

METODA 3i W TERAPII ZABURZEŃ SPEKTRUM AUTYSTYCZNEGO

METHOD 3i IN ASD THERAPY

Andrzej Gardziel, Piotr Ozaist, Ewa Sitnik

Maltańskie Centrum Pomocy Niepełnosprawnym Dzieciom i Ich Rodzinom w Krakowie

Dyrektor: mgr Ewa Reczek

**therapy of autism
play therapy
mental holding**

Autorzy opisują wprowadzoną w 2004 r. we Francji metodę 3i, służącą celom terapeutyczno-edukacyjnym dla dzieci autystycznych, a będącą rozwinięciem i uzupełnieniem metody opcji. Nazwa metody określa jej podstawowe cechy: intensywność, indywidualność i interaktywność. Metoda opiera się na nieinwazyjnej zabawie z dzieckiem. Przedstawienie zasad i specyfiki metody jest zilustrowane opisem terapii 4-letniego chłopca z autyzmem dziecięcym.

Summary: The method 3i (intensive, individual and interactive) was worked out and induced in 2004 in France by Catherine de La Presle in order to cure her autistic grandson. Its basic assumptions are derived from the option method by Barry Neil and Samaria Kaufman. The therapy works through play, takes place at child's home, with the involvement of a large number of volunteers. The volunteers guarantee several hours of individual therapeutic relations every day to the child. The method has been defined as educative by its author and her collaborators, it contains, however, a number of elements which could classify it in the area of child psychotherapy. Those elements are: the importance of play and low-intrusive approach, the emphasis on interaction and behavioral dialogue, the ensuring of good and long-lasting mental holding to the child. Through developing relations and stimulating the need for communication with others, the development of self-consciousness and mental capacities is obtained. This method has been applied for some years in the Maltese Aid Centre for Handicapped Children and their Families in Kraków. The goal of this article is to present the principles of the method and its peculiarity, emphasizing in particular its psychotherapeutic aspects. The presentation is enriched by a short casuistic illustration.

Różnorodność (a czasem i niedookreśloność) poglądów dotyczących autyzmu wczesnodziecięcego i zaburzeń pokrewnych pociąga za sobą dużą różnorodność metod stosowanych w terapii oraz edukacji dzieci i dorosłych osób autystycznych. Można wśród nich wyszczególnić metody zorientowane na pewien wyodrębniony aspekt autyzmu, często traktowany jako zasadniczy, i te o charakterze holistycznych programów, z założenia mających obejmować całą problematykę zaburzeń. W praktyce wielu ośrodków terapeutycznych czy terapeutyczno-edukacyjnych często dochodzi do kojarzenia ze sobą różnych form oddziaływań, albo też dopuszczenia niektórych jako wspierających program podstawowy.

Wiele metod powstawało z myślą o odmiennych niż autyzm celach, potem dopiero znalazły swoje zastosowanie również w jego obszarze; niektóre są mocno osadzone w szerokich systemach terapeutycznych o długiej tradycji (terapia behawioralna, psychoanaliza, terapia logopedyczna), stanowiąc ich specyficzną aplikację. Inne od samego początku były ukierunkowane na problemy autyzmu, choć nierzadko z powodzeniem służą również

dzieciom nieautystycznym. Zdefiniowanie metody jako terapeutycznej czy edukacyjnej bywa sprawą umowną, zależną tak od orientacji zawodowej jej twórców i rzeczników, jak i od sposobu rozumienia przez nich natury czy też etiopatogenezy autyzmu.

Nadal aktualne pozostaje pytanie o specyfikę terapii zaburzeń autystycznych, inaczej mówiąc o czynniki decydujące o jej skuteczności.

