

ŠPECIÁLNY PEDAGÓG



Časopis pre špeciálnopedagogickú teóriu a prax



VYDAVATELSTVO
PREŠOVskej
UNIVERZITY

1

2016
Ročník 5

ŠPECIÁLNY PEDAGÓG

Časopis pre špeciálnopedagogickú teóriu a prax

5. ročník, 2016, č. 1

Vedecký recenzovaný časopis je súčasťou riešenia grantového projektu APVV-0851-12 Osobnostné a sociálne faktory školskej úspešnosti žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami v podmienkach inklúzie (OSFa) (2013 – 2016) a projektu KEGA č. 035PU-4/2014 Zvyšovanie kvality pregraduálnej prípravy špeciálnych pedagógov v kontexte inovatívnych trendov teórie a praxe (2014 – 2016)

Redakčná rada:

doc. PaedDr. Ladislav Horňák, PhD. (*predseda*)

Dr. h. c. prof. PhDr. Miron Zelina, DrSc.; prof. PaedDr. Miroslava Bartoňová, Ph.D.; prof. PhDr. Aurélia Kerekretiová, PhD.; prof. PaedDr. Jozef Liba, PhD.; prof. PhDr. Milan Portik, PhD.; prof. PaedDr. Božena Šupšáková, PhD.; prof. PaedDr. Milan Valenta, Ph.D.; doc. PaedDr. Petr Franiok, Ph.D.; doc. PaedDr. Bibiána Hlebová, PhD.; doc. PaedDr. Vladimír Klein, PhD.; doc. PhDr. Ľuba Končeková, CSc.; doc. PhDr. Dagmar Marková, PhD.; doc. PaedDr. Tatiana Matulayová, PhD.; doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.; doc. PaedDr. Mária Podhájecká, PhD.; doc. PhDr. Albín Škoviera, PhD.; MUDr. Ján Kovaľ, PhD.; PaedDr. Lucia Hrebeňárová, Ph.D.; PaedDr. Jarmila Klugerová, Ph.D.; PaedDr. Stanislava Lištiak Mandzáková, PhD.; Mgr. Tatiana Dubayová, PhD.; Mgr. Jana Kožárová, PhD.; Mgr. Pavlína Kuldanová, Ph.D.; Mgr. Jarmila Žolnová, Ph.D.; Aleksandra Mach, Ph.D.

Redakcia časopisu:

doc. PaedDr. Bibiána Hlebová, PhD. (*vedúca redaktorka*);

doc. PaedDr. Ladislav Horňák, PhD.; PaedDr. Lucia Hrebeňárová, Ph.D.; PaedDr. Stanislava Lištiak Mandzáková, PhD.; Mgr. Tatiana Dubayová, PhD.; Mgr. Jana Kožárová, PhD.; PhDr. Tatiana Čekanová; Mgr. Gabriela Felix

Jazyková úprava:

doc. PaedDr. Bibiána Hlebová, PhD.
Mgr. Pavlína Kuldanová, Ph.D.

Preklad do angličtiny: Obálka a logo katedry:

Mgr. Jana Kožárová, PhD.
doc. PhDr. Michal Tokár, PhD.

Vydavateľ:

Sídlo vydavateľa:

Vydavateľstvo Prešovskej univerzity v Prešove
Prešovská univerzita v Prešove
Ul. 17. novembra č. 15
080 01 Prešov
IČO 17 070 775

Periodicita vydávania:

Dátum vydania:

dvakrát ročne
február 2016 (ďalšie číslo vyjde v októbri 2016)

Tlač:

Grafotlač Prešov, s. r. o.

Evid. číslo: EV 4561/12

ISSN 1338-6670

OBSAH

Teoretické a vedeckovýskumné štúdie

ABA – klinec, ktorý vytŕča... (M. Keenan)	3
Skúsenosti s re-diagnostikou porúch autistického spektra v Severnom Írsku – pohľad zákonných zástupcov (N. Booth, M. Keenan)	15
Využitie Lag rozvrhov posilňovania pri výučbe nových hrových zručností pri konštruktívnych hrách u detí s mentálnym postihnutím (S. Gallagher, L. Tully).....	34
Využitie dynamické diagnostiky při inkluzi žáků se speciálními vzdělávacími potřebami (L. Krejčová).....	50

Špeciálnopedagogická prax

Využitie aplikovanej behaviorálnej analýzy vo vzdelávaní detí s poruchami autistického spektra a inými vývinovými poruchami (Z. Maštenová).....	71
Možnosti, ktoré ponúka aplikovaná behaviorálna analýza z perspektívy rodiča (J. Muránska)	78

Rozhovory a diskusie

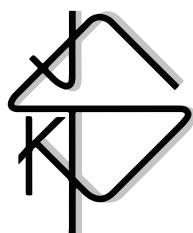
Rozhovor s profesorkou Karolou Dillenburger, BCBA-D, z Queen 's University v Belfaste (L. Hrebeňárová)	85
--	----

Recenzie

HLEBOVÁ, B., ĎORĐOVIČOVÁ, J., PALKOVÁ, V.: <i>Partial cognitive functions in the context of reading competence of the pupils with mild intellectual disability in the school integration</i> . Prostějov: Computer Media, s.r.o., 2015. 150 s. ISBN 978-80-7402-242-5.	98
KOŽÁROVÁ, J., PODHÁJECKÁ, M.: <i>Deti s problémovým správaním v predprimárnej edukácii</i> . Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2015. 104 s. ISBN 978-80-555-1399-7.	100
VALENTA, M. a kol.: <i>Slovník speciální pedagogiky</i> . Praha: Portál, 2015. 317 s. ISBN 978-80-262-0937-9.	102
BERNHAUSEROVÁ, D., KLUGEROVÁ, J. <i>Diagnostika breptavosti</i> . Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014. 96 s. ISBN 978-80-7452-104-1.	104

Knižné novinky	106
----------------------	-----

Pokyny pre prispievateľov	111
---------------------------------	-----



Katedra špeciálnej pedagogiky
Pedagogickej fakulty
PU v Prešove



ABA AND THE NAIL THAT STICKS OUT...

ABA – klinec, ktorý vytrčá...

Mickey Keenan¹

Abstract: Currently in the USA, 43 States have enacted legislation to ensure that parents of children with autism can access services from professionals trained in Applied Behaviour Analysis under their health insurance. Across Europe, there are very few opportunities for students to be trained in Applied Behaviour Analysis to international standards. In this paper I outline some of the obstacles to the promotion of this science in Europe that stem from misrepresentation by those who have not been trained in it.

Key words: applied behavior analysis, autism spectrum disorders, and services.

Abstrakt: V súčasnosti sa 43 štátov v USA legislatívne zaviazalo k zabezpečeniu prístupu k službám profesionálov vyškolených v oblasti aplikovanej behaviorálnej analýzy pre potreby rodičov detí s poruchami autistického spektra. Tieto služby by mali byť pokryté a plne hradené poisťovňou. Avšak v Európe je len zopár možností pre študentov, ktorí by sa mohli vyškoliť v oblasti aplikovanej behaviorálnej analýzy zodpovedajúcej medzinárodným štandardom. V príspevku autor poukazuje na niekoľko možných prekážok v šírení tejto vednej disciplíny v Európe, ktoré vychádzajú najmä z rôznych dezinterpretácií tých, ktorí v danej vednej oblasti neboli vyškolení.

Kľúčové slová: aplikovaná behaviorálna analýza, poruchy autistického spektra, servisné služby.

Autism Spectrum Disorder (ASD) is the clinical term for specific complex developmental disorders described in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5) of the American Psychiatric Association (APA, 2016) (DSM-5 and the International Classification of Diseases (ICD-10, World Health Organization (WHO), 2015). Childhood autism is defined by “(a) the presence of abnormal or impaired development that is manifest before the age of three years, and (b) the characteristic type of abnormal functioning in all the three areas of psychopathology: reciprocal social interaction, communication, and restricted, stereotyped, repetitive behavior” (USAAA, 2016). Increasing prevalence rates of autism place huge demands on health care systems. Economic costs associated with autism run at about \$61 billion per year in the USA and at least £3.1 billion per year in the UK, more than heart disease, stroke and cancer combined (Buescher, Cidav, Knapp, & Mandell, 2014). Regarding

¹ Prof. Mickey Keenan, School of Psychology, Ulster University, N. Ireland BT52 1SA. E-mail: m.keenan@ulster.ac.uk. Fotografia zverejnená so súhlasom autora.

‘interventions’ that are associated with best outcomes, Hagopian and Hardesty (2015) noted the following:

In 1999, the New York State Department of Health said:

It is recommended that principles of applied behaviour analysis (ABA) and behavior intervention strategies be included as important elements in any intervention program for young children with autism.

Over subsequent years, equally strong endorsements came from the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, the Maine Administrators of Services for Children with Disabilities, the American Academy of Paediatrics, the National Research Council, the Mayo Clinic and Harvard paediatricians, The Department of Health Policy, Management and Evaluation of the University of Toronto, The Hawaii Department of Health Empirical Basis to Services Task Force, the California Legislative Blue Ribbon Commission on Autism, Division 53 of the American Psychological Association Task Force on Empirically Supported Child Psychotherapy, the National Institute of Mental Health the US Agency for Health Care Research and Quality, and the CDC. Quite recently, a review by US and British paediatricians in the Lancet found:

The most well researched treatment programmes are based on principles of applied behaviour analysis.

There are numerous other recommendations for ABA reviewed by Hagopian and Hardesty that together explain why 43 States in America have enacted new laws to ensure that ABA is available under health insurance (Autism Speaks, 2016). That is to say, on 43 separate occasions it was decided that there was sufficient evidence for the effectiveness of using the applications from the science of Behaviour Analysis to warrant the introduction of a new law that would ensure parents have access to it.

In contrast to these recommendations, there are two influential reviews conducted in the UK that came to different conclusions. For example, the National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2013), in their response to the consultation for guidelines for the management of children with autism concluded the following:

In the review of evidence, the Guideline Development Group found no evidence to support ABA, and therefore could not make a recommendation about it.

Research Autism (2014), a major charitable organisation that informs the National Health Service on autism interventions in the UK, said:

Because there are many different interventions, programmes and techniques used to help individuals with autism which incorporate the principles of applied behaviour analysis it is not possible to provide a ranking for applied behaviour[al] (sic) analysis as a whole.

This essay follows on from a summary of a major review (Keenan et al., 2015) of the reasons why there is such a gulf between conclusions drawn in the States and conclusions drawn in the UK and Ireland with respect to ABA.

The focus of the science of Behaviour Analysis is to develop explanations of behaviour with a view to using the knowledge obtained so as to be able to address problems people encounter in their lives (Cooper, Heron, & Heward, 2007). However, there is a major obstacle that needs addressed at the outset when educating others about Behaviour Analysis. The legacy of our everyday language interferes with the change in perspective required by a science of behaviour (Skinner, 1984). The language that we inherit from our parents has its role in everyday life, but it does a poor job of explaining how feelings, thoughts, and actions, all combine in that rich panoply of existence we normally called conscious experience (Moore, 2003; Schlinger, 2008).

Figure 1 The Behaviour Stream: This image represents the changes that take place in an individual over time. The image also shows how the 3-term contingency (i.e., the relation between Antecedents, Behaviour, and Consequences) is used by Behaviour Analysis to demarcate segments of the behaviour stream for analysis

(Source: own processing)



To deal with the imprecision in everyday language, Behaviour Analysis has developed a unique language, something that is normal practice for any

science. The advantage of a technical language for a science of behaviour is that allows us to be more precise in the analysis of life's stream (Hayes & Brownstein, 1986). Figure 1 is an example of how to illustrate life's stream, or what is called the 'behaviour stream' (Keenan & Dillenburger, 2014). Looking at it from left to right, it represents the flow in changes that make up every nanosecond of the existence of an individual as s/he streams across time and space. This includes everything that makes the individual unique, including the physical architecture that arises from genetic inheritance, and what is normally referred to as the stream of consciousness. Of course, there are many more images one could create to represent the behaviour stream, images that might appear 'warmer' perhaps. Nevertheless, the image captures the essence of an important organising principle within behaviour analysis, the 3-term contingency (Moxley, 1996).

The three components of the 3-term contingency are shown in Figure 1. They are the 'Antecedent', the 'Behaviour', and the 'Consequence'. As implied by the image, these components demarcate segments in the stream of change, with no time limit on either side of the word 'Behaviour'. Importantly, though, Antecedents and Consequences each refer to events in the environment (i.e., physical events, and this includes social events) through which the stream flows. As drawn, then, the word 'Behaviour' is viewed holistically as something that is contextualised by Antecedents and Consequences. It is not the everyday meaning of behaviour, for that would be too limiting. For a behaviour analyst the term behaviour covers the cascade of changes that simultaneously encapsulates two differing phenomenological perspectives, what others see of the changes in the person represented in the image and at the same time the world as viewed by the person in the image (Day, 1969; Pérez-Álvarez & Sass, 2008). The everyday understanding of the word 'behaviour' does not capture the sophistication of this perspective and herein lies the source of much misunderstanding. Behaviour analysts criticise shallow understandings of 'the human condition' that arise from the everyday use of the word behaviour (Hayes & Brownstein, 1986). For them, *behaviour is anything a dead person cannot do* (Behavioral Institute, 2016; Teach Early Autism, 2016). You can't get much more inclusive than that, and from this perspective it follows that *a person is their behaviour*. Unfortunately, when critics lambast behaviour analysts for promoting a shallow understanding of 'the human condition' (e.g., Baron-Cohen, 2014) they don't acknowledge the distinction between *their own* shallow definition of behaviour and the one used by behaviour analysts. Traditionally, a person is viewed as comprising, amongst other things,

a combination of behavioural and cognitive factors. For a behaviour analyst, this duality is collapsed into one term, the term 'behaviour.'

When behaviour analysts study the behaviour stream the goal is to increase awareness of how its unfolding is influenced by Antecedents (Luiselli, 2006) and by Consequences (Schneider, 2012). This is a formidable challenge but the methods used are paying off (Biglan, 2015). The pay off appears in what can now be done at a practical level in a wide range of areas (see Cambridge Center for Behavioral Studies, 2016).

In the social context of autism research, Behaviour Analysis has developed strategies for designing experiences that straddle both education and health issues. In contrast to North America, though, ABA-based services are not endorsed by governments across Europe. This is not to say that progress in the USA has been straightforward (Unumb, 2013). However, there have been more professionals trained in ABA in the USA who could correct the misinformation about ABA that impeded its uptake (ABAI, 2016). And here is the nub of the problem, misinformation. A paper in the Autism Europe newsletter serves as a good example of how the evidence used to justify investing in ABA is ignored in Europe. Howlin (2013) asks what conclusions have been arrived at after 70 years of research in autism. Apart from referencing Lovaas (1987), who is credited with the first large scale study on using ABA, her discussion is devoid of any reference to the extensive body of evidence that informed those 43 States in America who introduced legislation to guarantee that parents have access to ABA. Other examples of misinformation appear in the media and social media (Baron-Cohen, 2014; The Skeptical Advisor, 2014) where ABA has been mocked (Kaufman, 2016) and branded controversial (Scott, 2014; Parker, 2015).

Developing applications from our awareness of how changes unfold in the behaviour stream (i.e., principles of behaviour) also instills ire in a vociferous group for whom the science of behaviour analysis is, according to an old Japanese saying, a nail that should be hammered in (Lambert, 2014; Milton, 2012). It is considered a perversion by some to encourage parents to employ the principles of behaviour in the context of educating their children with autism. Using insights from behaviour analysis, it is argued, is something to be discouraged. ABA is caricatured as NOT being person-centred and it is also argued that designing experiences based on awareness of the influence of Antecedents and Consequences to educate someone necessarily involves coercion, and that the science is guilty of forcing people to conform to one view of the world. Ironically, by hammering in the nail that is behaviour analysis they seek to impose a normalising agenda according to their own views of the world.

Behaviour analysis is not guilty of anything except uncovering principles of behaviour. Equally, physicists cannot be accused of coercing people to 'stick' to the earth because of the research they have been conducting on the nature of gravity. A more honest approach when dealing with the findings from any scientific endeavour is to reflect on the challenge of how best to use the principles that have been uncovered. The problem, though, is that ABA suffers from the influence of folk psychology's misrepresentation of Skinner's work (Chiesa, 1992; Leigland, 1992; Ruiz, 1995; Todd & Morris, 1983). Behaviour Analysis embraces the full spectrum of neurodiversity and there is no better evidence than the way it addresses the differing educational needs of each individual in applied settings (Kazdin, 2011). It is odd, though, that single-case research designs pioneered by behaviour analysts are generally ignored by mainstream educators and researchers (e.g., NICE, 2013; Research Autism, 2014) who focus instead on group designs (Keenan & Dillenburger, 2011) where the individual is sacrificed on the alter of group statistics.

Behaviour analysts view the term 'education' as a term that addresses ways of designing experiences for a person in such a way that the experiences help him/her achieve a goal (BAAM, 2016). The design issue involves an appreciation of how Antecedents and Consequences influence the behaviour stream. The educational goal may be selected by the individual doing the learning, or it may be selected by others in his/her social world if it is considered appropriate to do so. All parents arrange experiences for their children, and often we arrange experiences for others without any awareness of the principles of behaviour change we are using. In fact, when you interact with another person *you cannot NOT* provide Antecedents and Consequences during the spontaneous flow of the social interaction. Those who perpetuate myths about behaviour analysis miss this point. On one hand they dismiss the science because they object to the very idea of 'deliberately doing something to change a person'. In the very next breath they engage socially with a person (i.e., they supply Antecedents and Consequences) in applied settings in the hope that the person has been educated/empowered (i.e., changed) by what they have done during the social interaction. However, the additional layer of awareness provided by the science of Behaviour Analysis in relation to the effects of Antecedents and Consequences is considered anathema. This is unfortunate for it impacts directly on the benefits to be derived from the value of how awareness of the influence of Antecedents and Consequences contributes to the outcomes of education. (Biglan, 2015) addressed this issue when he outlined the value of letting a child take the lead when s/he is learning:

Once you understand that behavior is continuously guided by its consequences, you can begin to appreciate how important parents are in nurturing their children's development. Early childhood educators stress the importance of following the child's lead, and behaviorally oriented psychologists have shown that a parent's attention to the child in these situations reinforces each thing the child does. If you have a young child, you know how important your attention is: "Mommy, look at me!" The reason it is so important is that parental attention is the gateway to every other form of reinforcement parents provide: food, comfort, activities, toys, and so on.

Why is taking the lead so important? It ensures that parents are developing a pattern of mutually reinforcing interactions that provide lots of positive attention as children explore their surroundings. In these interactions, parents extend their children's knowledge: "Yes, that's a *red* fire engine."

Too often, parents' interactions with their children include criticism, cajoling, pleading, and anger. By instead following the child's lead, parents can reinforce child behaviors such as talking to the parents, engaging in fine and gross motor activities, cooperating, and persisting in challenging activities. Parental patience, attention, and warmth are reinforced by the child's cooperative behavior – and by all of the cute, warm ways young children behave when they are enjoying an activity (pps. 49-51).

When children experience severe obstacles in learning how to engage with the world, then parents need help in the design of experiences for their children to help them become more independent. That is, parents need to learn how Antecedents and Consequences can be harnessed to facilitate meaningful changes for their children. They need to learn how to design experiences and they need to be precise in the management of these experiences. This is the practical side of delivering behaviourally-based social interactions, normally called 'interventions'. Denying either the existence of principles of behaviour or their relevance to education is simply not an honest way to proceed.

Misinformed objections to the use of behaviour analysis in the field of autism imply that we should not be aware of the role of Antecedents or Consequences when we interact with children. But increasing our awareness is an important goal to be achieved by any science and by any person. To adopt an alternative position would imply that all parents owe their children an apology if they seek to improve their awareness of how best to educate them. Are they meant to

say, “We didn’t know that by educating you, by preparing you for life we were inadvertently ‘not accepting you as you are?’” Or maybe we are supposed to say “Please forgive us for designing experiences for you, for toilet-training you, for helping you manage tantrums, for teaching you language, for expressing our love in numerous practical ways!”

Training in the science of ABA to international standards is not available in most European countries (BACB, 2016a; STAMPPP, 2014). Consequently, behaviour analysts are not included in the writing teams of government reports regarding reviews and recommendations of autism services (Keenan, 2010). Often ABA is thought of as simply a collection of procedures/techniques and when this view is combined with a blinkered view how the term ‘behaviour’ is viewed by behaviour analysts (Keenan, 2004) the result is the marginalisation of a whole science, with governments in both N. Ireland and the Republic of Ireland even refusing to correct the misinformation on ABA that informs their autism policy (Keenan, Martin, & Leslie, 2013).

This is important because if it is not possible to make recommendations about ABA then there is no way for anyone to justify investment in training in this science. In both parts of Ireland, the predominant view is that ‘ABA is simply one of a number of techniques’ provided within an eclectic model of service provision (McCormack, 2014). In other words, it is viewed as a technique and *not as a science*:

As it stands, the ABA experts are uniformly of the opinion that what the government provides under the eclectic model is not ABA in any sense of the word. What the department of education is doing is the equivalent of ignoring the advice of heart surgeons on heart surgery and instead taking advice from GPs and dentists (Irish Election, 2014).

ABA operates within a natural science perspective and, using the scientific method applied to individuals, it offers the necessary analysis and technology (i.e., craft in designing experiences) to achieve the goals associated with agreed values. Training in ABA also adheres to clearly defined ethical standards (BACB, 2016b). Issues concerned with professional ethics, though, often extend beyond the actual practice of a science. For example, in relation to representation on review panels, a guiding principle in most professions is exemplified by this statement from another scientific body:

As a general rule, in matters concerning physics, the Institute of Physics in Ireland would seek to have appropriately qualified physicists represented on any review panel which might be reporting on ‘findings from physics’. (*Personal communication*, Institute of Physics in Ireland, May, 2012).

Similar concerns about professional competence are enshrined in ethical standards of other professional bodies such as Social Work, Psychology, Speech and Language Therapy, Occupational Therapy, all of which usually have an input in policy and practice decisions in relation to autism treatment.

Unfortunately, as mentioned above, across the UK this ethical imperative has been routinely flouted when it comes to ABA. The Minister of Health, Social Services and Public Safety in N. Ireland, for example, admitted recently that no professional body in behaviour analysis has ever been consulted about the nature of ABA. Within the Department of Education in N. Ireland, a former Minister for Education is on record as saying that ABA was “one of many commercially available interventions for children with autism” (Ruane, 2009). The misrepresentation of ABA is so perverse in government circles in the UK and Ireland that the following statement repeatedly appears in one form or another when calls are made for training in ABA:

Each child with autism has his/her own individual needs and it would be inappropriate to invest in only one thing like ABA.

To understand the seriousness of the implications for misrepresenting ABA as an intervention, or as a commercial product, instead of a science, the mistake in the statement above is made here with another science.

Each child with an illness has his/her own individual needs and it would be inappropriate to invest in only one thing like medical science.

On one hand it is said that it would be wrong to invest in only one ‘thing’ like ABA, while on the other hand it is argued that it is better to invest in one ‘thing’ called an eclectic approach, even though there is no supporting evidence for effectiveness. Clearly, there are serious questions to be answered by advisers for both Ministers in relation to standards in professional ethics when it comes to operating outside of their own area of expertise. Unfortunately, unless, and until, those in authority are informed of the straw man arguments about ABA (e.g., Milton, 2012) vacuous arguments will prevent the light from the application of a science of behaviour (Heward, 2003) reaching those who might benefit from its findings. [The reader will find Moore’s (2008) overview of B. F. Skinner’s critique of methodological behaviourism to be a useful backdrop for understanding the myths that have arisen with respect to behaviourism].

REFERENCES

- ABAI. 2016. Association for Behavior Analysis International. Retrieved Jan. 14, 2016, from <https://www.abainternational.org/about-us.aspx>.
- APA. 2016. Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. Retrieved Jan. 14, 2016, from <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>.
- Autism Speaks. 2016. Autism Insurance Reform. Retrieved Jan. 14, 2016, from <https://www.autismspeaks.org/state-initiatives>.
- BAAM. 2016. Retrieved Jan. 14, 2016, from <http://www.baam.emich.edu/index.html>.
- BACB. 2016a. Retrieved Jan. 14, 2106, from <http://www.bacb.com/index.php?page=2>.
- BACB. 2016b. Retrieved Jan. 14, 2106, from <http://bacb.com/ethics/>.
- BARON-COHEN, S. 2014. What scientific idea is ready for retirement? Radical Behaviorism. Retrieved from the Web 06/07/2014 <http://edge.org/response-detail/25473>.
- Behavioral Institute. 2016. Dead Man's test. Retrieved Jan. 2016, from http://www.behavioralinstitute.org/uploads/Dead_Man_Test.pdf.
- BIGLAN, A. 2015. The nurture effect: How the science of human behavior can improve our lives and our world. Oakland, CA. New Harbinger Publications, Inc.
- BUESCHER, A. V. S., CIDAV, Z., KNAPP, M., & MANDELL, D. S. 2014. *Costs of autism spectrum disorders in the United Kingdom and the United States Jama Pediatrics*, [online]. ISSN 2168-6203.
- Cambridge Center for Behavioral Studies. 2016. Retrieved Jan. 14, from <http://www.behavior.org>.
- CHIESA, M. 1992. Radical behaviorism and scientific frameworks: From mechanistic to relational accounts. In: *American Psychologist*, Vol 47 (11), Nov 1992, ISSN 1287-1299.
- COOPER, J. O., HERON, T. E., & HEWARD, W. L. 2007. *Applied Behavior Analysis*. USA: Pearson Prentice Hall, 2007.
- DAY, W. F. 1969. Radical behaviorism in reconciliation with phenomenology. In: *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 12 (2): 315–328. DOI 10.1901/jeab.1969.12-315.
- DERMER, M. L. 2011. Defining behavior (from the standpoint of Behavior Analysis). Retrieved Jan. 14, 2016 from, <http://www.behavior.org/resource.php?id=609>.
- HAGOPIAN, L. P., HARDESTY, S. L. 2014. *Applied behavior analysis*. Retrieved Jan. 14, from <http://www.kennedykrieger.org/node/13378>.
- HAYES, S. C., BROWNSTEIN, A. J. 1986. Mentalism, behavior-behavior relations, and a behavior-analytic view of the purposes of science. In: *The Behavior Analyst*, 9(2), 1986, pp. 175–190.
- HEWARD, W. L. 2003. Ten faulty notions about teaching and learning that hinder the effectiveness of special education. In: *Journal of Special Education*, 36, 2003, pp. 186–205.
- HOWLIN, P. 2013. 70 years of research on autism: how far have we come? In: *Autism Europe Newsletter*, Dec. Retrieved from the Web 06/07/2014.
- Irish Election 2014. Department of education holds 'lingering animosity' to ABA autism education. Retrieved Nov. 24, 2014, from <http://www.irishelection.com/2008/02/department-of-educationholds-lingering-animosity-to-aba-autism-education/>.
- KAUFMAN. 2016. The Son-Rise Program versus ABA. Retrieved Jan. 14, 2016, from http://www.autismtreatmentcenter.org/contents/other_sections/aba-son-rise-program.php.
- KAZDIN, A. E. (2011). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings*. New York, NY, US: Oxford University Press, 2011.
- KEENAN, M. (2004). Autism in N. Ireland: the tragedy and the shame. In: *The Psychologist*, 17, 2004, pp. 72–75.
- KEENAN, M. (2010). Evidence Based Practice and Autism: A Political Minefield. Part 1 Retrieved Jan., 14, 2016, from <https://www.youtube.com/watch?v=LFVykFNOGdw>. Part 2 Retrieved Jan., 14, 2016, from https://www.youtube.com/watch?v=Y_IXmT57mU8. Part 3 Retrieved Jan., 14, 2016, from <https://www.youtube.com/watch?v=BpUUnn43zHI>.
- KEENAN, M., DILLENBURGER, K. 2011. If all you have is a hammer ... RCTs and hegemony in science. In: *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 2011, pp. 1 – 13. doi:10.1016/j.rasd.2010.02.003.
- KEENAN, M., DILLENBURGER, K. 2014. Behaviour analysis: A Primer. iTunes Retrieved Jan. 14, 2016, from <https://itunes.apple.com/us/book/behaviour-analysis-a-primer/id564540452?mt=11>.

- KEENAN, M., DILLENBURGER, K., RÖTTGERS, H-R, DOUNAVI, K., JÓNSDÓTTIR, S. L., MODERATO, P., SCHENK, J. J.A.M., VIRUÉS-ORTEGA, J., ROLL-PETTERSSON, L., MARTIN, N. 2015. Autism and ABA: The Gulf Between North America and Europe. In: *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2, 2015, pp. 167 – 183. DOI 10.1007/s40489-014-0045-2.
- KEENAN, M., MARTIN, N., LESLIE, J. C. 2013. Leinster House Cross Party Briefing. Retrieved April, 27, 2014 from <https://behaviouranalysisinireland.wordpress.com/2013/06/10/leinsterhouse-cross-party-briefing/>.
- LAMBERT, C. 2014. Is it right to 'normalise' autism? Retrieved Nov. 27, from <http://www.theguardian.com/education/2013/oct/29/specialeducationneeds-autism>.
- LEIGLAND, S. 1992. *Radical Behaviorism: Willard Day on psychology and philosophy*. Reno, NV: Context Press, 1992.
- LOVAAS, O. I. 1987. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. In: *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 55(1), 1987, pp. 3 – 9.
- LUISELLI, J. K. (Ed.) 2006. *Antecedent assessment and intervention: Supporting children and adults with developmental disabilities in community settings*. Baltimore, Maryland: Paul. H. Brookes Publishing Co., 2006.
- McCORMACK, P. 2014. Story from the Republic of Ireland. Retrieved April 25, 2014 from www.behavior.org/resources/678.pdf.
- MILTON, D. 2012. The normalisation agenda and the psycho-emotional disablement of autistic people. In: *Autonomy, the Critical Journal of Interdisciplinary Autism Studies*, 1, 2012, pp. 1 – 12.
- Minister of Health, Social Services and Public Safety 2015. Retrieved Jan. 14, 2016, from <http://aims.niassembly.gov.uk/questions/searchresults.aspx?qf=o&ash=o&tbm=o&anb=11&abp=o&sp=1&qfv=1&asbv=o&tbmv=1&anbv=82&abpv=o&spv=17&ss=jc7icOHu4kg=&tm=2&per=1&sus=o&q=0&ans=o&it=o&fd=&td=&pm=o&asbt=All%20Members&anbt=the%20Minister%20of%20Health,%20Social%20Services%20and%20Public%20Safety&abt=All%20Parties&spt=2014-2015>.
- MOORE, J. 2003. Some further thoughts on the pragmatic and behavioral conception of private events. In: *Behavior and Philosophy*, 31, 2003, pp. 151 – 157.
- MOORE, J. 2008. *Conceptual foundations of radical behaviorism*. Cornwall-on-Hudson: Sloan, 2008.
- MOXLEY, R. A. 1996. The import of Skinner's three-term contingency. In: *Behaviour and Philosophy*, 24, 1996, pp. 145 – 167.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2013). *Autism in Children and Young People*. NICE: Response to Guideline Consultation Comments, 1996.
- PARKER, S. 2015. Autism: does ABA therapy open society's doors to children, or impose conformity? The Guardian, 20 March, from <http://www.theguardian.com/society/2015/mar/20/autism-does-aba-therapy-open-societys-doors-to-children-or-impose-conformity>.
- PÉREZ-ÁLVAREZ, M., SASS, L. A. 2008. Phenomenology and behaviorism: A mutual readjustment. In: *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 15, 2008, pp. 199 – 210. 10.1353/ppp.o.0194.
- Research Autism 2014. Applied behaviour analysis and autism. Retrieved Jan. 14, 2016, from <http://researchautism.net/autism-interventions/our-evaluations-interventions/120/appliedbehaviour-analysis-and-autism>.
- RUANE, C. 2009. Answer to Ministerial Question from George Robinson. Department of Education (letter dated June, 17). Retrieved Jan. 14, 2016, from <http://archive.niassembly.gov.uk/qanda/2007mandate/writtenans/2008/pdf/090612.pdf>.
- RUIZ, M. R. 1995. B. F. Skinner's radical behaviorism: Historical misconstructions and grounds for feminist reconstructions. In: *Psychology of Women Quarterly*, 19, 1995, 161 – 179.
- SCHLINGER, H. D. 2008. Consciousness is nothing but a word. In: *Skeptical magazine*, Volume 13, 2008, Number 4.
- SCHNEIDER, S. M. 2012. *The science of consequences: How they affect genes, change the brain, and impact our world*. Amherst, New York: Prometheus Books, 2012.

- SCOTT, C. 2014. Tough love. Sunday Times Magazine, Retrieved April 13, 2014, from <http://www.thesundaytimes.co.uk/sto/Magazine/article1397447.ece>.
- SKINNER, B. F. 1984. The operational analysis of psychological terms. In: *Behavioral and Brain Sciences*, 7, 1984, pp. 547- 553. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S0140525X00027187>.
- STAMPPP. 2014. Science and Treatment of Autism: A Multimedia Package for Parents and Professionals. Retrieved Jan. 14, 2016, from <http://www.stamppp.com>.
- Teach Early Autism (2016). The Dead Man Test. Retrieved Jan. 14, 2016, from <http://teachearlyautism.blogspot.co.uk/2012/08/the-dead-mans-test.html>.
- The Skeptical Advisor. 2014. Simon Baron-Cohen's fantastically false article on Radical Behavior: An example of valid, but false premises (see all comments). Retrieved from Jan., 6, 2014, from <http://theskepticaladvisor.wordpress.com/2014/01/21/simon-baroncohens-fantastically-false-article-on-radical-behavior-an-example-of-valid-but-false-premises/>.
- TODD, J. T., MORRIS, E. K. 1983. Misconception and miseducation: Presentations of radical behaviorism in psychology textbooks. In: *The Behavior Analyst*, 6, 1983, pp. 153 – 160.
- UNUMB, L. 2013. Let me hear *your* voice. Retrieved Jan. 14, 2016, from <http://www.mediator.qub.ac.uk/ms/Quart/DrLorriUnumb.m4v>.
- WHO 2015. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10). Retrieved Jan. 14, 2016, from <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en#/F84.o>.
- USAAA 2016. What is autism, asperger syndrome, and pervasive developmental disorders? Retrieved Jan. 14, 2016, from <http://www.usautism.org/definitions.htm>.



