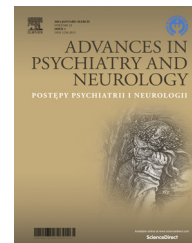


Dostępne online www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: www.elsevier.com/locate/pin

Artykuł oryginalny/Original research article
 Problemy terapii behawioralnej, część I/Problems of behavioral therapy, part I

Zastosowanie procedury time-out w redukcji zachowań stereotypowych u dziecka z niepełnosprawnością intelektualną



Application of time-out procedure in reducing stereotypical behaviour in a child with an intellectual disability

Monika Zielińska^{1,2,*}, Monika Szmidt²

¹Instytut Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego, Kierownik: dr hab. Mariola Bidzan, prof. UG, Gdańsk, Polska

²Centrum Diagnostyki i Terapii Zaburzeń Rozwojowych, Kierownik: dr Monika Zielińska, Sopot, Polska

INFORMACJE O ARTYKULE

Historia artykułu:

Otrzymano: 02.01.2014

Zaakceptowano: 26.03.2014

Dostępne online: 05.04.2014

Słowa kluczowe:

- zachowania stereotypowe
- procedura time-out
- analiza funkcjonalna
- autostymulacje
- dzieci z opóźnionym rozwojem

Keywords:

- Stereotypic behavior
- Time-out
- Functional analysis
- Self-stimulation
- Developmentally delayed children

ABSTRACT

Objectives: The aim of the study was to evaluate the effectiveness of Time-out procedure in reducing behaviours maintained by negative reinforcement. **Method:** At the beginning, a functional analysis was conducted in order to identify functions of the stereotypical behaviour (spitting) performed by a 6-year-old developmentally delayed child. Later on the frequency of the target behaviour was measured before and during applying the Time-out procedure and then again during a temporary withdrawal of the procedure and after reapplying it. **Results:** The number of the target behaviour decreased while the procedure was being applied whereas it increased after its withdrawal. **Conclusion:** A procedure based on negative punishment can be effectively used to reduce behaviours maintained by negative reinforcement. This apparent paradox can be explained by the fact that the Time-out procedure does not allow the subject to escape the situation completely, but only delays it.

© 2014 Institute of Psychiatry and Neurology. Published by Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o. All rights reserved.

* Adres do korespondencji: Instytut Psychologii, Uniwersytetu Gdańskiego, ul. Bażyńskiego 4,80-952 Gdańsk, Polska.

Tel.: +48 58 523 43 24.

Adres email: cditzielinska@gmail.com (M. Zielińska).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pin.2014.03.007>

1230-2813/© 2014 Institute of Psychiatry and Neurology. Published by Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o. All rights reserved.

Z uwagi na swoje deficyty poznawcze osoby z niepełnosprawnością intelektualną czy autyzmem dziecięcym nie potrafią zająć swojego czasu wolnego, angażując się w zabawę eksploracyjną, co powoduje, że często oddają się zachowaniom stereotypowym. Zachowania te to powtarzane ciągi behawioralne, które nie są adaptacyjne i często mają funkcje autostymulacyjną [1]. Zachowania stereotypowe mogą być również utrzymywane w repertuarze jednostki poprzez wzmocnienia negatywne i pozytywne. Oznacza to, że za zachowaniem stereotypowym podążają konsekwencje w postaci uniknięcia bodźca awersyjnego dla organizmu (wzmocnienie negatywne) lub dostarczenia bodźca przez niego pożądanego (wzmocnienie pozytywne) [2]. Za przykład z wykorzystaniem wzmocnienia negatywnego może służyć następująca sytuacja: kiedy osoba angażuje się w zachowania stereotypowe, nie jest proszona o wykonanie poleceń, gdyż jest odbierana jako osoba nieskoncentrowana na zadaniu. Przykładem zaś sytuacji wzmocnienia pozytywnego zachowania stereotypowego są okoliczności, kiedy osoby z otoczenia próbują przerwać to zachowanie poprzez komentarz słowny. Uwaga jest bowiem bardzo często silnym wzmocnieniem pozytywnym dla wielu zachowań, zarówno pożądanym, jak i niepożądanym. Dodatkowo tego rodzaju zachowania trudne mają wiele skutków ubocznych: utrudniają dziecku nabywanie nowych umiejętności, wpływają na relacje społeczne, prowadzą do uszkodzenia ciała. Z uwagi na to, że zachowania stereotypowe bardzo utrudniają życie osób z niepełnosprawnością intelektualną, powstało wiele skutecznych procedur ich redukcji, m.in.: procedura oparta na bodźcach poprzedzających [1], wzmocnianie zachowań alternatywnych [3, 4], uzyskanie dostępu do wzmocnień (preferowanych obiektów), kiedy dziecko przestaje angażować się w zachowania niepożądane [5], używanie zachowań stereotypowych jako wzmocnień dla pożądanego zachowania [6, 7], używanie bodźców awersyjnych w odpowiedzi na zachowania stereotypowe w trakcie użycia procedury delikatnego nauczania (*gentle teaching*) [8], procedura wykorzystująca warunkowe ograniczenie (*contingent restraint*) jako karę [9], jak również użycie procedury *time-out* [10, 11].