Metoda opcji i metoda 3i

W szerokim spektrum terapii autyzmu w sposób szczególny wyróżniają się metody opracowane przez członków rodziny dziecka autystycznego, zrodzone z pragnienia jego uzdrowienia. Należy do nich metoda opcji, znana też pod nazwą Son-Rise, Barry’ego Neila i Samarii Kaufmanów, rodziców autystycznego Rauna [1, 2], oraz metoda 3i stanowiąca twórcze rozwinięcie i przetworzenie metody opcji. Łączy je zasada indywidualnego oddziaływania na dziecko poprzez wspólną swobodną zabawę w specjalnie przygotowanym do tego celu pokoju w domu rodzinnym, zachowywanie postawy niskointruzywnej (dołączanie do aktywności dziecka, podążanie za jego inicjatywami, wykluczenie podejścia zadaniowego i instrumentalnego), koncentracja na tworzeniu relacji i komunikacyjnej wymiany. Obie metody korzystają z szerokiego zaangażowania wolontariuszy, przy czym w metodzie opcji zakłada się przewodnią rolę rodziców i ich udział na równi z wolontariuszami w zabawach z dzieckiem; przed rozpoczęciem terapii dziecka rodzice odbywają intensywne tygodniowe szkolenie wprowadzające i sami też korzystają z psychoterapii. W metodzie 3i nadzór nad rozwojem dziecka i grupy wolontariuszy powierza się odpowiednio przeszkolonemu psychologowi, który raz w tygodniu odbywa również sesję zabawową z dzieckiem i raz w miesiącu organizuje spotkanie z wolontariuszami i rodzicami. Szkolenie wstępne dla rodziców jest krótkie, nie ma wymogu ich udziału w sesjach zabawowych ani też nie zakłada się programowo organizowania psychoterapii pary rodzicielskiej. Natomiast dużą rolę odgrywa systematyczne śledzenie postępów dziecka, dzięki opracowanej i nadal doskonałej skali — tabeli odczytu rozwoju.

Obie metody pozostają w opozycji do metod i technik behawioralnych. Zakłada się, że wspólna swobodna zabawa, wraz z jej nieodłącznym tłem emocjonalnym, stanowi aktywność niezbędną, a zarazem wystarczającą do rozwoju dziecka, pozwalającą na spontaniczne kształtowanie się jego samoświadomości i świadomości otaczającego świata, oraz na rozwój wyobraźni i poczucia humoru, czego nie zapewnia podejście behawioralne.

Metoda 3i powstała we Francji w roku 2004. Babcia dwuletniego Sebastiana, Catherine de la Presle, emerytowana nauczycielka historii, z wielką determinacją poszukując skutecznego sposobu wyprowadzenia swojego wnuka z autystycznej izolacji, dotarła do Instytutu Opcji w Massachusetts. Przejmując ogólne zasady metody opcji wprowadziła do niej wiele modyfikacji i współpracując z drugą babcią chłopca i gronem wolontariuszy wdrożyła program terapii wnuka, co po upływie 18 miesięcy zaowocowało pełnym sukcesem [3].

Ten udany eksperyment dał asumpt do utworzenia w grudniu 2005 roku stowarzyszenia Autisme Espoir vers l’Ecole (AEVE — Autyzm — Nadzieja — ku Szkole), mającego na celu szerzenie nowej metody. Jest ona stosowana we wszystkich formach autyzmu, także w zespole Aspergera, i w szerokim zakresie wieku życia (prawie połowę obejmowanych

terapią 3i stanowią dzieci w wieku od 3 do 6 lat, najstarsi mają około 30 lat). Do chwili obecnej terapią 3i objęto około 300 dzieci, adolescentów i młodych dorosłych osób autystycznych. Uzyskane doświadczenia pozwoliły na zdefiniowanie typów zabaw, zasad ich pożądanых zmian i zmian postaw wolontariuszy w miarę przebiegu terapii, a także na opracowanie pragmatycznej tabeli czynionych przez dziecko postępów. Od roku 2010 metoda została włączona w spektrum terapii Maltańskiego Centrum Pomocy Niepełnosprawnym Dzieciom i Ich Rodzinom w Krakowie.

Zasady metody 3i

Nazwa metody (3i) jest skrótem wyrażającym jej podstawowe zasady (intensywna, indywidualna, interaktywna). Terapia jest prowadzona codziennie, bez przerw weekendowych i wakacyjnych, w wymiarze 40 godzin tygodniowo. Wymaga zaangażowania około 30 wolontariuszy. Każdy z nich spędza z dzieckiem 1,5 godziny raz w tygodniu, wchodząc z nim w indywidualną relację poprzez wspólną zabawę.