AUTISM SPECTRUM DISORDER POST-DIAGNOSIS EXPERIENCE IN NORTHERN IRELAND: VIEWS FROM CAREGIVERS

Skúsenosti s re-diagnostikou porúch autistického spektra v Severnom Írsku – pohľad zákonných zástupcov



Nichola Booth,¹ Mickey Keenan²

Abstract: The importance of early intervention for optimal outcomes in children with an autism spectrum disorder (ASD) has been well documented. Despite this wealth of evidence, Northern Ireland with an estimated 300 new confirmed ASD diagnoses each year appears to be providing more signposting, information support to parents than practical behavioural intervention services. Parents have to access the services of a charity or private service providers in order to receive practical behaviour support. A questionnaire was sent to members of an autism charity in Northern Ireland providing behaviour analytic provision to get their perceived feedback on the level of support and provision they received following their child's/children's diagnosis. Results indicated that following diagnosis most parents felt isolated and were not given sufficient information on differing intervention options that they believed could benefit their child. This paper compares the differences between statutory provision (government funded) and service user perception and makes suggestions as how to improve the post ASD diagnosis experience. **Key words:** autism spectrum disorders, behavioural intervention services, diagnosis, diagnostics.

Abstrakt: Dôležitosť včasnej intervencie pre dosahovanie optimálnych výsledkov u detí s poruchou autistického spektra je dostatočne zdokumentovaná. Aj napriek množstvu týchto záznamov Severné Írsko s odhadovaným počtom 300 nových potvrdených diagnóz porúch autistického spektra ročne sa javí ako krajina, ktorá zabezpečuje konceptualizovanejšiu diagnostiku a informačnú podporu pre rodičov viac ako praktické služby v oblasti praktickej behaviorálnej intervencie. Rodičia majú prístup k týmto službám od neziskových organizácií alebo súkromných poskytovateľov služieb s cieľom prijímania praktickej behaviorálnej podpory. Dotazník bol zaslaný členom neziskovej organizácie pre osoby s autizmom v Severnom Írsku, ktorá zabezpečuje behaviorálnu analytickú podporu na získanie spätnej väzby o vnímaní úrovne podpory pre nich a ich deti s poruchou autistického spektra. Výsledky naznačujú, že väčšina rodičov sa po diagnostikovaní poruchy autistického spektra cítila izolovane a nedostali dostatok informácií týkajúcich sa možností intervencie do takej miery, v akú dúfali. Príspevok komparuje rozdiely medzi štatutárnym financovaním (vládne dotovaným) a vnímaním

¹ Nicola Booth, BCBA, Parents' Education as Autism Therapists (P.E.A.T.), N. Ireland. E-mail: nichola@peatni.org. Fotografia zverejnená so súhlasom autorky.

² Prof. Mickey Keenan, School of Psychology, Ulster University, N. Ireland BT52 1SA. E-mail: m.keenan@ulster.ac.uk. Fotografia zverejnená so súhlasom autora.

kvality poskytovaných služieb ich príjemcom, tiež navrhuje, ako zlepšiť re-diagnostiku porúch autistického spektra.

Kľúčové slová: *poruchy autistického spektra, behaviorálna intervencia, diagnóza, diagnostika.*

Receiving a diagnosis of an Autism Spectrum Disorder (ASD) can, for a family, be a daunting experience. Parents have to battle through a myriad of information in order to understand and manage this complex disorder. Yet, it is following this diagnosis that parents believe that they can finally begin receiving support for both their child and themselves for understanding and management of this disability. A confirmed diagnosis should open doors to the relevant support network and statutory services that have been established by health services. Unfortunately, this is not necessarily the case.

The current rate of an ASD has been estimated by the Centers for Disease Control and Prevention (CDCP, 2016) to be 1 in 68 for school age children with the most recent figures in Northern Ireland suggesting a 67% increase by 2015 (DHSSPSNI, 2016). This increase in worldwide figures has led to terminology such as 'epidemic' or an 'epidemic of discovery' (Grinker, 2007) being used when talking about the surge in confirmed cases. However, critics have negated the use of these terms citing factors such as improved clinical awareness, a change in the diagnostic criterion and controversially an increase in the term ASD in order to access early intervention funding (Wing & Potter, 2002).

Epidemic or not, what is apparent is that autism is now becoming part of the landscape with an estimated 30,000 people (adults and children) in Northern Ireland having a diagnosis of autism (AutismNI, 2007). Furthermore, recent figures released by the Department of Health, Social Services and Public Safety Northern Ireland (2015) report that there are currently 1333 individuals across all five health trusts waiting for an assessment for diagnosis. This represents a significant demand on public health services.

Autism has been categorised by some as a lifelong neurodevelopmental disorder with no known 'cure' (Rogers, 1996; Shattuck et. al., 2008). However, specialised interventions can provide individuals with the necessary skills and tools to achieving their full potential. It would seem prudent, therefore, that following a diagnosis, families should be provided with adequate service provision and support to aid them through the lifespan. Early intervention has been recognised as the best indicator for optimal outcome (Dawson et. al., 2010; Northern Ireland Task Group on Autism, 2002; Keenan et. al., 2007), yet there is still a delay between caregiver suspicion and the availability of an

appointment with the relevant diagnosing authorities. A small UK based study (Crane et al., 2015) has suggested the delay can be in some cases up to 3 – 5 years.

The goal of an intervention to help individuals with autism should be to improve overall quality of life in both the child with autism and their families. This can be achieved by removing barriers that prevent inclusion in society, empowering parents and caregivers with the skills and knowledge to teach effectively and thus facilitate independence, and helping them understand and manage the behaviours that may be associated with a diagnosis of ASD.

Interventions that are recommended to families in Northern Ireland, following a confirmed diagnosis of autism include ASD information sessions, family support, and specific or targeted interventions. These specific or targeted interventions, as referenced in ‘The Six Steps of Autism Care’ (2011), include the following:

- Early intervention programme
- Education based interventions
- Environmental adaptations
- Family support programme
- Language and communication strategies
- Mental health and well-being
- Person-centred planning
- Pharmacological care (where appropriate)
- Psychological and behavioural support programmes
- Sensory processing strategies
- Transitions

This document was devised by the Regional Autistic Spectrum Disorder Network (RASDN, 2011) in order to help implement the Department of Health, Social Services and Public Safety’s (DHSSPS) strategic action plan. It incorporates both local and regional considerations and principles contained within publications such as ‘The NHS Map of Medicine ASD’ and the National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2011) guidance in relation to ASD in children and young people.

Sadly, anecdotal evidence from caregivers of individuals with a diagnosis in Northern Ireland would suggest that service provision up to and following diagnosis is woefully inadequate (Keenan, 2015). This evidence also supports the evidence of Crane, et al. (2015). To augment this anecdotal evidence a questionnaire was designed and sent to caregivers living in Northern Ireland who have

a child or young person with a confirmed diagnosis of ASD. This study aimed to examine the experiences of these carers from the initial suspicion of diagnosis up to the follow-up support they received from statutory and voluntary sector agencies.

Method³

Design

A ten-question questionnaire was designed to elicit qualitative data from the respondents that were both valid and reliable. The questionnaire addressed a number of issues: a) the waiting time from referral to diagnosis, b) the type of support they were offered post-diagnosis, c) perceived parental feelings post-diagnosis, d) waiting time for recommended statutory provision, and e) satisfaction with statutory service provision. Respondents were also asked to provide information on other support or services of which they availed and the support that they received from these services.

Participants

A questionnaire was initially filtered to all family members on the Parents' Education as Autism Therapists (PEAT) membership database via an email attachment in a Microsoft Word format. PEAT is a self-referral parent-led charity based in Northern Ireland providing behaviour analytic support and training to both caregivers and professionals living with or working directly with individuals with a diagnosis of ASD.

Following this email request, the questionnaire was then formatted into an online survey distributor so that other parents, not directly connected with PEAT, could submit their responses also. This generated link was filtered via numerous social media platforms and shared by the members within these social media sites.

Respondents were informed that their results would be kept confidential and that their responses would be used solely for the purposes of research.

Results

Respondents

94 parents/carers of children with a confirmed diagnosis of Autism responded to the questionnaire. 51 respondents were those directly emailed

³ This research was completed by Nichola Booth, BCBA as part of her PhD at Ulster University under the supervision of Mickey Keenan. Contact Nichola Booth at Parents' Education as Autism Therapists (P.E.A.T., www.peatni.org).

by PEAT on the PEAT membership database and 43 responded via the social media request.

Mean age of children/young people

The mean age of the children/young people at the time of the questionnaire being completed by their parent or carer was 8.5 years old. 38 children were between the ages of 1 – 6 years old, 41 children aged between 7 – 12 years old, 7 children aged between 13 – 15 years old and 8 young adults aged between 16 – 24 years old. All of the children had a confirmed diagnosis of autism spectrum disorder diagnosed by a relevant health professional within their health trust area. Respondents came from all health trust areas within Northern Ireland. The average age of diagnosis was approximately 4.8 years of age.

Waiting time from referral to diagnosis

Table 1 Length of time from initial referral to confirmed diagnosis

(Source: own processing)

Average wait in months	No. of respondents	Percentage of total respondents
0 – 6 months	15	16%
6 – 12 months	35	37%
12 – 24 months	27	29%
24 months +	17	18%

Table 1 shows the length of time between first referral and receiving a confirmed diagnosis. The majority of the respondents reported that they waited between 6 – 12 months. Only 16% had a diagnosis within 6 months. 29% of the cases were diagnosed within 12 – 24 months with 18% stating that the process took more than 24 months.

Level of support following diagnosis

Table 2 Level of support offered following diagnosis

(Source: own processing)

Support Offered	n
Information leaflet on ASD	67 (71%)
Information on parent support group for ASD	36 (38%)
Information on benefits and entitlements	26 (28%)
Information on various treatment options	8 (8%)
Information on which treatments have been scientifically validated	1 (1%)
Guidance on how to choose between various treatment options	1 (1%)
Training in a particular treatment option	2 (2%)
Referral to Speech and Language therapy	45 (48%)
Referral to Occupational therapy	37 (39%)
Referral to Behaviour Team	6 (6%)
Referral to Multi-agency support team (MAST)	10 (10%)
Guidance on how to choose between ASD charities in terms of the services they provide in relation to treatment options	2 (2%)
Information on the intervention services each charity provides	4 (4%)

The level of support that was offered following the confirmed diagnosis (Table 2) varied with the majority of the parents, 71%, given an information leaflet on ASD. Referrals to speech and language therapy and occupational therapy were also offered to a large percentage of families with 48% and 39% respectively. Information on local parent support groups was provided to 38% of respondents. In 28% of responses they were provided with information on benefits and entitlements available for those with an ASD or those caring for someone with an ASD. 8% were given information on the various treatment options that were offered for individuals with an ASD. A referral to a multi-agency support team (MAST) was made for 10% of the cases with 6% having a referral made to the behaviour team. 4% were given information on the intervention services local ASD charities provided with 2% given guidance on how to choose between the charities and the services they provide in relation to treatment options. From this only 2% of respondents were given training in a particular treatment option. 1% of those responding were provided with information on which treatments had been scientifically validated as well as being provided with guidance on how to choose between the available treatment options.

Recommended charity following diagnosis

Table 3 Recommendations for non-statutory service providers

(Source: own processing)

Charity	n
Autism NI: "Charity which aims to raise awareness of autism and provide information/training/support to parents and professionals" (http://www.autismni.org).	39 (41%)
PEAT: "Charity that empowers the parents/carers of individuals with ASD by training them in applying the principles of behaviour analysis to utilise in their own setting" (http://www.peatni.org).	3 (3%)
National Autistic Society: "The leading ASD UK charity providing information, support and pioneering services" (http://www.autism.org.uk).	3 (3%)
Eagle Project: "A service that aims to help families and improve the lives of children recently diagnosed with an ASD" (http://www.belfastcentralmission.org/what-we-do/for-families/autism-support-services).	2 (2%)
Forward Steps (Barnardos): "This is a combined multi-component programme designed for preschool children with ASD. Utilises an eclectic method of intervention" (http://www.barnardos.org.uk/forward-steps-early-intervention-programme/service-view.htm?id=174020215).	2 (2%)
STARS: "A parent-led charity that provides support and training to parents with a strong ethos on ABA" (http://www.starsautismproject.com/contact-us/).	1 (1%)
Autism Network: "A charity managed by parents of children with ASD that provides independent advocacy, information and family support" (http://www.autismnetworkni.org.uk).	1 (1%)
None	25 (26%)

Table 3 shows recommendations made for non-statutory service providers. 41% of the parents reported that one charity, AutismNI, was recommended to them following their diagnosis with 26% stating that no charity was recommended. 3% of the cases were recommended the charities PEAT and the National Autistic Society. The Eagle Project and Forward Steps (Barnardos) accounted for 2% of the recommended charities by the health professionals. Both STARS and Autism Network were also recommended with 1% respectively.

Perceived feeling of caregiver following diagnosis

Table 4 Feelings of caregivers following diagnosis

(Source: own processing)

	n
Supported by statutory services	6 (6%)
Isolated	77 (82%)
Informed	2 (2%)
Optimistic	7 (7%)

Table 4 shows the perceived feelings of caregivers following a diagnosis. Isolation was the main feeling experienced with 82% of respondents reporting this. 6% felt that they were supported by statutory services and 7% of parents reported feeling optimistic. 2% of the cases believed that they were informed.

Waiting time for statutory service appointment

Table 5 Average number of months before an appointment was received

(Source: own processing)

Average number of months	n
0 – 3 months	14 (15%)
3 – 6 months	29 (30%)
6 – 12 months	24 (25%)
12 – 24 months	4 (4%)
24 months +	2 (2%)

Upon diagnosis, it was important to know the length of time before an appointment was made with a statutory service. Table 5 shows that a wait time of between 3 – 6 months for an appointment was the average for 30% of respondents with 25% of the cases reporting waiting for 6 – 12 months. 15% of the parents reported waiting 0 – 3 months for a statutory service appointment. For 4% they had to wait between 12 – 24 months and 2% had a 24 months + wait for an appointment.

Level of satisfaction following statutory service provision.

Table 6 Levels of satisfaction experienced with statutory services

(Source: own processing)

	n
Extremely satisfied	1 (1%)
Very satisfied	11 (12%)
Neutral	25 (28%)
Very dissatisfied	20 (21%)
Extremely dissatisfied	16 (17%)

Table 6 shows the levels of satisfaction with statutory services experienced by caregivers. The majority of respondents, 28%, reported a neutral level of satisfaction upon receipt of statutory service provision. 21% reported feeling very dissatisfied while 17% reported feeling extremely dissatisfied with the statutory services that they received. Reports of being very satisfied with service provision accounted for 12% of respondents while 1% was extremely satisfied.

81% of the respondents made contact with a statutory/voluntary/community organisation for support or advice while 6% did not make contact with any of these organisations.

Table 7 The statutory/voluntary/community organisations that were contacted

(Source: own processing)

Name of organisation	n	Stat/Vol./Comm./Other
PEAT	56 (59%)	Voluntary
AutismNI	49 (52%)	Voluntary
Eagle Project	8 (8.5%)	Voluntary
Caudwell Children	2 (2%)	Voluntary/Other
Disability Action	1 (1%)	Voluntary
SENAC	7 (7%)	Voluntary
NAS	15 (16%)	Voluntary
Middletown	6 (6%)	Statutory

POCA	1 (1%)	Community
Autism Network	5 (5%)	Voluntary
Educational Psychologist	2 (2%)	Statutory
Helping Hands	6 (6%)	Community
Online Support	1 (1%)	Other
Autism Initiatives	4 (4%)	Voluntary
SOLAS	3 (3%)	Voluntary

The three perceived ‘main’ autism charities; PEAT, AutismNI and the NAS were the most popular voluntaries contacted by the caregivers with 59 %, 52 % and 16 % respectively (Table 7). Other voluntary organisations such as the Eagle Project (8.5 %), Caudwell Children (2 %), Autism Initiatives (4 %), SENAC (7 %), Autism Network (5 %), Solas (3 %) and Disability Action (1 %) were also contacted. Two community groups, Helping Hands and POCA were also contacted, with 6 % and 1 % of respondents having made contact with either of them. Statutory services represented 6 % of the contact (Middletown) as well as 2 % making direct contact with an Educational Psychologist. 1 respondent made contact with online communities for support.

Figure 1 shows the most frequently appearing negative words from the questionnaires that parents wrote within the open-ended questions. Those that appeared more frequently are shown in bigger sized text. Apparent are those words such as ‘isolated’ and depressing, key themes that appear throughout. Another interesting word was that of ‘fundraising’ – the size of this word in the text would suggest that again, this was a high frequency word that many of the respondents self-reported.

Figure 1 Word Cloud showing the most frequent negative words in caregiver feedback

(Source: own processing)



Figure 2 Word Cloud showing the most frequent positive words in caregiver feedback

(Source: own processing)



Figure 2 shows the most frequently appearing positive words from the questionnaires that parents wrote within open-ended questions. Those that appeared more frequently are shown in bigger sized text. These words show the different emotions and feelings that the respondents reported once they sought, and received, support for their child's diagnosis. Words such as 'help', 'lifeline', and 'practical' demonstrate the need of parents when living with an ASD diagnosis.

Discussion

The aim of this study was to gather information on the post-diagnosis experience of caregivers of individuals with ASD in Northern Ireland. The 94 respondents from all sections of the autism community provided a broad but almost consistent picture following diagnosis regardless of the health trust area they resided in. The spread of respondents allows for some measure of generalisation, as those who responded via social media were not direct recipients of any service that PEAT provided. This reduced the risk of bias directed towards the PEAT charity and the services it provides.

The age of the children upon receipt of a confirmed diagnosis was quite high with the average age of 4.8 months and the majority of respondents (37%) stated that they waited between 6 – 12 months for an assessment appointment. Research has suggested that children can be diagnosed as early as 2 years old (National Health Service, 2014) with the National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2011 recommending that a referral

be made to the autism team for “children younger than 3 years...if there is regression in language or social skills.” In Northern Ireland, children between the ages of 2 and 3 years old are dealt with on a “case by case basis between the referral agent and the AST (Autism Service Team)” (Six Steps of Autism Care, 2011). For the majority of respondents their experience would suggest recommended clinical guidelines are being adhered to. However, 29% reported that they had to wait between 12 – 24 months and a further 18% had to wait more than 24 months from the initial referral to a confirmed diagnosis, which is well outside the recommendations of “no longer than 13 weeks for assessment from the point of referral in line with regional access standards” (Six Steps of Autism Care Pathway, 2011, pg.10). As one parent stated “my daughter was referred in April 2014 and when I called today, February 2015, I was told that there was now a 14-month waiting time”. It would appear that the demand placed upon health professionals and ASD teams in Northern Ireland is significant with more referrals being made than there are staff to assess and confirm or reject a diagnosis. Yet, parents in Northern Ireland are still waiting significantly less than parents in the United Kingdom as Crane et al. (2015) found parents waiting for up to 3.5 years from initial concerns until a diagnosis.

The key finding, and perhaps most disheartening, from this study is that after waiting lengthy periods to see a professional, 71% of caregivers, following confirmation of a diagnosis of ASD, were provided with an information leaflet on this disability. As already noted, many have already had a lengthy waiting process prior to this appointment and therefore will have had experience of ASD first-hand. Many may have already started researching autism as well as seeking advice on how to effectively manage some of the deficits or excesses in the behavioural repertoire of their children. Some respondents stated that they had already made direct contact with some of the voluntary groups while waiting so that they felt they were “doing something for my child”. A parent of a young adult succinctly replied that there are “many worse problems in the future. There is nothing harder than autism to deal with; not even Alzheimer’s... any help is so important, any support”. In this context, an information leaflet may not be the best type of support that caregivers of individuals with autism require.

Referrals to Speech and Language Therapy (SLT) or Occupational Therapy (OT) were the next ‘most popular’ support services offered – 49% and 37% respectively. Conversely, as one parent noted “both OT and speech therapy were pretty generic...Speech therapy was actually discontinued for a while as the therapist felt there was no point in continuing, even though my child has

no speech". Not all children with ASD will require either of these services but yet families are offered these as potential treatments for their child's diagnosis with a significant wait time for an appointment to be allocated regardless of the health trust they resided in. Again, this wait time is only exacerbating the stress levels reported by many parents of individuals with autism (Tomanik, Harris, & Hawkins, 2004).

As per NICE guidelines (2011) for professionals when working directly with families following a diagnosis, many of the caregivers (38%) were given information on a parent support group for ASD and information on benefits and entitlements (28 %). There is no doubting that these support groups provide much needed social support and a sense of community to families entering the world of autism. Many are situated in the local area of the families and it enables them to get a couple of hours respite per month without babysitting limitations as well as alleviating concerns and worries about how their child may be perceived by those with a misunderstanding of autism. Information on benefits and entitlements is also a valuable service that parents receive. Many parents of children with ASD have had to reduce their availability for work (Keenan et. al., 2007) so this advice is important for many families on reduced employment or those who are full-time carers for their child. Worryingly, the relatively small proportion of carers who reported receiving this information was quite insignificant.

Other support services were offered or suggested, although these were in much smaller numbers than the recommended statutory services. Parents were offered no, or minimal information, on treatment options that could potentially reduce stress levels and empower the parents with the necessary skills for educating their children. This means that parents are left sourcing relevant support and treatment themselves which in turn creates an additional stressor that need not be there.

In terms of recommendations to specific charities one charity, AutismNI, was recommended to 41% of respondents. This charity is promoted as 'Northern Ireland's autism charity' with a strong emphasis on lobbying local political representatives and was instrumental in the development and subsequent adoption of the Autism Act (2011) in Northern Ireland. AutismNI have a number of parent support groups across Northern Ireland providing information as recommended in NICE guidelines (2011) as well as some parent and professional training. Parents contacting this charity are often signposted to other organisations offering services that they do not provide so for many it is a 'first stop' following their diagnosis. A surprising number of respondents

(26%) stated that no charity was recommended to them thereby increasing that sense of uncertainty and isolation that 82% of parents reported feeling post-diagnosis. With so many respondents reporting this feeling it would suggest that there is an inherent problem with the process as a whole. Two parents stated: “We rang (trust) for help and support at our lowest times... I am very sad to say no one has ever contacted us” and “All I received from the different service providers was hand-outs and leaflets... I as a mother had NO support”. One of the parents who reported feeling optimistic clarified this by saying that she “would now get access to the right support for (her) son.” Keenan et al. (2007) found that 79% of parents/carers disagreed or completely disagreed that they received sufficient support and advice regarding services for their child and family.

What is apparent from this study is that if parents accessed statutory services the level of dissatisfaction was extremely high with the majority of respondents stating that they were either very dissatisfied or extremely dissatisfied. With lengthy wait times for appointments and ‘lengthy waits between sessions’ or ‘short blocks of support’ many parents have to source the support and intervention of charitable and voluntary organisations to help them. Not all of the groups provide the same services so many of the respondents made direct contact with more than one of the named charities with varying levels of satisfaction from:

- “(Charity) visited us shortly after diagnosis, gave us a few leaflets and disappeared.”
- “(Charity), I feel we gained nothing from...I lost all faith in this organisation so I didn’t make contact again.”
- “(Charity) were absolutely amazing and had the biggest impact on us from all the support we got access to.”
- “(Charity) offered on-going, clear, practical strategies to bring about change in all areas.”

In terms of the overall state of support for autism in N. Ireland, it is clear that the charity and voluntary sector appear to be heavily relied upon because the statutory services are unable to cope. Unfortunately, some of these charities/voluntary groups have to charge a fee for their service as there is no direct funding stream that would enable these services to be offered free to any parent of a child or young person with autism who wishes to avail of their services. Therefore, parents have to meet the cost of services to access evidence-

based practice that, at the very least, should be mentioned following diagnosis thereby giving parents the right to choose.

Within the questionnaire respondents were afforded the opportunity to expand on their answers. Some key themes and words occurred more frequently than others as shown in Figures 1 and 2. These words and phrases at times were quite emotive. The negative words alone should act as a warning to policy makers and professionals within Northern Ireland. Parents and carers should not be reporting feelings of 'alone' or 'depressing' following diagnosis as per government and health recommendations. Positive words reported by the parents are more promising – 'Change', 'Lifeline' and 'Support'. These would suggest that once parents feel that they are engaging in something that is proactive and beneficial their attitude begins to change.

A major limitation within this study was the small sample size; only 94 respondents replied to the email request and subsequent social media invitation that the PEAT charity initiated. Therefore, findings should be viewed cautiously as they do not represent the entire autism community within Northern Ireland. By filtering the information further than the PEAT membership database, 43 additional completed surveys were returned from respondents not in receipt of any service that PEAT provides, reducing the risk of responder bias towards PEAT. It is unclear whether the findings represent all of the five health trust areas across Northern Ireland but because of the wide-reaching membership of PEAT and social media access it would be reasonable to assume that a fair representation was made. However, it should be noted, that even within a small population such as that of Northern Ireland, there can be differences in professional practice with some Trusts having shorter waiting times and higher staffing levels. Further studies should look at the differences in post-diagnosis experience within these different areas for comparison.

It is important that the voice of the parents, living daily with ASD should be heard. A generic theme that came through from all 94 respondents was the feeling of isolation they had following their child's diagnosis. As one parent stated "I feel children with autism do not get the support they need and parents are left to fend for themselves. You get told your child has autism, now get on with it. I feel let down by local trust". This powerful statement is represented in some form within the returned surveys and shows the emotions attached to the diagnostic and post-diagnostic experience. To summarise the perception of caregivers in Northern Ireland on their post-diagnostic experience and subsequent support "I very naively thought that the help would come flooding in once my son was diagnosed. I couldn't have been more wrong."

REFERENCES

- AutismNI. 2015. Statistics. Retrieved Jan. 27, 2016, from <http://www.autismni.org/statistics.html>.
- CDCP 2016. Autism Spectrum Disorder (ASD). Retrieved Jan. 27, 2016, from <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>.
- CRANE, L., CHESTER, J. W., GODDARD, L., HENRY, L.A., HILL, E. L. 2015. Experiences of autism diagnosis: A survey of over 1000 parents in the United Kingdom. In: *Autism*, 20, 2015, 2, pp. 1 – 10.
- DAWSON, G., ROGERS, S., MUNSON, J., SMITH, M., WINTER, J., GREENSON, J., DONALDSON, A., VARLEY, J. 2010. Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. In: *Pediatrics*, 125, 2010, 1, pp. 17 – 23.
- DHSSPSNI 2015. Publication of 'The Prevalence of Autism (including Aspergers Syndrome) in School Age Children in Northern Ireland 2015'. Retrieved Jan. 27, 2016, from <https://www.dhsspsni.gov.uk/news/publication-prevalence-autism-including-aspergers-syndrome-school-age-children-northern-ireland>.
- GRINKER, R. R. 2008. *Unstrange Minds: Remapping the World of Autism*. Philadelphia: Basic, 2008.
- KEENAN, M., DILLENBURGER, K., DOHERTY, A., BYRNE, T., GALLAGHER, S. 2007. Meeting the needs of families living with children diagnosed with an autism spectrum disorder. Coleraine, NI: Ulster University. Retrieved Jan. 27, 2016, from <http://peatni.org/media/documents/RIA-AUTISM-REPORT.pdf>.
- KEENAN, M. 2015. Science that could improve the lives of people with autism is being ignored. Retrieved Jan. 27, 2016, from <http://theconversation.com/science-that-could-improve-the-lives-of-people-with-autism-is-being-ignored-39951>.
- National Health Service 2014. Autism in Children. Retrieved Jan. 27, 2016, from <http://www.nhs.uk/Livewell/Autism/Pages/Diagnosisinchildhood.aspx>.
- National Institute for Health and Care Excellence. 2011. Autism in Under 19s: recognition, referral and diagnosis. Retrieved Jan. 27, 2016, from www.nice.org.uk/guidance/cg128/chapter/1-recommendations.
- ROGERS, S. J. 1996. Brief Report: Early intervention in autism. In: *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26, 1996, 2, pp. 243 – 246.
- SHATTUCK, P. T., SELTZER, M. M., GREENBERG, J. S., ORSMOND, G. L., BOLT, D., KRING, S., LOUNDS, J., LORD, C. 2007. Change in Autism Symptoms and Maladaptive Behaviors in Adolescents and Adults with an Autism Spectrum Disorder. In: *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 2007, 9, pp. 1735 – 1747.
- Six Steps of Autism Care Pathway Report (For Children and Young People in Northern Ireland). 2011. Regional Autistic Spectrum Disorder for Northern Ireland. Retrieved Jan. 27, 2016, from http://www.belfasttrust.hscni.net/pdf/Six_Steps_of_Autism_Care_Pathway_Report.pdf.
- Task Group on Autism Report. 2001. The education of children and young people with autism spectrum disorders. Retrieved Jan. 27, 2016, from www.autismni.org/attachments/.../355/Task_Group_on_Autism_Report.pdf.
- TOMANIK, S., HARRIS, G.E., HAWKINS, J. 2004. The relationship between behaviors exhibited by children with autism and maternal stress. In: *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 29, 2004, pp. 16 – 26.
- WING, L., POTTER, D. 2002. The epidemiology of autistic spectrum disorders: is the prevalence rising? In: *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 8, 2002, 3, pp. 151 – 161.

Post-diagnosis questionnaire

1. How old is your child?
2. What age did your child receive their formal diagnosis of ASD?
3. How long did it take from initial referral for assessment?
 - o – 6 months
 - 6 – 12 months
 - 12 – 24 months
 - 24 months +
4. When you received your formal diagnosis of ASD what support where you offered for your child? (Tick all that apply)
 - Information leaflet on ASD
 - Information on parent support group for ASD
 - Information on benefits and entitlements
 - Information on various treatment options
 - Information on which treatments have been scientifically validated
 - Training in a particular treatment option
 - Referral to Speech and Language Therapy
 - Referral to Occupational Therapy
 - Referral to Behaviour Team
 - Referral to Multi-agency support team (MAST)
 - Guidance on how to choose between ASD charities in terms of the services they provide in relation to treatments options
 - Information on the intervention services each charity provides
5. Was a particular Autism Charity recommended? If so, which one?
6. How did you feel following your child's diagnosis?
 - Supported by statutory services
 - Isolated
 - Informed – if so, why?
 - Optimistic
7. If you were referred to statutory services following your child's diagnosis how long did you wait before receiving an appointment?
 - 0-3 months
 - 3-6 months
 - 6-12 months

- 12-24 months
- 24 months +

8. If you received ANY statutory services how satisfied were you with the level of support you were given?

- Extremely satisfied
- Very satisfied
- Neutral
- Very dissatisfied
- Extremely dissatisfied

We would appreciate further information on why you answered as you did to
Question 8:

.....

9. Following your child's diagnosis did you make contact with statutory/voluntary/community organisation for support or advice?

- Yes
- No

10. If you made contact with statutory/voluntary/community organisations please tell us which; include all:

.....

11. From the list of voluntary/community organisations that you mentioned can you put in order those which provided the most to least support:

1.
2.
3.
4.
5.

12. For the organisation/s that provided you with the most support please state how the have supported or helped you? Use an extra sheet if you need to.

.....

13. For the organisation/s that provided you with the least amount of support please state how they have not supported or helped you? Use an extra sheet if you need to.

.....
.....
.....

Please feel free to add any additional information that you feel is relevant.

.....
.....
.....

Thank you for your participation, it is much appreciated.



USING A LAG SCHEDULE OF REINFORCEMENT TO TEACH NOVEL BLOCK-BUILDING SKILLS TO CHILDREN WITH INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES

Využitie Lag rozvrhov posilňovania pri výučbe nových hrových zručností pri konštruktívnych hrách u detí s mentálnym postihnutím

Stephen Gallagher,¹ Louise Tully²



Abstract: Play is an essential part of human development and a large proportion of typically developing children's time is spent engaging in play. Therefore, delayed or atypical development of play skills can adversely affect an individual's behavioural repertoire. A common approach used to address stereotypic behaviours in children with autism is a Lag Schedules of Reinforcement. This type of schedule reinforces a response if it is different from a specified number of previous responses, therefore increasing variability in responding. The purpose of this study was to look at the use of lag schedules of reinforcement in increasing response variability in block-building play in two children with Down's Syndrome and one child with autism. All three children's variability in responding increased and one child reached a Lag Schedules of 5.

Key words: applied behavioral analysis, reinforcement, Lag schedule of reinforcement, intellectual and developmental disabilities, Down syndrome, autism, play.

Abstrakt: Hra je integrálnou súčasťou vývinu človeka. Z hľadiska vývinu dieťaťa zaberá jeho zapojenie sa do hry tú najpodstatnejšiu časť. Práve preto oneskorený, prípadne atypický vývin hrových zručností u dieťaťa môže mať negatívny vplyv na behaviorálny repertoár konkrétneho jednotlivca. Jedným z prístupov využívaných pri riešení stereotypného správania u detí s autizmom je aj metóda Lag rozvrhov posilňovania. Tento typ rozvrhov posilňuje reakciu dieťaťa, pokiaľ je táto odlišná od určitého počtu predchádzajúcich reakcií, a práve preto zvyšuje variabilitu reakcií dieťaťa. Zámerom štúdie je analýza možností využitia metódy Lag rozvrhov posilňovania na zvýšenie variability reakcií v konštruktívnych hrách u dvoch detí s Downovým syndrómom a u jedného dieťaťa s autizmom. U všetkých troch detí zapojených do štúdie dosiahla variabilita reakcií zvýšené hodnoty, u jedného dieťaťa hodnota v Lag rozvrhu dosiahla úroveň až 5. stupňa.

Kľúčové slová: aplikovaná behaviorálna analýza, posilňovanie, Lag rozvrh posilňovania, mentálne postihnutie, Downov syndróm, autizmus, hra.

