiem a terapeutą. Istotne jest także to, co dzieje się po wystąpieniu takiego zachowania (Edelson, 2018). Może się okazać, że zachowanie następcze terapeuty wzmacnia zachowanie agresywne. Za przykład może tu posłużyć pewien 5-letni chłopiec z diagnozą autyzmu, który uderzał głową o podłogę za każdym razem, kiedy otrzymywał trudniejsze zadania do wykonania. Należy przy tym zaznaczyć, że nie przekraczały one jego możliwości. Chłopiec wołał unikać porażki niż podejmować ryzyko zdobycia sukcesu. Okazało się, że zawsze, po pojawieniu się autoagresji terapeuta odstępował od zadania, dając tym samym informację zwrotną chłopcu, że zastosowane przez niego działanie jest skuteczne i pozwala mu uniknąć trudności. Pomocne okazało się wsparcie chłopca w wykonaniu zadania i zachęcenie go do tej czynności po ustaniu trudnego zachowania.

Oprócz pomocy w wykonaniu zadania, konieczne było przeformułowanie poleceń lub sposobu prezentacji zadania (w zależności od zadania), aby dać dziecku szansę spojrzeć inaczej na proponowaną aktywność. W przypadku wspomnianego chłopca zadanie chłopca polegało na układaniu krótkich (3-elementowych) historyjek obrazkowych o charakterze społecznym. Pierwsza prezentacja zadania, która spotkała się z silnym oporem, polegała położeniu na stoliku 3 obrazków, z których chłopiec miał ułożyć logiczny ciąg. Druga forma, która została zaakceptowana, polegała na tym, że chłopiec najpierw znaleźć ukryte w sali elementy układanki, by następnie je ułożyć. Gdyby bowiem zadanie zostało w niezmienionej formie, dziecko mogłoby nie podjąć próby jego wykonania ze względu na silne emocje, które zdążyły się powiązać z danym zadaniem. Zmiana sposobu prezentacji zadania daje szansę dziecku na nowo przyjrzeć się zadaniu, wejść w nie od początku i jednocześnie daje informację, że trudne zachowanie nie oznacza rezygnacji z wykonania planowanej aktywności. Często z pomocą przychodzi technika, w postaci kamer lub lustra weneckiego, za którym stoi inny terapeuta i obserwuje całe spotkanie. Wymienione pomoce pomagają uniknąć przeoczenia jakiegoś zachowania swojego lub dziecka, a tym samym dają pełniejszy ogląd sytuacji i większą możliwość wyciągania wniosków.

Im więcej zbierzemy informacji na temat trudnego zachowania dziecka, tym większa szansa na skuteczną interwencję. Należy przede wszystkim zwrócić uwagę na częstotliwość zachowań agresywnych i autoagresywnych, czas ich trwania oraz natężenie. Pozostałe istotne informacje dotyczą opisu środowiska fizycznego i społecznego, a także pory dnia i dni tygodnia. W ramach środowiska fizycznego należy uwzględnić otoczenie (miejsce, w którym dziecko się znajduje), oświetlenie i dźwięki. Z kolei w przypadku środowiska społecznego należy zwrócić uwagę na wszystkie osoby, z jakimi dziecko miało kontakt w ostatnim czasie i jak przebiegały relacje (Edelson, 2018).

Warto także zaznaczyć, że niektóre zachowania o charakterze autostymulacyjnym osiągają niekiedy na tyle dużą siłę, że przeradzają się w autoagresję, np. dziecko podrażliwe w zmysle dotyku może mieć potrzebę drapania rąk w celu dostarczenia sobie odpowiedniego poziomu stymulacji (Edelson, 2018). Moje doświadczenie pokazuje, że w takiej sytuacji wskazana jest terapia integracji sensorycznej lub praca metodą Carla Delacato, a przykładowymi ćwiczeniami może być np. pocieranie szorstką gąbką. Wspomogą one bowiem dziecko w jego trudnościach sensorycznych, dostarczą potrzebnej dziecku stymulacji, a tym samym mogą zmniejszyć lub wyeliminować występowanie niepożądanych zachowań. Żle dobrana interwencja nie przyniesie re-