Time-out definiowany jest jako procedura polegająca na wycofaniu lub utracie dostępu do wzmocnień pozytywnych przez określony czas, co uzależnione jest od pojawienia się określonych zachowań [12]. W związku z tym procedura *time-out* jest powszechnie używana do redukcji zachowań będących pod kontrolą wzmocnień pozytywnych [13, 14]. Jeśli zachowanie niepożądane jest pod kontrolą wzmocnień pozytywnych, to ich wycofanie będzie prowadziło do spadku tychże zachowań.

Procedura *time-out* jest bardzo popularną procedurą redukcji, praktycznie polegającą na niemożności uzyskiwaniu wzmocnień przez określony czas. *Time-out* oznacza więc: przebywanie w miejscu, gdzie kontakt z innymi ludźmi jest ograniczony lub gdzie brak jest dostępu do ulubionych przedmiotów czy aktywności [15]. *Time-out* jest zatem przeważnie stosowany do redukcji zachowań niepożądanych utrzymywanych w repertuarze podmiotu poprzez wzmocnienia pozytywne. Dość kontrowersyjne wydaje zastosowanie tej procedury do redukcji zachowania będącego pod kontrolą wzmocnień negatywnych. Jeśli zachowanie niepożądane jest dla pacjenta sposobem na uniknięcie sytuacji

trudnej, a po zachowaniu niepożądanym nastąpi czasowa izolacja, to zachowanie to powinno zostać wzmocnione właśnie poprzez uniknięcie wykonania zadania. W trakcie czasowej izolacji pacjent nie musi bowiem robić niczego. Jak jest więc możliwe użycie czasowego odosobnienia jako bodźca awersyjnego dla zachowań, których funkcją jest uniknięcie zadania? Wydaje się, że jeśli po okresie odosobnienia pacjenta będzie musiał on wrócić do sytuacji zadaniowej, to *time-out* nie będzie wzmocniał jego zachowań niepożądanych, nawet tych kierowanych przez wzmocnienia negatywne. Nasze rozumowanie zostanie szerzej opisane w dalszej części artykułu.

Cel

Celem tego eksperymentu było zbadanie skuteczności zastosowania procedury *time-out* w stosunku do zachowania, które było pod kontrolą wzmocnień negatywnych oraz automatycznych. Procedura *time-out* nie jest używana do redukcji takich zachowań z uwagi na to, że ich funkcja wydaje się nie współgrać z mechanizmem działania *time-out*. Jak zostanie pokazane poniżej, *time-out* może być z pozytywnym skutkiem stosowany również w takich sytuacjach, co zmusza nas do ponownego przyjrzenia się mechanizmowi jego działania.

Metoda

Osoba badana

Monika lat 6, niepełnosprawna intelektualnie w stopniu umiarkowanym (dolna granica). Wiek rozwojowy dziewczynki w wieku 6 lat i 1 miesiąca wynosił 21 miesięcy (postawa i lokomocja – 27 miesięcy; koordynacja wzrokowo-ruchowa – 27 miesięcy; mowa – 8 miesięcy; rozwój społeczny – 15 miesięcy). Ocenę wieku rozwojowego dokonano za pomocą Skali Rozwoju Psychomotorycznego we Wczesnym Dzieństwie wg Brunet-Lezine. Dziewczynce postawiono również diagnozę: autyzm dziecięcy. W chwili prowadzenia badania mowa dziecka była na poziomie 8 miesięcznego niemowlęcia, co oznacza gaworzenie. Mowa dziewczynki od początku rozwijała się z opóźnieniem. Dziecko zaczęło gaworzyć w wieku 1 roku i 7 miesięcy, od tego czasu mowa pozostała na tym samym poziomie. Rozumienie mowy ograniczało się do wykonywania prostych poleceń sytuacyjnych. Czynność zabawowa pozostawała na etapie zabaw manipulacyjnych wraz z angażowaniem się w bardzo liczne zachowania stereotypowe, w tym: plucie i manipulacja śliną, wkładanie przedmiotów do ust i rzucanie nimi, kręcenie się wokół własnej osi, machanie rękoma oraz sznurkami, wywracanie gałek ocznych, specyficzna zabawa rękoma. Dziewczynka zaczęła chodzić, mając 15 miesięcy. W wieku 2,5 roku nadal chodziła niepewnie po schodach – trzymana za jedną rękę dostawiała nóżkę do nóżki. Monika w wieku 2,5 roku była całkowicie niesamodzielną. Dziewczynka nie potrafiła założyć żadnej części garderoby, posługiwać się łyżeczką ani sygnalizować potrzeb fizjologicznych. Dziecko odmawiało również siadania na nocniku. Dodatkowo Monika selekcjonowała jedzenie. Jej dieta obejmowała jedynie wąską grupę produktów.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/331759>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/331759>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)