Sesje zabawowe odbywają się zawsze w jednym miejscu — odpowiednio przygotowanym niewielkim pokoju, zwanym „salą przebudzenia”. Powinien on stwarzać poczucie bezpieczeństwa i służyć koncentracji uwagi dziecka. Ważne jest sprzyjające temu oświetlenie i neutralny kolor ścian, szyby winne być zasłonięte matową folią. Do standardowego wyposażenia należą duże lustro, tablica, trampolina, huśtawka, stół. Zabawki winne być umieszczone na wysokiej półce, skąd zdejmuje je wolontariusz, gdy są potrzebne.

Zabawa rodzi się poprzez podążanie za inicjatywą dziecka, dołączanie do jego aktywności, wzbogacanie jej i rozwijanie. Ważną rolę odgrywa tu naśladowanie (odzwierciedlanie) przez wolontariusza zachowań dziecka, w tym jego stereotypii, ale także przekształcanie w zabawę jego napadów złości i kaprysów. W dostosowaniu do czynionych przez dziecko postępów wolontariusz wprowadza własne propozycje zabaw, ale ich nie narzuca, najczęściej jedynie demonstruje i oczekuje na przyjęcie przez dziecko inicjatywy.

Podstawową zasadą sesji zabawowych jest więc interakcja, która stanowi warunek powstawania komunikacji (zazwyczaj najpierw poprzez spojrzenie, potem gesty, a w końcu i mowę) oraz tworzenia się samoświadomości dziecka. Świadomość „ja” rozpoczyna się od świadomości własnego ciała, stąd przyznaje się priorytet zabawom fizycznym i pobudzającym doznania zmysłowe. Zabawy edukacyjne i o większym stopniu złożoności wprowadza się dopiero wtedy, gdy dziecko jest do nich gotowe, nie stawia się jednak żadnych oczekiwań ani wymogów. Doświadczenie potwierdza, że intensywna, lecz nie intruzywna, interakcja stwarza warunki samoistnego rozwoju pożądanых umiejętności umysłowych i fizycznych, takich jak rozumienie, spełnianie poleceń, naśladowanie, odnajdywanie się w czasie i przestrzeni, wyobraźnia.

Wyodrębniono 3 etapy przebiegu terapii wiążąc je z fazami prawidłowego rozwoju małego dziecka od najwcześniejszego niemowlęstwa. Pierwszych 18 miesięcy życia to odkrywanie własnego ja i dychotomii ja–ty — odpowiadający tej fazie etap terapii określono nazwą „budzenia zmysłowo-ruchowego”. Okres od 18. do 36. miesiąca życia to faza odkrywania świata otaczającego — „otwieraniem na świat” nazwano też stosownie drugi etap terapii. Dziecko w wieku 3 lat na ogół gotowe jest do rozpoczęcia socjalizacji poza

środowiskiem rodzinnym, a trzeci etap terapii ma na celu zabezpieczyć dziecku autystycznemu stopniowe, płynne i bezpieczne wejście do instytucji edukacyjnej.

Terapia metodą 3i jest prowadzona w pełnym wymiarze aż do czasu uzyskania przez dziecko poziomu komunikacji i samoświadomości pozwalającego na adaptację w grupie rówieśniczej i rozpoczęcie efektywnej edukacji (pierwsze dwa etapy, które trwają z reguły od roku do dwóch lat). Na ten czas odracza się albo też zawiesza uczęszczanie do przedszkola lub szkoły, ogranicza — początkowo znacznie — wychodzenie z domu. Ten imperatyw „przerwy od szkoły i społeczeństwa” wynika z uwzględnienia barier rozwojowych dziecka autystycznego (percepcyjnych, komunikacyjnych, emocjonalnych) i potrzeby ograniczenia niekontrolowanych bodźców zmysłowych i sytuacji społecznych, mogących być dla niego źródłem stresów i cierpień, a także z przekonania, że warunkiem korzystania z formalnej edukacji i przebywania w grupie rówieśniczej jest odpowiednia zdolność komunikacji i samoświadomość.