¹ Stephen Gallagher, Ph.D., School of Psychology, Ulster University, Cromore Road, Coleraine, Co. Derry BT52 1SA, Northern Ireland. E-mail: sm.gallagher@ulster.ac.uk. Fotografia zverejnená so súhlasom autora.

² Louise Tully, MA, Ulster University, Cromore Road, Coleraine, Co. Derry BT52 1SA, Northern Ireland. Fotografia zverejnená so súhlasom autorky.

Play is an important tool in the development of children's intellectual, social, physical and emotional well-being (Terpstra, Higgins, & Pierce, 2002; Piaget, 1962). With the importance of learning appropriate and functional play becoming increasingly recognised, as evidence mounts of its relationship with intellectual achievement and emotional development (Myck-Wayne, 2010; Ginsburg, 2007; Brown & Murray, 2001). Just as language develops in stages, so too does play (Oakley, 2014). Play skills in the early stages of life are important in terms of social interaction, friendship and functional behaviour (Ong, 2014). However not all children develop play skills in the same way. Children with special needs engage in significantly lower levels of appropriate play behaviours and more stereotypic behaviours than typically developing children (Joss, 2013). Previous research on play has confirmed that by improving the frequency, quality, and diversity of play, we reduce stereotypic behaviour, increase language and enables the acquisition of social skills within children with special needs (Lang, O'Reilly et al, 2009). A study conducted by Tilton and Ottinger (1964) recorded the difference in toy play behaviour of autistic, retarded and normal children. The children with autism recorded higher instances of oral and repetitive play than the other groups. It was also noted that "the toy play repertoire of the autistic group contained fewer distinctly different acts than the repertoires of either the normal or retarded groups" (Tilton & Ottinger, 1964). "Repetitive behaviour" is the term used to refer to behaviours linked in repetition, rigidity, invariance and inappropriateness (Turner, 1999). Lewis and Bodfish (1998) detailed numerous atypical repetitions in autism including stereotypy, rituals, compulsions, obsessions, insistence on sameness, echolalia, self-injury, and tics. With escape, attention, arousal modulation, sensory reinforcement, and stress reduction recorded as the main factors for maintaining these behaviours.

Repetitive play is most often described as a difficulty in developing an awareness of an object and perceiving its possible uses, which can lead to play that is stereotypical and repetitive (Ayers, 1979). Repetitive play restricts significant interactions with the environment and these preoccupations can hinder meaningful relationships with others.

Many interventions based on play skills have been designed to establish typical play-related skills and to improve social integration among children with special needs, (O'Toole, 2013). A growing number of research conducted on behavioural variability, has shown important implications, in both theory; when exploring areas like creativity or originality and practice; when exploring procedures that can maintain or decrease response variability. These procedures

can increase procreative language, problem-solving skills, and creative play as well as improving social interactions (Lee, Sturmey & Fields, 2007).

One intervention aiming to increase variability in behaviour are Lag Schedules of reinforcement. A Lag Schedule is a schedule of reinforcement in which reinforcement is contingent on a response being different in some specified way from the previous response or a specified number of previous responses (Cooper, Heron & Heward, 2014). Lag schedules of reinforcement reinforce the dimension of variability within a set of behaviours, for example on a Lag 2 schedule, in order for a response to be reinforced it must be different in topography from the two previous responses. Reinforcing variability in responses reliably increases the diversity of behaviour emitted (Napolitano, Smith, Zarcone, Goodkin, & Mc Adam, 2010).

The present study was undertaken to demonstrate the possibility of reinforcing response variability in play using Lag Schedules of Reinforcement with three children with special needs.

Method

Participants and setting

The study included three children (1 girl and two boys) aged between five and eight years of age. Two children had a diagnosis of Down's syndrome (Participant K and Participant D) and were attending mainstream National Schools with the help of a special needs assistant. Both children had previous experience in building with Lego during home tuition sessions and had worked on picture schedules to build objects with the Lego. The third child (Participant S) had a diagnosis of Autism and was attending an Autistic Unit in a mainstream National School. This child had no previous experience in building with Lego and had only just learnt to slot the pieces together prior to starting this intervention. As all three participants were receiving Applied Behaviour Analysis (ABA) intervention in their homes, this study was included in their home programme and was conducted in a designated play area within each participant's home. Sessions were conducted twice a week. Social reinforcement functioned as a very powerful reinforcer for the participants behaviour during their ABA sessions, therefore social praise was incorporated into the study.

Procedure

Once the participants had completed all their table top work, they were instructed that they would be going to build blocks. They were then brought to

the designated building area for the session to begin. During the study medium size Duplo Lego pieces were used. This Lego was slightly bigger than standard Lego pieces and consisted of three blocks with four holes and three blocks with eight holes (See Figures 1 and 2 below for examples of each block type). This set of six blocks was used for all three participants during baseline and Lag 1 phases. In order to ensure consistency of experimental control of the procedure the order in which the block were presented remained the same throughout the intervention for all three participants.

At the start of each session a preference assessment was carried out and the item picked most was used as that day's reinforcer.

Figure 1



Figure 2



(Source: own processing)

Figure 1 and Figure 2 showing examples the building blocks used in the study

Reinforcement

During the sessions the participants received social praise for each structure they built and received tangible reinforcement as indicated by the preference assessment for building a structure that was in line with the Lag schedule upon which they were placed. For example, after building two novel structures on a Lag 2 schedule the participant was given access to the iPad/DVD/ Ball etc.

Target Behaviour

Reinforcement was given to the participants for any novel block structure built depending upon which Lag schedule they were placed. They were all given the same six blocks and they had the option to use some or all of the blocks during the session, but for the design to be marked correct it was required to include at least two blocks. Novel structures were defined as any structure that

was different from the previous structure built. Structures could be replicated during a session as long as they were not repeated within a lag schedule.

Baseline Sessions

During baseline sessions the participants were presented with six blocks, and verbally instructed to build anything they wanted. A timer was set for five minutes and if the participant had not built anything after five seconds the blocks were re-presented and the same verbal instruction was given. Baseline scores were taken for three sessions for each participant before Lag 1 was introduced.

Lag 1 Schedule of Differential Reinforcement

During the Lag 1 phase, the participants were given the blocks and instructed to build anything they wanted. The first structure they built was recorded as the sample/original structure for the Lag to follow. Therefore, on the Lag 1 schedule, if the first structure that the participant built was different from the sample/original structure, reinforcement was delivered. This novel structure then became the sample structure and if the participant built another structure that was different reinforcement was delivered.

Lag 2 Schedule of Differential Reinforcement

During the Lag 2 phase, the participants' novel block building was reinforced if the subsequent two structures they built were both different from the sample structure they had built at the start of the session. Two extra blocks were added to the set to increase the opportunity for variable responding.

Lag 3 Schedule of Differential Reinforcement

During the Lag 3 phase, the participants' novel block building was reinforced if the subsequent three structures they built were all different from the sample structure they had built at the start of the session. Two extra blocks were added to the set to increase the opportunity for variable responding.

Lag 4 Schedule of Differential Reinforcement

During the Lag 4 phase, the participants' novel block building was reinforced if the subsequent four structures they built were all different from the sample structure they had built at the start of the session. Two extra blocks were added to the set to increase the opportunity for variable responding.

Lag 5 Schedule of Differential Reinforcement

During the Lag 5 phase, the participants' novel block building was reinforced if the subsequent five structures they built were all different from the sample structure they had built at the start of the session. Two extra blocks were added to the set to increase the opportunity for variable responding.

Recording and Reliability

Direct observation was recorded during the sessions by the researcher through the use of photographs. Sessions were also videotaped for later measurement recording and to gain inter observer agreement data for 40% of the experimental sessions across the three participants. An agreement was defined as both observers scoring a structure as different from the previous structure.

Design and measurement

A changing criterion design was used where an initial baseline was conducted followed by a series of treatment phases consisting of successive and gradual changing criteria for reinforcement. During the study four types of measurement systems were used; frequency- the number of structures made during the session; rate of responding – the number of structures built during a session divided by the number of minutes; latency – the average number of seconds taken to build a structure recorded during each Lag phase; and an overall cumulative record of all the novel structures the participants built.

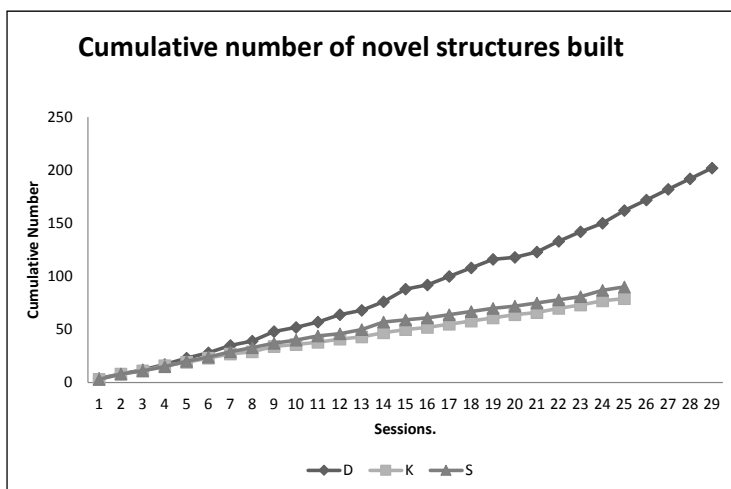
Results

1. Cumulative Number

Graph 1 represents the cumulative number of structures built by each participant during the study. All three participants made steady increases during the study and their cumulative number was high. The graph indicates that Participant D made the highest level of increases and Participants K and S made similar steady responding.

Graph 1 Cumulative number of structures built

(Source: own processing)



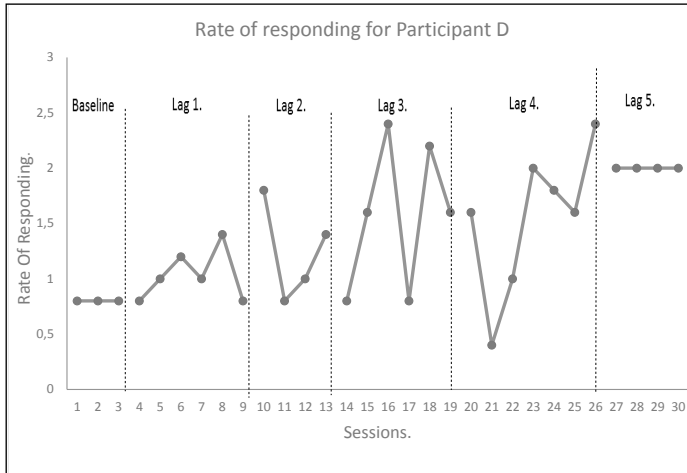
Graph 1 showing the cumulative number of novel structures built by each participant across the study.

2. Rate of Responding

Graph 2A represents the rate of responding data recorded for Participant D during the different Lag schedules. The rate of responding for this participant was quite steady. The data show a huge difference, when comparing baseline results to the Lag 5 schedule.

Graph 2A Rate of responding for Participant D

(Source: own processing)

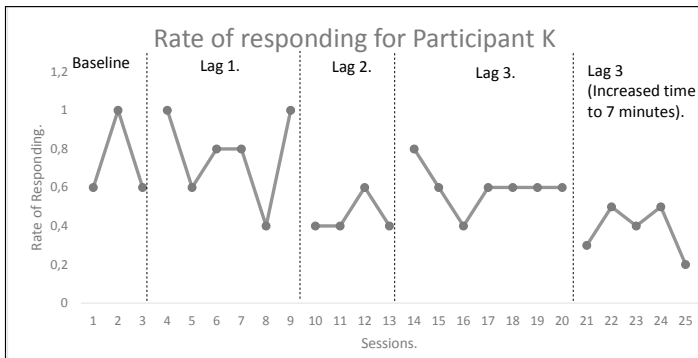


Graph 2A showing the rate of responding by Participant D across each lag schedule.

Graph 2B represents the rate of responding data recorded for Participant K during the various Lag schedules. The data show that this participant's responding was a lot more variable and that the rate of responding didn't increase as much as with Participant D.

Graph 2B Rate of responding for Participant K

(Source: own processing)

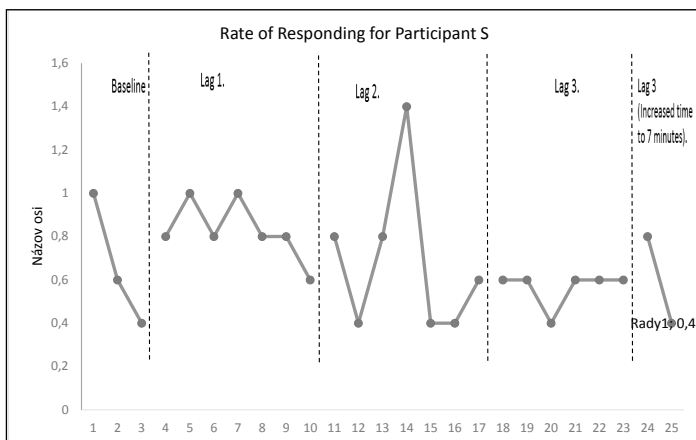


Graph 2B showing the rate of responding by Participant K across each lag schedule.

Graph 2C represents the rate of responding data recorded for Participant S during the different Lag schedules. Participant S made steady progress with the introduction of the Lag 1 and 2 Schedules but overall showed low rates of responding compared to Participant D.

Graph 2C Rate of responding for Participant S

(Source: own processing)



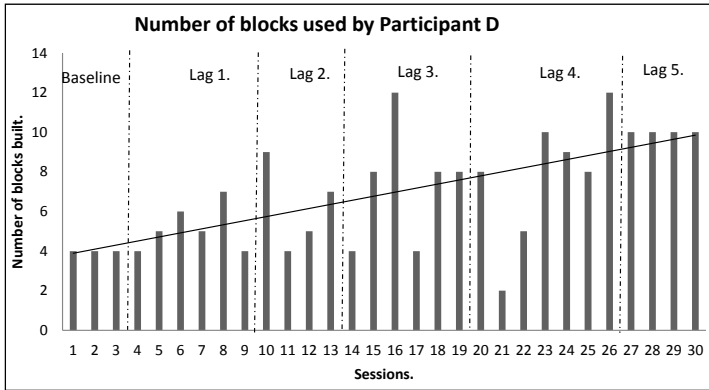
Graph 2C showing the rate of responding by Participant S across each lag schedule.

3. Frequency of responding

Graph 3A represents the frequency of responding recorded for Participant D during the different Lag schedules. This measurement counted the number of blocks built during the different sessions. Participant D's responding was slightly variable during the different schedules but the trend line shows that responding increased as the different schedules were introduced and that the line is on an upward trend.

Graph 3A Frequency of responding for Participant D

(Source: own processing)

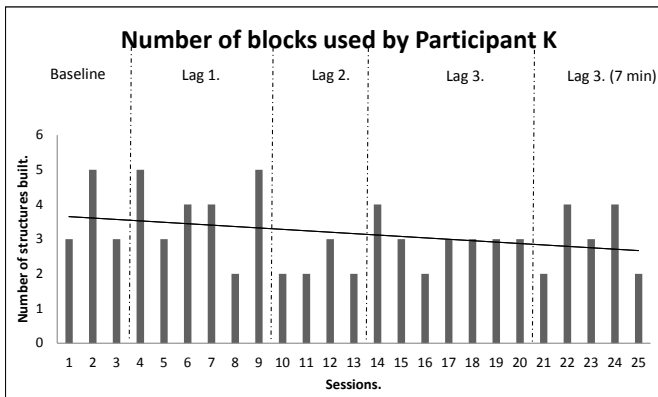


Graph 3A showing the number of blocks used by Participant D across each lag schedule.

Graph 3B represents the frequency of responding data recorded for Participant K during the different Lag schedules. This measurement counted the number of blocks built during the different sessions. The graph shows quite steady responding during the different schedules, even though the number of blocks built is quite low. The trend line also shows that responding starts to decrease as the schedules are introduced and reinforcement is thinned.

Graph 3B Frequency of responding for Participant K

(Source: own processing)

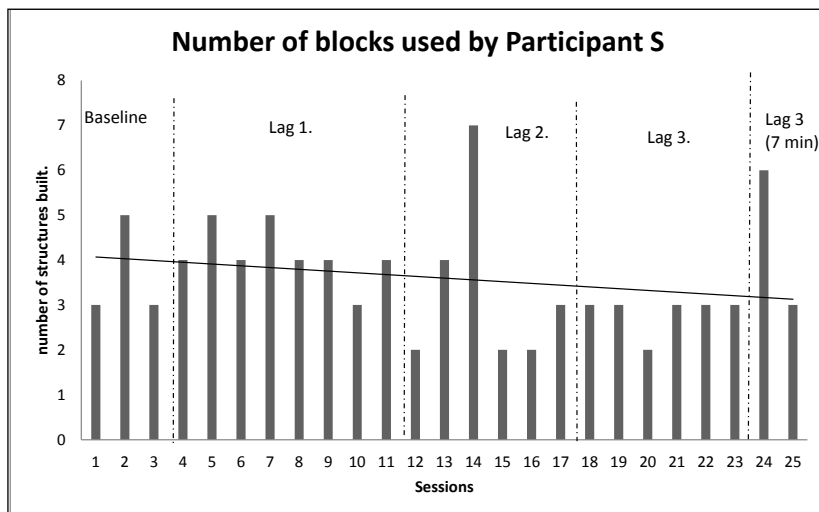


Graph 3B showing the number of blocks used by Participant K across each lag schedule.

Graph 3C represents the frequency of responding data recorded for Participant S during the different Lag schedules. This measurement counted the number of blocks built during the different sessions. Participant S's responding was also quite stable with three to four block structures built during the sessions. The trend line also shows that Participant S's responding started to decrease as the schedules were introduced and the schedule of reinforcement was thinned.

Graph 3C Frequency of responding for Participant S

(Source: own processing)



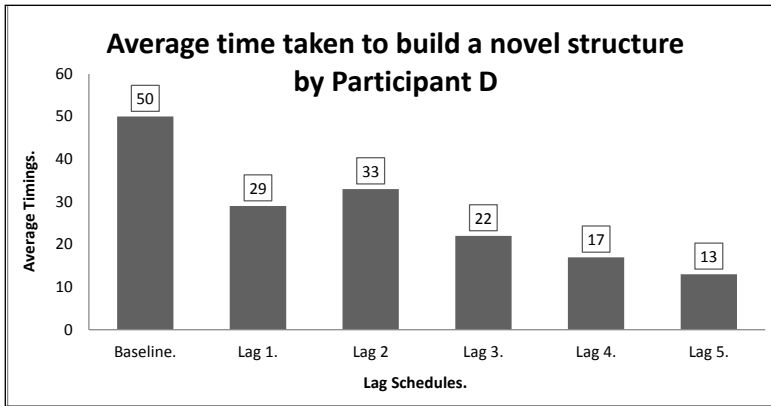
Graph 3C showing the number of blocks used by Participant S across each lag schedule.

4. Time taken to build structures

Graph 4A shows the average number of seconds taken to build a novel structure taken by Participant D in each lag schedule. Participant D started off with a long latency during baseline but once the intervention started, his responding quickened and a gradual decrease with every schedule introduced can be seen.

Graph 4A Average timings per schedule for Participant D

(Source: own processing)

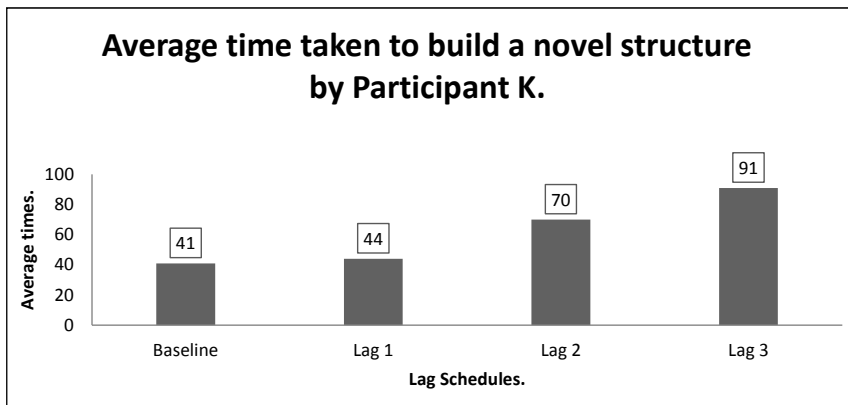


Graph 4A shows the average number of seconds taken by Participant D to build a novel structure in each lag schedule.

Graph 4B shows the average number of seconds taken to build a novel structure taken by Participant K in each lag schedule. Participant K started off with long latency during baseline and Lag 1, but as the intervention progressed, her responding slowed even more.

Graph 4B Average timings per schedule for Participant K

(Source: own processing)

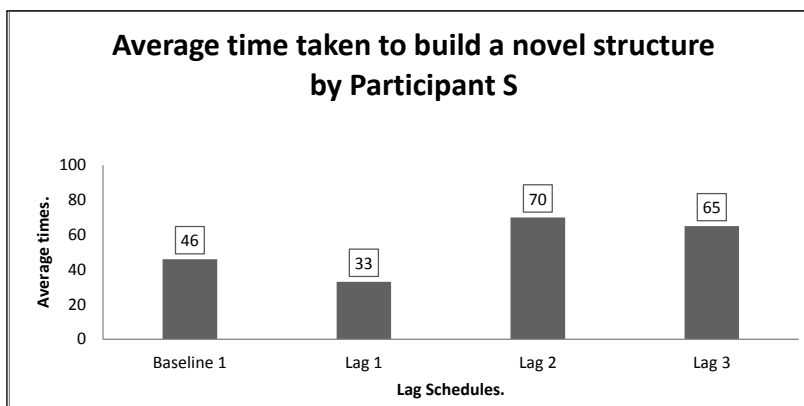


Graph 4B shows the average number of seconds taken by Participant K to build a novel structure in each lag schedule.

Graph 4C shows the average number of seconds taken to build a novel structure taken by Participant S in each lag schedule. Participant S started off with a decreasing latency during baseline and Lag 1, but as the intervention progressed, his responding slowed.

Graph 4C Average timings per schedule for Participant S

(Source: own processing)



Graph 4C shows the average number of seconds taken by Participant S to build a novel structure in each lag schedule.

Discussion

The purpose of this study was to assess the use of Lag Schedules of Reinforcement on increasing response variability in play in three children (2 with Down's syndrome and one child with autism). The results of this study show that the number of novel responses produced increased for all three participants with the introduction of the Lag Schedules. The cumulative record graph shows that all three participants increased their variable responding. In every phase each participant showed instances of variability when building with blocks. This suggests that the intervention was successful and that variability in play can be achieved through the use of Lag Schedules of Reinforcement.

To give a clearer understanding of the different levels of variability for each participant, measures were taken on the frequency- the number of structures made during the sessions; rate of responding – the number of structures built per minute; and the average number of seconds taken to build a novel structure during each lag schedule. This gives a clearer indication of how each participant's level of responding changed to meet the different phases of the intervention. Participant D showed the highest level of responding across all three measures. Results show from the rate of responding data (Graph 2A) that with the introduction of the Lag Schedules Participant D's responding increased at a steady rate. At baseline his responding was stable at 0.8 structures built per minute and with the introduction of Lag 1 and 2 it began to increase slightly. From Lag 3 on it can be seen that Participant D became more sensitive to the changing criteria of the study and the thinning of the schedule of reinforcement. Participant D was the only participant to use a selection of blocks provided and often built 3 to 4 separate structures made up of 2 – 3 blocks in quick succession as opposed to using all the blocks available. This had a massive impact on his level of responding as not only was he getting quicker at building the structures he was also using them to build more novel structures.

Although Participant K's and S's ability to build novel block structures during the study increased they did not make as big of an increase in rate or frequency of responding as Participant D. This can be seen from the average timings graph (Graphs 4B and 4C). Participant K's average timings graph starts off with low timings during baseline and Lag 1, but when Lag 2 and 3 were introduced and more blocks are added we can see that Participant K started to get slower and slower in her responding. Participant S also started off with slow timings during baseline and Lag 1 but when the schedule was increased his timings slowed further. When we evaluate these timings alongside the rate of responding (Graphs 2B and 2C) we can see that both Participant K and S only managed to build around 3-6 structures per session, which meant it was taking them longer to build them. In comparison Participant D not only increased the number of structures he built per session to 10 in Lag 5 but also decreased his average timings as well.

One reason for both Participants K's and S's low levels of responding could be that they used all the blocks provided to build one big structure at a time unlike Participant D who built many small structures. This may have been due to their previous educational history in which tasks were deemed completed when all materials were used. This meant it took them longer to put the pieces

together which impacted on their individual structure timings and the number of structures they were able to make during the each session. Another problem Participants K and S had was that once more and more blocks were added, their structures became unsteady and so on occasion the structure would fall and they would have to start again.

As the levels of responding were so low for Participants K and S it was decided that the study would end on the Lag 3, whereas Participant D showed good signs of responding across all measures. It was decided that he would progress onto higher Lag schedules than Participants K and S and it can be seen from Graph 2A that Participant D achieved variable responding on a Lag 5 schedule. Once Participant D reached steady responding on Lag 5, (10 structures per session, for four sessions), it was decided to end the study completely.

The overall aim of this study was to see if the three Participants could achieve novel responding in block building using Lag schedules of reinforcement. This has been achieved and can be clearly seen in Graph 1. where all three Participants made steady progress during the intervention. However, when responding is examined using the different dimensions of behaviour we can see that not all participants performed to the same standard.

The participants used in the study were all attending school and sessions ran in the evening after homework was completed. This may have affected the participants level of motivation during the study. Further research in this area would benefit from using younger participant who may not have previous learning histories with structured classroom activities.

REFERENCES

- AYERS, J. A. 1979. Sensory integration and the child. Western Psychology Service, Los Angeles, California. Retrieved from My Experiences with Visual Thinking Sensory Problems and Communication Difficulties. http://www.autism.com/advocacy_grandin_visual%20thinking.
- BROWN, J., MURRAY, D. 2001. Strategies for enhancing play skills for children with autism spectrum disorders. In: *Education and training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 36, 2001, pp. 312 – 317.
- COOPER J. O, HERON T. E, HEWARD W. L. 2014. *Applied Behaviour Analysis*. Edinburgh Gate, Essex: Pearson, 2014.
- GINSBURG, K. R. Committee on Communications, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health 2007. The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bonds. Retrieved from American Academy of Pediatrics website: <http://www.pediatrics.aappublications.org>.
- JOSS, L. 2013. August 31 How Do Children with Autism Play? Retrieved from Autism Daily News <http://www.autismdailynewscast.com/how-do-children-with-autism-play/2530/laurel-joss/>.

- LANG, R., O'REILLY, M., RISPOLI, M., SHOGREN, K., MACHALICEK, W., SIGAFOOS, J. REGESTER, A. 2009. Review of interventions to increase functional and symbolic play in children with autism. In: *Education and Training in Developmental Disabilities*, 44, 2009, pp. 481 – 492.
- LEE, R., STURMEY, P. FIELDS, L. 2007. Schedule-Induced and Operant Mechanisms that influence response variability: A review and implications for future investigations. In: *The Psychological Record*, 57, 2007, pp. 429 – 455.
- LEWIS, M.H., BODFISH, J. W. 1998. Repetitive Behaviour disorders in autism. In: *Mental Retardation and Development Disabilities Research and Review*, 4, 1998, pp. 80 – 89.
- MYCK-WAYNE, J. 2010. In defense of play: Beginning the dialog about the power of play. In: *Young Exceptional Children*, 13, 2010, pp. 14 – 23. doi: 10.1177/1096250610376616.
- NAPOLITANO, D. A., SMITH, T., ZARCONE, J.R., GOODKIN, K., MC ADAM, D. 2010. Increasing response diversity in children with autism. In: *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 43, 2010, pp. 265 – 271.
- OAKLEY, B. 2014. How to Help Autistic Kids with Play. Autism. Parenting Life. Retrieved 05-04-2015 from Snagglebox, from <http://www.snagglebox.com/article/autism-play>.
- ONG, V. 2014. *Play in therapy for children with ASD*. Retrieved 22-05-2015 from <https://sg.news.yahoo.com/play-in-therapy-for-children-with-asd-070823890.html>.
- O'TOOLE, C. 2013. Play Skills-Based Interventions. Texas Statewide Leadership for Autism-Updated. Retrieved 15-04-2015, from <http://www.txautism.net/uploads/target/PlaySkillsBased.pdf>.
- PIAGET, J. 1962. *Play, dreams, and imitation in childhood*. New York: W.W. Norton & co., 2002.
- TERPSTRA, J. E., HIGGENS, K., PIERCE, T. 2002. Can I Play? Classroom based interventions for teaching play skills to children with autism. In: *Focus on autism and other developmental disorders*, 17, 2002, pp. 119 – 126.
- TILTON, J. R., OTTINGER, D. R. 1964. Comparison of the toy play behaviour of autistic, retarded, and normal children. In: *Psychological Reports*, 15, 1964, pp. 967 – 975.
- TURNER, M. 1999. "Annotation: Repetitive Behaviour in Autism: A Review of Psychological Research." In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 1999, 6, pp. 839 – 849.



VYUŽITÍ DYNAMICKÉ DIAGNOSTIKY PŘI INKLUZI ŽÁKŮ SE SPECIÁLNÍMI VZDĚLÁVACÍMI POTŘEBAMI

Using of the Dynamic Assessment in the Inclusion of Pupils with Special Educational Needs

Lenka Krejčová¹

Abstrakt: Text představuje dynamické vyšetření jako alternativní způsob diagnostiky, která doplňuje, příp. může nahradit tradiční standardizované vyšetření, především pak v podmínkách edukačního procesu a poradenské praxe zaměřené na vzdělávání. Jsou vymezena teoretická východiska dynamické diagnostiky, dále je porovnáno dynamické a statické vyšetření a poukázáno na přínosy dynamického vyšetření. Důraz je kladen na užitečnost tohoto přístupu v kontextu inkluzivního vzdělávání. V závěru příspěvku je představena česká lokalizace metody Dynamické testování kognitivních funkcí u dětí (ACFS), jejíž autorkou je C. Lidz.

Klíčová slova: dynamická diagnostika, nové paradigma diagnostiky, kognice, ACFS.

Abstract: The text introduces the dynamic assessment as an alternative assessment approach, which can extend or even substitute traditional standardized tests. The dynamic approach is viewed in the context of educational process and counselling services which focus on education. Firstly, the key theories which make a solid background of the dynamic assessment are listed. Subsequently, dynamic and static approaches are compared with a focus on dynamic assessment advantages. The emphasis is given on the use of this approach in the context of inclusive education. Final part of the paper introduces Czech localisation of Application of cognitive functions scale (ACFS) by C. Lidz.

Key words: dynamic assessment, new paradigm of assessment, cognition, ACFS.

Když přicházejí rodiče s dítětem s žádostí o diagnostiku, je vhodné si klást otázku, co by mělo být cílem vyšetření. Potřebují znát diagnózu? Je pro ně důležité pojmenovat, co se dítěti nedaří, v čem spočívají jeho deficity, když to pravděpodobně už vědí? Možná právě proto přišli do poradenského zařízení s prosbou o pomoc. Moderní trendy současné poradenské praxe kladou stále větší důraz především na podporu intervenčních postupů. Má-li žák nějaké speciální vzdělávací potřeby, možná může být pro někoho užitečné kategorizovat je prostřednictvím diagnózy. Pro proces inkluze je však klíčové,

¹ PhDr. Lenka Krejčová, Ph.D., Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, nám. J. Palacha 2, 116 38 Praha 1, Česká republika. E-mail: lenka.krejцова@ff.cuni.cz. Fotografie zveřejnená so súhlasom autorky.

že víme, jak můžeme žáka rozvíjet, co jsou jeho silné stránky, jak mu můžeme pomoci, aby nároky vzdělávání zvládal. Určování diagnóz bylo před několika desítkami let inspirováno medicínskou praxí a v současné době je proto tento přístup často označován jako medicínský. Požadavky současného inkluzivního vzdělávání ovšem kladou důraz na odklon od tradičního pojetí žáků optikou diagnóz a hovoří spíše o tzv. sociálním modelu. Ten diagnózy nezmiňuje, zato zvažuje vzájemné interakce dítěte, rodičů, učitelů i dalších vychovatelů, případně i spolužáků. Právě sociální situace, na níž všichni zúčastnění participují, vytváří podmínky, v nichž může žák se speciálními vzdělávacími potřebami prosperovat, nebo naopak selhávat. Podle zmíněného sociálního modelu je výskyt speciálních vzdělávacích potřeb přímo determinován sociální situací, v níž se jedinec nachází – za určitých okolností nemusí takové potřeby vůbec vyvstat, jindy naopak mohou intenzivně bránit v učení. Nejde přitom pouze o žáka samotného, ale o součinnost různorodých osob i okolností, které se na výuce v daném okamžiku podílejí. Otázkou je, jak příznivou sociální situaci zajistit, jak mohou poradenská pracovníci přispět k optimální inkluzi žáka. Jeden z moderních přístupů, ač stále v očích odborné veřejnosti pokládán za poněkud alternativní, jehož prostřednictvím můžeme nalézt odpovědi na položené otázky, představuje dynamická diagnostika. Je to diagnostický postup, jehož cílem není určit, jaká je aktuální situace žáka a kterou diagnózu mu lze v této situaci přidělit, ale především stanovit učební potenciál žáka, jeho možnosti dalšího rozvoje při adekvátní podpoře dospělých vychovatelů i starších a zkušenějších vrstevníků.

Kromě faktu, že dynamická diagnostika více konvenuje moderním inkluzivním trendům, ji lze pokládat za užitečnou také v řadě praktických poradenských situací. Co dělat s klientem, jehož výsledky se při běžné diagnostice ukazují spíše v pásmu podprůměrných rozumových schopností, ale ve škole prospívá a učitelé a rodiče problém nevnímají? Co dělat naopak s takovým, jehož výsledky jsou průměrné, možná až nadprůměrné, ale ve škole opakovaně selhává? Jak pomoci klientům, kteří přicházejí ze sociálně znevýhodněného prostředí, z cizojazyčného prostředí, kdy jejich mateřštinou je jiný jazyk, než je jazyk vyšetření? Je nezbytně nutné při kontrolním vyšetření využívat již dříve použité standardizované diagnostické nástroje, když předem víme, že dospějeme k obdobným výsledkům? Pro všechny tyto kategorie žáků, u nichž běžné standardizované vyšetření může ukázat zkreslené výsledky, nebo nám jen minimálně napoví, jaké formy intervence volit, se dynamické vyšetření ukazuje jako velmi užitečné (Tzuriel, 2015).