zultatów i może działać na niekorzyść dziecka. Jeśli bowiem dziecko dokonuje samouszkodzenia ciała, a przyczyna tkwi właśnie w trudnościach z odbiorem bodźców sensorycznych, np. terapia behawioralna nic nie da, ponieważ nie znika przyczyna tych zachowań. Dopiero dostarczenie odpowiedniej stymulacji pomoże w pokonaniu autoagresji. Dzieciom, które przejawiają trudności w zakresie czucia głębokiego, zakłada się niekiedy kamizelki obciążające, aby dostarczyć im odpowiedniej ilości bodźców, a tym samym, żeby mogły skoncentrować uwagę na powierzonych im zadaniach, np. w szkole. Metoda ta jednak nie zawsze jest skuteczna (Davis i in., 2013).

Kiedy wiadomo, jaki bodziec wywołuje niepożądane, zachowanie powstaje pytanie, czy można go wyeliminować. Jeśli tak, warto na pewien czas go unikać. Nie oznacza to jednak, że dziecko ma być już zawsze chronione przed takim bodźcem. Na podstawie własnego doświadczenia zawodowego uważam, że byłoby to nieprzystosowane. Wskazane jest, aby z czasem dziecko zaadaptować do tego bodźca. Może być też tak, że wraz z rozwojem i zmianami, jakie zachodzą w dziecku, bodziec straci swoją moc, jak w przypadku dzieci, z którymi pracowała autorka artykułu. Jeśli jednak reakcje dziecka na bodziec nie słabną lub jeśli bodziec jest trudny do wyeliminowania z przestrzeni publicznej i środowiska, w którym dziecko się znajduje, należy nauczyć dziecko samouspokojenia, odwracania uwagi od tego bodźca i przekierowywania jej na inną czynność. W swojej pracy proponuję dzieciom np. ściskanie w dłoni małej, miękkiej piłki, manipulowanie jakimś przedmiotem (np. kostką Rubika) lub granie w zabawy słowne (samemu lub z sobą towarzyszącą).

Za przykład może posłużyć pewien sześciolatek z zespołem Aspergera, który nie tolerował miejskiego gwaru. Ilekroć wychodził na ulicę, np. jadąc do przedszkola, wszechobecny hałas wywoływał w nim tak silną złość, że uderzał się w głowę ręką, tym mocniej, im większy był hałas i im dłużej on trwał. Aby zaprzestać takich reakcji, a tym samym pomóc mu w adaptacji do codzienności (chłopiec mieszkał w mieście, więc co dzień musiał się mierzyć z problemem hałasu), konieczna była interwencja terapeutyczna. Pierwszym pomysłem było zakładanie słuchawek, które blokowały dostęp dźwięków. W dalszej perspektywie było to jednak zachowanie niebezpieczne, ponieważ np. przechodząc przez ulicę mógłby nie usłyszeć nadjeżdżającego samochodu lub nie usłyszeć innych sygnałów świadczących o niebezpieczeństwie. Zamiast tego zaproponowano aktywność, która odwracałby jego uwagę od hałasu, a jednocześnie była dla niego przyjemna i relaksująca, a więc będąca źródłem pozytywnych doznań. Chłopiec uwielbiał liczyć. Zaproponowano mu, aby liczył pojazdy/tramwaje/ludzi w momencie, kiedy zaczynał odczuwać irytację z powodu hałasu. Po kilku próbach metoda ta okazała się na tyle skuteczna, że pokonanie przez chłopca drogi z domu do przedszkola przestało być dla niego problemem.

ZACHOWANIA AGRESYWNE PODCZAS TERAPII I ZASTOSOWANE INTERWENCJE

Poza przytoczonymi zachowaniami autoagresywnymi terapeuci muszą mierzyć się także z zachowaniami agresywnymi, zarówno aktywnymi, jak i biernymi, często wymierzonymi bezpośrednio w nich samych. Są to zdarzenia niezwykle obciążające dla specjalistów, które mogą silnie rzutować na przebieg pracy terapeutycznej, zarówno z tym konkretnym pacjentem, jak i wpływać na całą aktywność zawodową terapeuty i możliwość wypalania się zawodowego.