Cele terapeutyczne metody 3i

Stowarzyszenie AEEV definiuje metodę 3i jako edukacyjną i rozwojową, konsekwentnie unikając w swych opracowaniach pojęcia terapii. Autorzy niniejszego artykułu, będący pracownikami zespołu zaangażowanego we wprowadzanie tej metody w Polsce, spostrzegają ją jako terapeutyczno-edukacyjną, z przyznaniem priorytetu jej aspektom terapeutycznym czy nawet — formułując precyzyjniej — psychoterapeutycznym, stąd też w całym tekście w odniesieniu do niej posługują się pojęciem terapii.

Aleksandrowicz i Czabała [4] zwracają uwagę na niejasność i wielorakość będących w użyciu definicji psychoterapii, co związane jest między innymi ze zróżnicowaniem leżących u ich podłoża teorii. Sami preferują jej określenie jako „formy oddziaływań psychospołecznych, która ma na celu korektę zaburzeń przeżywania i zachowania oraz usunięcie objawów i przyczyn choroby” [str. 203], nadmieniając jednak, że aspekt przyczynowy występuje „na ogół”, więc nie obligatoryjnie. Tym, co wspólne dla wszystkich form psychoterapii, są określone reguły postępowania. Aleksandrowicz i Czabała zaliczają do nich: korzystanie z nieswoistych czynników leczniczych, posługiwanie się głównie komunikacją werbalną, pobudzanie pacjenta do ujawniania swych przeżyć i zainteresowanie tymi przeżyciami, szczególna postawa terapeuty oraz świadome stosowanie interwencji terapeutycznych. Jest oczywiste, że sformułowana w ten sposób charakterystyka dotyczy przede wszystkim psychoterapii osób dorosłych, jednak w swej istocie (w duchu, nie literze) jest uniwersalna i odnosi się również do dzieci i pacjentów ze znacznymi zaburzeniami kontaktu i komunikacji. Niezbędne wówczas modyfikacje formuły to przydanie stosownego znaczenia komunikacji niewerbalnej i uznanie, że stwarzanie warunków do spontanicznej aktywności jest odpowiednikiem „pobudzania do ujawniania przeżyć”. Jesteśmy przekonani, że metoda 3i w dużej mierze odpowiada takiej charakterystyce.

Cele metody 3i formułowane są w zróżnicowany, lecz spójny sposób i można je rozpatrywać na kilku różnych poziomach. Celem bezpośrednim i najważniejszym sesji zabawowych jest interakcja wolontariusza z dzieckiem (nie odmawia się jednak znaczenia okresom zawieszenia aktywności, gdy dziecko unika kontaktu lub zaśnie). W kategoriach psychoanalitycznych osobowe interakcje wymagają tworzenia się w umyśle dziecka ob-

razu obiektu i obrazu własnego (reprezentacji) oraz ich powiązania (relacji z obiektem). Dzięki temu rozwija się samoświadomość i może zaistnieć komunikacja, co stanowi już uwidaczniający się cel. Sama więc koncentracja na interakcji decyduje o psychoterapeutycznym wymiarze metody.

Spontaniczny rozwój dziecka, rozwój różnych umiejętności umysłowych i ruchowych jest celem wtórnym, oczekiwanym, choć nie stawianym zadaniowo. Mówi się o metodzie 3i, że wypełnia braki rozwojowe, przeprowadza dziecko przez etapy, które opuściło. Sprzyja temu odpowiedni dobór proponowanych zabaw, ale należy podkreślić, że o ich podejmowaniu decyduje dziecko, wolontariusz stwarza jedynie sprzyjające temu okoliczności, demonstruje i wspomaga w miarę potrzeby, ale nie posługuje się technikami edukacyjnymi. W tym więc kontekście, mimo aspektów edukacyjnych zapewniających rozwój i przygotowujących do podjęcia lub wznowienia nauki w zorganizowanej formie (co jest określane jako sztandarowy cel metody), wzbranalibyśmy się przed określeniem jej jako wyłącznie edukacyjnej.