Nové paradigma diagnostiky

Na přelomu tisíciletí začala přímo Mezinárodní zdravotnická organizace hovořit o tom, že tradiční diagnostika nemá pro každodenní život člověka velký přínos. Jako alternativu k Mezinárodní klasifikaci nemocí proto vydali Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví neboli ICF (World Health Organisation, 2001). Na člověka nenahlíží optikou diagnóz, ale zvažuje jeho fungování a případné deficity v kontextu interakce mezi individuálním zdravím jedince, působením prostředí a osobnostními faktory. Každé prostředí, v němž se jedinec pohybuje, je chápáno jako zdroj možností rozvoje, klade na jedince odlišné požadavky. Jinými slovy, co může být pokládáno za deficit v jednom prostředí, je irelevantní v jiném. Nejsou sledovány symptomy, ale zapojení jedince do společnosti a do každodenního života, jeho možnosti, okolnosti, za nichž zvládá vykonávat různorodé aktivity a které mu v tom naopak brání. ICF je doporučeno využívat také v edukačním prostředí, kde jsou funkčnost jedince i jeho oslabení sledovány v závislosti na požadavcích kurikula. Diagnostický proces hledá odpovědi na otázky, jak se vzájemně ovlivňují potřeby žáka a prostředí, v němž se nachází. Současně umožňuje stanovit vývojové i vzdělávací cíle dalšího rozvoje jedince, nabízí alternativní přístupy, jež mohou eliminovat sledované obtíže, ukazuje možné kompenzační mechanismy (World Health Organisation, 2013).

Postupy dynamické diagnostiky jsou plně v souladu s právě popsányými principy ICF, a tedy i moderními trendy v poradenství a diagnostice. Naopak tradiční vyšetření, jež se zcela běžně používá v poradenské a klinické praxi, je označováno jako statická diagnostika, která je spíše využitelná v souladu s Mezinárodní klasifikací nemocí. Oba uvedené diagnostické přístupy se mnohdy stavějí do opozice. Zastánci dynamického testování mohou někdy působit jako radikální odpůrci statického testování. Dynamické testování bezpochyby poskytne mnohem více detailních informací o diagnostikovaném jedinci, avšak je žádoucí oba přístupy chápat jako vzájemně se doplňující a obohacující. Dynamické vyšetření stejně jako tradiční statické sleduje schopnosti a dovednosti jedince, zároveň ale poskytuje diagnostikovanému intenzivní podporu a současně s diagnostikou zařazuje také intervenci, kdykoli je to nutné. R. J. Sternberg, L. Jarvin a E. L. Grigorenko (2011) argumentují, že tento přístup je mnohem více v souladu s tradičním pojetím inteligence jako schopnosti se učit, neboť v průběhu vyšetření tuto schopnost přímo aktivujeme a máme příležitost sledovat reakce jedince a jeho další rozvoj. Při tradičním testování pouze sledujeme výstupy předchozího učení, což může značně hendikepovat děti, jež nezískaly příležitost k tomu, co pokládáme

za tradiční učení (děti z odlišných kultur, s výukovými obtížemi, ze sociálně znevýhodněného prostředí) (Howie, 2011; Sternberg, Jarvin, Grigorenko, 2011).

V letech 2009 a 2010 realizovalo osm evropských zemí rozsáhlý projekt zaměřený na podporu změny způsobů diagnostiky dětí nazvaný Daffodil („Dynamic Assessment of Functioning and Oriented at Development and Inclusive Learning“). Podnětem ke vzniku celého projektu byla opakovaná zkušenost, jež platí napříč Evropou, že stávající diagnostické postupy mnohdy vedou k nálepkování a segregaci. Přitom diagnostika je nedílnou součástí pedagogické i poradenské práce s žáky se speciálními vzdělávacími potřebami a výstupy z ní by měly vést k co nejpřesnějšímu definování žákových potřeb, resp. postupů edukace, které budou garantovat inkluzi. Stávající zprávy z vyšetření mnohdy postrádají dostatečnou orientaci na dítě – neříkají, jak s ním pracovat, co jsou jeho silné a slabé stránky, ani nehovoří v dostatečné rozsahu o edukačním procesu, tedy nepropojují výsledky vyšetření s běžnou pedagogickou prací, současně málo zohledňují působení okolí na jedince v procesu jeho edukace. Jinými slovy, chceme-li změnu diagnostických postupů, je zapotřebí více se zaměřit na dítě, na proces učení a na prostředí (Lebeer, Partanen, Candeias, Grácio, Bohacs, Sønnesyn, Van de Veire et al., 2013).

Pro tyto účely se jedním ze zásadních výstupů projektu stal návrh diagnostických zásad, jež by mohly posloužit jako zdroj pro vznik nového paradigmatu diagnostiky (Lebeer et al., 2013). Tyto zásady nejsou jednoznačně spojovány pouze s dynamickým vyšetřením, autoři zdůrazňují jejich provázanost i s dalšími formami pedagogické diagnostiky, avšak jsou plně v souladu s principy, jež má sledovat diagnostik, realizující dynamické vyšetření. Autoři stanovili patnáct pravidel diagnostiky, z nichž první tři mají obecný charakter, další se vztahují vždy k některé části celého procesu – od zahájení spolupráce s klienty až po předání výsledků a komunikaci s rodiči, učiteli i dalšími vychovateli.

I. OBECNÁ PRAVIDLA:

1. Na diagnostice se podílí více odborníků z různých relevantních oborů, je zaujímán interdisciplinární přístup ke klientovi.
2. Na klienty v procesu učení vždy působí mnoho významných osob (učitelé, rodiče, vrstevníci) i společenských proměnných, jako jsou principy kurikula, didaktické pomůcky, vzdělávací systém atd., proto je nedílnou součástí vyšetření interakce s klientem.

3. Diagnostický proces musí vycházet z hodnot a přístupů, které kladou důraz na poznání individuality jedince, ale také jsou v souladu se současnými inkluzivními trendy.

II. POČÁTEČNÍ FÁZE VYŠETŘENÍ

4. Je zapotřebí stanovit klíčové osoby, jež jsou v životě klienta důležité a jejichž postavení souvisí s aktuální zakázkou vyšetření.
5. Diagnostika by měla probíhat na více místech, kromě práce se žákem je žádoucí provést také diagnostiku výukových postupů učitele, zvažovat působení rodičů, se všemi být v intenzivním kontaktu – jinými slovy, diagnostika je realizována jako proces učení.
6. Cíle diagnostiky a důvody vyšetření jsou formulovány tak, aby celý proces směřoval k určení silných stránek jedince a zdrojů jeho resilience.
7. Diagnostické nástroje jsou vybírány v souladu s cíli vyšetření.

III. PRŮBĚH DIAGNOSTIKY

8. Diagnostika procesu učení se odehrává v kontextu individuálních potřeb i silných stránek jedince (zvažujeme příčiny obtíží, které mohou pramenit z oblasti biologické, psychologické i sociální – zde všude mohou vznikat bariéry jeho učení).
9. V průběhu vyšetření především hledáme potenciál a možnosti žáka.
10. Diagnostik i diagnostikovaný si vzájemně pomáhají, doplňují se, intenzivně spolu komunikují, celé vyšetření probíhá na bázi spolupráce a vzájemného obohacování.

IV. UKONČENÍ DIAGNOSTIKY

11. Výsledky jsou vždy sdělovány v souladu s principy inkluze, optimisticky (kvalitní zpráva primárně uvádí, jak lze žáka podpořit a aktivovat).
12. Výstupy ze standardizované diagnostiky je nutné „přeložit“ do srozumitelného jazyka, za využití co nejobsáhlejšího kvalitativního popisu projevů chování klienta (důležité je, jak dítě reagovalo, jak pracovalo, nikoli údaj o dosažených skórech).
13. Výsledky jsou interpretovány s cílem, aby vychovatelé vše pochopili, a jsou doplněny co nejvíce praktickými doporučeními.

V. OD DIAGNOSTIKY K INKLUZI

14. Výsledky diagnostiky by měly dát podněty k přizpůsobení výuky, prostředí, míry podpory žáka, pomůcek a dalších potřebných výukových materiálů, úpravě úkolů, aktivování příslušných myšlenkových operací,

formám zprostředkování, zapojení významných druhých i nalezení vhodných zdrojů financování.

15. Vyšetření by neustále mělo zvažovat principy formativní diagnostiky, konkrétní kurikulum, jež je užíváno při edukaci daného jedince, i vytvoření individuálního vzdělávacího plánu.

Úzké propojení diagnostického procesu s edukací není jen požadavek projektu Daffodil. Také výzkumná šetření potvrzují, jak důležitý je tento přístup pro rozvoj dětí s různorodými speciálními vzdělávacími potřebami. Prostřednictvím dynamické diagnostiky dochází nejen k podpoře a dalšímu rozvoji žáků ve smyslu obohacení jejich kognitivních schopností, ale také ke změně přístupu učitelů. Kvalitně realizovaná intervence v průběhu vyšetření vede k obohacení kognitivních schopností žáků (Salas, Gonzáles, Assael, 2013), což je v souladu s teorií strukturální kognitivní modifikovatelnosti (Feuerstein, Feuerstein, Falik, 2010). Současně se však ukazuje, že si učitelé, jimž byly sděleny výsledky takového vyšetření, včetně postupů intervence, mnohem intenzivněji a přesněji všímají rozvoje svých žáků a reflektují jejich pokroky (Salas, Gonzáles, Assael, 2013). Změna pohledu na žáka se speciálními vzdělávacími potřebami a posílení přesvědčení učitele o potenciálu rozvoje žáka jsou – v souladu s principy inkluzivního vzdělávání – nezbytnými důležitými předpoklady efektivní pedagogické práce.

Teoretická východiska dynamického vyšetření

Jak již bylo nastíněno výše, dynamická diagnostika se zaměřuje především na zmapování poznávacích procesů dítěte či dospívajícího, resp. klienta jakéhokoli věku, jenž čelí určitým deficitům v procesu učení, osvojování nových poznatků a řešení problémů. Tradiční standardizovaná vyšetření v takových situacích zjišťují stávající úroveň rozumových schopností tak, že klienti jsou konfrontováni s úkolem, který mají vyřešit, a úroveň jejich odpovědí či reakcí na danou situaci se porovnává s normami vytvořenými za využití většinové populace v příslušném věku, příslušného vzdělání, národnosti apod. Takový postup v případě dynamického vyšetření nestačí. Je třeba si uvědomit, že žádné dítě nežije ve vakuu a není izolované od vnějších podnětů. Jeho rodiče, učitelé i starší a zkušenější vrstevníci na něj neustále působí, a tak rozvíjejí jeho poznání. Dynamické vyšetření si proto neklade otázku, jaká je aktuální úroveň dítěte, ale jaké jsou jeho možnosti, co vše může zvládnout, co se dokáže naučit, dostane-li se do optimální interakce se svými učiteli a vychovateli. V centru

pozornosti nestojí aktuální stav, ale proces a změna individuálních schopností a dovedností jedince, k nimž ho můžeme dovést.

Dynamické vyšetření proto nevyužívá normy a v manuálu nemá zapsané standardní fráze, jež je třeba v diagnostickém procesu využít. O to více však staví na kvalitních a opakovaně prověřených teoretických přístupech, jejichž principy je třeba stále vést v patrnosti a zvažovat v průběhu vyšetření klienta.

Mezi klíčová východiska dynamického vyšetření patří teorie L. S. Vygotského a J. Piageta. S drobným zjednodušením lze říci, že dynamické vyšetření diagnostikuje zónu nejbližšího vývoje (Vygotskij, 1976, 2004). Diagnostik je v dané situaci významným druhým, který sleduje, kam až může prostřednictvím adekvátních podnětů a společného učení klient při řešení úkolů dospět. Důležitou roli hraje přesvědčení, že každý disponuje určitým potenciálem změny. Jedním z cílů dynamického vyšetření je popsat, jaké postupy mohou učitelé, rodiče a další vychovatelé využít, aby docházelo k rozvoji jedince a příznivým změnám v jeho vývoji.

Neméně podstatné podněty k dynamické diagnostice můžeme nalézt v práci J. Piageta, především pak v jeho přístupech, které hovoří o struktuře inteligence a myšlení (Piaget, Inhelderová, 1997). Dynamické vyšetření do určité míry kontrastuje s Piagetovými vývojovými etapami myšlení a inteligence, neboť se nezajímá o to, na které úrovni se dítě právě nachází, ale naopak kde může být, jestliže maximálně vytěží podněty ze svého okolí. O to více jsou však pro dynamické vyšetření přínosné základní myšlenkové operace, které Piaget ve vývoji popsal. Diagnostický proces se zajímá o kognitivní procesy, jako jsou percepce, pozornost, paměť, myšlení či řeč, avšak nevystačí si s obecným konstatováním, že příslušná složka kognice je oslabená. Diagnostika se mnohem intenzivněji zaměřuje na dílčí myšlenkové operace, které tvoří východisko pro realizaci různorodých komplexnějších kognitivních procesů a jsou využívány v průběhu učení (Feuerstein, Falik, Rand, Feuerstein, 2002; Kozulin, 1998; Haywood, Lidz, 2006). Sledujeme, z čeho pramení obtíže jedince, která z myšlenkových operací, jež spolu vzájemně úzce souvisejí, se zdá oslabená, kde je tedy zapotřebí začít intervenovat, co musí být podpořeno ve vývoji.

Za klíčového odborníka ve sféře dynamické diagnostiky je pokládán R. Feuerstein, který je autorem diagnostické baterie Learning propensity assessment device (LPAD), ale současně svými teoriemi většinu dalších diagnostických nástrojů, které v této oblasti existují, obohatil či přímo stál u jejich zrodu. Mezi přístupy nutnými pro porozumění dynamické diagnostice

i pro její adekvátní realizaci nelze opominout Feuersteinovu teorii strukturální kognitivní modifikovatelnosti (Feuerstein, Feuerstein, Falik, 2010). Toto poněkud komplikovaně znějící označení v sobě skrývá přesvědčení o změně každého jedince bez ohledu na jeho stávající deficity a obtíže. R. Feuerstein na základě svých dlouholetých praktických i výzkumných zkušeností zdůrazňuje, že kognitivní schopnosti všech lze měnit a zdokonalovat (Feuerstein, Falik, Rand, Feuerstein, 2006). Přívlastek strukturální v označení jeho přístupu poukazuje na fakt, že jsou-li intervence i proces učení vedeny adekvátně, změny, které vedou k rozvoji jedince, nejsou ani nahodilé, ani ojedinělé, ale mění celou strukturu přemýšlení. Jinými slovy, neučíme žáka jednu konkrétní dovednost a už vůbec nejde o to, že bychom ji trénovali za využití jednoho konkrétního materiálu. Cílem dynamického vyšetření (i dalších intervencí) je pracovat s klientem tak, aby došlo k maximálnímu zvnitřnění nových strategií myšlení, které jsou nadále využívány nezávisle na situaci učení, při řešení nových problémů, dokonce v nových situacích a originálním způsobem všude tam, kde je jejich aplikace žádoucí (Feuerstein, Feuerstein, Falik, 2010). Přímo v průběhu dynamického vyšetření je proto jedním z cílů, který sledujeme, stanovení vhodných postupů strukturální změny. Jelikož se přímo při diagnostice klient současně také učí, snažíme se alespoň v omezené míře již při samotném vyšetření podnítit změny způsobů řešení problémů a volby vhodných myšlenkových strategií. Přestože vyšetření netrvá tak dlouho, abychom mohli hovořit o vyvolání strukturálních změn, lze sledovat alespoň náznaky, které nám ukážou, kudy se má další edukace klienta ubírat.

Kromě teorie strukturální kognitivní modifikovatelnosti je R. Feuerstein také autorem teorie zkušenosti zprostředkovaného učení (Feuerstein, Falik, Rand, Feuerstein, 2006; Kozulin, Rand, 2000), která se v mnoha směrech stala východiskem pro vhodné formy interakce mezi diagnostikem a klientem v průběhu dynamického vyšetření. L. S. Vygotskij hovoří o významných druhých, jejichž prostřednictvím dítě či dospívající postupně porozumí složitým vztahům, symbolům i významu jevů kolem sebe (Vygotskij, 2004). R. Feuerstein na něj navázal a rozpracoval konkrétní principy, jež může učitel či vychovatel nabídnout, aby zprostředkování bylo účinné. Jak konstatuje A. Kozulin (1998), L. S. Vygotskij poukázal na význam druhých osob při učení a myšlení žáků, R. Feuerstein popsal konkrétní aktivity zprostředkování. Nedílnou součástí dynamického vyšetření je tedy také sebereflexe diagnostikovy interakce s klientem. Způsoby, jimiž klientovi umožnil nalézt řešení úkolu, jimiž podnítil jeho zájem o práci a díky nimž byl patrný rozvoj klienta, jsou

nedílnou součástí závěrů dynamického vyšetření. Představují důležitý podnět pro další práci učitelů ve školním prostředí, rodičů při domácí práci s dítětem i dalších poradenských pracovníků při realizaci vhodných intervenčních metod. Jako je v předchozí zmíněné teorii zdůrazněno adjektivum strukturální, v teorii zkušenosti zprostředkovaného učení si zaslouží pozornost slovo zkušenost, které vyjadřuje, že celý proces učení (v rámci diagnostiky i intervence) vytváří příležitosti ke společné práci, ke vzniku zkušeností, které obohacují diagnostikovaného i diagnostika.

Neméně důležitý je také pojem zprostředkování, který poukazuje na fakt, že učitel (rodič, vychovatel, diagnostik) se vždy staví mezi žáka a učivo, jež má být osvojeno. Jeho cílem je hledat způsoby, jak zprostředkovat příslušný problém tak, aby žák dal najevo porozumění a orientaci v tématu (Feuerstein, Falik, Rand, Feuerstein, 2006; Tzuriel, 2013). Mezi předáváním znalostí a jejich zprostředkováním je zásadní rozdíl. V prvním případě je učitel žákovi sděluje, o tématu hovoří, informuje, avšak není vždy zaručeno, že ví, jak žák učivo pochopil a zpracoval. Při zprostředkování učitel vždy přemýšlí o přemýšlení svých žáků, adaptuje učební problém jejich potřebám, ukazuje si společně s nimi, o čem se jedná, jak mají učivo rozumět, jak ho mohou využít, jaký má pro ně význam či jak souvisí s dalšími učebními tématy i s každodenní realitou žáků. R. Feuerstein rozpracoval dvanáct principů zprostředkování, z nichž první tři (zprostředkování významu, zprostředkování přenosu a zprostředkování záměrnosti a reciprocity) pokládá za univerzální a nedílnou součást jakékoli interakce mezi žákem a učitelem, která nese charakter zkušenosti zprostředkovaného učení (Feuerstein, Falik, Rand, Feuerstein, 2006).

Za nejdůležitější charakteristiky dynamického vyšetření lze tedy pokládat následující (Feuerstein, Falik, Rand, Feuerstein, 2002):

- Poznávání je proces, který se vyvíjí a mění a lze podněcovat jeho rozvoj. Proto diagnostika zajímá, co se může klient naučit, jak se proměňuje jeho přístup k řešení úkolů.
- V průběhu celého vyšetření klademe zvýšený důraz na proměnu jedince a možnosti jeho růstu, výsledky či odpovědi na dílčí otázky nejsou tolik důležité.
- Diagnostik neustále zjišťuje, jak diagnostikovaný k řešení dospěl, proč se domnívá, že příslušná odpověď je správná, ale také proč si myslí, že jiná odpověď je nevhodná, jakou strategii práce, jakou myšlenkovou operaci při řešení úkolu využil. Obdobně jsou důležité zdroje chyb, které nejsou prostě korigovány, ale diagnostik se táže, jaký způsob přemýšlení klienta k chybám vedl, jak přesně uvažoval, z čeho

konkrétně chyba pramenila. Až na základě této analýzy je možné stanovit adekvátní korekci.

- Dynamické vyšetření neměří úroveň rozumových schopností, ale zajímá se o proces myšlení, zvažuje dílčí myšlenkové operace a intenzitu i adekvátnost jejich užití klientem.
- Dynamické vyšetření se vždy přizpůsobuje individuálním potřebám diagnostikovaného klienta, což pochopitelně mnohdy vede k výraznému prodloužení diagnostické práce, neboť každý klient je jiný a diagnostik potřebuje vidět, jak se učí, nikoli pouze jak odpovídá. Na druhou stranu právě společná interakce, podpora klienta a zamezení situacím nezdaru a selhání, které nezřídka nastávají při tradičním standardizovaném vyšetření, zvyšují motivaci klienta k práci, vytrvalost a ochotu ve vyšetření pokračovat navzdory jeho rozsahu i náročnosti.

Přestože přístup k dynamické diagnostice zdůrazňuje optimistický pohled na děti a dospívající a klade důraz na proces učení a hledání potenciálu jedince, s žádostí o vyšetření nikdy nepřijdou ti, kteří nemají žádné obtíže. Vždy pracujeme s klienty, kteří méně či více selhávají ve vzdělávacím procesu, něco se jim nedaří, jsou ve zvýšené míře ohroženi školním neúspěchem, možná i předčasným odchodem ze vzdělávacího systému. Proto je také nedílnou součástí dynamického vyšetření identifikovat oslabené kognitivní funkce jedince, které mají dopad na učební proces. Společně s tím však usilujeme také o vymezení silných stránek, na nichž lze při dalším učení i intervenci stavět. Tak jako je důležité vědět, co a jak musíme dále rozvíjet, je neméně užitečné uvědomit si strategie, jejichž prostřednictvím lze oslabení jedince minimalizovat, které mohou napomoci kompenzovat případné deficity a limity.

Dynamické vyšetření si klade za cíl identifikovat účinné výukové postupy a formy zprostředkování, které vedou ke změně poznávacích procesů. Současně také stanovuje klíčové pojmy, principy a myšlenkové strategie, které jsou k dané změně nutné, a definuje krátkodobé i dlouhodobé cíle pro učitele, vychovatele i klienta. Právě proto ho lze pokládat za tolik přínosné v poradenské praxi, jejímž hlavním záměrem by vždy mělo být nalezení a doporučení vhodných postupů práce, které klienta dále rozvíjejí a napomohou zmírnění stávajících obtíží. V současné poradenské praxi nemá smysl realizovat vyšetření, které určí, o jaký problém se jedná, resp. stanoví diagnózu. Současné trendy moderní poradenské (psychologické, speciálněpedagogické i pedagogické) diagnostiky

jednoznačně směřují ke stanovení intervenčních postupů a možností rozvoje žáka bez ohledu na jeho diagnózy (Mertin, Krejčová, 2012).

Odišnosť dynamického a statického vyšetření

Tradiční standardizované diagnostické přístupy mají bezpochyby své využití a současná praxe spíše ukazuje, že budou ještě dlouho používány. Pravděpodobně by nás napadly oblasti, v nichž od nich nelze ustoupit nikdy, nebo si to alespoň v současné době vůbec neumíme představit, a zcela chápeme jejich přínos a opodstatnění. Pokud však přemýšlíme o porozumění konkrétnímu klientovi a následnému hledání adekvátní pomoci a podpory, začíná se dynamická diagnostika jevit jako velmi účinný nástroj.

Obvykle je uváděno pět základních oblastí, v nichž se statické (tradiční) standardizované vyšetření liší od vyšetření dynamického (Feuerstein, Falik, Rand, Feuerstein, 2002; Tzuriel, 2015):

1. Na prvním místě bezpochyby stojí samotný cíl vyšetření, tedy záměr, s nímž diagnostiku provádíme. Dynamické vyšetření zjišťuje potenciál jedince a průběžně se také snaží budovat a podněcovat nové možnosti diagnostikovaného klienta. Náznaky změn a pokroků jsou pokládány za ukazatele vhodné intervence a cíleného rozvoje jedince. Statické vyšetření se naopak zpravidla zajímá o stávající úroveň, již dotyčný dosahuje při samostatném řešení problémů.
2. S ohledem na průběh celého vyšetření se liší také nástroje, které jsou pro jeho účely využívány. Důležitým kritériem diagnostických nástrojů využívaných při dynamickém vyšetření je jejich citlivost na jakékoli změny a možnost využití zkušenosti zprostředkovaného učení. Jednotlivé položky diagnostického nástroje musí umožňovat nácvik myšlenkových strategií a sledování procesu řešení problémů, který diagnostikovaný aplikuje. Jednoduše řečeno, je důležité, aby jednotlivé úkoly umožňovaly učení a osvojování postupů, jež lze vzápětí opět využít. Jestliže s klientem probereme vhodný postup práce, ukážeme si společně, co je podstatné, nač se musí soustředit, jak má přemýšlet; je nesmírně důležité mít u dalšího úkolu příležitost vidět, jak veškeré nabyté znalosti a zkušenosti dokázal využít, případně jak na základě předchozích zkušeností zvládá řešit i výrazně složitější a komplexnější úlohy. Právě tak můžeme sledovat možný vývoj. Nástroje užívané ve statické diagnostice jsou standardizované a jako takové se používají. Jsou-li individuální změny sledovány, pak v konfrontaci s populační normou.

3. Další oblastí, v níž můžeme spatřovat odlišnost obou diagnostických přístupů, jsou způsoby interakce v průběhu vyšetření. Při dynamickém vyšetření neustále reagujeme na projevy diagnostikovaného klienta. Ptáme se, jak dospěl ke svým závěrům, k výsledkům své činnosti, společně s ním řešíme úkoly, s nimiž si neví rady, a současně reflektujeme, které formy působení diagnostika na klienta vedou k úspěchu a k učení. Diagnostik je současně učitelem, který mění testovou situaci v závislosti na potřebách klienta. Umožňuje mu porozumět obsahu úkolů, strukturuje úkoly, klidí jeho impulzivitu, prezentuje mu pojmy a pomáhá mu je zvnitřnit, trénuje s klientem různorodé myšlenkové operace a současně se na úrovni metakognice s klientem zaměřuje na monitorování chování i jeho seberegulaci. Naopak při statickém vyšetření jsou projevy diagnostika obvykle přesně stanoveny manuálem. Vzhledem ke skutečnosti, že vyhodnocení výsledků musí vycházet ze stanovené normy, je třeba zachovávat standardní postup, který byl užíván při tvorbě norem. Pouze za takových podmínek můžeme normy brát jako relevantní zdroj informací. Diagnostik má z tohoto hlediska spíše pasivní roli.
4. Jestliže zpracováváme výstupy a sepisujeme zprávu z vyšetření, což je pochopitelně nedílná součást celé diagnostické situace, pak při dynamickém vyšetření klademe důraz především na celý jeho průběh. Zajímají nás myšlenkové procesy klienta, naše společná interakce i jednotlivé charakteristiky úkolů, v závislosti na nichž se mohly reakce klienta lišit. Zvažujeme také tzv. neintelektové faktory diagnostického procesu, jako je motivace klienta, jeho prožívání úspěchů a nezdarů, ochota ke spolupráci s diagnostikem apod. Statické vyšetření primárně analyzuje výsledky získané administrací diagnostických metod. Pokud vezmeme v potaz toto východisko, tak nás bohužel nepřekvapí, že někdy dochází k situacím, kdy jsou v praxi zadávány pouze některé části celého testu a na jejich základě jsou odvozovány celkové výsledky, případně diagnostické nástroje administruje jiná osoba a jiná osoba výsledky interpretuje, což za daných okolností není problém. Při dynamickém vyšetření bychom naopak ztratili nesmírně cennou část údajů, proto jsou takové postupy nemyslitelné. Jak říká výstižně D. Tzuriel, „*dynamická diagnostika klade otázky jak a proč, nikoli co a kolik*“ (Tzuriel, 2015, s. 13).
5. V návaznosti na předchozí proměnnou se dynamické a statické vyšetření liší z hlediska způsobu interpretace výsledků. Při dynamickém vyšetření

analyzujeme správné odpovědi i chyby, jichž se klient dopustil. Zajímá nás, co ho vedlo k volbě odpovědi. Stejně tak analyzujeme postupy, jimiž jsme klientovi zprostředkovali nové podněty, díky nimž se obohatil, naučil se něco nového a začal nové postupy spontánně využívat. Třetím důležitým znakem, kterému věnujeme zvýšenou pozornost, jsou dílčí charakteristiky zadávaných úkolů (např. dominantní modalita, kterou úkol využívá, komplexnost úkolu, abstraktnost úkolu, myšlenkové operace, které úkol vyžaduje, nutné strategie práce při zpracování zadání, při rozpracování úkolu i při prezentaci výsledků atd.). Výsledky vyhodnocujeme primárně kvalitativně a normou je pro nás pouze sám klient, neboť sledujeme, jak se mění v průběhu vyšetření. Klíčová je nejlepší správná odpověď po intervenci, tedy ukazatel, čeho je diagnostikovaný schopen při adekvátní podpoře. Při statickém vyšetření naopak výsledky interpretujeme v souladu se standardními skóry a v souladu s manuálem, kvantitativně. Spíše než nejvyšší výsledek nás zajímá průměrný výsledek.

ACFS – první metoda dynamického vyšetření lokalizovaná pro Českou republiku

V současné době existuje několik metod, které využívají principy dynamického vyšetření (Rybářová, 2014). Patrně nejobsáhlejší a také první, která se stala východiskem pro další autory, je již zmíněná baterie LPAD (Feuerstein, Falik, Rand, Feuerstein, 2002). Na R. Feuersteina se odkazují také všichni ostatní autoři metod dynamického testování. Patří mezi ně D. Tzuriel se svými nástroji pro diagnostiku dětí předškolního a mladšího školního věku (Tzuriel, 2001), M. Budoff, který se pokusil vytvořit metodu, jež využívá normy, ale současně pracuje dynamicky (Babad, Budoff, 1974), A. L. Brown a J. C. Campione se svojí „metodou stupňovaných pobídek“, která nabízí velmi strukturovaný formát intervence (Brown, Campione, 1994), J. Guthke s baterií nazvanou „Lerntest“, která kombinuje principy tradičních testů inteligence a dynamického vyšetření a snaží se poměrně přesně definovat podmínky intervence, jež je v rámci možností standardizovaná (Beckmann, Guthke, 1995), baterie testů dynamického vyšetření H. Swansona (1995), která se zaměřuje primárně na aktivitu pracovní paměti, jež je pokládána za oslabenou u řady jedinců se speciálními vzdělávacími potřebami, a také ACFS C. Lidz (Haywood, Lidz, 2006). Ve slovenském prostředí existuje Dynamický test latentních učebných schopností 6 – 8-ročných dětí od J. Džuky (2009).

Mnohé z týchto metod se snaží obohatit pôvodní Feuersteinovy prístupy o vytvorenie norem, jež by bylo možné i v rámci dynamického vyšetření využít. Současne se však inspirojí jak jeho přístupem, tak principy zóny nejbližšího vývoje L. S. Vygotského. Většina z nich také v rámci vyšetření sleduje základní kognitivní funkce, obdobně jako baterie LPAD. J. F. Beckmann (2014) zdůrazňuje, že hovoříme-li o dynamickém testování, jde o zastřešující pojem pro řadu různorodých metod, které spojuje specifický přístup ke klientovi a diagnostické situaci. Nejde o metody, jež jsou totožné, ani nemusí mapovat jen konkrétní oblast kognice, nebo naopak všechny kognitivní procesy. Společný však mají systém práce i přesvědčení, že lze zkoumat dynamiku přemýšlení jedince a právě takto zjištěné informace nám napoví, jak mu můžeme pomoci.

Přestože dynamické vyšetření zdůrazňuje optimistické perspektivy a zajímá se o individuální způsoby řešení problémů, čímž nabízí mnohem přesnější a obsáhlejší výstupy než tradiční statické vyšetření, C. Lidz (2003) vyjádřila domněnku, že pro pedagogické pracovníky může být náročné představit si konkrétní dopady deficitů kognitivních funkcí do vzdělávacího procesu (jak se projeví při práci konkrétního žáka ve škole, pokud byla v rámci vyšetření konstatována určitá oslabení kognitivních funkcí). Z těchto důvodů představila přístup označovaný „na kurikulu založená dynamická diagnostika“ (Curriculum-based dynamic assessment – CBDA), v němž klade důraz na intenzivnější propojení diagnostiky s procesem výuky. CBDA pokládá za tzv. generický model diagnostiky (Lidz, 2003). Nejedná se o konkrétní nástroje, ale o velmi precizně popsané postupy vyšetření z hlediska analýzy učebního materiálu, vytvoření zkouškové situace, administrace zkoušek, sledování projevů dítěte, využívání postupů intervence apod., které lze aplikovat na konkrétní učební situaci, resp. propojit s učivem, jež si vyučující sám zvolí. To pochopitelně klade značné nároky na diagnostika, který musí nejen do hloubky rozumět učivu, s nímž pracuje, ale také velmi přesně chápat postupy dynamické diagnostiky. Autorka tak obohatila přístupy vycházející z kurikula, které představují samostatnou diagnostickou skupinu, o metody, které navíc v rámci vyšetření zvažují proces interakce a způsoby přemýšlení jedince (Lidz, 2014).

Tento přístup je na jednu stranu pro pedagogické pracovníky velmi užitečný, na druhou stranu může vést k jejich rezignaci na využívání vlastních metod, které vyžadují mnohem více aktivity než běžné výkonové testy. Popsané dilema vedlo mimo jiné ke vzniku metody ACFS (Application of cognitive functions scale, v češtině Dynamické testování kognitivních funkcí u dětí), která nabízí konkrétní postupy vyšetření, ale současně vznikla v souladu s principy CBDA. Při vzniku ACFS využila C. Lidz zkušenosti z předškolního vzdělávání

a jednotlivé škály vystavěla takovým způsobem, aby sledovaly kognitivní procesy, jež jsou klíčové pro osvojení trivia, tedy čtení, psaní a počítání. V letech 2013–2014 proběhla lokalizace metody ACFS v České republice a v současné době je metoda již využívána v poradenských zařízeních.