Do aktywnych zachowań agresywnych, z jakimi stykają się terapeuci dzieci z zaburzeniami rozwoju, należą m.in. stosowanie przemocy słownej przez wyzywanie i używanie wulgarnego słownictwa, bezpodstawne skargi, oszczerstwa na temat terapeuty kierowane do rodziców lub pracodawców oraz stosowanie szantażu. Do aktywnej agresji fizycznej można zaliczyć kopanie, gryzienie, uderzanie rękoma (w tym pięścią), przewracanie terapeuty na ziemię oraz dociskanie terapeuty do ściany lub podłogi.

Zachowania z użyciem siły są szczególnie trudne i niebezpieczne, zwłaszcza kiedy podopieczny jest dużo silniejszy, większy i cięższy od terapeuty. Wielu terapeutów, z którymi współpracowałam oraz z którymi miałam okazję rozmawiać podczas szkoleń i konferencji, zaznaczało, że stanowi to dla nich ogromną trudność. Często byli dodatkowo obciążeni świadomością, że muszą uważać na własne czyny, aby nie zostać oskarżonym o niewspółmierne lub nieadekwatne użycie siły w celu samoobrony. Niekiedy chodzi o przytrzymanie ręki w celu powstrzymania uderzenia, innym razem o unieruchomienie bardzo agresywnego dziecka z jednoczesnym uszanowaniem jego godności. Za każdym razem terapeuta musi mieć na uwadze szacunek względem swojego pacjenta, jak i siebie samego. Wskazane jest, aby terapeuta mógł w każdej chwili przywołać pomoc, w celu poradzenia sobie z agresywnym zachowaniem dziecka. Poza wsparciem fizycznym druga osoba może poświadczyć o adekwatności podejmowanych przez terapeutę interwencji. Strategia ta wdrażana była stopniowo w ośrodkach terapeutycznych, z którymi współpracowałam, przyczyniając się tym samym do zwiększenia poczucia bezpieczeństwa wśród współpracowników, o czym sami mówili.

Wielu terapeutów, z którymi miałam okazję współpracować, przyznaje, że agresja aktywna werbalna bywa nawet bardziej obciążająca psychicznie niż agresja fizyczna. Z ich wypowiedzi można bowiem wywnioskować, że godzi ona w poczucie własnej kompetencji, utrudnia zbudowanie relacji terapeutycznej oraz uderza w poczucie godności. Ważne jest, żeby terapeuci mieli szansę odbywać regularną superwizję, która pozwoli im przyrzeć się własnym reakcjom w sytuacjach agresji słownej i da im narzędzia do poradzenia sobie z nimi. Dzięki temu terapeuta ma szansę uniknąć szybkiego wypalenia się zawodowego. Niejednokrotnie bywa, że skargi, jakie dzieci składają na terapeutę do swoich rodziców, rodzą trudności we wzajemnym kontakcie rodzic-terapeuta. Potrzeba niekiedy dużo czasu, aby móc zbudować lub odbudować dobrą relację i współpracę z rodzicami.

W ośrodkach, w których pracowałam, terapeuci stykali się z bierną agresją ze strony podopiecznych. Zazwyczaj pojawiała się ona, kiedy terapeuta stawiał przed dzieckiem zadanie, które może sprawić mu większą trudność. Dziecko nie wierząc, że jest w stanie wykonać powierzone mu zadanie, stara się uniknąć porażki, jednocześnie może czuć złość na terapeutę, co prowadzi do wyładowania trudnych emocji właśnie w formie biernej agresji. Przykładami takich zachowań są np. nie odpowiadanie na zadawane pytania (mowa tu o odmowie komunikowania się, a nie o braku znajomości odpowiedzi), zwerbalizowana odmowa współpracy, rozglądanie się po sali i ignorowanie terapeuty, celowe podawanie błędnych odpowiedzi, niestaranne wykonywanie zadania, podejmowanie zupełnie innej czynności. Często można również spotkać się z komentarzami w stylu „nie chce mi się”, „a jak nie zrobię tego to co?”, „to zadanie jest głupie”, „nie chcę tu być”, „nie będę tego robić”, „nie zmusisz mnie do tego [wykonania zadania]” w odpowiedzi na zadane polecenie. Należy pamiętać, że nikogo nie da się zmusić na siłę do zrobienia czegokolwiek, a dodatkowym kosztem jest pogorszenie relacji terapeutycznej, duże koszty emocjonalne po obu stronach konfliktu, utrata za-