Sprawą dyskusyjną jest również zdefiniowanie obszaru docelowego metody 3i — czy stanowią go objawy, czy też przyczyny autyzmu. Stowarzyszenie AEVE przyjmuje rozumienie autyzmu w kategoriach genetycznie uwarunkowanej choroby neurobiologicznej i uznaje, że działanie metody ma charakter objawowy, autorzy zaś niniejszego artykułu są zdania, że aktualny stan badań wskazuje raczej na wielorakość i interakcyjność czynników sprzyjających jego wystąpieniu, znajdując podobny punkt widzenia w literaturze fachowej (por. D. Marcelli [5], H. Jaklewicz [6], R. Skynner i J. Cleese [7]). Oba stanowiska prowadzą do zakwestionowania możliwości leczenia ściśle przyczynowego. Jeżeli jednak zostawimy na boku spory etiopatogenetyczne, wspólne pozostaje przyjęcie tak czy inaczej rozumianej przeszkody w samoistnym rozwoju interakcji (posługując się językiem psychoanalitycznym — w tworzeniu reprezentacji i relacji z obiektem) jako przyczyny objawów autystycznych i zahamowania rozwoju psychicznego. W tym wtórnym znaczeniu można uznać metodę 3i za przyczynową. Pragniemy to podkreślić dla uwydatnienia jej znaczącej odmienności od wielu innych metod.

Czynniki terapeutyczne metody 3i

Wydaje się, że wszystkie czynniki decydujące o skuteczności metody mają charakter niespecyficzny; jej specyficzność wynika zaś ze sposobu ich organizacji i uporządkowania. Każdą zresztą psychoterapię można rozumieć jako szczególną intensyfikację naturalnych aspektów relacji międzyludzkich, tych zwłaszcza, które zapewniają poczucie bezpieczeństwa i sprzyjają rozwojowi osobowemu. Dla każdego dziecka najważniejsze z takich aspektów to dobry „holding”, który stwarza warunki do bezpiecznych i znaczących interakcji, eliminacja intruzywnego wkraczania w jego świat, zapewnienie prawdziwej swobodnej zabawy, a także dobrych relacji i mocnych związków z najbliższymi. Czynniki terapeutyczne metody 3i są tych aspektów wyrazem.

Niska intruzywność

Obserwacje i badania etiologiczne pozwoliły zrozumieć naturę zachowań niskointruzywnych i wysokointruzywnych, obecnych powszechnie zarówno w świecie zwierząt, jak

i w świecie ludzkim, służących nawiązywaniu kontaktu i tworzeniu relacji. Szczególne zasługi położyli tu Niko i Elizabeth Tinbergenowie [8], którzy także zaproponowali przyjęcie zasady niskiej i wysokiej intruzywności za podstawę terapii dzieci autystycznych.

Podejście niskointruzywne wydaje się stanowić fundament metody 3i. Podążanie w ślad za aktywnością dziecka, naśladowanie go, oczekiwanie na jego inicjatywę czy gotowość, a także przekształcanie trudnych zachowań w zabawę tworzą klimat bezpieczeństwa i zachętę do zbliżenia. Można to określić jako proces wchodzenia w świat dziecka po to, by zainteresować je naszym wspólnym światem.

Naśladowanie w terapii stanowi odpowiednik spontanicznego naśladowania niemowlęcia przez matkę i odgrywa podobną rolę. Zachowywana dzięki temu równorzędność podmiotowa [9] stanowi punkt wyjścia dialogu zachowań (dialogu behawioralnego), zapoczątkowując rozwój komunikacji.