Východiskem pro vznik ACFS bylo americké kurikulum, které se od českého i slovenského pochopitelně liší. Na druhou stranu zkušenosti z lokalizace metody v českém prostředí jednoznačně prokázaly, že sledování předškolního vývoje či školní zralosti za využití ACFS je zcela na místě. Výsledky vyšetření přinášejí velmi cenné informace i proto, že se zaměřují na základní kognitivní funkce, jež představují východisko pro osvojení čtení, psaní a počítání. Lze předpokládat, že na této úrovni kognice panuje shoda mezi myšlenkovými operacemi, jež vedou k osvojení zmíněných dovedností, ač samotná kurikula i principy osvojovaných jazyků jsou pochopitelně odlišné. I v českém prostředí se proto domníváme, že metodu lze využívat pro sledování vývoje dětí, při diagnostice školní zralosti či posuzování nutnosti odkladu školní docházky. Mimoto lze ACFS využít také u starších žáků, u nichž byly dříve diagnostikovány různorodé kognitivní deficity. V jejich případě nám výsledky statického vyšetření mnohdy jen zopakují již známá fakta, zatímco dynamická diagnostika může ukázat, jaké jsou možnosti dítěte, v čem tkví jeho limity a jak lze podpořit jeho rozvoj. Pokud se zamyslíme nad tím, co sledují jednotlivé škály ACFS, propojení se školní výukou se jednoznačně nabízí. Schopnost kategorizace (1. a 3. subtest) potřebují děti při rozlišování velkých a malých písmen, měkkých a tvrdých slabik při nácviu čtení a psaní, při rozlišování matematických operací či určování lichých a sudých čísel v matematice, ale také při třídění rostlin, stromů, zvířat atd. v prvouce. O využívání zrakové a sluchové paměti, kterou ACFS prověřuje ve druhém a třetím subtestu, není nutné v kontextu vzdělávání dlouze hovořit. Paměť rozhodně představuje nedílnou složku procesu osvojování učiva. Stejně tak sledovaná schopnost seriality neboli posloupnosti (2., 4. a 6. subtest) se projeví, jakmile žáci v první třídě zasednou do školních lavic – ať už při nácviu procesu čtení (zleva doprava, shora dolů), při nácviu zápisu písmen, kdy jim je sdělován přesný postup, při dodržování sekvencí během matematických výpočtů atd. ACFS dále nabízí možnost sledovat znalost základních odborných pojmů a jejich aktivní užívání, verbální schopnosti, flexibilitu při práci, ochotu ke spolupráci s učiteli, motivaci hledat nová řešení úkolů i mnoho dalších projevů chování na kognitivní i mimointelektové úrovni.

V rámci české lokalizace byla ACFS administrována 365 dětem ve věku 3–6 let; 298 probandů nemělo v minulosti stanovenou žádnou diagnózu, 37 mělo v anamnéze narušenou komunikační schopnost a 30 uvádělo jiné diagnózy

či speciální vzdělávací potřeby (např. poruchy autistického spektra, syndrom ADHD, bilingvní výchovu, odlišné sociokulturní prostředí). Při statistickém zpracování získaných dat se ukázalo, že neexistují žádné rozdíly mezi chlapci a dívkami. Ve dvou škálách náročných na verbální schopnosti se významně lišily výsledky dětí z intaktní populace a dětí s narušenou komunikační schopností. Co je ovšem ještě důležitější, nebyl objeven rozdíl mezi pokroky v posttestu administrovaném po fázi intervence, tj. po etapě učení a nácviku postupů řešení úloh a přemýšlení o podnětech. Zdá se, že i děti s uvedenými diagnózami velmi příznivě reagovaly na zprostředkování a společnou práci a osvojování nových myšlenkových postupů. Navíc se v celé sledované skupině ukázalo, že čím horší byly výsledky při samostatné práci dětí, tím vyšší bylo zlepšení po společném učení (Lidz, Krejčová, 2014).

V rámci lokalizace bylo také realizováno šetření, při němž bylo dvacet pět dětí předškolního věku vyšetřeno metodou ACFS v tradiční podobě, zatímco jiná skupina dvaceti pěti dětí byla vyšetřena ACFS bez zařazení fáze učení, bez jakékoli intervence. Byly jim pouze opakovaně administrovány všechny subtesty. Děti v obou skupinách byly srovnatelné z hlediska věku, pohlaví i míry kognitivních schopností (testované vybranými subtesty Kaufmanovy hodnotící baterie pro děti). Ve všech subtestech ACFS se ukázal statisticky významný rozdíl ve výkonech v důsledku intervence zařazené do vyšetření. Děti ve srovnávací skupině, kterým byly metody opakovaně předloženy, čímž získaly příležitost k učení tímto způsobem, zdaleka nevytěžily ze situace tolik jako děti v experimentální skupině, s nimiž diagnostik systematicky pracoval a zařadil do diagnostického procesu zkušenost zprostředkovaného učení (Drápalová, 2014).

Příklady z praxe místo závěru

Na mnoha místech tohoto textu bylo zdůrazněno, jak dynamické vyšetření koresponduje s principy inkluzivního vzdělávání, jaké možnosti nabízí poradenským pracovníkům, ale také rodičům, učitelům a dalším vychovatelům dětí a dospívajících. Představuje bezpochyby významnou a cennou alternativu k tradičnímu testování. Místo opakovaného zdůrazňování smysluplnosti tohoto diagnostického přístupu se podívejme na příklady konkrétního využití dynamické diagnostiky v praxi. Uvedené situace se odehrály při administraci testů, jež patří do Feuersteinovy diagnostické baterie LPAD. Je zapotřebí zdůraznit, že v průběhu vyšetření se klienti neučí konkrétní dovednost, kterou využívá příslušný test, ale osvojují si způsoby, jak mají řešit určitý typ problému, jaké myšlenkové strategie je žádoucí použít. Při vědomí těchto principů

dynamického vyšetření máme možnost uvažovat o možnostech transferu toho, co je osvojováno během vyšetření, do dalších oblastí edukace i kognitivního rozvoje mimo diagnostickou situaci.

Příklad 1:

Při anamnestickém rozhovoru popisovala matka chlapce, který navštěvoval šestou třídu základní školy, jak obtížně si pamatuje některé informace, které se musí do školy naučit. Příkladem byla slovíčka z cizího jazyka, jejichž učení vždy trvalo enormní množství času bez výrazného efektu. Mnohdy také doma vedlo ke konfliktům a vzteku. Při vyšetření byla mimo jiné administrována zkouška, která se zaměřuje na sluchovou paměť. Klient si měl zapamatovat relativně dlouhý seznam slov, která mu byla opakovaně předčítána a on měl vždy říci všechna ta, která si již pamatoval. Po několika pokusech proběhla intervence, při níž chlapec s psychologkou, která ho vyšetřovala, hovořili o možných způsobech zpracování informací tak, aby bylo možné si je lépe a rychleji zapamatovat. Stačil drobný podnět, aby si klient uvědomil, že slova lze třídit do čtyř samostatných skupin, z nichž každá zahrnuje čtyři údaje. Jakmile došlo ke kategorizaci informací, ihned si je zvládl rychle a přesně zapamatovat. Seznam slov si následně pamatoval ještě několik hodin po ukončení vyšetření.

V průběhu vyšetření klient získal nejen zkušenost, že si dokáže pamatovat i více různých informací, ale byly s ním také probrány principy, které mu účinnější zapamatování umožňují. Osvojil si postupy práce, které mohou být velmi nápomocné v dalších podobných situacích. To vše s ním bylo prodiskutováno, aby chápal, proč při vyšetření dělá právě daný úkol a k čemu mu zkušenost může být v budoucnu užitečná. Jednalo se o velmi bystrého a samostatného chlapce a tento drobný zážitek mu stačil, aby pozměnil své učební strategie. O několik dní později psala klientova matka psychologce, která vyšetření realizovala, že chlapec zcela samostatně a velmi rychle zvládl učení nových slovíček z cizího jazyka. Sám si vymyslel, jak je může utřídit, a tak se v nich lépe a rychleji orientovat, a opakovaně získal zkušenost, že příslušný postup je pro něj velmi výhodný.

Příklad 2:

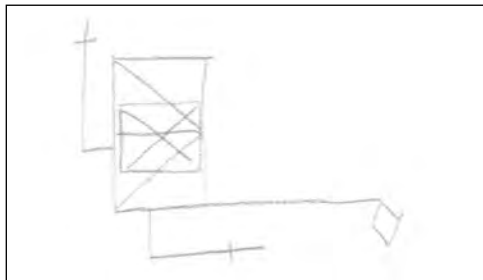
Na vyšetření přišel patnáctiletý chlapec, který po letních prázdninách nastupoval do prvního ročníku střední školy. V základní škole docházel až do deváté třídy do specializované třídy pro žáky se specifickými poruchami učení. Matka však uvedla, že ve spádové pedagogicko-psychologické poradně na konci druhého stupně konstatovali, že chlapec již nemá nárok na integraci,

nebyla mu nadále uznána diagnóza poruch učení a byl označen za rozumově podprůměrného.

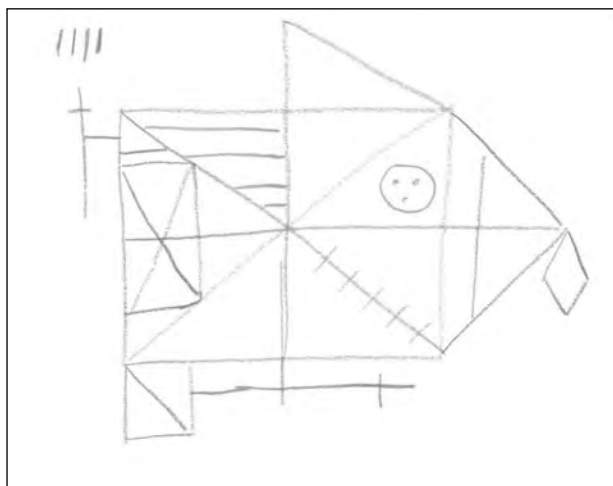
Tento výsledek potvrdilo i vyšetření za využití Wechslerovy inteligenční škály pro děti. Na základě výkonů ve statickém vyšetření bylo velmi obtížné si představit, jaká doporučení lze rodině dát. Chlapec byl na střední školu přijat, ale bylo vysoce pravděpodobné, že bude mít s jejím zvládnutím značné obtíže. Následně byly proto využity některé metody dynamického vyšetření. Ve všech případech se ukázalo, že potenciál chlapce je mnohem větší než jeho stávající úroveň dovedností a schopností. On sám byl opakovaně překvapen, když zažil zkušenost, že se učí a práce se mu daří. Dlouhodobě si spíše velmi dobře uvědomoval, že mu učení nejde a v porovnání s vrstevníky jsou jeho výsledky výrazně horší. Náhle viděl, že když si uvědomí, jak má pracovat, s čím pracuje, nalezne si vhodné nápovědy pro práci, propojí si informace do logických souvislostí a uvědomí si systém práce, který je třeba využít, nalezne řešení problému velmi snadno.

Následný rozhovor s matkou byl proto veden v tom duchu, že chlapec disponuje potenciálem střední školu zvládnout, ale je nezbytně nutné začít s ním intenzivně pracovat. Nejde přitom jen o tradiční doučování a doplňování znalostí, ale především o hledání vhodných postupů práce, osvojování a zvnitřňování základních pojmů, nalezení a cílené podněcování k využívání vhodných učebních strategií, uvědomění si učebních preferencí a jejich aktivní zapojení do učení. Bylo jasné, že bez důsledné domácí přípravy a intenzivního učení nebude další studium na střední škole úspěšné. Na druhou stranu jen díky použitým nástrojům dynamické diagnostiky se podařilo odhalit možnosti změny a vývoje chlapce a jeho dispozice. Statické vyšetření pouze opakovaně ukázalo, že jeho aktuální situace je poněkud neutěšená a nenabízelo příliš otevřené perspektivy.

Pro ilustraci uvádíme ukázky z diagnostiky tohoto chlapce za využití Rey-Osterriethovy komplexní figury, konkrétně z fáze reprodukce z paměti. Mezi první a druhou kresbou proběhla přibližně dvacetiminutová fáze intervence, při níž si klient osvojoval přesné pojmy pro označení částí figury, samostatně, ale s podporou diagnostika, hledal systematický způsob zpracování figury, včetně toho, že při společné diskusi bylo zdůvodňováno, proč je výhodné užití konkrétních strategií práce, trénoval analýzu komplexní figury na dílčí, avšak logicky propojené části.



Obrázek 1 Komplexní figura, reprodukce z paměti, před intervencí
(Source: own processing)



Obrázek 2 Komplexní figura, reprodukce z paměti, po intervenci
(kresba je takřka bezchybná)
(Source: own processing)

Je nesmírně důležité zvážit smysluplnost a využitelnost obou diagnostických přístupů. Standardizované postupy jsou bezpochyby velmi užitečné při zjišťování stavu populace, pro porovnávání konkrétních cílových skupin, pro rozdělení dané cílové skupiny do kategorií v souladu s výsledky, jichž dosahují (např. při kariérovém poradenství), pro výzkumné účely, pro stanovení diagnóz apod. Nepopíratelnou nevýhodou dynamického vyšetření jsou nároky na dobu trvání vyšetření, stejně jako nutnost komplexního a velmi obsáhlého (a tedy

i časově a finančně náročného) vzdělávání diagnostika, neboť součástí jeho profesních kompetencí musí být velmi ucelená znalost veškerých teoretických východisek, na nichž dynamické vyšetření staví, stejně jako dovednost flexibilně a precizně jednotlivé teorie kombinovat a aplikovat v praxi.

Text vznikl v rámci Programu rozvoje vědních oblastí na Univerzitě Karlově č. Po7 Psychosociální aspekty kvality lidského života podprogramu Psychologické a sociální aspekty utváření životních drah, životních stylů a kvality života – determinanty a perspektivy.

LITERATURA

- BABAD, E. Y., BUDOFF, M. 1974. Sensitivity and validity of learning-potential measurement in three levels of ability. In: *Journal of Educational Psychology*, 66, 1974, No. 3, pp. 439 – 447.
- BECKMANN, J. F. 2014. The Umbrella That Is Too Wide and Yet Too Small: Why Dynamic Testing Has Still Not Delivered on the Promise That Was Never Made. In: *Journal of Cognitive Education and Psychology*, 13, 2014, No. 3, pp. 308 – 323.
- BECKMANN, J. F., GUTHKE, J. 1995. Complex problem solving, intelligence, and learning ability. In: FRENSCH, P. A., FUNKE, J. (Eds.). *Complex problem solving: The European perspective*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, 1995, pp. 177 – 200.
- BROWN, A. L., CAMPIONE, J. C. 1994. Guided Discovery in a Community of Learners. In: MCGILLY, K. 1994 *Classroom Lesson: Integrating Cognitive Theory and Classroom Practice*. Cambridge: The MIT Press, 1994, pp. 229 – 251.
- DRÁPALOVÁ, A. 2014. *Možnosti dynamické diagnostiky u dětí v mateřských školách: Škála využití kognitivních funkcí (ACFS)*. Nepublikovaná diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta, Katedra psychologie, 2014.
- DŽUKA, J. 2009. Psychometrické vlastnosti Dynamického testu latentních učebních schopností pro děti ve věku 6–8 roků (DTLUS 6–8). In: *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 44, 2009, No. 1, pp. 58 – 72.
- FEUERSTEIN, R., FALIK, L., RAND, Y., FEUERSTEIN, R. S. 2002. *The Dynamic Assessment of Cognitive Modifiability: The Learning Propensity Assessment Device, Theory, Instruments, and Techniques*. Jerusalem: ICELP Press, 2002.
- FEUERSTEIN, R., FEUERSTEIN, R. S., FALIK, L. 2010. *Beyond Smarter: mediated learning and the brain's capacity for change*. New York: Teachers College Press, 2010.
- FEUERSTEIN, R., FEUERSTEIN, R. S., FALIK, L., RAND, Y. 2006. *Creating and Enhancing Cognitive Modifiability: The Feuerstein Instrumental Enrichment Program*. Jerusalem: ICELP Publications Haywood, 2006.
- HAYWOOD, H. C., LIDZ, C. S. 2006. *Dynamic Assessment in Practice: Clinical and Educational Applications*. Cambridge: Cambridge University Press, 2006.
- HOWIE, D. 2011. *Teaching students thinking skills and strategies: a framework for cognitive education in inclusive settings*. Philadelphia, PA: Jessica Kingsley Publishers, 2011.
- KOZULIN, A. 1998. *Psychological Tools: A Sociocultural Approach to Education*. London: Harvard University Press, 1998.
- KOZULIN, A., RAND, Y. (Eds.). 2000. *Experience of Mediated Learning: An Impact of Feuerstein's Theory in Education and Psychology*. Oxford: Elsevier Science, 2000.
- LEBEER, J., PARTANEN, P., CANDEIAS, A., GRÁCIO, M. L., BOHACS, K., SØNNESYN, G., VAN DE VEIRE, H., VAN TRIMPONT et al. 2013. The Need for a More Dynamic and Ecological Assessment of Children Experiencing Barriers to Learning to move towards Inclusive Education: a Summary of Results of the Daffodil Project. In: *Transylvanian Journal of Psychology*, Special Issue, 2013, pp. 175 – 205.
- LIDZ, C. S. 2003. *Early Childhood Assessment*. New Jersey: John Wiley & Sons, 2003.

- LIDZ, C. S. 2014. Leaning Toward a Consensus About Dynamic Assessment: Can We? Do We Want To? In: *Journal of Cognitive Education and Psychology*, 13, 2014, No. 3, pp. 292 – 307.
- LIDZ, C. S., KREJČOVÁ, L. 2014. *Dynamické testování kognitivních funkcí u dětí: ACFS-cz*. Otrokovice: Propsyco, 2014.
- MERTIN, V., KREJČOVÁ, L. (Eds.). 2012. *Metody a postupy poznávání žáka: pedagogická diagnostika*. Praha: Wolters Kluwer, 2012.
- RYBÁŘOVÁ K. 2014. *Dynamické vyšetření kognitivních schopností dětí a dospívajících*. Nepublikovaná bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta, Katedra psychologie, 2014.
- SALAS, N., GONZÁLEZ, F., ASSAEL, C. 2013. The Contribution of Dynamic Assessment to Promote Inclusive Education and Cognitive Development of Socio-Economically Deprived Children with Learning Disabilities. In: *Transylvanian Journal of Psychology*, Special Issue, 2013, pp. 207 – 222.
- STERNBERG, R. J., JARVIN, L., GRIGORENKO, E. L. 2011. *Explorations in giftedness*. New York: Cambridge University Press, 2011.
- SWANSON, H. 1995. Using the Cognitive Processing Test to assess ability: Development of a dynamic assessment measure. *School Psychology Review*, 24, 1995, No. 4, pp. 672 – 693.
- TZURIEL, D. 2001. *Dynamic assessment of young children*. New York: Kluwer Academic, 2001.
- TZURIEL, D. 2013. Mediated Learning Experience and Cognitive Modifiability. In: *Journal of Cognitive Education and Psychology*, 12, 2013, No. 1, pp. 59 – 80.
- TZURIEL, D. 2015. Dynamická diagnostika učebního potenciálu: teoretické a výzkumné pohledy. In: *Psychologie pro praxi*, 50, 2015, No. 1 – 2, s. 9 – 35.
- VYGOTSKIJ, L. S. 1976. *Vývoj vyšších psychických funkcí*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1976.
- VYGOTSKIJ, L. S. 2004. *Psychologie myšlení a řeči*. Praha: Portál, 2004.
- World Health Organisation. 2001. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*. Praha: Grada, 2001.
- World Health Organisation. 2013. *How to use the ICF: A practical manual for using the international Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for Comment*. Geneva: WHO, 2013.



VYUŽITIE APLIKOVANEJ BEHAVIORÁLNEJ ANALÝZY VO VZDELÁVANÍ DETÍ S PORUCHAMI AUTISTICKÉHO SPEKTRA A INÝMI VÝVINOVÝMI PORUCHAMI

Use of Applied Behavioral Analysis in Education of Children with Autism Spectrum Disorders and other Developmental Disorders

Zuzana Maštenová¹

Abstrakt: Posledných niekoľko rokov sa na Slovensku v odbornej aj laickej verejnosti stále častejšie spomína aplikovaná behaviorálna analýza, skoro výhradne v súvislosti s autizmom. Na Slovensku sa stretávame s rôznymi vyjadreniami o tom, čo vlastne je aplikovaná behaviorálna analýza. V nasledujúcom príspevku sa autorka pokúsi vysvetliť tieto nejasnosti, načrtnúť historický kontext vzniku aplikovanej behaviorálnej analýzy, opísať jej základné charakteristiky a jej využitie pri vzdelávaní detí s poruchami autistického spektra.

Kľúčové slová: aplikovaná behaviorálna analýza, autizmus, poruchy autistického spektra.

Abstract: Applied Behavioral Analysis has been increasingly mentioning in the scientific field and public in the past few years. Mostly regarding autism. Slovakia faces many different statements and understandings of applied behavioral analysis. In the paper, author tries to explain uncertainties, outlines the historical context of Applied Behavioral Analysis, describes its basic characteristics and application in the education of children with autism spectrum disorders.

Key words: applied behavioral analysis, autism, autism spectrum disorders.

Posledných niekoľko rokov sa na Slovensku v odbornej aj laickej verejnosti stále častejšie spomína aplikovaná behaviorálna analýza (ABA), a to prevažne v súvislosti s poruchami autistického spektra. Tu sa stretávame s rôznym chápaním aplikovanej behaviorálnej analýzy a hľadáme odpovede na otázky: *Ide o vzdelávaciu metódu alebo terapiu pre deti s autizmom? Je to učenie za stolikom? Je to používanie odmien a trestov? Robím aplikovanú behaviorálnu analýzu, ak pri učení odmeňujem dieťa kúskami keksikov?*

Začiatkom 20. storočia prevládala v psychológii výskum mentálnych procesov metódou introspekcie. V roku 1913 G. B. Watson vo svojej publikácii *Psychológia z pohľadu behavioristu* vyjadril nespokojnosť s týmto stavom v psychológii

¹ Mgr. Zuzana Maštenová, BCBA, Behaviorálne intervencie SK, A. Hlinku 2317/34 Zvolen, Slovenská republika. E-mail: zzmastena@hotmail.com. Fotografia zverejnená so súhlasom autorky.

a tvrdil, že predmetom jej skúmania by malo byť objektívne pozorovateľné, merateľné správanie a jeho zmeny vo vzťahu k premenným v prostredí. Psychológia, ako ju vidí Watson (1913), je čisto objektívna, experimentálna disciplína prírodnej vedy, ktorej teoretickým cieľom je predikcia a kontrola správania. Aj keď sa ukázalo, že Watsonov S-R behaviorizmus nedokázal vysvetliť väčšinu ľudského správania, svojím trvaním na dôležitosti skúmania vzťahu medzi prostredím a správaním autor významne ovplyvnil svojich nasledovníkov. Jedným z nich je B. F. Skinner, ktorý v roku 1938 publikoval knihu *Správanie organizmov*, kde prezentuje výsledky svojho výskumu z niekoľkých rokov, tiež prvýkrát opísal základné princípy operantného správania, ako ich dnes poznáme a vysvetlil operantné podmieňovanie. B. F. Skinner si tieto zákonitosti nevymyslel, ako si iní vedci nevymysleli zákon gravitácie. Objavil ich na základe pozorovania a experimentu. Detailne opísal experimentálnu metodológiu, ktorá viedla k týmto zisteniam a svojím výskumom tak umožnil vznik novej vedeckej disciplíny – experimentálnej behaviorálnej analýzy. Skinner zistil, že zmeny v prostredí, ktoré bezprostredne nasledujú správanie, majú vplyv na frekvenciu tohto správania v budúcnosti. Zmeny v prostredí tesne po správaní nazval následkami (consequences). Zjednodušene môžeme povedať, že správanie, ktoré funguje – produkuje v prostredí priaznivé zmeny – sa upevňuje v repertoári, a za podobných podmienok sa v budúcnosti objavuje stále častejšie. Skinner (1974) tento princíp nazval posilnením. Správanie, ktoré nefunguje, sa za podobných podmienok objavuje stále menej často, postupne vyhasína a vypadáva z repertoáru. Správanie, po ktorom v prostredí nastanú neprijemné zmeny, z repertoáru veľmi rýchlo vypadne, čo je behaviorálny princíp trestu.

Tu je potrebné spomenúť častú a problematickú zámenu pojmov posilnenie a odmena. Je zrejme možné, aj keď ťažkopádne povedať, že odmenou za otočenie kohútikom je tečúca voda alebo odmenou za zapnutie lampy je svetlo. Problematickým sa stáva slovo *odmena* napríklad v situácii, keď dieťa neudrží dlhšie pozornosť, lebo mama telefonuje, dieťa udrie mladšieho súrodenca a mama sa okamžite otočí a vyhreší ho, alebo v situácii, keď po predložení ťažkej úlohy z matematiky začne dieťa vulgárne nadávať a pani učiteľka ho pošle za dvere. V týchto situáciách by sme určite nepoužili slovo odmena, ale je veľmi pravdepodobné, že v oboch prípadoch došlo k posilneniu správania dieťaťa. Je tiež potrebné rozlíšiť, že kým odmenou odmeňujeme dieťa, posilňujeme vždy správanie. Je dôležité si uvedomiť, že tieto zmeny v prostredí nemôžu mať vplyv na správanie, ktoré práve prebehlo. V prítomnosti nevieme povedať, či došlo k posilneniu správania alebo nie. Vplyv následkov na správanie zistíme

až na základe merania jeho budúceho výskytu. Ak sa správanie v budúcnosti objavuje stále častejšie, vieme, že bolo posilnené.

Operantné správanie Skinner (1974) opísal ako zákonité, naučené a funkčné. Nie je náhodné, podlieha vplyvu základných princípov a jeho funkciou je produkovať určité zmeny v prostredí. Výskum v 50. a 60. rokoch minulého storočia sa venoval skúmaniu toho, či princípy správania, odvodené pri výskume na zvieratách, je možné replikovať pri výskume s ľuďmi (Cooper, Heron, Heward, 2007). Jedným z historicky prvých aplikácií mimo laboratória je využitie princípu posilnenia Paulom Fullerom (1995), a to v roku 1949 pri práci s osobou s ťažkým postihnutím – 18. ročným mužom umiestneným v inštitúcii v tzv. vegetatívnom stave, ktorého pokladali za neschopného sa čokoľvek naučiť. Po štyroch sedeniach s ním sa tento muž naučil zodvihnúť pravú ruku.

Ďalšie aplikácie vo vzdelávaní a iných sociálne významných oblastiach viedli postupne k vzniku aplikovanej behaviorálnej analýzy ako samostatnej vedeckej disciplíny so svojou vlastnou metodológiou. Aplikovaná behaviorálna analýza je vedecká disciplína, ktorá sa venuje porozumeniu a zmene ľudského správania k lepšiemu (Cooper, Heron, Heward, 2007). Využíva metódy založené na vedeckých princípoch správania na učenie užitočných a odstránenie problematických repertoárov. Baer, Wolf a Risley v roku 1968 v článku *Niektoré súčasné dimenzie aplikovanej behaviorálnej analýzy* opísali sedem základných charakteristík, ktoré definujú aplikovanú behaviorálnu analýzu a zároveň ju vymedzujú voči iným disciplínam. Je aplikovaná, zaoberá sa riešením sociálne významných problémov. Je behaviorálna, predmetom jej štúdia je objektívne pozorovateľné a merateľné správanie. Je analytická, presvedčivo demonštruje funkčný vzťah medzi premennými v prostredí a zmenou v správaní. Je technologická, podrobne opisuje použité experimentálne postupy, techniky a materiály. Je konceptuálne systematická, všetky použité postupy a techniky sú odvodené od základných princípov správania. Je efektívna, dosiahnutá zmena v správaní musí byť dostatočne veľká z praktického hľadiska. Je generalizujúca, zmena v správaní sa musí prejavíť v nových prostrediach a kontextoch a pretrvávať aj po skončení intervencie.

V súčasnosti je aplikovaná behaviorálna analýza úspešne využívaná v rôznych oblastiach. Niektoré z oblastí jej aplikácie sú napr. behaviorálna ekonómia, výskum učenia u iných živočíšnych druhov, výskum učenia čítania u neurotypických detí, zlepšenie akademických výsledkov u detí zo sociálneho znevýhodneného prostredia, spolupráca detí pri lekárskech zákrokoch, redukcia nehodovosti na pracovisku, postupy v rehabilitácii u pacientov po cievnej

mozgovej príhode, liečba obezity u detí a dospelých. Jednou zo známych oblastí aplikácie tejto vedy je aj vzdelávanie detí s poruchami autistického spektra (PAS). Ide o neurovývinové poruchy, ktoré sú podľa DSM-V (2013) identifikované na základe deficitov v oblasti sociálnej komunikácie a prítomnosti repetitívnych, stereotypných prejavov správania. Narušená sociálna komunikácia a interakcia sa môže prejavovať deficitmi v zdieľaní pozornosti, emocionálnej reciprocite, zrakovom kontakte, používaní a porozumení gest a výrazov tváre, sociálnom záujme o dospelých alebo rovesníkov. Repetitívne a stereotypné prejavy správania môžu zahŕňať jednoduché motorické a rečové stereotypie, trvanie na rutine, vytváranie rituálov, repetitívne prejavy v hre, veľmi limitované alebo netypické záujmy, zvýšenú alebo zníženú citlivosť na určité senzorické vnemy. Poruchy autistického spektra sú považované za pervazívne, zasahujú do mnohých oblastí vývinu a pretrvávajú často po celý život človeka. Napriek moderným technológiám a akcelerujúcemu výskumu, ktorý prináša stále detailnejšie poznatky o genetických, metabolických a environmentálnych faktoroch, zohrávajúcich rolu pri vzniku týchto porúch, ich presná etiológia nie je známa a v súčasnosti neexistuje ich efektívna medicínska liečba.

Za posledných tridsať rokov sa v rámci aplikovanej behaviorálnej analýzy vyvinulo mnoho metód analýzy a zmeny správania, mnoho behaviorálnych technológií, ktorých cieľom je zlepšenie života detí s PAS. Máme k dispozícii stovky štúdií, ktoré dokumentujú efektivitu behaviorálne analytických postupov a v súčasnosti je ABA, najmä v USA, považovaná za najefektívnejší prístup k ich vzdelávaniu. Aplikácia základných princípov správania sa ukázala ako efektívny prístup k riešeniu závažných problémov ako agresivita a sebaublížovanie u populácií s vývinovými poruchami. Jedným z najvýznamnejších prínosov výskumu v tejto oblasti je vznik prepracovanej metodológie analýzy funkcie správania. Jej využitím je možné experimentálne identifikovať funkciu problémového správania a umožniť oveľa presnejšie a efektívnejšie intervencie zamerané na jeho redukciu.

Už vieme, že aplikovaná behaviorálna analýza hľadá príčiny správania v prostredí. Pripomeňme si, že nejde len o fyzické, ale aj o sociálne prostredie. Sociálne prostredie tvoria ľudia v blízkosti dieťaťa – jeho rodičia, učitelia, terapeuti. Často to, čo robíme alebo hovoríme, vyvoláva a posilňuje problémové správanie. Keď to identifikujeme a zmeníme, zmení sa aj správanie dieťaťa. Okrem intervencií zameraných na redukciu problémových správania sa aplikovaná behaviorálna analýza úspešne využíva pri učení zručností, ktoré sú v repertoároch detí s PAS deficitné alebo úplne chýbajú. Najmä rané intenzívne behaviorálne intervencie (EIBI) vedú často k výraznému zlepšeniu v mnohých

oblastiach vrátane reči a komunikácie, sociálnej interakcie, sebaobslužných a akademických zručností. Pre dieťa, ktoré má závažné deficity v základných oblastiach zručností, sa odporúča intenzívna behaviorálna intervencia v rozsahu 30 až 40 hodín týždenne. Aj keď majú deti s PAS rovnakú diagnózu, každé má iný repertoár behaviorálnych excesov a deficitov.

Aby bola intervencia efektívna, musí rešpektovať ich rozdielne schopnosti a potreby. Pred zostavením individualizovaného programu, ktorý bude tvoriť obsah toho, čo sa dieťa učí, je preto nutnosťou najprv dôkladne zmapovať u konkrétneho dieťaťa existujúce zručnosti a deficity v každej dôležitej oblasti. Pre takéto intervencie je charakteristické rozloženie každej komplexnej zručnosti na čo najmenšie časti, ktoré sa dieťa systematicky učí. Minimalizovanie chýb pri učení, poskytnutie dostatočnej podpory a prezentácia úloh „šitých na mieru“ zručností dieťaťa zabezpečí, že dieťa pri učení vždy zažíva úspech a vytvára si pozitívny vzťah k učeniu. Každá zručnosť je precvičovaná dovedy, kým ju dieťa nezvládne samostatne. Dôraz sa pri tom kladie na zovšeobecnenie a funkčné používanie každej zručnosti v prirodzenom prostredí dieťaťa a v rôznych kontextoch. Dieťa sa zo začiatku učí ako sa učiť, učí sa počkať na prezentáciu úlohy, venovať pozornosť rôznym inštrukciám, pracovať s rôznymi materiálmi. Aj keď závažnosť deficitov u mnohých detí spočiatku vyžaduje učenie 1 : 1, teda dieťaťu sa intenzívne venuje jeden človek, dlhodobým cieľom je, aby sa dieťa dokázalo učiť z prirodzeného prostredia. Počas trvania intervencie sú odpovede dieťaťa zaznamenávané a analyzované na dennej báze a slúžia ako feedback o jeho pokroku a o efektivite postupov pri učení. Na základe dát sú neefektívne postupy modifikované tak, aby vyhovovali individuálnemu spôsobu učenia sa každého dieťaťa. Zo začiatku jednoduché zručnosti sú systematicky spájané do čoraz komplexnejších repertoárov, ktoré dieťaťu umožňujú benefitovať z ďalších sociálnych prostredí.