ufania i szacunku podopiecznego oraz jego negatywne nastawienie względem terapeuty. Warto w takiej sytuacji zmienić strategię postępowania. Na początku (jeśli dziecko dysponuje takimi umiejętnościami) można porozmawiać/porozumieć się, dlaczego nie chce wykonać naszego polecenia, co konkretnie sprawia mu trudność, zaoferowanie wsparcia w wykonywaniu tego zadania. Jeśli mimo to dziecko nie podejmie próby, warto wycofać zadanie na daną chwilę, dając jednocześnie znać, że będzie ono na niego czekać i sukcesywnie podejmować próby wykonania go.

Zdarza się, zwłaszcza na początku budowania relacji terapeutycznej z dzieckiem, lub po zmianie terapeuty, że dziecko stawia opór i jest niechętnie do nawiązywania kontaktu z terapeutą. W takiej sytuacji podstawą jest zbudowanie relacji z dzieckiem. Na początku warto za nim podążać, wsłuchać się w to, co chce przekazać, poznać, co lubi, a czego nie, co mu sprawia radość. Warto poświęcić na budowanie relacji dużo czasu, aby późniejsza praca była owocna. Dobra relacja terapeutyczna z dzieckiem może przeciwdziałać biernej agresji w trakcie zajęć, a także prowokowaniu terapeuty i „testowania” go.

W przypadku dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, częściej niż u dzieci z innymi trudnościami rozwojowymi, można zaobserwować zachowania, które mogą przypominać znęcanie się (*bullying*) (Farmer, Aman, 2011). Mowa tu m.in. o zachowaniach typu niszczenie mienia drugiej osoby lub zabieranie innym ich rzeczy. Różnica polega jednak na tym, że w przeciwieństwie do dzieci neurotypowych (czyli, tych bez zaburzeń ze spektrum autyzmu) dzieci z ASD (*autism spectrum disorder*) nie mają na celu sprawienia przykrości, wywołania bólu u drugiej osoby swoim zachowaniem, a zatem powodem nie jest kontekst społeczny, tylko reakcja na środowisko, jak np. bardzo silna chęć posiadania danej rzeczy. Podobne uzasadnienie może dotyczyć również pozostałych zachowań agresywnych, które u dzieci z ASD pojawiają się częściej niż w przypadku innych zaburzeń rozwojowych (Farmer, Aman, 2011).

ZACHOWANIA AUTOAGRESYWNE I SPOSOBY REAGOWANIA

Autoagresja jest jednym z najczęściej występujących zachowań trudnych w przypadku dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu oraz obniżoną sprawnością umysłową, co stanowi duże wyzwanie dla terapeutów (Suchowierska, Ostaszewski, Bąbel, 2012). Niektóre z pojawiających się zachowań są bardziej, inne mniej niebezpieczne dla życia i zdrowia. Do tych zdecydowanie niebezpiecznych należą: uderzanie głową o podłogę, ścianę lub meble; celowe upadanie na podłogę podczas stania lub chodzenia; umyślne bujanie się na krześle w celu przewrócenia się. Podczas takich zachowań terapeuta musi być niezwykle czujny, ponieważ szybko może dojść do eskalacji danego zachowania, a tym samym do poważnego uszkodzenia ciała. W takiej sytuacji należy interweniować. W przypadku mniejszych dzieci jeden terapeuta powinien sobie poradzić, natomiast kiedy mamy do czynienia ze starszym dzieckiem lub nastolatkiem niezbędna może się okazać pomoc innego terapeuty, pracownika placówki lub samego rodzica.