Holding psychiczny

Pojęcie holdingu wniósł w obszar psychologii i dziedzin pokrewnych Winnicott [10], obejmując nim całokształt oddziaływań matki skupionej na swym dziecku, rozumianych jako „pierwotna troska macierzyńska”. Pochodną holdingu macierzyńskiego stanowi holding terapeutyczny, którego istotą jest kontenerowanie (przechowywanie wewnętrzne) trudnych przeżyć pacjenta i oddawanie mu ich w formie niezagrażającej. Głębsze i szersze rozumienie istoty holdingu przyniosły studia Esther Bick nad metodą obserwacji niemowląt. Holding psychiczny jest stanem pełnego, na zasadzie wyłączności, poświęcenia uwagi obiektowi, skupienia na nim tylko myśli i emocji. Stan taki może występować w sposób zamierzony lub niezamierzony w różnych relacjach międzyludzkich, otwierając przestrzeń przekazom emocjonalnym i komunikacji niewerbalnej [11].

W metodzie 3i oczekuje się od wolontariuszy pełnego skupienia uwagi na dziecku i pełnego zaangażowania w zabawę z nim. Dwie osoby oddające się razem zabawie tworzą wspólną psychiczną przestrzeń i pole do komunikacyjnej wymiany. Reguły metody sprzyjają tej koncentracji, jedną z nich stanowi ograniczenie czasu przebywania z dzieckiem do półtorej godziny tygodniowo dla każdego z wolontariuszy. Dzięki temu dziecko zyskuje wiele godzin nieintruzywnej zabawy i skupionej na nim uwagi innych osób, intensywnego i długotrwałego psychicznego „objęcia”, nieosiągalnego w inny sposób.

Zabawa

Zabawa stanowi naturalne i najważniejsze medium tak rozwoju, jak i terapii dziecka. Jest aktywnością dostarczającą przeżycia radości, a więc samonagradzającą i samonapędzającą się; aktywnością, która jest celem sama w sobie. Jest źródłem zmian i postępów rozwojowych, poszerzania doświadczeń, wiedzy, świadomości, pomaga przewycięzać problemy psychiczne czy emocjonalne, pod warunkiem że na czas zabawy wyłączamy myślenie o jej pożądanym celu. Paradoksalnie więc przynosi rozwojowe i/lub terapeutyczne efekty, jeżeli nie zabiegamy o nie zadaniowo. By zabawa była naprawdę zabawą, trzeba się jej oddać bez reszty.

Zabawa w metodzie 3i ma określone terapeutyczne, a zarazem rozwojowe cele. Wolontariusz nie jest terapeutą, lecz odgrywa taką rolę; ukierunkowany i superwizowany przez

specjalistę inicjuje i współtworzy zabawę z dzieckiem. Można rzec, że przechowuje te cele i zalecenia w swym wnętrzu, ale winien dbać o to, by nie przeszkadzały mu w zabawie.

Zabawa jest terapeutyczna, gdy zawiera w sobie element odzwierciedlenia, przez co staje się specyficzną formą interpretacji, gdy minimalizuje różnicę między dzieckiem a partnerem zabawy, a więc przybliża ich ku sobie, gdy daje dziecku możliwość doświadczania ciągłości kontaktu z nim oraz poczucie bezpieczeństwa dzięki stałości i przewidywalności jego zachowań. Dzięki temu może on zostać włączony w przestrzeń psychiczną dziecka; tworzy się reprezentacja i relacja z obiektem. Należy podkreślić, że w zabawie nie to jest ważne, co wolontariusz — quasi-terapeuta czyni, lecz to, czym się staje wobec dziecka jako osoba realna (por. A. Czownicka [12], K. Schier [13]).

Aspekty socjoterapeutyczne

Wbrew początkowym obawom okazało się, że pozyskanie znacznej liczby wolontariuszy — trzydziestu dla jednego dziecka — jest wykonalne. Już to samo w sobie budzi optymizm i wiarę w ludzi. Wynikająca z metody obfitość relacji z ludźmi zaangażowanymi w terapię ich autystycznego dziecka stanowi antidotum na tak częste u rodziców poczucie wyobcowania i osamotnienia. Ważne jest też samo oddanie dziecka pod pieczę wolontariuszy na kilka godzin dziennie, co umożliwi rodzicom nabranie sił do bardziej efektywnego i satysfakcjonującego spędzenia z nim reszty dnia. Na comiesięcznych spotkaniach wspólnie z wolontariuszami i współpracującymi profesjonalistami mogą cieszyć się jego postępami i uzyskiwać od nich wsparcie w doświadczanych frustracjach i kryzysach.