Aplikovaná behaviorálna analýza disponuje mnohými formátmi učenia. To, ktorý z nich pre konkrétne dieťa zvolíme, závisí od úrovne jeho zručností a deficitov. Zvyčajne je intervencia kombináciou vysoko štruktúrovaného, intenzívneho učenia (DTT), ktoré zabezpečí dostatočnú intenzitu a konzistenciu pri učení cieľov a menej štruktúrovaného učenia v prirodzenom prostredí (NET), kde sa dieťa učí zručnosti priamo v kontexte, v ktorom ich bude používať.

Pri štruktúrovanom DTT učení sú cieľové zručnosti učené izolovane, mimo kontext aktivít. Inštrukcie sú prezentované v rýchlom slede, využíva sa akékoľvek silné posilnenie, ktoré vôbec nemusí súvisieť s obsahom učenia. Podľa toho, čo je pre konkrétne dieťa posilnením, sa pri DTT využívajú sladkosti, hračky,

sebastimulačné predmety, i-pady, videá, mobily a podobne. Počas učenia je špecifickým spôsobom prezentovaný stimul, správna odpoveď je posilnená a po nesprávnej nasleduje opravná procedúra. Napríklad pri učení receptívnej identifikácie farieb vyložíme obrázky troch farieb, povieme inštrukciu: *Ukáž, kde je červená* a vedieme ruku dieťaťa tak, aby sa dotklo červenej karty. Okamžite dieťa pochválime, premiešame obrázky a zopakujeme to isté, len s menšou pomocou. Pomoc systematicky zmeňujeme, až kým dieťa na požiadanie správne neidentifikuje červenú farbu. DTT učenie je efektívny formát pre učenie motorickej a verbálnej imitácie, rôznych kategórií reči a akademických zručností. DTT učenie môžeme využívať v rôznych prostrediach, nemusí prebiehať za stolíkom. Môžeme napríklad učiť matematiku pri hojdaní na hojdačke, verbálnu imitáciu pri skákaní na fit lopte alebo na trampolíne.

Pri učení v prirodzenom prostredí sa dieťa učí cez obľúbené hry a každodenné aktivity. Využívajú sa pri tom jeho vlastné záujmy a posilnenie vbudované do aktivity. Cieľové zručnosti, ktoré učíme, sa vždy týkajú prebiehajúcej činnosti. Ak má napríklad dieťa veľmi rado hru s vláčikmi, pri stavaní koľajníc a pri hre s vláčikmi ho môžeme naučiť vypýtať si od nás **vláčik** alebo **koľajnicu** alebo ho naučiť rozumieť inštrukcii: **Podaj mi vláčik** alebo **Podaj mi koľajnicu**. Pokročilejšie dieťa môžeme učiť vypýtať si od nás **veľký** vláčik, **modrý** vláčik, **opraviť** vláčik, **pustiť** vláčik. Môžeme ho naučiť receptívne rozlišovať medzi farbami vláčikov: **Podaj mi zelený vláčik**, **Podaj mi modrý vláčik**. Môžeme učiť predložky a rozprávať sa o tom, že vláčik je **v** tuneli, **na** kopci, **pod** mostom. Môžeme dieťa učiť prehrávať krátke deje po pozieraní rozprávky *Vláčik Tomáš* alebo pri hre spolupracovať s kamarátom. Aj keď cieľové zručnosti, ktoré takto učíme, techniky pri učení, spôsoby zberu dát a použité materiály sú presne definované, dieťa má pocit, že sa hrá a jeho odpovede sú posilňované pokračovaním v činnosti. Učenie v prirodzenom prostredí je veľmi dôležité pre rozvíjanie komunikácie, sociálnej interakcie a hrových zručností. Tým, že vychádza zo záujmov dieťaťa, facilituje spontánne použitie naučených zručností. Pomer týchto základných formátov učenia sa v priebehu intervencie môže meniť. Zo začiatku môže dieťa tráviť 100 % času učení v prirodzenom prostredí, kde sa učí funkčne komunikovať, pýtať si veci a činnosti, ktoré má rado. Neskôr môže tráviť 90 % času učení v prirodzenom prostredí a 10 % štruktúrovaným, intenzívnym DTT učením, v každom z nich sa učí rôzne zručnosti. U pokročilejších detí sa pomer DTT učenia môže postupne ďalej zvyšovať.

V závere je potrebné pripomenúť, že behaviorálne analytické intervencie by vždy mali byť implementované pod vedením behaviorálneho analytika, ktorý splnil požiadavky na certifikáciu medzinárodnou komorou (Behavior Analyst Certification Board). Aplikovanú behaviorálnu analýzu je v súčasnosti možné študovať formou bakalárskeho, magisterského alebo doktorandského štúdia v univerzitných programoch na celom svete. Aplikovaná behaviorálna analýza je aplikovaná časť vedy – behaviorálna analýza, ktorá študuje vplyv faktorov prostredia na správanie. Na rozdiel od experimentálnej behaviorálnej analýzy, ktorá skúma princípy správania bez ohľadu na ich praktické využitie, sa aplikovaná behaviorálna analýza zaoberá využitím týchto princípov na zlepšenie sociálne významných problémov. Je to moderná a dynamicky sa rozvíjajúca vedecká disciplína s vlastnou metodológiou a technológiou, ktorá je úspešne využívaná v mnohých oblastiach, v neposlednom rade vo vzdelávaní detí s PAS a inými vývinovými poruchami.

LITERATÚRA

- BAER, D. M., WOLF, M. M., RISLEY, T. R. 1968. Some current dimensions of applied behavior analysis. In: *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 1968, pp. 91 – 97.
- COOPER, J. O., HERON, T. E., HEWARD, W. L. 2007. *Applied behavior analysis*. Upper Saddle River: Pearson Education, 2007.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). 2013. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
- FULLER, P. 1995. Reminiscences: Contingency Management Retrospective. In: *Behavior and Social Issues*, [S. l.], jún 1995. ISSN 1064-9506.
- LEAF, R., MCEACHIN, J. 1999. *A work in progress: Behavioral Strategies For Teaching And Improving Behavior Of Autistic Children*. New York: DRL Books, 1999. ISBN 0-9665266-0-0.
- LOVAAS, O. I. 1987. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 1987, pp. 3 – 9.
- MAURICE, C., GREEN, G., LUCE, S. 1996. *Behavioral Interventions for young children with autism*. Austin, TX: Pro-Ed, 1996.
- MORRIS, E. K., SMITH, N. G., ALTUS, D. E. 2005. B. F. Skinner's contributions to applied behavior analysis. In: *The Behavior Analyst*, 28, 2005, pp. 99 – 131.
- SKINNER, B. F. 1938. *The Behavior of Organisms. An Experimental Analysis*. New York: Appleton-Century-Crofts, Inc., 1938.
- SKINNER, B. F. 1974. *About behaviorism [by] B. F. Skinner*. New York: Knopf; [distributed by Random House], 1974.
- WATSON, J. B. 1913. Psychology as the Behaviorist Views It. In: *Psychological Review*, 20, 1913, pp. 158 – 177.
- WEITLAUF A. S., MCPHEETERS M. L., PETERS B., SATHE N., TRAVIS R., AIELLO R., WILLIAMSON E., VEENSTRA-VANDERWEELE J., KRISHNASWAMI S., JEROME R., WARREN Z. 2014. Therapies for Children With Autism Spectrum Disorder: Behavioral Interventions Update. In: *Comparative Effectiveness Review*, 2014, No. 137.



MOŽNOSTI, KTORÉ PONÚKA APLIKOVANÁ BEHAVIORÁLNA ANALÝZA Z PERSPEKTÍVY RODIČA

The Options that Applied Behavioral Analysis Offers – a Parent's Perspective

Jana Muránska¹

Abstrakt: Príspevok sa zameriava na význam a dostupnosť efektívnej ranej intervencie pre deti s oneskoreným vývinom a vývinovými poruchami na Slovensku z pohľadu rodiča. Ako možné riešenie predstavuje aplikovanú behaviorálnu analýzu, ktorá sa zameriava na všestranný rozvoj takýchto detí so zreteľom na ich individuálne potreby, rodinu a spoločenské prostredie, v ktorom fungujú. Zdôrazňuje úlohu vzdelávania rodičov ako jednej z kľúčových oblastí intenzívnej behaviorálnej intervencie, ktorá môže byť z tejto perspektívy zabezpečená iba aplikovaním konzistentného prístupu pod odborným vedením naprieč spektrom prostredí, v ktorých má dieťa fungovať pod odborným personálom, ako aj rodičov (domácnosť, škola, verejnosť, atď.).

Kľúčové slová: raná intervencia, vývinové poruchy, aplikovaná behaviorálna analýza, rodič ako terapeut.

Abstract: The article offers a parent's perspective on the importance and accessibility of an efficient early intervention approach for children with developmental delays and disabilities in Slovakia. Paper aims to present the applied behavioral analysis as a possible solution that addresses the complex development of such children according to their needs, their families, and a social environment in which they are functioning. It emphasizes the role of parents' education as one of the key components of the intensive behavioral intervention that from this perspective can only be achieved by applying a consistent professionally supervised approach throughout the whole spectrum of environments in which a child is to function by both, parents and professionals (home, school, public etc.).

Key words: early intervention, developmental disorders, applied behavioral analyses, parent as therapist.

Problemátike včasného zachytenia príznakov oneskoreného vývinu dieťaťa, ktoré môžu signalizovať prítomnosť závažnejšej či ľahšej formy vývinovej poruchy, sa na Slovensku venuje čoraz väčšia pozornosť nielen v radoch odbornej verejnosti, ale aj medzi laikmi, rodičmi. Jedným z dôvodov tejto situácie je aj skutočnosť, že počet detí so špecifickými poruchami učenia, narušenou komunikačnou schopnosťou, s poruchami pozornosti a hyperaktivitou či poruchami správania v školských laviciach neustále

¹ Mgr. Jana Muránska, PhD., RATA o.z., Sadová 206, 900 41 Rovinka. Slovenská republika. E-mail: jana@rata.sk. Fotografia zverejnená so súhlasom autorky.

narastá. Zdá sa, že narastá aj počet detí s poruchami autistického spektra a Aspergerovým syndrómom. Problematických symptómov, ktoré súvisia s oneskoreným, resp. neštandardným vývinom dieťaťa, často začíname venovať serióznejšiu pozornosť až na prahu začiatku povinnej školskej dochádzky, keďže mnoho rodičov detí v predškolskom veku očakáva, že problematické symptómy vekom u dieťaťa vymiznú. Je stále ešte bežným javom, že ich v tomto vyčkávaní podporuje aj odborný personál, na ktorý sa obrátia. Na druhej strane narastá však aj počet rodičov, ktorí si všimnú atypický vývin svojho dieťaťa veľmi skoro, vo veku dvoch – troch rokov a začínajú „pátrať“ po možnostiach účinnej pomoci, napr. po možnostiach diagnostiky u pediatra, ktorý zvyčajne na ich žiadosť pošle dieťa na psychologické, logopedické, neurologické, psychiatrické vyšetrenie, výsledkom ktorých je ďalšie sledovanie a pozorovanie. Na diagnostiku autizmu dieťa čaká priemerne pol roka. Na rediagnostiku autizmu pred zápisom do školy znova pol roka. Počas tohto času prechádza rodina dieťaťa zložitým obdobím vyrovnávania sa s neplánovanou situáciou, ktorá má viacero fáz – od vzájomného obviňovania sa rodičov a metód výchovy, ktoré môžu za problémové správanie dieťaťa cez spochybňovanie odbornosti klinického psychológa či iných odborníkov, ktorí dieťa diagnostikovali, až po konečné zmierenie sa so situáciou. V tejto fáze prichádza zvyčajne ťažká dilema: „Čo ďalej? Na koho sa obrátiť? Ako s dieťaťom pracovať, aby napredovalo?“

Zrejme najdôležitejším spoločným menovateľom problematikej symptomatiky je problémové správanie dieťaťa. Takéto správanie má mnoho podôb a variácií, prejavuje sa vo všetkých typoch prostredia a v rôznej intenzite. Môže mať podobu sebaopoškodzujúceho správania, agresívneho správania voči iným, asociálneho správania, deštruktívneho alebo repetitívneho nefunkčného správania či ignorovania noriem a pravidiel. Podôb je naozaj mnoho, spoločnou charakteristikou takéhoto správania je však to, že významne ovplyvňuje a sťažuje sociálnu interakciu dieťaťa v sociálnom prostredí a nevyhnutne tak narúša bežné fungovanie rodiny.

A práve tu sa dostávame k zrejme najpálčivejšiemu problému: *Aké možnosti sa núkajú v oblasti ranej intervencie pre deti s vývinovými poruchami a ich rodiny na Slovensku? Čo poradí diagnostik rodine s dieťaťom, u ktorého sa už vo veku dvoch – troch rokov objavujú príznaky porúch autistického spektra (PAS)? Existuje holistický prístup, ktorý možno aplikovať naprieč problémovým spektrom symptómov v každodennom živote s takýmto dieťaťom? Ak sa zhodneme na tom, že prvé roky v živote dieťaťa sú pre jeho ďalší vývin kľúčové, potom obzvlášť v prípade detí s narušeným vývinom má intenzívna raná intervencia významný vplyv na ďalší rozvoj dieťaťa a jeho schopností.*

Dostupnosť intervencie, ktorá sa zameriava na všestranný rozvoj dieťaťa so zreteľom na špecifikáciu symptomatiky jeho diagnózy, sa potom javí ako základné právo, ktoré sa vzťahuje na každého človeka univerzálne. *Je však takáto intenzívna raná intervencia na Slovensku dostupná? Ak áno, je dostupná pre každého?* Rodičia, ktorí si tieto otázky kladli a mnohí dodnes kladú, poznajú aktuálnu odpoveď. Zatiaľ, čo v USA je v posledných rokoch PAS diagnostikovaná každému 68. dieťaťu,² na Slovensku takáto súhrnná štatistika chýba. Príklad z USA vyberáme zámerne, pretože práve tam sa výskumu autizmu venuje asi najväčšia pozornosť a špecifická pozornosť sa venuje aj ranej intervencii, ktorej súčasťou je aplikovaná behaviorálna analýza (ABA) ako prístup založený na dôkazoch, podporovaný tak medicínskymi, ako aj psychologickými a pedagogickými odbornými kruhmi. Vďaka medziodborovej podpore je tento druh intervencie vo väčšine štátov USA hradený zo zdravotného poistenia a doplatok za služby behaviorálneho analytika sa pohybuje v takej výške, ktorú si rodina s dieťaťom s vývinovou poruchou môže bez problémov dovoliť. Takto nastavený systém sleduje veľmi dôležitý cieľ – čo najefektívnejšie „sfunkčnenie“ dieťaťa s ohrozeným vývinom ako predpoklad jeho úspešnej sociálnej inklúzie v budúcnosti. Úzka spolupráca medzi odborníkmi z oblasti medicíny, špeciálnej pedagogiky a psychológie v prepojení s rodinou je nevyhnutnou súčasťou úspešnej intervencie.

Úloha rodiny a rodinného prostredia je v tomto bode kľúčová. Pre rodinu v takejto situácii neexistujú jednoduché riešenia. Rodič si musí uvedomiť, že jeho dieťa nemožno jednoducho poslať na terapeutické sedenie na hodinu či dve týždne a psychológ mu ho vráti „opravené.“ Nestačí vytvoriť doma málo podnetné prostredie a dieťa viac nebude rozptyľované okolím a bude s vami ochotne spolupracovať. Zamknúť sa v istote svojho bytu pred okolím, ktoré mu dáva pociťiť, že jeho dieťa nepatrí medzi „riadne“ deti na ihrisku, pretože jeho správanie je nevhodné, nepredvídateľné, miestami až agresívne, je úplne najhorším, no veľmi častým skratovým riešením, ktoré rodičia zvolia ako poslednú možnosť úniku. Avšak možnosť využiť služby behaviorálneho analytika a spoznať tak riešenia, ktoré ABA pre rozvoj jeho dieťaťa a život celej rodiny ponúka, predstavuje pre rodinu úplnú zmenu perspektívy. Spoznať príčiny správania dieťaťa a naučiť sa správne na nich reagovať a tým posúvať

² Údaj zo štatistiky, ktorú zverejnil Center for Disease Control and Prevention v USA na základe výsledkov prieskumu ADDM (Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network) z dostupných medicínskych a špeciálno-pedagogických dát 8- ročných detí v štátoch Alabama, Arizona, Arkansas, Colorado, Georgia, Maryland, Missouri, New Jersey, North Carolina, Utah a Wisconsin v roku 2010. Oproti roku 2008 narástol počet detí s PAS o 30 % (pozri: <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>).

svoje dieťa ďalej, je tou rodičovskou kompetenciou, ktorú ABA sprostredkúva a dáva tak šancu na plnohodnotnejší život pre dieťa i celú rodinu.

Čo môže rodič očakávať od ABA?

Stručne povedané, ABA nám pomôže vo všetkom. Pokiaľ ide o správanie, ktorého prejavy možno u dieťaťa pozorovať, môžeme uplatniť ABA princípy na to, aby sme výskyt daného správania zvýšili alebo znížili. Môžeme tak dieťa naučiť spoločensky dôležité správanie, teda správania, ktoré je nevyhnutné pre úspešnú sociálnu interakciu dieťaťa. Ide najmä o komunikačné schopnosti, sociálne zručnosti, akademické zručnosti, čítanie, adaptívne motorické zručnosti, sebaobslužné činnosti, obliekanie, stolovanie, pracovné zručnosti atď.

Rozhodnúť sa pre ABA znamená, že každý, kto s dieťaťom trávi viac času doma, v materskej škole či v škole, musí dodržiavať rovnaké princípy. Preto je nevyhnutné, aby sa rodina, v ktorej dieťa žije, naučila základné ABA princípy (promptovanie atď.) Dieťa trávi v domácom prostredí najviac času, je to aj priestor, kde sa vyskytuje mnoho podôb problémového správania. Práve preto sú veľmi dôležité školenia o ABA pre rodičov, ktoré môžu poskytovať vyštudovaní BCBA. Na Slovensku takéto školenia pripravujú dve BCBA terapeutky – Z. Maštenová a I. Trellová. Mnoho rodičov ich už absolvovalo, problémom však je, že k tomu, aby dieťa začalo ABA program, musí mu ho zostaviť skúsený odborník. Potom už rodič môže posilňovať to, na čom terapeut s dieťaťom pracuje, spočiatku však musí naozaj „vidieť“, ako má ABA v reálnom prostredí a pre jeho dieťa fungovať.

Pamätám sa, že keď som sa prvý raz chystala zbierať dáta, vôbec som nevedela identifikovať, ktoré nevhodné správanie spustilo to ďalšie, bola to pre mňa „španielska dedina“ a tá rýchlosť zapisovania, ktorej sa pri hyperaktívnom dieťati nevyhnete, bola nad ľudské schopnosti. Sebakontrola a neustále uvedomovanie si správania dieťaťa a tiež svojich reakcií na ne, to sú pre mnohých rodičov ťažko zvládnuteľné ciele popri práci, domácnosti a bežných povinnostiach. Zdá sa, že rozhodnutie robiť ABA so svojím dieťaťom, musí byť zároveň tichým súhlasom celej rodiny so zmenou životného štýlu, žiadne ležérne dni typu „dnes sa nám nechce“ alebo „teraz sme na prázdninách, tak si dáme týždeň pauzu,“ neprichádzajú do úvahy. Pri žiadnej intenzívnej terapii takáto pauza neexistuje, progres dieťaťa závisí od nepretržitej stimulácie od konzistentného prístupu, od dôslednosti všetkých zúčastnených. Znie to skoro nereálne, rodičia neurotypických detí si niečo také nevedia vôbec predstaviť a práve širšie povedomie o potrebách detí so špeciálnymi potrebami

by iba prispelo k scitlivovaniu vnímania potreby ich inklúzie. Doposiaľ som na Slovensku stretla iba jednu rodinu, ktorá dôsledne žije podľa princípov ABA, od kedy mal ich syn s PAS dva a pol roka. Dnes má chlapec sedem rokov a navštevuje bežnú základnú školu s asistentkou. Stále má nastavený domáci a školský program podľa ABA pod dozorom BCBA terapeutky, rodičia sa naučili s dieťaťom pracovať podľa týchto princípov a zabezpečujú mu tak celodennú starostlivosť podľa princípov behaviorálnej analýzy. Pokrok, ktorý spoločným úsilím dosiahli je obdivuhodný a mohol by byť motiváciou pre množstvo rodín, ktoré svoju situáciu chápajú ako beznádejnú.

Rodičia ako behaviorálni terapeuti

Z perspektívy ABA sa rodič naučí nahliadať na problémové, neprispôsobivé správanie svojho dieťaťa úplne inak. V prvom rade pochopí, že konanie dieťaťa (napr. sebadeštruktívne) možno vysvetliť nasledovne. Ak dieťa niečo chce, môže to dosiahnuť dvoma spôsobmi – buď dosiahne svoj cieľ vhodným spôsobom, teda cieľ bude dôsledkom vhodného správania alebo dosiahne svoj cieľ nevhodným spôsobom, cieľ bude dôsledkom problémového správania. Ak je cieľom dieťaťa pozornosť matky, bude robiť všetko preto, aby ju dostalo, ak svoj cieľ dosiahne nevhodným správaním (sebapoškodzovaním, pľuvaním atď.), bude v tomto správaní pokračovať, pretože mu spoľahlivo umožní dosiahnuť pozornosť druhej osoby. Bežná reakcia rodiča je neustále napomínanie za nevhodné správanie, karhanie či trest. Tento spôsob reakcie je vlastne v ABA slovníku posilňovaním nevhodného správania. ABA však rodiča učí reagovať úplne inak. Ak chceme napomôcť k vhodnému správaniu dieťaťa, musíme v prvom rade odmeňovať vhodné správanie, to znamená umožniť mu dosiahnuť cieľ prostredníctvom vhodného správania, a nie správaním deštruktívnym. Vhodné správanie je však veľmi komplexný pojem, ktorý treba rozobrať na malé krôčiky, ktoré dieťa dokáže zvládnuť a až po ich zvládnutí dospeje ku komplexnejšiemu správaniu. Pre rodiča znie tento postup veľmi technicky, ale ak sa pozrieme na akýkoľvek videozáznam ABA terapie, uvidíme, ako tento proces funguje, a to využitím prirodzeného nastavenia motivácie ľudského konania/správania.

Vďaka profesorky K. Dillenburger a profesorovi M. Keenanovi som spoznala program, ktorý v Severnom Írsku vytvorili behaviorálni analytici z nadácie PEAT. Ide o program Simple steps (Prvé kroky) určený primárne rodičom, ktorý ich detailne oboznámi so základnými princípmi aplikovanej behaviorálnej analýzy a pomocou video tutoriálov naučí aplikovať jednotlivé stratégie ABA na konkrétne správanie. Rodič sa tak stane terapeutom svojho dieťaťa. Keďže počet

BCBA terapeutov zďaleka nestačí pokrývať dopyt, ktorý po ich službách dnes je, je takýto program, ktorý sa zameriava na posilnenie a zvýšenie kompetencií rodiča pri práci s dieťaťom s PAS, nesmierne potrebný. Pridanou hodnotou tohto programu je aj fakt, že na jeho tvorbe sa podieľali univerzitní profesori aplikovanej behaviorálnej analýzy, ktorí úzko spolupracujú s rodinami detí s PAS a pedagogickým a odborným personálom. Ide tak o program, ktorý prepája výsledky výskumu akademickej oblasti s reálnymi potrebami praktického života rodín s deťmi s PAS. Nemá za cieľ nahradiť odborníka, BCBA terapeuta, ale poskytnúť rodičovi praktický návod, ako porozumieť správaniu svojho dieťaťa a ako ho vychovávať podľa princípov behaviorálnej analýzy. Tento program je dostupný v mnohých krajinách Európskej únie a veríme, že jeho slovenskú verziu sa nám podarí spustiť čo najskôr.

V tomto smere je naozaj potrebné odmytologizovať aplikovanú behaviorálnu analýzu ako „metódu“, ktorá môže dieťaťu uškodiť. Uškodiť môže iba vtedy, ak je vykonávaná neodborne, bez adekvátneho vzdelania a skúseností z praxe a kedy terapeut, ktorý ju vykonáva, nedokáže adekvátne nastaviť ciele terapie a priradiť k nim adekvátne prostriedky. Pokrok v správaní dieťaťa sa tak nedostavuje a je možný aj nástup regresu. Je potrebné, aby rodič vedel, že ABA je pre jeho dieťa bezpečná a že domáci či školský ABA program je zostavený odborníkom, ktorý disponuje potrebným vzdelaním, teda absolvoval univerzitné štúdium v danom odbore a má za sebou potrebnú prax pod odborným vedením, supervíziou, ktorá tvorí nevyhnutnú súčasť jeho vzdelania. Takýto odborník môže zaškoliť rodiča, asistenta učiteľa, osobného terapeuta dieťaťa, ktorí praktickú stránku terapie s dieťaťom vykonávajú, no pod jeho dozorom a odborným vedením. Súčasťou univerzitného štúdia aplikovanej behaviorálnej analýzy je náročná skúška z etiky, čo je naozaj zárukou profesionality a diskretnosti pre rodinu, s ktorou terapeut pracuje, keďže pri nastavení komplexného programu musí rodina počítať s absolútnym sprístupnením svojho bežného života a s tým spojenou stratou súkromia. Rodičia, ktorí si uvedomujú, že prvých šesť rokov života dieťaťa je pre jeho ďalší rozvoj kľúčových, sú odkázaní na zverenie sa do rúk odborníka, ktorý na druhej strane nesie profesijnú zodpovednosť za svoju prácu, má preto aj z morálneho hľadiska veľmi dôležitú úlohu pre ďalší pozitívny rozvoj a fungovanie rodiny s dieťaťom s vývinovou poruchou.

Ako rodič som sa k pravidelným službám profesionálnej ABA terapeutky dostala, keď mal náš syn skoro sedem rokov. Trvalo necelý polrok, kým sa dostavili výsledky v najproblémovejšej oblasti, ktorou bolo sociálne správanie. Pri zmene prostredia, akou bol nástup do školy, musela terapeutka znova navrhnúť špecifický program pre školské prostredie a problémové správanie,

ktoré sa v ňom vyskytovalo, zaškoliť asistentku, ktorá musela byť dôsledná a pozitívne výsledky sa opäť dostavili po pár mesiacoch. O tom, že pre neho a vlastne pre nás potrebujem zabezpečiť ABA terapeuta, som vedela od jeho štyroch rokov, reálne šance zohnať BCBA terapeuta boli však minimálne. Dodnes je dostupnosť BCBA terapeutov na Slovensku minimálna. Rodičov, ktorí ich služby potrebujú, sú stovky, možno až tisícky. Ako riaditeľka občianskeho združenia RATA, ktoré vzniklo práve na podnet rodičov detí so širšou škálou vývinových porúch, ktorí sa k efektívnym terapeutickým prístupom ako je ABA nemôžu dostať, si plne uvedomujem, že právo detí s vývinovými poruchami a ich rodín na výchovu, vzdelávanie a všestranný rozvoj ich osobnosti v rámci ich individuálneho potenciálu závisí najmä od dostupnosti efektívnych metód a postupov a odborne vzdelaného personálu, ktorý je schopný zabezpečiť tieto intervenčné služby v potrebnom rozsahu a v úzkej spolupráci s rodinou a školou. V tejto oblasti je u nás ešte mnoho bielych miest.

LITERATÚRA

- KRING A. M., DAVISON G. C., NEALE J. M., JOHNSON S. L. 2007. *Abnormal Psychology*. John Wiley & Sons, Inc., 2007.
- KEENAN M., KERR K. P., DILLENBURGER K. 1999. *Parent's Education as Autism Therapists. Applied Behaviour Analyses in Context*. London: Jessica Kingsley Publishers, 1999.
- KEENAN M., DILLENBURGER K., GALLAGHER S. 2015. *A Seat at the Table: Families Affected by Autism*. Kindle edition, 2015.



INTERNATIONAL INTERVIEW WITH PROFESSOR KAROLA DILLENBURGER, BCBA-D, FROM QUEEN'S UNIVERSITY IN BELFAST

**Rozhovor s profesorkou Karolou Dillenburger,
BCBA-D, z Queen's University v Belfaste**

Lucia Hrebeňárová¹

I had a great pleasure in interviewing Prof. Karola Dillenburger, BCBA-D², from the School of Education, Queen's University, Belfast, Northern Ireland. Her research concerns primarily Applied Behaviour Analysis and evidence-based decision making and intervention in Autism Spectrum Disorders. Over the years Prof. Dillenburger has been involved in a range of research projects regarding evidence-based practice, most notably in clinical psychology practice, parent training, child sex abuse, child protection, and child behaviour management. Prof. Dillenburger led the development of the online/blended Master degree in Applied Behaviour Analysis, she also co-ordinates the Masters degree in Autism Spectrum Disorders at Queen's, and collaborates with colleagues from around the world as well as the third sector in securing a number of substantial grants. She is very active and passionate in increasing awareness about evidence-based practices in the field of Autism Spectrum Disorders.

In this interview, we learn a about her impressive work and about Applied Behaviour Analysis in Europe.

Mám tu česť urobiť rozhovor s profesorkou Karolou Dillenburger, BCBA-D, z Pedagogickej fakulty na Queen's univerzite v Belfaste v Severnom Írsku. Profesorka Karola Dillenburger sa vo svojom výskume zaoberá predovšetkým aplikovanou behaviorálnou analýzou a overenými prístupmi a intervenciami v oblasti porúch autistického spektra. Už niekoľko rokov sa tiež zapája do mnohých výskumných projektov týkajúcich sa postupov a intervencií založených na dôkazoch, vzdelávania rodičov, sexuálneho zneužívania detí, ochrany detí a správania detí. Prof. Dillenburger prispela k vytvoreniu kombinovaného

¹ PaedDr. Lucia Hrebeňárová, Ph.D., Katedra špeciálnej pedagogiky, Pedagogická fakulta, Prešovská univerzita v Prešove, Ul. 17. novembra č. 15, 080 01 Prešov, Slovenská republika. E-mail: lucia.hrebenarova@unipo.sk. Fotografia zverejnená so súhlasom autorky.

² Prof. Karola Dillenburger, BCBA-D, School of Education, Queen's University, 69-71 University Street, Belfast, BT7 1HL, Northern Ireland, UK. E-mail: k.dillenburger@qub.ac.uk. Fotografia zverejnená so súhlasom autorky.

magisterského programu v aplikovanej behaviorálnej analýze, tiež pôsobí ako koordinátorka magisterského programu v oblasti porúch autistického spektra na Queen's univerzite v Belfaste a spolupracuje s kolegami v zahraničí, ako aj s profesionálmi z tretieho sektora pri riešení vedeckovýskumných projektov. Je veľmi aktívna a zanietená pri zvyšovaní povedomia o postupoch založených na dôkazoch v oblasti porúch autistického spektra. V tomto rozhovore sa môžeme dozvedieť niečo viac o jej pozoruhodnej práci, ako aj o aplikovanej behaviorálnej analýze v Európe.

1. **Mrs. professor Dillenburg, you are the Director of the Centre for Behaviour Analysis at Queen's University, Belfast (www.qub.ac.uk/cba). Could you please tell us about the activities and mission of the Centre?**

Pani profesorka Dillenburg, ste riaditeľkou Centra Behaviorálnej Analýzy pri Queen's univerzite v Belfaste (www.qub.ac.uk/cba). Mohli by ste nám, prosím, povedať niečo o aktivitách a poslaní tohto centra?

The Centre for Behaviour Analysis (CBA) at the School of Education is an international research centre with associations from across QUB, other national and international Universities and Research Centres, and the local and international community. The Centre is based on a philosophy of inclusion, evidence-based effective education, and person-centred research and practice. Our mission is to provide knowledge and skills that improve confidence and competence and lead to improvements for individuals, families and caregivers, and society. We conduct research into a range of topics related to Education, Pedagogy, Curriculum, and Learning across the lifespan. We also host two Masters degree programmes, one in Applied Behaviour Analysis and one in Autism Spectrum Disorders. We offer Open Learning programmes for Registered Behavioural Technicians™ (online) and autism (on-campus) and we have an active group of doctoral students, both on-campus and distant learners.

Centrum Behaviorálnej Analýzy (CBA³) pri Pedagogickej fakulte Queen's univerzity v Belfaste je medzinárodné výskumné centrum spolupracujúce s inštitúciami v rámci Queen's univerzity v Belfaste, ďalšími národnými a medzinárodnými univerzitami, výskumnými centrami, ako aj s miestnymi a medzinárodnými komunitami. Centrum je založené na filozofii inklúzie,

³ The Centre for Behaviour Analysis, Queen's University, Belfast (<http://www.qub.ac.uk/researchcentres/CentreforBehaviourAnalysis/>).

na dôkazoch založenej efektívnej edukácie a výskume i praxi zameraných na človeka. Naším poslaním je poskytovať vedomosti a zručnosti, ktoré zlepšia sebadôveru a kompetencie, ktoré následne prinesú kvalitu tak pre jednotlivcov, rodiny, profesionálov, ako aj pre celú spoločnosť. Realizujeme výskumy v rôznych oblastiach súvisiacich s edukáciou, pedagogikou, obsahom vzdelávania a celoživotným vzdelávaním. Taktiež zastrešujeme dva magisterské programy, jeden v aplikovanej behaviorálnej analýze a jeden v poruchách autistického spektra. Ponúkame otvorený vzdelávací program pre registrovaných behaviorálnych technikov⁴ (online program) a autizmus (prezenčný program). Máme taktiež aktívnu skupinu doktorandov vo forme denného aj dištančného vzdelávania.

2. Mrs. professor Dillenburg, could you please tell us about your academic and work-related background?

Pani profesorka Dillenburg, mohli by ste nám povedať o Vašom akademickom a pracovnom zázemí?