Kiedy u dziecka pojawia się niebezpieczne zachowanie autoagresywne, należy od razu je powstrzymać przed dalszym działaniem i szybko odwrócić jego uwagę od tej czynności. Kiedy odwracanie uwagi jest niewystarczające, konieczna może się okazać fizyczna interwencja polegająca np. na osłonięciu głowy dziecka przez terapeutę czy złapanie dziecka, które upada. Nie wiemy bowiem nigdy, jak mocno dziecko może się uderzyć i czy nie wyrządzi sobie krzywdy. Często dzieci z ASD mają znacznie pod-

wyższy próg bólu, co oznacza, że zaczynają czuć dyskomfort dopiero przy bardzo mocnym uderzeniu, a więc nie zareagują odpowiednio wcześniej, doprowadzając tym samym do znacznego uszkodzenia ciała. Czynność, którą terapeuta proponuje w celu odwrócenia uwagi od trudnego zachowania, powinna być atrakcyjna dla dziecka, nie powinna mieć jednak charakteru nagrody. Dobrze, żeby było to kolejne zadanie do wykonania, najlepiej takie, które dziecko lubi i nie sprawia mu większych problemów, aby było zmotywowane do zaprzestania szkodliwego działania. Jeśli proponowane zadanie będzie zbyt trudne, autoagresja może się nasilić jako oznaka bezsilności dziecka. Z kolei jeśli proponowana aktywność jest wykorzystywana w charakterze nagrody, może dziecko pozytywnie wzmocnić, a tym samym zachęcić go do częstszego stosowania autoagresji.

Do zachowań autoagresywnych, które nie stanowią tak dużego niebezpieczeństwa dla życia i zdrowia dziecka, można zaliczyć m.in. gryzienie własnych rąk, zgryzanie warg do krwi, uderzanie ręką w głowę, doprowadzanie do autouszkodzeń za pomocą przedmiotów, np. wbijanie sobie ołówka w dłoń. W tym przypadku interwencja, która może być skuteczna, to np. odwrócenie uwagi od wykonywanej czynności lub zaprzestanie kontynuowania czynności, która taką reakcją mogła wywołać. Przy czym zaprzestanie musi nastąpić jedynie na pewien czas, a po kilku innych zadaniach dobrze jest wrócić do zadania, na które dziecko zareagowało niepokojem i pomóc mu je wykonać. Informacja, jaką dziecko otrzyma, będzie bowiem dwójaka. Po pierwsze, wystąpienie trudnego zachowania nie sprawia, że udaje się uniknąć niechcianej aktywności. Po drugie, zwiększa poczucie własnej kompetencji, jeśli uda się wykonać zadanie, a wsparcie terapeuty podczas kolejnych prób jego wykonania zostaje stopniowo wygaszane.

Za przykład może posłużyć 3-letni chłopiec z diagnozą autyzmu, który przy każdej zmianie zadania reagował płaczem i uderzał głową o podłogę. Jako że było to zachowanie zagrażające jego zdrowiu, terapeuci, z którymi miał zajęcia, natychmiast reagowali powstrzymując go przed uderzeniami. Kiedy chłopiec się wyciszył, kontynuowano poprzednie zadanie, przy jednoczesnym zaprezentowaniu zwiastunu kolejnego zadania, np. elementu układanki, którą miał ułożyć, piłki, obrazka itp. Stopniowo przekierowywano uwagę chłopca z bieżącej czynności na kolejną. Takie łagodne przejście od zadania do zadania pozwoliło chłopcu oswoić się ze świadomością zbliżającej się zmiany, nie było więc to dla niego zaskoczeniem. Sytuacja stała się dla niego bardziej przewidywalna, dzięki temu zdecydowanie rzadziej pojawiały się trudne emocje, a w konsekwencji zmniejszyło się występowanie trudnych zachowań.