Ilustracja kazuistyczna

Adam miał 4 lata, gdy jego rodzice wraz z zespołem terapeutycznym Maltańskiego Centrum Pomocy Niepełnosprawnym Dzieciom i Ich Rodzinom podjęli decyzję o wdrożeniu terapii metodą 3i. Chłopiec prezentował typowe dla autyzmu trudności w nawiązywaniu relacji społecznych. Nie komunikował się werbalnie i nie kompensował braku rozwoju mowy poprzez gestykulację czy ekspresję mimiczną, nawiązywał jedynie sporadyczny i krótkotrwały kontakt wzrokowy. Nie sygnalizował swoich potrzeb w żaden sposób. Nie zauważał swojego młodszego brata ani innych dzieci. Obserwowano dużą sztywność wzorców zachowywania się; jego aktywności miały charakter schematyczny i stereotypowy. Uporczywie otwierał i zamykał drzwi i szuflady, manipulował przedmiotami, np. oddalając je od siebie, by za chwilę znów przybliżyć, obracał je w rękach, przyglądając się im pod różnym kątem. Nie podejmował zabaw naprzemiennych. Rodzice mieli wrażenie, że Adam bawi się obok nich, nie nawiązując kontaktu ani relacji.

W pierwszej fazie terapii wolontariusze starali się przyłączać do zabaw dziecka poprzez przyjęcie postawy niskointruzyjnej. Dostrojenie się do Adama poprzez naśladowanie jego zachowania czy odzwierciedlanie afektu stwarzało możliwość „wejścia” do jego świata, aby móc potem wprowadzać pewne urozmaicenia i nowe propozycje, tworząc okazje do wymiany w zabawie. Po chwilach wspólnej zabawy chłopiec miał potrzebę odreagowania i odpoczynku, co wyrażało się odchodzeniem na bok lub podejmowaniem aktywności stereotypowych. Częstą formą jego zachowania było bieganie od ściany do ściany. Wolontariusz zgodnie z założeniami metody „dawał przestrzeń” takiej aktywności,

by po chwili podjąć próbę ponownego przyłączenia się do dziecka, zaczynając od naśladowania go, czyli biegania razem z nim. Początkowo modyfikacje zabawy spotykały się z gwałtownymi reakcjami sprzeciwu. Chłopiec krzyczał, niekiedy reagował agresywnie, próbując uderzyć; wolontariusze naśladowali również i takie zachowania, przydając im zabarwienia zabawowego w celu rozładowania napięcia.

W miarę upływu czasu i trwania terapii obserwowano u dziecka duże i znaczące zmiany w jego zachowaniu. Adam nawiązywał coraz lepsze relacje z wolontariuszami — przejawiało się to częstszym i dłuższym kontaktem wzrokowym oraz próbami komunikowania się poprzez gesty. Coraz częściej sam inicjował różne zabawy, początkowo przed lustrem, potem dopiero w kontakcie bezpośrednim. Proponował zabawy przypadające rozwojowo na zdecydowanie niższy wiek: w a-ku-ku, z twarzą swoją i drugiej osoby, różnego rodzaju aktywności mające charakter zabaw paluszkowych. Etap ten w terapii 3i nazywamy „cofnięciem zegara” — dzięki niedyrektywnej postawie wolontariusza dziecko przebywa pominięte wcześniej fazy rozwoju, samo wskazując drogę; rozwija przez to samoświadomość i świadomość istnienia drugiego człowieka oraz doświadcza granic własnych i cudzych. Zaczęły pojawiać się gesty wskazywania oraz kolejno inne. Adam coraz częściej próbował komunikować się werbalnie, tolerował też zmiany i urozmaicenia wprowadzane przez wolontariuszy na sesjach; od pewnego czasu zaczął ich spontanicznie naśladować. W domu rodzice również obserwowali postępy rozwojowe swojego dziecka. Po mniej więcej roku trwania terapii Adam już nie musiał nosić pieluch w ciągu dnia. Systematycznie rozwijał swoje umiejętności komunikacyjne — werbalne i niewerbalne. Jego zabawy, zarówno w domu, jak i na sesjach, przyjmowały formy coraz bardziej wskazujące na rozwój u niego wyobraźni i myślenia symbolicznego.