I grew up in Germany in a large multi-generational household. After leaving school, I trained as a Kindergarten Teacher and I worked for a few years in therapeutic settings, mainly in early years, before going back to college to study for a Bachelors Degree in Clinical Child and Adolescent Psychology at the University of Applied Sciences in Freiburg, Germany. I moved to Northern Ireland to complete my internship and then worked there for 10 year in statutory social services, first in residential childcare and later in statutory childcare and family therapy settings. During this time, I enrolled for a part-time doctorate at the University of Ulster to study the effects of community violence on widows (Dillenburg, 1992). I was appointed by Queen's University Belfast over 23 years ago, first to lecture in the School of Social Work, where I helped to set up and run a Masters course in Applied Social Learning Theory for health and allied health staff for 15 years. About 8 years ago, I was appointed to the School of Education, where I now lead the Masters in ASD and contribute to the Masters in ABA. I represent Queen's and the Higher Education Sector on a number of Government committees and liaise with many national and international colleagues and parent groups to ensure that evidence-based practice is available to all children and adults, especially those with disabilities, including autism.

Vyrastala som v Nemecku vo veľkej multi-generačnej domácnosti. Po škole som sa vzdelávala v odbore učiteľstva pre materské školy a niekoľko rokov som pracovala v terapeutickom prostredí, prevažne v oblasti ranej intervencie.

⁴ V angl. Registered Behavioural Technicians.

Nasledovala vysoká škola, bakalársky titul som získala v odbore klinickej detskej a adolescentnej psychológie na Univerzite Aplikovaných vied vo Freiburgu, v Nemecku. Prestťahovala som sa do Severného Írska, aby som mohla dokončiť svoju absolventskú prax, a nakoniec som tu ostala. Desať rokov som pracovala v štátnych sociálnych službách, najprv v rezidenčnej starostlivosti o deti a neskôr v štátnej službe v oblasti starostlivosti o deti a rodinnej terapie. Počas tohto obdobia som nastúpila na čiastočný úväzok na Ulsterskú univerzitu a venovala sa doktorandskému štúdiu v oblasti vplyvov komunitného násillia na vdovách (Dillenburg, 1992). Pred viac ako 23 rokmi som bola Queen's univerzitou poverená vyučovať na Fakulte sociálnej práce, kde som pomohla vytvoriť a počas 15 rokov aj realizovať kurz v magisterskom stupni štúdia v Aplikovanej sociálnej vzdelávacej teórii pre zdravotníckych zamestnancov a príbuzné odbory. Pred 8 rokmi som začala pracovať na Pedagogickej fakulte pri Queen's univerzity, kde v súčasnosti vediem magisterský program v oblasti porúch autistického spektra a podporujem aj magisterský program v Aplikovanej behaviorálnej analýze. Reprezentujem Queen's univerzitu a vysokoškolský sektor v rôznych vládnych výboroch a spolupracujem s mnohými národnými a medzinárodnými vysokými školami a rodičovskými organizáciami na tom, aby intervencie a postupy založené na dôkazoch boli dostupné všetkým deťom a dospelým, obzvlášť tým s postihnutím vrátane osôb s poruchami autistického spektra.

3. What led you into the field of Applied Behaviour Analysis?

Čo Vás priviedlo k aplikovanej behaviorálnej analýze?

My clinical training in Germany included some courses in what was then called 'behaviour modification'. I liked the clear, scientific, and transparent approach from the start, especially since most of the remainder of my clinical course was based on the psychodynamic theories of the late 1970s early 1980s, which I always found rather confusing. I am a very logical clear thinker and the inherent mentalism of psychodynamic theories (Cooper, Heron a Heward, 2007) simply did not make much sense to me, even then. After I moved to the Anglo-Irish environment of Northern Ireland, I learned more about Applied Behaviour Analysis (this term still is not widely known or used in Germany). The philosophy of Radical Behaviourism (Chiesa, 1984; Skinner, 1965, 1977) was particularly appealing as it exposes the fallacies of circular reasoning and reification of psychological terms and convinced me that this was the science to which I was to devote my professional career.

„Applied Behavior Analysis is the science in which tactics derived from the principles of behavior are applied systematically to improve socially significant

behavior and experimentation is used to identify the variables responsible for behavior change“ (Cooper et al., 2007).

As such Applied Behaviour Analysis offers the scientific basis for understanding the meaning and function of behaviour (of individuals, families, communities, and societies) and for achieving behaviour change, if and where desired or necessary. The behavioural insights that stem from this science can be applied to any context; clinical, educational, societal, and/or organisational. Autism interventions are a prime example of successful applications of this science employed carefully, systematically, ethically, it is highly effective and socially valid.

V rámci vzdelávania v klinickej detskej a adolescentnej psychológii v Nemecku som mala možnosť zúčastniť sa kurzov v oblasti, v tom čase nazývanej “behaviorálna modifikácia.” Od začiatku ma oslovil jasný, vedecký a transparentný prístup, a to najmä preto, že zvyšná časť kurzu bola z väčšej miery založená na psychodynamických teóriách z konca 70-tych a začiatku 80-tych rokov, ktoré som vždy považovala za dosť máťuce. Svoj spôsob myslenia považujem za veľmi logický a zrozumiteľný, a preto inherentný mentalizmus týchto psychodynamických teórií (Cooper, Heron a Heward, 2007) mi nedával zmysel už ani v tom čase. O aplikovanej behaviorálnej analýze som sa dozvedela až po mojom presťahovaní sa do anglo-írskeho prostredia Severného Írska (pojem aplikovanej behaviorálnej analýzy nie je veľmi známy a používaný v Nemecku). Zaujala ma predovšetkým filozofia radikálneho behaviorizmu (Chiesa, 1984; Skinner, 1965, 1977), keďže poukazovala na mylné predstavy o cyklickom uvažovaní a zvecnení psychologických pojmov a presvedčila ma o tom, že svoju profesnú kariéru chcem „zasvätiť“ práve vede.

„Aplikovaná behaviorálna analýza je veda, systematicky aplikujúca metódy prameniace z princípov správania s cieľom zlepšenia sociálne žiaduceho správania a skúma premenné zodpovedné za zmeny v správaní“ (Cooper et al., 2007). Aplikovaná behaviorálna analýza poskytuje vedecký základ pre pochopenie významu a funkcie správania (individuí, rodín, komunit, spoločností) a dosiahnutie zmien správania tam, kde je to žiaduce. Tento behaviorálny pohľad, ktorý z tejto vedy vychádza, môže byť použitý v akoľvek kontexte – klinickom, edukačnom, spoločenskom a/alebo organizačnom. Intervencie u ľudí s poruchami autistického spektra sú vynikajúcim príkladom úspešnej aplikácie tejto vedy, ak je využitá systematicky, dôkladne a eticky. Je to veľmi efektívne a v spoločnosti opodstatnené.

4. Autism spectrum disorders are complex developmental disorders that are on increasing trend also in the Slovak Republic. What is autism spectrum disorders treatment like in Europe and what treatments would you recommend to teachers and other professionals in Slovakia?

Poruchy autistického spektra sú komplexnými vývinovými poruchami, ktoré majú stúpajúcu tendenciu aj v Slovenskej republike. Aká liečba porúch autistického spektra sa využíva v Európe a aké spôsoby liečby by ste odporučili pedagógom a odborníkom na Slovensku?

Autism spectrum disorders are diagnosed now in over 2% of children and prevalence rates are likely to continue to rise. We found that 3.5% of 11 year-old children are thought to have autism in the UK (Dillenburger, Jordan, McKerr, & Keenan, 2015). Figures are likely to be similar in the Slovak republic. Diagnosis is often delayed and parents usually worry about their child for at least a year before they go their doctor for assessment. Diagnostic assessment can take a further 6-24 months or even longer. Often children are not diagnosed until they are 5-7 years of age or older. This does not bode well for their future development, especially since we know about the importance and cost-effectiveness of early intensive behavioural interventions. For example, Motiwalla, Gupta, Lilly, Ungar, and Coyte (2006) found that in 2003 in Ontario over CAN\$45million could be saved by offering ABA-based interventions early to children with an autism diagnosis. However, these interventions are not widely available in Europe, and I recommend that parents and professionals get together to promote and, if necessary, campaign for best evidence-based interventions in Slovak republic. Teachers and other professionals should demand to receive good quality training in the science of Applied Behaviour Analysis (at least at Masters level). It is vitally important that this training is delivered by Universities and backed by Government. Short one- or two-day courses are simply not enough. No other professional discipline would accept qualifications obtained on short courses.

Poruchy autistického spektra sú v súčasnosti diagnostikované u viac než 2 % detí a miera výskytu sa bude pravdepodobne naďalej zvyšovať. Zistili sme, že 3,5 % 11-ročných detí vo Veľkej Británii trpí autizmom (Dillenburger, Jordan, McKerr, & Keenan, 2015). Je dosť pravdepodobné, že čísla budú podobné aj na Slovensku. Diagnostika je často oneskorená a rodičia sú zvyčajne znepokojení zdravotným stavom svojich detí asi rok predtým, ako sa rozhodnú s nimi zájsť na odborné diagnostické vyšetrenie. Diagnostika môže trvať aj ďalších 6 – 24

mesiacov, dokonca aj dlhšie. Veľmi často deti nemajú stanovenú diagnózu skôr, ako dosiahnu vek 5 –7 rokov alebo aj viac. To neveští nič dobré pre ich budúci vývin, hlavne preto, že vieme, ako je skorá a intenzívna behaviorálna intervencia dôležitá a finančne efektívna. Napríklad autori Motiwal, Gupta, Lilly, Ungar, a Coyte (2006) zistili, že ponuka skorej ABA intervencie u detí s autistickými diagnózami mohla v Ontariu ušetriť 45 miliónov kanadských dolárov len v roku 2003. Avšak tieto intervencie nie sú veľmi rozšírené a prístupné v Európe. Odporúčala by som, aby rodičia a odborníci spoločnými silami propagovali na dôkazoch založenú intervenciu aj na Slovensku. Pedagógovia a iní odborníci by sa mali dožadovať kvalitného štúdia v aplikovanej behaviorálnej analýze (minimálne na úrovni magisterského stupňa). Je veľmi dôležité, aby takéto školenia boli zabezpečované univerzitami s podporou vlády. Krátke, jedno alebo dvojdnové kurzy sú jednoducho nepostačujúce. Žiadny iný odbor by sa predsa neuspokojil s kvalifikáciou získanou v krátkych kurzoch.

5. Could you please describe the basic importance of Applied Behaviour Analysis in education of children with autism spectrum disorders? Mohli by ste nám opísať, v čom spočíva význam aplikovanej behaviorálnej analýzy pri vzdelávaní detí s poruchami autistického spektra?

In the past, children with autism were considered un-educable and commonly were institutionalised, and/or pharmaceutically restrained. However, in the 1960s and 1970s behaviour analysts showed that with the right teaching methods, these children were able to learn (Ferster, 1961). Since then Applied Behaviour Analysis has become the scientific basis for evidence-based interventions. ABA based interventions usually start by identifying the behaviours or skills that children need to learn to be able to participate fully in every day activities and to make behavioural choices. At times this also includes the identification of behaviours that hinder full inclusion and that limit choices, such as self-injurious behaviours. Once the „target behaviour“ is clearly defined and quantified, it is important to discover the function of the behaviour, through a functional assessment or functional analysis. Prior to any intervention, a preference or reinforcer assessment needs to be conducted to find out what motivates the child to engage in the behaviour to be learned. The intervention then mainly focuses on setting up environmental contingencies that allow for the target behaviour to occur and be reinforced so that it generalises and is maintained in the long-term. As you can see, a lot of planning goes into the intervention and, importantly, the therapist or

parent will collect data on the behaviour right from the start and throughout the intervention. As such, they will know straight away if the intervention is working (or not), and they will be able to adjust the intervention, if the target behaviour does not occur. This means that in ABA-based interventions parents are not blamed for their child's autism, rather parents are taught how to help their child develop necessary skills. Person-centred ABA-based interventions evolve with the progress of the child. ABA is not something done to a child, but it is a way of using science to involve parents and children in strategies that maximise learning outcomes.

V minulosti boli deti s autizmom považované za nevzdelávateľné a často umiestňované v ústavnej starostlivosti a/alebo zvládané medikamentózne. Avšak v 60-tych a 70-tych rokoch behaviorálni analytici ukázali, že tieto deti sú pomocou správnych vyučovacích metód schopné učiť sa (Ferster, 1961). Odvtedy aplikovaná behaviorálna analýza slúži ako vedecké východisko pri intervencii založenej na dôkazoch. Tieto intervencie zvyčajne začínajú identifikovaním správania a zručností, ktoré sa deti potrebujú naučiť, aby boli schopné plnohodnotne participovať na každodenných aktivitách. Niekedy je potrebné identifikovať správanie, ktoré bráni plnej inklúzii a obmedzuje ich voľby (napr. sebapoškodzovanie). Po jasnom zadefinovaní a kvantifikovaní tzv. problémového správania je dôležité identifikovať funkcie, resp. dôvody správania prostredníctvom funkčného ohodnotenia alebo analýzy. Pred každou intervenciou je potrebné vyhodnotenie preferencií alebo odmien, ktoré posilnia určité formy správania, aby sme zistili, čo motivuje dieťa pri dosiahnutí želaných foriem správania, ktorým ho chceme naučiť. Intervencia sa potom zameriava predovšetkým na vytvorenie prostredia, v ktorom sa žiaduce správanie môže objaviť, byť posilňované, aby mohlo byť všeobecne aplikovateľné a dlhodobo udržateľné. Ako môžete vidieť, súčasťou intervencie je aj veľa plánovania. Dôležité je aj to, že terapeut alebo rodič zhromažďujú dáta týkajúce sa správania hneď od začiatku intervencie, ako aj počas jej trvania. Týmto spôsobom budú mať odborníci a rodičia hneď k dispozícii spätnú väzbu o tom, či ich intervencia funguje (alebo nie) a budú môcť intervenciu modifikovať, ak sa cieľové správanie neobjaví. To znamená, že rodičom, ktorí sú súčasťou ABA intervencie sa nevyčíta autizmus ich detí, ale práve naopak, rodičia sú vedení k tomu, aby dokázali pomôcť svojim deťom pri rozvíjaní potrebných zručností. Intervencie založené na ABA sú zamerané na človeka a vyvíjajú sa súčasne s pokrokmi dieťaťa. ABA nie je niečo, čo je pre dieťa hotové/urobené, ale je to skôr spôsob využitia vedy na zapojenie rodičov a detí do stratégií, ktoré maximalizujú výsledky vzdelávacieho procesu.

6. **Availability of Applied Behaviour Analysis (ABA) in the Slovak republic is very limited. At this time, there are only two certified behaviour analysts in the whole country. There is no availability to study accredited study program in this field in the Slovak republic. What would you recommend to the professionals in terms of gradual implementation of the principles of ABA in our educational system?**
Dostupnosť ABA na Slovensku je veľmi obmedzená. V súčasnosti sú v celej krajine k dispozícii len dvaja certifikovaní ABA-terapeuti. Akreditované štúdium v tomto odbore nie je na Slovensku dostupné. Čo by mali odborníci urobiť pre postupnú implementáciu princípov ABA do nášho edukačného systému?

The situation in Slovak republic is very similar to the situation in Northern Ireland not very long ago. The way ahead means parents and professionals working together and organising themselves into groups or organisations that focus on bringing Behaviour Analysis to the Slovak republic. Do not expect that Government to volunteer to fund ABA-based interventions without a considerable amount of lobbying. At the moment, you are lucky to have some very skilled behaviour analysts in the Slovak republic who are willing to help, however they are far too few. Of course, the Universities have an important part to play in setting up internationally approved training courses. In the meantime, you could organise conferences, parent training events, and workshops. Ask the international community for help, but beware of the 'market forces' as some people have been using the vacuum ABA expertise to make a lot of money. Ultimately, the success of an intervention will speak for itself. However, I would advise parents to record their child's progress on video, in other words, make videos of their child's behaviour before they start the intervention and then record progress over time. There is nothing more powerful in convincing others of the effectiveness of ABA-based interventions than watching it happen right in front of your eyes.

Situácia na Slovensku sa tak veľmi nelíši od nedávnej situácie v Severnom Írsku. Cesta vpred znamená spoluprácu rodičov a odborníkov a formovanie skupín a organizácií, ktorých zameraním a prioritou by bolo uviesť ABA do praxe aj na Slovensku. Je zbytočné spoliehať sa na to, že vláda bude dobrovoľne financovať ABA intervencie bez značného lobovania. Máte šťastie v tom, že máte k dispozícii vysoko kvalifikovaných behaviorálnych terapeutov, ktorí sú ochotní pomôcť, aj keď ich je veľmi málo. Samozrejme aj univerzity zohrávajú kľúčovú úlohu pri zriaďovaní medzinárodne uznávaných školení/kurzov. Zatiaľ by ste mohli organizovať konferencie, školiace podujatia pre rodičov

a workshopy. Požiadajte o pomoc medzinárodnú komunitu, ale dávajte si pozor na "trhové sily," keďže sa nájdu aj takí, ktorí zneužívajú akési vákuum v oblasti ABA expertízy na vlastné obohatenie. Nakoniec však úspechy takejto formy intervencie budú hovoriť sami za seba. Poradila by som rodičom, aby si zaznamenávali pokroky svojich detí na video. Mali by si správanie svojho dieťaťa natočiť na videozáznam pred začiatkom intervencie a potom opäť po nejakom čase. Pri presvedčaní o efektívnosti ABA intervencie neexistuje nič účinnejšie, ako vidieť pokrok dieťaťa na vlastné oči.

- 7. Prof. Dillenburger, you were involved in European funded projects to develop the award-winning online training resource *Simple Steps*. *Simple Steps* is now used on 9 European languages and is important in terms of educating parents and professionals. What would you consider to be the most important factors in implementing Applied Behaviour Analysis into policy and practice in the Slovak republic? *Pani profesorka, boli ste zapojená do projektu financovanom EÚ, ktorého výstupom bolo vytvorenie podkladov/zdrojov pre online školenie s názvom Simple Steps. Program Simple Steps je v súčasnosti dôležitým prostriedkom vzdelávania rodičov aj odborníkov a je dostupný v 9 svetových jazykoch. Aké faktory považujete za najdôležitejšie pri implementovaní ABA do praxe na Slovensku?***

Working with a large team of parents and professionals to develop Simple Steps (www.stamppp.com) over many years was an amazing experience. Simple Steps is an online resource that helps parents and professionals to learn about ABA-based interventions for children on the autism spectrum. It is very easy to use and is available 24/7 to anyone who has a license to use it. It contains 8 different sections using videos and animations to explain the different concepts and it provides practical examples and exercises. Given the difficulties in many European countries of bringing ABA-based interventions to families, Simple Steps offers a wonderful resource. None of the academics involved in the development of Simple Steps have any financial interest in the resource. In other words, any money generated goes straight back to the work with the parents. There are people who care enough to put children and families ahead of profit! In a number of countries, Simple Steps is now given to parents whose children are being diagnosed. It would be important to translate Simple Steps in the Slovak language so that parents and professionals would have access to this resource. At the same time, it would be important that policy makers support

the Universities setting up internationally approved ABA courses (www.bacb.com). Staff training and parent education in ABA will be the best way ahead.

Niekoľkoročná spolupráca s početným tímom rodičov a odborníkov na vytvorení Simple Steps (www.stamppp.com) bola úžasnou skúsenosťou. Simple Steps je súbor online materiálov, ktorý pomáha rodičom a odborníkom dozvedieť sa o ABA intervencii pre deti autistického spektra. Jeho používanie je jednoduché a je k dispozícii každému s licenciou na jeho použitie 24 hodín denne, 7 dní v týždni. Obsahuje 8 rôznych častí a pomocou videí a animácií vysvetľuje jednotlivé koncepty a poskytuje praktické príklady a cvičenia. Vzhľadom na ťažkosti súvisiace so sprístupnením ABA intervencie rodinám, Simple Steps je vynikajúcim zdrojom. Ani jeden z akademikov, ktorí participovali na vývoji Simple Steps, nemá v projekte žiadne finančné záujmy. Inými slovami, všetky vygenerované financie sa vrátia späť do práce s rodičmi detí s autizmom. Nájdú sa totiž ľudia, v ktorých záujme sú deti a rodiny, a nie zisk! V mnohých krajinách je Simple Steps poskytovaný rodičom, ktorých deti sú diagnostikované. Bolo by prospešné preložiť Simple Steps do slovenčiny a sprístupniť ho tak rodičom, ako aj ďalším odborníkom na Slovensku. Taktiež je dôležité, aby tvorcovia politik podporovali univerzity pri zriaďovaní medzinárodne uznávaných ABA kurzov (www.bacb.com). Najlepšou cestou vpred bude musieť byť vzdelávanie rodičov a školenie personálu v metódach ABA.

- 8. One of your sustained inputs into literature in the field, beside early behavioural intervention, is in relation to the parent training in autism spectrum disorders. What would you recommend to parents in the terms of increasing quality of services and evidence-based practices for their children with autism spectrum disorders in the Slovak republic?**

Váš významný prínos spočíva nielen v propagácii včasnej behaviorálnej intervencie, ale aj v edukácii rodičov týkajúcej sa porúch autistického spektra. Čo by ste odporučili rodičom detí s poruchami autistického spektra v súvislosti so zvyšovaním kvality poskytovaných služieb a praxe na Slovensku?

Parent training and education lies at the root of evidence-based interventions. Ultimately, parents are the main advocates for their children. We have found that they are usually highly motivated to learn as much as they can about ABA and that they are keen to implement ABA-based procedures. They usually understand the practical nature of ABA very quickly because they can see the progress their child is making. Parents also are the key people to

fight for the rights of their children. However, it is a tall order to ask parents to do all this on their own. Oftentimes, they are already stressed out coping with difficult behaviours of their child and lack of support from service providers. Therefore, it is very important that professionals support parents in their struggle for better services. Ultimately, it will be parents and professionals working together to improve the lives of their loved ones with autism that will make the positive difference in their lives (Dillenburger, Keenan, & Gallagher, 2015; Keenan, Kerr, & Dillenburger, 2000).

Základom intervencie založenej na dôkazoch je vzdelávanie a zaškolenie rodičov. Koniec koncov, práve rodičia najviac obhajujú záujmy svojich detí. Zistili sme, že rodičia sú spravidla veľmi motivovaní k tomu, aby sa naučili čo najviac o ABA a vítajú implementáciu metód založených na ABA. Obyčajne pochopia praktickú (funkčnú) povahu ABA veľmi rýchlo, keďže vidia, ako ich deti napredujú. Rodičia sú zároveň tými, ktorí najviac „bojujú“ za práva svojich detí. Avšak je nereálne od nich žiadať, aby to všetko robili sami. Často sú veľmi vystresovaní zo zvládania zložitého správania ich detí a z nedostatku podpory od poskytovateľov služieb. Preto je veľmi dôležité, aby odborníci podporovali rodičov v ich strastiplnom boji za lepšie služby. Nakoniec to budú práve rodičia a odborníci pracujúci spoločne na skvalitnení života ich blízkych, ktorí môžu priniesť pozitívne zmeny do životov všetkých (Dillenburger, Keenan, & Gallagher, 2015; Keenan, Kerr, & Dillenburger, 2000).

***Distinguished profesor Karola Dillenburger, BCBA-D,
thank you very much for the interview.***

***Vážená pani profesorka Karola Dillenburger, BCBA-D,
ďakujem Vám veľmi pekne za rozhovor.***

REFERENCES

- CHIESA, M. 1984. Radical behaviorism: The philosophy and the science. Cambridge Center for Behavioral. Retrieved December 5, 2015, from <http://www.amazon.com/Radical-Behaviorism-The-Philosophy-Science/dp/0962331147>.
- COOPER, J. O., HERON, T. E., HEWARD, W. L. 2007. *Applied Behavior Analysis*. USA: Pearson Prentice Hall, 2007.
- DILLENBURGER, K. 1992. *Violent bereavement: Widows in Northern Ireland*. Avebury: Ashgate Publishing Company, 1992.
- DILLENBURGER, K., JORDAN, J.-A., MCKERR, L., KEENAN, M. 2015. The Millennium child with autism: Early childhood trajectories for health, education and economic wellbeing. In: *Developmental Neurorehabilitation*, 18, 2015, pp. 37 – 46. doi:10.3109/17518423.2014.964378.
- DILLENBURGER, K., KEENAN, M., GALLAGHER, S. 2015. A seat at the table: Families affected by autism. Amazon Kindle Edition. Retrieved March 17, 2015, from http://www.amazon.co.uk/seat-table-Families-affected-Autism-ebook/dp/BooUOXF3Fo/ref=sr_1_1?s=books&ie=UTF8&qid=1426600773&sr=1-1&keywords=seat+at+the+table.
- FERSTER, C. B. 1961. Positive reinforcement and behavioral deficits of autistic children. In: *Child Development*, 32, 1961, 3, pp. 437 – 456, doi:10.2307/1126210.
- KEENAN, M., KERR, K. P., DILLENBURGER, K. 2000. *Parents education as autism therapists*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2000.
- MOTIWALA, S. S., GUPTA, S., LILLY, M. B., UNGAR, W. J., COYTE, P. C. 2006. The cost-effectiveness of expanding intensive behavioural intervention to all autistic children in Ontario: in the past year, several court cases have been brought against provincial governments to increase funding for Intensive Behavioural Intervention. In: *Healthcare Policy = Politiques de Santé*, 1, 2006, 2, pp. 135 – 151. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2585334&tool=pmc&rendertype=abstract>.
- SKINNER, B. F. 1965. Science and human behavior. Simon and Schuster. Retrieved from <https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=Pjjknd1HREIC&pgis=1>.
- SKINNER, B. F. 1977. Why I am not a cognitive psychologist. Behaviorism. Retrieved December 14, 2015, from http://www.jstor.org/stable/27758892?seq=1#page_scan_tab_contents.



prof. Karola Dillenburg, BCBA-D⁵

⁵ Prof. Karola Dillenburg, BCBA-D, School of Education, Queen's University, 69-71 University Street, Belfast, BT7 1HL. E-mail: k.dillenburg@qub.ac.uk. Fotografia zverejnená so súhlasom autorky.

HLEBOVÁ, B., ĎORĐOVIČOVÁ, J., PALKOVÁ, V.: *Partial cognitive functions in the context of reading competence of the pupils with mild intellectual disability in the school integration*. Prostějov: Computer Media, s.r.o., 2015. 150 s. ISBN 978-80-7402-242-5.

Kolektívna monografická práca je publikačným výstupom riešiteľov grantového projektu APVV-o851-12 *Osobnostné a sociálne faktory školskej úspešnosti žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami v podmienkach inklúzie* (OSFa) (2013 – 2016) – doc. PaedDr. Bibiány Hlebovej, Mgr. Jany Ďorđovičovej, PhD., PaedDr. Veroniky Palkovej, PhD., a zameriava sa na výskum stimulácie čiastkových kognitívnych funkcií v kontexte zvyšovania úrovne čitateľskej kompetencie žiakov s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia v školskej integrácii edukovaných v 4. ročníku na základných školách v Prešovskom samosprávnom kraji na Slovensku.

Monografia je koncepčne rozčlenená do troch kapitol. V prvej kapitole s názvom *Epistemological and ontological background of cognitive stimulation of reading competencies of the pupils with mild intellectual disability* sa autorky venujú skúmanej problematike s bližším zameraním na špecifiká žiakov s ľahkým mentálnym postihnutím vrátane osobitostí ich kognitívnych procesov a teoretického vymedzenia čiastkových funkcií v kognitívnych procesoch, resp. čiastkových kognitívnych funkcií. Súčasne nám sprostredkujú pohľad z rôznych filozofických smerov v jednotlivých obdobiach vývinu ľudstva od antického staroveku až po 21. storočie, v ktorom poukazujú na rozmanitosť a formovanie názorov človeka na jedincov s mentálnym postihnutím a ich edukáciu. Svoju pozornosť autorky sústreďujú najmä na mentálne postihnutie a popis deficitných kognitívnych procesov u žiakov s mentálnym postihnutím, ktoré môžeme pozorovať ako čiastkové (bazálne, základné funkcie) v kognitívnej oblasti.

V druhej kapitole s názvom *Reading competence and determinants of its development in the pupils with mild intellectual disability* sa autorky zameriavajú na príčiny problémov v oblasti osvojovania si čitateľskej kompetencie u žiakov s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia v podmienkach školskej integrácie. Zároveň objasňujú, ako sú kognitívne procesy u týchto žiakov už od ich raného vývinu ovplyvniteľné od sociálneho prostredia v ich každodennom živote. Autorky ich definujú ako biologické, kognitívne a sociálne faktory, ktoré môžu byť prediktormi ďalšieho vývinu žiakov s ľahkým stupňom mentálneho

postihnutia a ktoré v dostatočnej miere môžu ovplyvniť aj školskú úspešnosť žiakov, ako aj rozvoj ich čitateľskej kompetencie.

Cieľom poslednej kapitoly *Partial cognitive functions and reading competence of the pupils with mild intellectual disability within school integration* bolo zameranie autoriek na vedecký výskum a v rámci neho analyzovať vzťah medzi premennými (čitateľská kompetencia, čiastkové kognitívne funkcie) u žiakov s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia edukovaných v individuálnej školskej integrácii na základnej škole. Na zisťovanie daných úrovní autorky použili test ako výskumný nástroj (*Pedagogická diagnostika čítania mlaších žiakov*, Čižmarovič, Kalná, 1991; *T-254 Deficity čiastkových funkcií*, Sindelarová, uprav. Černý, 2008). Výskum bol realizovaný v podmienkach základných škôl v Prešovskom samosprávnom kraji na Slovensku a do testovania bolo zapojených 46 žiakov s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia. Autorky realizovaným výskumom potvrdili opodstatnenosť cielenej stimulácie čiastkových kognitívnych funkcií u žiakov s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia v rámci zvyšovania úrovne ich čitateľskej kompetencie.

Autorky monografickej práce sa zaoberali problémom, ktorému sa doteraz vo vedeckých a odborných kruhoch venovala osobitná pozornosť len v edukácii žiakov s poruchami učenia – najmä s narušenou komunikačnou schopnosťou a dyslexiou. V tejto súvislosti výskumný zámer autoriek na žiaka s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia v procese rozvíjania jeho čitateľskej kompetencie prostredníctvom stimulácie čiastkových kognitívnych funkcií považujeme za nový, aktuálny a prínosný nielen pre úzky okruh odborníkov v danej oblasti, ale inšpirujúci aj pre pedagógov v špeciálnopedagogickej praxi.

Mgr. Gabriela Vojteková
Katedra špeciálnej pedagogiky
Pedagogická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove
Prešov
Slovenská republika

KOŽÁROVÁ, J., PODHÁJECKÁ, M.: *Deti s problémovým správaním v predprimárnej edukácii*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2015. 104 s. ISBN 978-80-555-1399-7.

Vysokoškolská učebnica *Deti s problémovým správaním v predprimárnej edukácii* je publikačným výstupom riešiteľiek grantového projektu APVV-0851-12 *Osobnostné a sociálne faktory školskej úspešnosti žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami v podmienkach inklúzie (OSFa)* (2013 – 2016), ktoré sa venujú aktuálnej téme problémového správania detí v predškolskom veku. V prvej kapitole autorky teoreticky vysvetľujú pohľady na toto klinicky komplikovane definovateľné spávanie a vymedzujú ho od tzv. bežnej detskej neposlušnosti. Vychádzajú nielen z literatúry slovensko-českej proveniencie, ale používajú aj zahraničné zdroje nórske, americké a anglické autorov (napr. Achenbach, Ogden, Cole, Campbell a i.) a práve ich modelmi zrozumiteľne vysvetľujú a ilustrujú problémové správanie, jeho etiológiu a multifaktoriálnu podmienenosť.

Prínosom je prehľad diagnostických nástrojov v podobe hodnotiacich škál, ktoré pedagógovia môžu využívať. Avšak pre ich použitie v našich podmienkach bude potrebné vynaložiť ešte mnoho úsilia, aby sa štandardizovali a stali bežnou súčasťou diagnostiky detí v materských školách. Včasná diagnostika problému a rýchle začatie s rehabilitáciou správania, sú kľúčové oblasti pre úspešnosť výchovného pôsobenia. Z toho dôvodu upozorňujú autorky na strategickú pozíciu pedagóga v materských školách pri rozhodovaní a výbere vhodných edukačných metód, ktorá by vyplývala z potrieb konkrétneho dieťaťa.

Druhá kapitola obsahuje 35 edukačných hier pre detské kolektívy, ktorými je možné zmierniť alebo zredukovať problémové správanie detí. Aj keď ich výber zohľadňuje poznatky o správaní a potrebách dieťaťa v danom vývinovom štádiu, primárny dôraz autorky kladú na rozvoj vymedzenej kompetencie, nie na vek dieťaťa. Autorky zdôrazňujú cielenosť a zámernosť aktivít, avšak nezabúdajú na hrový aspekt, pomocou ktorého si dieťa nenásilnou formou môže osvojiť zdravé vzorce správania.

Publikačný výstup autoriek považujem za významný z hľadiska jej obsahu a koncepcie, ktorý je spracovaný zrozumiteľným prepojením medzi teóriou a praxou edukácie detí s problémovým správaním v predškolskom veku. Prínosom je vysvetľovanie zásad práce s touto populáciou, ktoré autorky predstavujú v konkrétnych edukačných stratégiách. Autorky sa venujú aj návrhom intervencií pre dieťa v domácom prostredí, ktoré môže pedagóg použiť v poradenskom kontexte svojej práce. V prípade pokračovania v spracovaní

danej témy odporúčam autorkám doplniť hrové aktivity o ciele, ktoré by boli prepojené na konkrétne problémové správanie, teda indikácie pre použitie tejto hry.

Pregraduálna príprava pedagógov materských škôl môže byť touto vysokoškolskou učebnicou obohatená o systematicky spracované teoretické poznatky problémového správania detí, z ktorých môže pedagóg vychádzať pri tvorbe vhodnej výchovnej stratégie a zároveň ich vhodne prepájať na oblasť praxe tým, že ponúka overené aktivity, ktorými je možné doceliť korekciu správania. Učebnica je určená študentom pedagogiky, avšak užitočné informácie a inšpiráciu v nej nájdu aj pedagógovia z praxe či rodičia detí s problémovým správaním v predškolskom veku.