Badania pokazują (Mazurek, Kanne, Wodka, 2013), że większe prawdopodobieństwo wystąpienia zachowań autoagresywnych w przypadku dzieci i młodzieży z zaburzeniami ze spektrum autyzmu jest związane z obecnością stereotypowych i powtarzalnych ruchów oraz problemów ze snem (ten czynnik także jest zaznaczony w przypadku dzieci z niepełnosprawnością intelektualną). Autoagresja współwystępuje zazwyczaj z innymi trudnymi zachowaniami. Dlatego najczęściej interwencja terapeutyczna w przypadku autoagresji obejmuje także niwelowanie pozostałych niepożądanych zachowań. Doświadczenie autorki pokazuje, że zazwyczaj wśród zachowań, które współtowarzyszą autoagresji, można wymienić: krzyczenie, zachowania agresywne w stosunku do osób w otoczeniu, odmowa współpracy, opór w działaniu, niszczenie przedmiotów. Warto w takiej sytuacji włączyć kilka różnych metod terapeutycznych.

METODY TERAPEUTYCZNE SKUTECZNE W RADZENIU SOBIE Z ZACHOWANIAM I AGRESYWNYMI DZIECI Z ZABURZENIAMI ROZWOJU

Skuteczna interwencja zawsze zaczyna się od dobrej diagnozy. Niekiedy przyczyn, dla których pojawia się trudne zachowanie, jest wiele, dobrze jest wtedy działać wielowymiarowo. Dobrze jest stosować różne metody terapeutyczne, aby działanie było jak najlepiej dopasowane do dziecka. Zdarza się niekiedy, że agresja jest na tyle nasilona, że wymaga zastosowania farmakoterapii, aby wyciszyć dziecko i umożliwić przeprowadzenie terapii psychologicznej. Jednoczesne stosowanie farmakoterapii i terapii psychologicznej daje najlepsze rezultaty i pozwala po pewnym czasie wycofać leki (Matson, Jang, 2014).

Doświadczenie autora pokazuje, że szczególne znaczenie mają treningi relaksacyjne. Ważnym elementem treningów relaksacyjnych jest poznanie własnego ciała i zdobycie umiejętności rozpoznawania rosnącego pobudzenia, które może zmieniać się w złość, wściekłość i doprowadzać do agresji lub autoagresji. Im dziecko szybciej będzie rozpoznawało rosnące pobudzenie, tym szybciej zareaguje i uniknie trudnego zachowania, które dla samych dzieci również jest nieprzyjemne. Satysfakcjonująca i zarazem wzmacniająca jest świadomość posiadania samokontroli (Bloomquist, 2011). Istnieje wiele metod, które pomagają rozwijać samokontrolę u dzieci, w tym u dzieci z trudnościami rozwojowymi. Podczas nauki samokontroli ważne jest, by pokazać dziecku konstruktywne i bezpieczne sposoby wyładowywania złości i innych trudnych emocji. Warto przy tym zaznaczyć konsekwencje działań agresywnych i autoagresywnych, a także ich wpływ na samo dziecko i jego najbliższe otoczenie, zarówno fizyczne, jak i społeczne.

Stosowana analiza zachowania (w skrócie SAZ, ABA – *Applied Behaviour Analysis*) jest nauką, która wypracowuje jedne z najskuteczniejszych procedur terapeutycznych stosowanych w pokonywaniu trudnych zachowań dzieci z trudnościami rozwojowymi, w szczególności z autyzmem. Celem SAZ jest obserwowanie zachowania, zrozumienie go oraz zmiennych środowiskowych, które na nie wpływają, a także modyfikowanie niewłaściwych zachowań na rzecz tych, które są aprobowane społecznie. Jej efektywność została potwierdzona wieloma badaniami (Brosnan, Healy, 2011; Suchowierska, Ostaszewski, Bąbel, 2012). ABA pozwala nie tylko uporać się z trudnymi zachowaniami, które już wystąpiły, lecz także zapobiec im w przyszłości, dzięki szczegółowej analizie zachowań dziecka. Bardzo dobre rezultaty w pokonywaniu zachowań agresywnych u dzieci z trudnościami rozwojowymi daje metoda skryptów behawioralnych, która odnosi się bezpośrednio do ich doświadczeń i prezentuje aprobowane społecznie zachowania (Anderson i in., 2016). Wspierający jest też trening umiejętności społecznych (TUS) czy opowiadanie historyjek społecznych, które przedstawiają aprobowane społecznie zachowania i możliwe rozwiązania sytuacji trudnych, z którymi mierzy się dziecko.