Obecnie, po prawie 2 latach trwania terapii, Adam bawi się w odgrywanie ról oraz tzw. zabawy na niby, akceptuje, a nawet sam proponuje zamianę ról z wolontariuszem. Jest coraz bardziej samodzielny, znacznie zmniejszyła się liczba zachowań stereotypowych. Jest świadomy swoich emocji, które komunikuje werbalnie, zwraca się o pomoc do osób z otoczenia. Mniej się złości i przejawia mniejszy niepokój w nowych sytuacjach społecznych. Nie protestuje podczas wizyty u fryzjera. Postanowiono włączyć do programu zajęcia terapeutyczne w towarzystwie drugiego dziecka jako etap przejściowy przed zajęciami w grupie rówieśniczej, których celem jest przygotowanie do podjęcia edukacji w grupie przedszkolnej.

Uwagi końcowe

Metoda 3i stanowi niewątpliwie novum w spektrum terapii osób autystycznych, co staraliśmy się uwypuklić w tekście. Jej specyfiką jest przede wszystkim twórcza synteza nieswoistych czynników terapeutycznych, szerokie wykorzystanie potencjału terapeutycznego wolontariuszy, położenie nacisku na decydujące znaczenie interakcji, uwypuklenie potrzeby rozwoju samoświadomości i komunikacji u dziecka przed rozpoczęciem edukacji szkolnej.

Celem artykułu nie jest ocena skuteczności terapii metodą 3i — za wcześnie na to, jakkolwiek uzyskiwane dotąd rezultaty wydają się obiecujące. Jeżeli metoda 3i wykaże w sposób niezbity swą znaczącą efektywność, może to stać się ważnym przyczynkiem do

dyskusji nad etiopatogenezą autyzmu. Niezbędne są jednak badania nad uwarunkowaniami jej skuteczności, biorąc pod uwagę zróżnicowanie form zaburzeń autystycznych, sytuację rodzinną i warunki życia dziecka, a także potencjał terapeutyczny danej grupy wolontariuszy.

Piśmiennictwo

1. Kaufman BN. Przebudzenie naszego syna. Warszawa: Fundacja Synapsis; 1991.
2. Kaufman BN. Uwierzyć w cud. Warszawa: Fundacja Synapsis; 1995.
3. De La Presle C, Valetton D. Lettres à un petit prince sorti de sa bulle. Une clé pour l'autisme? Paris: L'Harmattan; 2010.
4. Aleksandrowicz J, Czabała JC. Psychoterapia. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. Psychiatria. Tom II. Wrocław: Urban & Partner; 2003.
5. Marcelli D. Psychopatologia wieku dziecięcego. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2013.
6. Jaklewicz H. Autyzm wczesnodziecięcy. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1993.
7. Skynner R, Cleese J. Życie w rodzinie i przetrwać. Warszawa: Jacek Santorski & CO; 1992.
8. Tinbergen N, Tinbergen E. „Autistic” children. New hope for a cure. London: Allen & Unwin; 1983.
9. Olechnowicz H. Wokół autyzmu. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne; 2004.
10. Winnicott DW. Dziecko, jego rodzina i świat. Warszawa: Jacek Santorski & CO; 1993.
11. Melgaco Leal Silva AL. Sto lat psychoanalizy — 49 lat obserwacji niemowląt z matkami: integracja Winnicottowska. Psychoter. 2000; 1(112): 77–82.
12. Czownicka A. Przypadek Mateusza. Psychoza dziecięca: obiekt, symbol i istota terapii analitycznej. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Wydziału Psychologii UW; 1993.
13. Schier K. Terapia psychoanalityczna dzieci i młodzieży: Przeniesienie. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2000.

Adres: asmagardziel@gmail.com