Wśród metod wspierających można wymienić terapię taktylną, muzykoterapię, treningi słuchowe, masaż czy metodę ruchu rozwijającego Weroniki Sherborne. Korzystne oddziaływanie może mieć terapia przez sztukę, gdzie dziecko ma możliwość dużej ekspresji i wyładowania trudnych dla siebie emocji (Kaczmarska, 2017). Wszelka praca z ciałem pozwala się jednocześnie zrelaksować, jak również zredukować napięcie (Sherborne, 2012). Dodatkowo obecność zwierząt zazwyczaj wpływa wyciszająco na dzieci, stąd skuteczność powszechnej obecnie dogoterapii, a także hipoterapii (Chmiel, Kubińska, Derewiecki, 2014).

Duża część trudnych zachowań bierze swój początek w trudnościach z komunikowaniem się. Dziecko frustruje się, kiedy nie może wyrazić tego, co myśli i kiedy nie jest rozumiane przez otoczenie. Dlatego ważne jest, aby w przypadku dzieci, któ-

re nie mówią rozwijając alternatywne i wspomagające metody komunikacji. Należą do nich m.in. Makaton, język migowy, system porozumiewania się przez wymianę obrazków – PECS (*Picture Exchange Communication System*), piktogramy, metoda Bliss. W przypadku dzieci, które mówią niewyraźnie, poza terapią logopedyczną, również warto wprowadzić elementy komunikacji alternatywnej, aby uniknąć sytuacji, w której dziecko nie będzie w stanie się wypowiedzieć, doprowadzając je tym do złości.

W pracy nad zachowaniami trudnymi zdecydowanie nie powinno się stosować kar i bodźców awersyjnych. Zamiast tego powinno się zmodyfikować środowisko tak, aby dać możliwość dziecku angażowania się w dobre zachowania i jednocześnie unikać tych niepożądanych. Nie oznacza to jednak unikania sytuacji trudnych, które doprowadzają do zachowań trudnych, a stopniową adaptację do tych sytuacji i naukę radzenia sobie z nimi. Za przykład może posłużyć 3-letni chłopiec z zespołem Downa, który reagował agresją (rzucanie przedmiotami w terapeutę, plucie) w momencie, kiedy jego mama opuszczała gabinet terapeutyczny. Wraz z kolejnymi spotkaniami mama siadała coraz bliżej drzwi (początkowo musiała siedzieć tuż obok niego), aby ostatecznie zupełnie opuścić gabinet. Aby osiągnąć taki efekt, potrzeba było kilka spotkań, aby chłopiec był w stanie poczuć się bezpiecznie w towarzystwie terapeuty i móc zostać z nim sam w gabinecie. Jednocześnie zwiększanie dystansu między nim a mamą pozwalało chłopcu na coraz większą samodzielność w trakcie zajęć. Sytuacja (pozostawanie sam na sam z terapeutą), która wywoływała trudne zachowanie, nie została zatem zupełnie wykluczona, a odroczone w czasie, przy jednoczesnym modyfikowaniu środowiska (oddalanie się mamy od dziecka). Taka strategia daje także gwarancję działania z poszanowaniem godności dziecka.

Nie ma jednej metody terapeutycznej, która byłaby skuteczna we wszystkich przypadkach agresji i autoagresji, z jaką stykają się terapeuci dzieci z zaburzeniami rozwojowymi. Przy wypracowywaniu planu terapeutycznego dobrze jest mieć możliwość skonsultowania się w szerszym gronie specjalistów, aby móc działać wieloaspektowo, co daje większą szansę na przeciwdziałanie trudnym zachowaniom ich podopiecznych i jednocześnie uzyskać wsparcie w prowadzonych działaniach.

ZAKOŃCZENIE

Zachowania agresywne i autoagresywne są niezwykle trudne dla terapeutów i rodzin dzieci z dysfunkcjami rozwojowymi. Bywa, że powód jest łatwy do wyeliminowania i zachowanie stopniowo zanika. Częściej jednak jest to na tyle silnie utrwalony wzorzec zachowania, że potrzeba dużo czasu i pracy, by móc się z nim uporać. Wymienione w artykule propozycje interwencji nie są gotowym przepisem, a inspiracją, co do możliwych podejmowanych działań. Troska o dobrą relację terapeutyczną, zaplecze w postaci metod i technik terapeutycznych wraz z ich kreatywnym wykorzystaniem oraz pełne szacunek otwarcie na dziecko dają największą szansę na poradzenie sobie z jego trudnymi zachowaniami.

BIBLIOGRAFIA

- Anderson, S., Bucholz, J.L., Hazelkorn, M., Cooper, M.A. (2016). Using narrated literacy-based behavioural interventions to decrease episodes of physical aggression in elementary students with disabilities. *Support for Learning*, 31(2), 90–103.

- Bloomquist, M.L. (2011). *Trening umiejętności dla dzieci z zachowaniami problemowymi. Podręcznik dla rodziców i terapeutów*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Brosnan, J., Healy, O. (2011). A review of behavioral interventions for the treatment of aggression in individuals with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 32*, 437–446.
- Chmiel, K., Kubińska, Z., Derewiecki, T. (2014). Terapie z udziałem zwierząt w rehabilitacji różnych form niepełnosprawności. *Problemy Higieny i Epidemiologii, 95*(3), 591–595.
- Davis, T.N., Dacus, S., Strickland, E., Copeland, D., Chan, J.M., Blendin, K., Scalzo, R., Osborn, S., Wells, K., Christian, K. (2013). The effects of weighted vest on aggressive and self-injurious behavior in child with autism. *Developmental Neurorehabilitation, 16*(3), 210–215.
- Edelson, S.M. *Zrozumienie i leczenie skłonności do samookaleczeń*. https://www.autism.com/polish_zrozumienie.
- Farmer, C.A., Aman, M.G. (2011). Aggressive behavior in a sample of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders, 5*, 317–323.
- Kaczmarska, B. (2017). Twórczość artystyczna w życiu osób z niepełnosprawnością – indywidualny i społeczny wymiar arteterapii. *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania, 1*(22), 107–129.
- Matson, J.L., Jang, J. (2014). Treating aggression in persons with autism spectrum disorders: a review. *Research in Developmental Disabilities, 35*, 3386–3391.
- Mazurek, M.O., Kanne, S.M., Wodka, E.L. (2013). Physical aggression in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders, 7*, 455–465.
- Mikrut, A. (2005). *Agresja młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną – uwarunkowania i przejawy*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe AP.
- Rola, J. (2009). Zróżnicowane formy zaburzeń w zachowaniu dzieci niepełnosprawnych intelektualnie. *Szkoła Specjalna, 2*, 104–108.
- Sherborne, W. (2012). *Ruch rozwijający dla dzieci*. Warszawa: WN PWN.
- Suchowierska, M., Ostaszewski, P., Bąbel, P. (2012). *Terapia behawioralna dzieci z autyzmem. Teoria, badania i praktyka stosowanej analizy zachowania*. Sopot: GWP.
- Żywanowska, A. (2009). *Agresja u osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną. Wielowymiarowość uwarunkowań*. Kraków: Impuls.

DRAWING FROM EXPERIENCES OF WORKING WITH CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DYSFUNCTIONS WHO PRESENT AGGRESSIVE AND AUTO-AGGRESSIVE BEHAVIORS

Abstract: The following article is devoted to an issue of aggressive and auto-aggressive behaviors, which are faced by the therapists of children with developmental dysfunctions. Therapists often face a problem of aggression, both physical, verbal, direct and indirect. Among developmental dysfunctions, mentioned in the article, there are Autism, Asperger's Syndrome, mild mental disability, Down's Syndrome and ADHD. The aim of the test is to share expe-

riences connected with aggressive and auto-aggressive behaviors presented by children with developmental issues and to present exemplary interventions, which were effective in given situations. Described examples of difficult behaviors of children, as well as ways of dealing with them all come from the author's personal experiences.

Keywords: disability, aggression, auto-aggression, autism, therapy.