Mgr. Tatiana Dubayová, PhD.
Katedra špeciálnej pedagogiky
Pedagogická fakulta
Prešovská univerzita v Prešove
Prešov
Slovenská republika

VALENTA, M. A KOL.: *Slovník speciální pedagogiky*. Praha: Portál, 2015. 317 s. ISBN 978-80-262-0937-9.

Speciálněpedagogická odborná veřejnost se konečně dočkala výkladového slovníkuspeciálnípedagogiky,ato hnedv reprezentativním vydání nakladatelství Portál. Kolektiv dvanácti autorů vydáním publikace *Slovník speciální pedagogiky* informuje studenty speciální pedagogiky, speciální pedagogy, pedagogy běžných škol a další odborníky z praxe o terminologii a názvosloví v oboru speciální pedagogika. Slovník si klade za cíl zainteresovanému čtenáři pomoci se orientovat v rozsáhlé terminologii a názvosloví tohoto oboru. Také se snaží upozornit na aktuality a moderní trendy v pojmosloví. Ve slovníku nechybí ani výklad interdisciplinárních pojmů, se kterými se speciální pedagog v praxi může setkat (například z oblasti zdravotnictví, sociálních služeb, psychoterapie či expresivních terapií).

Autorský kolektiv vedený prof. PaedDr. Milanem Valentou, Ph.D., byl tvořen až na výjimky vědeckými odborníky z Ústavu speciálněpedagogických studií Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Kolektiv autorů dále tvoří: Mgr. Miluše Hutýrová, Ph.D.; doc. PhDr. Jaroslav Kysučan, CSc.; doc. Mgr. Jiří Langer, Ph.D.; prof. PaedDr. Libuše Ludíková, CSc.; doc. PaedDr. et Mgr. Jan Michalík, Ph.D.; PhDr. Renata Mlčáková, Ph.D.; Mgr. Oldřich Muller, Ph.D.; Mgr. Martin Dominik Polínek, Ph.D.; prof. PaedDr. et PhDr. Miloš Potměšil, Ph.D.; Mgr. Pavel Svoboda, Ph.D.; prof. PhDr. Marie Vítková, CSc.

Vědecká a odborná veřejnost již delší čas čekala na takto orientovanou publikaci. Poslední slovník, který se věnoval oboru speciální pedagogika, vyšel v roce 2000 pod názvem Defektologický slovník, jehož autorem byl Ludvík Edelsberger. Nutné je však konstatovat, že se jednalo pouze o třetí a upravené vydání Defektologického slovníku z roku 1978, jehož autorem byl Miloš Sovák.

Publikace je dělena na dvě hlavní části: *Heslář* a *Osobnosti speciální pedagogiky*. V úvodu knihy je čtenář seznámen pouze s edičními poznámkami. Slovník absentuje o úvodní slovo autorů, které by okomentovalo záměr, cíl a celkové poslání publikace. Na zadním přebalu knihy sice autoři stručně charakterizují obsah a zacílení publikace, přesto však úvodní text vyznívá příliš okrajově a obecně. Slovník obsahuje nejen věcná hesla, ale seznamuje čtenáře i s významnými českými a zahraničními osobnostmi, které výrazně ovlivnily vývoj oboru speciální pedagogika. Oproti defektologickému slovníku, který obsahoval pouze věcná hesla, je tato kapitola přínosným benefitem.

Obsahem výrazně převažují věcná hesla nad osobnostními medailonky. Heslář je řazen abecedně a u téměř každého hesla je uveden anglický a německý

ekvivalent, což označují za velmi užitečné a nezbytné v dnešním moderním světě. Samotní autoři uvádí, že pokud chybí u hesla cizojazyčný ekvivalent, znamená to, že se jedná o ryze český termín. Přestože je heslář velmi tučný a jeví se jako orientovaný na praktické a trendové pojmy, není zcela komplexní a ucelený.

Pohlédneme-li na strukturu hesláře optikou základního dělení speciálněpedagogických disciplín, tak kvantitativně zaostává terminologie z oblasti etopedie. Slovník obsahuje velký počet mezioborových pojmů, které však bezpochyby patří do kompetence znalostí speciálního pedagoga. Některé okruhy hesel jsou neucelené a celkově chybí slovníku komplexní nasycenost pojmů. Vybereme namátkou některé pojmy. Například se dozvídáme o domovech pro osoby se zdravotním postižením, terapeutických komunitách, diagnostických ústavech, ale již chybí definování dětských domovů či domovů na půl cesty. Slovník věnuje pozornost termínům dítě s pohybovým postižením, mozkovou obrnou, zdravotním postižením, ale absentuje dítě s mentálním postižením, smyslovým postižením, kombinovaným postižením apod. Ani ve skupině hesel označených „osoby,“ není tato kategorie ucelená. Heslář uvádí pouze: osoba se zrakovým postižením a osoba s tělesným postižením. Přestože jsou ve slovníku většinou potřebná hesla dohledatelná, tak ale tato neucelenost dokazuje, že struktura slovníku je místy nejednotná a nepřehledná. Je spodivem, že tak reprezentativní práce *Slovník speciální pedagogiky* neobsahuje seznam hesel a jakýkoli rejstřík, což snižuje její hodnotu jako pracovní příručky.

Otázkou však zůstává, zda je vůbec reálné nasytit jakýkoliv slovník skutečně všemi pojmy, které se týkají oboru speciální pedagogika a příslušných interdisciplinárních oborů. I přes předložené poznámky obsahuje slovník mnoho užitečných pojmů s výstižným výkladem. Pro čtenáře, kterým je slovník autory adresován, bude jistě užitečný a přínosný. Nelze ani opomenout jedinečnost zaměření publikace, která jistě pomůže k rozvoji současné speciální pedagogiky.

Mgr. Lenka Šilarová
Ústav speciálněpedagogických studií
Pedagogická fakulta
Univerzita Palackého v Olomouci
Česká republika

BERNHAUSEROVÁ, D., KLUGEROVÁ, J.: *Diagnostika breptavosti*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014. 96 s. ISBN 978-80-7452-104-1.

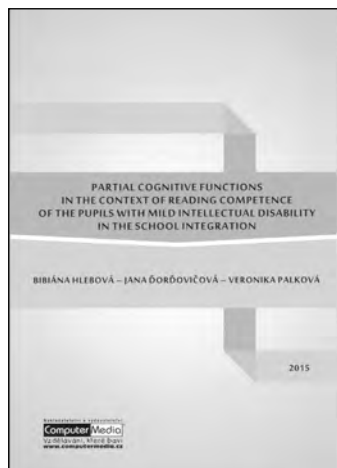
Spoluautorky D. Bernhauserová a J. Klugerová v úvode odbornej publikácie poukazujú na aktuálny nárast klientov s brblavosťou v logopedických ambulanciách. Praktické poznanie ich motivovalo k spracovaniu problematiky v projekte špecifického vysokoškolského výskumu Univerzity Jana Amose Komenského v Prahe s názvom *Komplexní diagnostika breptavosti (Prevence negativních dopadů na pracovní zařazení osob s breptavostí)*, ktorý prebiehal v rokoch 2013 a 2014. Výstupom je publikácia monografického charakteru s názvom *Diagnostika breptavosti* (2014), ktorá obohacuje logopedickú teóriu a prax o špeciálnu diagnostiku poruchy reči – brblavosť (latinsky tumultus sermonis; česky breptavost).

Kompozične je problematika spracovaná v dvoch častiach. Teoretická časť má tri kapitoly, ktoré sú sumarizáciou poznatkov z domácej i zahraničnej literatúry. V prvej kapitole *Vymedzení základních terminologických kategorií* spoluautorky definovali termíny komunikačná schopnosť, narušená komunikačná schopnosť, logopedická diagnostika, intervencia, ktoré sú všeobecnými informáciami pre logopéda. Brblavosť je narušením fluencie reči, ktorá je heterogénnou kategóriou reči. V spleti rôznych definícií brblavosti v úvode druhej kapitoly *Breptavost' – porucha fluencie řeči* definíciu uvádzanú Svetovou zdravotníckou organizáciou a Americkou psychiatrickou spoločnosťou spoluautorky považujú za východiskovú pre teoretické analýzy symptomatológie poruchy. V tretej kapitole *Diagnostika breptavosti* sú popísané atribúty špeciálnej diagnostiky symptómov brblavosti pomocou špecifických postupov. Diagnostické postupy sú prezentované od autorov Hedge (2001), Lechta (2009), Van Zaalen, Wijnen, Dejonckere (2011), Bernhauserovej (2011). Spoluautorky si ponechali dostatočný odborný priestor aj na diferencionálnu diagnostiku brblavosti a kockavosti. Na najvýznamnejší symptóm brblavosti v zhode s Lechtom (2009) vymedzujú primárne vnímanie tempa reči a pauzu, čo vyhodnocujú ako dôsledok patologicky zrýchleného tempa, pričom pri zajakavosti ide o opačné zastúpenie symptómov. Čitateľ dostane informácie aj o ďalších diferenciačných diagnostických znakoch, ako je adaptačný efekt, únikové, vyhybové správanie, interververbálna a intraverbálna akcelerácia, eliza, znížená úroveň jazykových schopností.

Praktická časť v dvoch kapitolách analyzuje špecifiká logopedickej diagnostiky a intervencie brblavosti. V úvode štvrtej kapitoly *Diagnostika breptavosti adolescentů a dospělých v logopedické praxi* spoluautorky charakterizujú rôznorodosť postojov k brblavosti aktérov logopedického vzťahu, t.j. klienta a logopéda. Popisujú konkrétne postupy diagnostiky, ako je analýza špecifických logopedických anamnestických údajov o rodine, klientovi, klientovo zhodnotenie uvedomovania si poruchy, iatropné príznaky a motivácia pre logopedickú intervenciu. Kvalitatívna a kvantitatívna analýza brblavosti je primárne viazaná na transkripciu nahrávok. Je zameraná na poznanie zvláštnosti v reči a jazykových schopnostiach. Logopéd pozoruje klientovo aktívne počúvanie, správanie sa pri komunikácii a pri hlasovom prejave. Konkretizáciu aplikovaných logopedických diagnostických nástrojov čitateľ nachádza v prílohách publikácie. Dve prípadové štúdie v piatej kapitole sú praktickými ukážkami navrhnutých diagnostických postupov uvedených v štvrtej kapitole. Súčasťou štúdií je vymedzenie cieľov, úloh, odporúčaní pre logopedické intervencie. Závery z kazuistík poukazujú na úspešnosť intervencií a sú ukážkami odbornej náročnosti logopedického diagnostikovania a intervencie.

Monografia logopedickej verejnosti ponúka korpus teoretických a praktických informácií, paralelne naznačuje smerovanie výskumu v logopedickej diagnostike brblavosti. Z uvedených dôvodov odporúčam túto knižnú publikáciu najmä pre odborníkov logopédov.

Mgr. Jarmila Žolnová, Ph.D.
Katedra špeciálnej pedagogiky
Pedagogická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove
Prešov
Slovenská republika



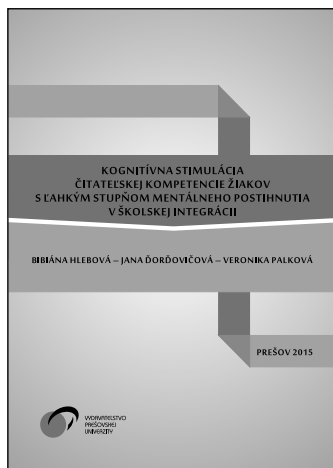
HLEBOVÁ, B., ĎORĎOVIČOVÁ, J., PALKOVÁ, V.: *Partial cognitive functions in the context of reading competence of the pupils with mild intellectual disability in the school integration*. Prostějov: Computer Media, s.r.o., 2015. 150 s. ISBN 978-80-7402-242-5.

Zámer kolektívnej monografickej práce vyplýva z potreby funkčnej a plnohodnotnej školskej integrácie žiakov s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia, s užším zameraním na cielenú stimuláciu

čiastkových kognitívnych funkcií a čitateľskej kompetencie. V tomto smere si autorky kladú za cieľ analyzovať vzťah medzi vybranými čiastkovými kognitívnymi funkciami v kontexte rozvíjania čitateľskej kompetencie žiakov s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia vzdelávaných v školskej integrácii v 4. ročníku na základnej škole v Prešovskom samosprávnom kraji na Slovensku. Konceptne monografická práca pozostáva z troch ústredných kapitol s úvodom, záverom, literatúrou a prílohou. V teoretickej časti monografickej práce autorky vymedzujú filozofické paradigmy a myšlienkové prúdy v kontexte skúmanej problematiky, ktoré vyústili do stručného popisu vývinu historického pohľadu na edukáciu žiakov s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia; tiež terminologické východiská čitateľskej kompetencie, jej determinujúce biologické, kognitívne a sociálne činitele vrátane procesu osvojovania si tejto kompetencie, ako aj kognitívne aspekty, ktoré je možné zohľadniť v kontexte stimulácie čitateľskej kompetencie žiakov s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia. Empirickú časť monografickej práce tvorí tretia kapitola, v ktorej sa autorky zaoberajú výskumom a analýzou aktuálnej úrovne vybraných premenných (čitateľská kompetencia, čiastkové kognitívne funkcie) u žiakov s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia v školskej integrácii. Na základe stanovených dvoch relačných problémových otázok následne analyzujú všetky stanovené premenné postupne a jednotlivé zistenia komparujú s dostupnou odbornou literatúrou. Knižná publikácia vyšla v anglickom jazyku v zahraničnom vydavateľstve a je súčasťou riešenia grantového projektu APVV-o851-12 *Osobnostné a sociálne faktory školskej úspešnosti žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami v podmienkach inklúzie* (OSFa) (2013 – 2016).

HLEBOVÁ, B., ĎORĐOVIČOVÁ, J., PALKOVÁ, V. 2015. *Kognitívna stimulácia čitateľskej kompetencie žiakov s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia v školskej integrácii*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2015. 246 s. ISBN 978-80-555-1456-7.

Cieľ kolektívnej monografickej práce spočíva v overovaní efektívnosti zostaveného kognitívneho stimulačného programu na skvalitnenie úrovne čitateľskej kompetencie (techniky a spôsobu čítania, čítania s porozumením) žiakov s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia edukovaných v individuálnej školskej integrácii v 4. ročníku základnej školy, a to na vyučovacích hodinách slovenského jazyka a literatúry. Zostavenie kognitívneho stimulačného programu vychádza z analýzy vzájomného vzťahu závislých premenných (čitateľská kompetencia, čiastkové kognitívne funkcie). V dôsledku toho je obsah kognitívneho stimulačného programu cielene zameraný na rozvíjanie deficitných čiastkových kognitívnych funkcií (vizuálne členenie, resp. diferenciacia pozadia a figúry, vizuálna diferenciacia tvarov, vizuálna pamäť, auditívne členenie, resp. diferenciacia figúry a pozadia, auditívna diferenciacia reči, auditívna pamäť, intermodálny vzťah, vnímanie časového sledu, taktilno-kinestetické vnímanie, priestorová orientácia) ako prediktorov zvyšovania úrovne čitateľskej kompetencie žiakov s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia v mladšom školskom veku. Metodika výskumu sa opiera o výskumnú metódu – mnohonásobná prípadová štúdia a overovanie zostaveného kognitívneho stimulačného programu čitateľskej kompetencie žiakov so zameraním na rozvíjanie deficitných čiastkových kognitívnych funkcií u vybraných žiakov s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia. Význam výsledkov výskumu autorky nachádzajú v zmysle potenciálneho využitia námetov kognitívnej stimulácie pri tvorbe školského vzdelávacieho programu ako doplnku školského kurikula predmetu slovenský jazyk a literatúra s cieľom zvyšovania školskej úspešnosti individuálne začlenených žiakov s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia v edukačnom procese na základnej škole. Knížna publikácia je súčasťou riešenia grantového projektu APVV-0851-12 *Osobnostné a sociálne faktory školskej úspešnosti žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami v podmienkach inklúzie* (OSFa) (2013 – 2016).



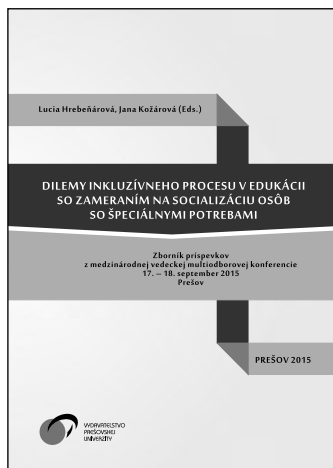


HLEBOVÁ, B. 2015. *Romany folk-tale (paramisi) in the inclusive education of the pupils from Roma ethnic group*. Prostějov: Computer Media, s.r.o., 2015. 126 s. ISBN 978-80-7402-241-8.

V rámci vytýčeného cieľa zostavenej odbornej knižnej publikácie, ktorý vyústil do prezentácie invenčných námetov na multikultúrnú, emocionálnu a jazykovo-komunikačnú inkluzívnu edukáciu žiakov v mladšom školskom veku pochádzajúcich z rómskeho etnika prostredníctvom

vybranej rómskej rozprávky *Deti Slnka* od D. Hivešovej-Šilanovej, autorka využila identifikované a interpretované znaky rómskej identity (romipen), aby všetkým žiakom bez rozdielu (rómskeho i nerómskeho pôvodu) umožnila hlbšie spoznať kultúru, tradície a životný štýl rómskej minoritnej skupiny. Tým pre nich ako pre reprezentantov dvoch odlišných kultúr vytvorila dostatočný priestor na vzájomnú komunikáciu a tvorivý dialóg s cieľom vzájomného spoznávania, obohacovania a zbližovania, ako aj prekonávania vzájomných predsudkov a bariér, ktoré často vyplývajú len z neznalosti toho druhého. Súčasne hrovým a nenásilným spôsobom v školskom prostredí navodila komunikačné situácie a priestor na detské rómsko-nerómske priateľstvá, čiže na efektívnu sociálnu inklúziu žiakov pochádzajúcich z rómskeho etnika s prirodzeným rešpektovaním ich odlišností. Autorka sa usilovala inšpirovať nielen študentov pedagogických fakúlt, ale aj pedagógov na základných školách pri zostavovaní školských vzdelávacích programov s efektívnym využitím multikultúrnej, emocionálnej a jazykovo-komunikačnej výchovy a s implementáciou programov podporujúcich jazykový, kultúrny a spoločenský rozvoj identity žiakov pochádzajúcich z rómskeho etnika v edukačnom procese. Knižná publikácia vyšla v anglickom jazyku v zahraničnom vydavateľstve a je súčasťou riešenia grantového projektu APVV-o851-12 *Osobnostné a sociálne faktory školskej úspešnosti žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami v podmienkach inklúzie* (OSFa) (2013 – 2016).

HREBEŇÁROVÁ, L., KOŽÁROVÁ, J. (Eds.): *Dilemy inkluzívneho procesu v edukácii so zameraním na socializáciu osôb so špeciálnymi potrebami. Zborník príspevkov z medzinárodnej multiodborovej vedeckej konferencie*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2015. 415 s. ISBN 978-80-555-1423-9.



Zborník príspevkov vychádza ako publikačný výstup z medzinárodnej vedeckej multiodborovej konferencie pod názvom *Dilemy inkluzívneho procesu v edukácii so zameraním na socializáciu osôb špeciálnymi potrebami*, ktorá sa konala v dňoch 17. a 18. septembra 2015 na Katedre špeciálnej pedagogiky Pedagogickej fakulty Prešovskej univerzity v Prešove. Konferencia bola realizovaná v rámci projektu APVV-o851-12 *Osobnostné a sociálne faktory školskej úspešnosti žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami v podmienkach inklúzie (OSFa)* (2013 – 2016) a zameriavala sa na riešenie kľúčových dilém inkluzívneho vzdelávania detí a žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami ako faktorov ich školskej úspešnosti. Hlavným cieľom medzinárodnej vedeckej multiodborovej konferencie bolo vytvoriť platformu pre konštruktívnu diskusiu odborníkov z rôznych odborov pri riešení aktuálnych potrieb detí, mládeže a dospelých so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami v dôsledku ich zdravotného či sociálneho znevýhodnenia v procese ich inkluzívnej edukácie. Organizátori konferencie si kládli za úlohu vytvoriť dostatočný priestor na analýzu otázok spojených so školskou úspešnosťou žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, pripravenosťou pedagógov a spoločnosti na inklúziu osôb so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami v transdisciplinárnom kontexte. Transdisciplinárnosť konferencie umožňovala diskutovať o potrebách osôb s postihnutím, narušením, ohrozením a osôb sociálne znevýhodnených v procese ich inklúzie a socializácie v širšom rámci viacerých pomáhajúcich profesií; dotknúť sa otázok kvality života osôb s postihnutím a narušením; zaoberať sa kvalitou výchovy a vzdelávania žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami; formulovať úlohy špeciálnej pedagogiky, liečebnej pedagogiky a sociálnej pedagogiky v edukácii osôb s postihnutím a narušením;

upozorniť na problém supervízie v pedagogike a špeciálnej pedagogike; poukázať na legislatívny kontext edukácie žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami; poukázať na dôležitosť pedagogickej pomoci a podpory v edukácii, sociálnej podpory a pomoci osobám a rodinám s jedincami s postihnutím a narušením a pod. Editorky zborníka predkladajú spolu 43 tematicky rôznorodých príspevkov (od historickej analýzy cez diskusie o aktuálnom stave edukácie žiakov s postihnutím, narušením a ohrozením až po vysokoškolskú prípravu budúcich pedagógov).



OSTATNÍKOVÁ, K. a kol. 2015. *Máme dieťa s autizmom. Kompas pre rodičov*. Bratislava: VEDA, vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied, 2015. 174 s. ISBN 978-80-224-1474-6.

Publikácia kolektívu autoriek pod vedením prof. MUDr. Daniely Ostatníkovej, PhD., z Akademického centra výskumu autizmu (ACVA) pri Lekárskej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave prináša, ako to naznačuje aj názov publikácie, kompas pre rodičov, ktorí sa často stávajú stratení

a zmätení po diagnostikovaní ich dieťaťa diagnózou autizmus. V jednotlivých kapitolách sa čitateľ dozvie základné informácie o etiológii, epidemiológii a diagnostike autizmu, terapii autizmu, pridružených poruchách pri autizme a vzdelávaní detí s autizmom. Posledné časti publikácie sú venované otázkam dotýkajúcim sa priamo rodín detí s autizmom, ale aj organizáciám a zariadeniam zameraným na pomoc deťom a dospelým s autizmom a ich rodinám na Slovensku. Publikácia môže napomôcť rodinám v prvých a neľahkých chvíľach zorientovať sa v problematike porúch autistického spektra, získať odpovede na mnohé pálčivé otázky, ako aj informácie o dostupných možnostiach podporných služieb pre svoje dieťa.

POKYNY PRE PRISPIEVATEĽOV

ŠPECIÁLNY PEDAGÓG. Časopis pre špeciálnopedagogickú teóriu a prax je recenzovaný vedecký časopis Katedry špeciálnej pedagogiky Pedagogickej fakulty Prešovskej univerzity v Prešove, ktorý vychádza dvakrát do roka (február – október) vo Vydavateľstve Prešovskej univerzity v Prešove. Publikujeme v ňom len originálne vedecké práce, ktoré doteraz neboli predmetom zverejnenia a ani v čase ich evidovania v našej redakcii nie sú akceptované a recenzované v iných vydavateľstvách.

Uzávierka prijímania rukopisov príspevkov na publikovanie v časopise, a to štúdií vedeckého, odborného alebo metodického charakteru (v rozsahu 6 – 12 strán), rozhovorov (max. 3 strany), aktualít, recenzií, knižných noviniek či iných zaujímavostí z oblasti výskumu špeciálnej pedagogiky a zo špeciálnopedagogickej praxe, je dva mesiace pred vydaním nového čísla (tzn. 30. november a 30. júl). Každá vedecká či odborná štúdia je recenzovaná dvomi oponentmi, ktorých určí redakčná rada časopisu a ktorá si tiež vyhradzuje právo rozhodnúť o výbere aktuálnych príspevkov do konkrétneho čísla časopisu. Rukopis katedrového časopisu je schvaľovaný Edičnou radou Vydavateľstva Prešovskej univerzity v Prešove.

Autorov príspevkov prosíme, aby rešpektovali nasledujúce pokyny na formálnu úpravu príspevkov do časopisu a svoje príspevky aj s fotografiou (a súhlasom na jej zverejnenie) odosieli na adresu redakcie:

doc. PaedDr. Bibiána Hlebová, PhD.
Katedra špeciálnej pedagogiky
Pedagogická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove
Ul. 17. novembra č. 15
o8o 01 Prešov
e-mail: bibiana.hlebova@unipo.sk

Formálna úprava príspevkov:

NÁZOV PRÍSPEVKU (Times New Roman, 12 pt, všetky veľké písmená, písmo normal, tučné, riadkovanie 1,15)

Názov príspevku v anglickom jazyku (Times New Roman, 12 pt, písmo normal, tučné, riadkovanie 1,15)

voľný riadok

*Meno a priezvisko*¹ (Times New Roman, 12 pt, písmo kurzíva, riadkovanie 1,15, citačný odkaz – pod čiarou uviesť meno a priezvisko, tituly, pracovisko, adresu, e-mail a fotografiu autora s formulkou: *Fotografia je zverejnená so súhlasom autora/autorky.*)

voľný riadok

Abstrakt: (v slovenskom jazyku, max. 10 riadkov, Times New Roman, 10 pt, písmo kurzíva, riadkovanie 1,0)

Kľúčové slová: (v slovenskom jazyku, Times New Roman, 10 pt, písmo kurzíva, riadkovanie 1,0)

¹ Doc. PaedDr. Bibiána Hlebová, PhD., Katedra špeciálnej pedagogiky, Pedagogická fakulta, Prešovská univerzita v Prešove, Ul. 17. novembra č. 15, o8o 01 Prešov, Slovenská republika. E-mail: bibiana.hlebova@unipo.sk. Foto: M. Dzurilla. Fotografia zverejnená so súhlasom autorky.

voľný riadok

Abstract: (v anglickom jazyku, max. 10 riadkov, Times New Roman, 10pt, písmo kurzíva, riadkovanie 1,0)

Key words: (v anglickom jazyku, Times New Roman, 10 pt, písmo kurzíva, riadkovanie 1,0)

voľný riadok

voľný riadok

Úvod

Text príspevku (Times New Roman, 12 pt, písmo normal, riadkovanie 1,5)

Medzi odsekmi nevynechávať riadok, obrázky a tabuľky označiť a očíslovať, nepodčiarkovať slová, tučné písmo používať iba vo výnimočných prípadoch.

Záver

voľný riadok

voľný riadok

LITERATÚRA (Times New Roman, 10 pt, písmo normal, všetky veľké písmená, zoznam literatúry v abecednom poradí podľa normy, autorov veľkými písmenami, písmo názvu publikácie kurzíva, riadkovanie 1,0)

V prípade, že štúdia je súčasťou riešenia grantového projektu, na záver je potrebné pripojiť formulu:

Štúdia je súčasťou riešenia projektu (názov agentúry, číslo zmluvy, *Názov projektu*).

Príklady na formátovanie zdrojov:

Knihy/monografie:

PRŮCHA, J. 1997. *Alternativní školy*. Praha: Portál, 1996. ISBN 80-7178-072-3.

TIMKO, J., SIEKEL, P., TURŇA, J. 2004. *Geneticky modifikované organizmy*. Bratislava: Veda, 2004. ISBN 80-224-0834-4.

Príspevky z časopisov:

CHUDÝ, M. 2001. Vzdelávanie žiakov s ťažkým mentálnym postihnutím. In: *Vychovávateľ*. Roč. 46, 2001, č. 1, s. 29 – 31. ISSN 0139-6919.

ALUJA, A., BLANCH, A. 2004. Depressive mood and social maladjustment. Differential effects on academic achievement. In: *European Journal of Psychology of Education*. Vol. 19, 2004, No. 2, p. 121-125. ISSN 0256-2928.

Príspevky zo zborníkov:

BOĐOVÁ, M. a kol. 1990. An introduction to algorithmic and cognitive approaches for information retrieval. In: 18. *Informatické dni. Sborník referátů z mezinárodní vědecké konference o současných poznatcích informačních a komunikačních technologiích a jejich využití*. Praha: Univerzita Karlova, 1990, s. 17 – 28. ISBN 80-01-02079-7.

Elektronické dokumenty:

SPEIGHT, J. G. 2005. *Lange's Handbook of Chemistry*. [online]. London: McGraw-Hill, 2005. 1572 p. [cit. 24. 03. 2012] Dostupné na internete: <http://www.knovel.com/web/portal/basic_search/display?_EXT_KNOVEL_DISPLAY_bookid=1347&_EXT_KNOVEL_DISPLAY_fromSearch=true&_EXT_KNOVEL_DISPLAY_searchType=basic> ISBN 978-1-60119-261-5.

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

About the Journal

SPECIAL EDUCATION TEACHER. Journal for theory and practice of special education is peer-reviewed scientific journal of Department of Special Education, Faculty of Education, University of Presov in Presov (Slovak Republic). The periodicity of publishing is published twice a year (February and September) at University of Presov Publishing.

Deadline for submission of manuscripts is two months before publishing of next issue – 30th November and 30th June. *Special Education Teacher* welcomes a variety of manuscript types: scientific, scholarly and methodical studies (6 – 12 pages), interviews (max. 3 pages), reports and book reviews. The aim of the journal is to inform the professional public about the research activities, trends and news related to teaching and education of children with special educational needs.

All submitted manuscripts are reviewed by two peer reviewers who are familiar with the specific subject matter. When necessary, articles may receive additional review to ensure accuracy and usefulness. The Editorial Board is deciding on articles selected for concrete issue. Manuscript of the journal *Special Education Teacher* is approved by Editorial Board of University of Presov Publishing.

Special Education Teacher publishes only original papers. Manuscripts can not be published previously and can not be under consideration by another publication. The journal retains all rights to works published in print and online.

Please, send your manuscript with the photo of author(s) (with the approval for its release) to the address or via e-mail:

assoc. prof. PaedDr. Bibiána Hlebová, PhD.
Department of Special Education
Faculty of Education, University of Presov in Presov
Ul. 17. novembra 15
080 01 Prešov
Slovak Republic
e-mail: bibiana.hlebova@unipo.sk

Guidelines for authors

Authors are asked to respect the following guidelines for the format of manuscripts.

Formatting:

TITLE (Times New Roman, 12pt, all uppercase letters, Bold, line spacing 1.15)

Free line

*ame of author (s)*¹ (Times New Roman, 12 pt, italics, line spacing 1.15, in the footnote presente full name and surname, academic degrees, workplace, corresponiding address, e-mail, author of the photo and sentence: The photo is published after author approval.)

¹ Doc. PaedDr. Bibiána Hlebová, PhD., Department of Special Education, Faculty of Education, University of Presov in Presov, Ul. 17. novembra 15, 081 16 Prešov, Slovak Republic. e-mail: bibiana.hlebova@unipo.sk. Photo: M. Dzurilla. The photo is published after author approval.

Free line

Abstract: (max. 10 lines, Times New Roman, 10 pt, italics, line spacing 1.0)

Key words: (Times New Roman, 10 pt, italics, line spacing 1.0)

Free line

Free line

Introduction

Text (Times New Roman, 12 pt, line spacing 1,5)

Don't skip lines between paragraphs; figures and tables should be named and numbered, don't use underlined words, Bold use only in exceptional cases.

Conclusion

Free line

Free line

In the event that the study was supported by the grant, this sentence should be attached:

Acknowledgement: This study was supported by *Name of Grant Agency* under contract (number of contract) from the project *Full name of project*.

References (Times New Roman, 10 pt, names of authors all uppercase letters, titles in italics, line spacing 1.0. References should be in alphabetical order.)

Books/Monographs:

PRUCHA, J. 1997. *Alternativní školy*. Praha: Portál, 1996. ISBN 80-7178-072-3.

TIMKO, J., SIEKEL. P., TURŇA. J. 2004. *Geneticky modifikované organizmy*. Bratislava: Veda, 2004. ISBN 80-224-0834-4.

Journals:

ALUJA, A., BLANCH, A. 2004. Depressive mood and social maladjustment: Differential effects on academic achievement. In: *European Journal of Psychology of Education*. Vol. 19, 2004, No. 2, p. 121 – 125. ISSN 0256-2928.

Conference proceedings:

BOĎOVÁ, M. et al. 1990. An introduction to algorithmic and cognitive approaches for information retrieval. In: *18. Informatické dni. Sborník referátů z mezinárodní vědecké konference o současných poznatcích informačních a komunikačních technologiích a jejich využití*. Praha: Univerzita Karlova, 1990, s. 17 – 28. ISBN 80-01-02079-7.

Electronic documents:

SPEIGHT, J. G. 2005. *Lange's Handbook of Chemistry*. [online]. London: McGraw-Hill, 2005. 1572 p. [cit. 24. 03. 2012] on-line: <http://www.knovel.com/web/portal/basic_search/display?_EXT_KNOVEL_DISPLAY_bookid=1347&_EXT_KNOVEL_DISPLAY_fromSearch=true&_EXT_KNOVEL_DISPLAY_searchType=basic>. ISBN 978-1-6019-261-5.

SPECIAL EDUCATION TEACHER

Journal for Theory and Practice of Special Education

Volume 5, 2016, No. 1

The scientific peer-reviewed journal is a partial outcome of the grant project APVV-0851-12 Personal and social factors of the school success in the pupils with special educational needs in the inclusive settings (OSFa) (2013 – 2016) and the project KEGA 035PU-4/2014 Increasing the quality of the undergraduate training of special education teachers in the context of the innovative trends of theory and practice (2014 – 2016)

CONTENTS

Theoretical and scientific-research studies

Aba and the Nail that Sticks out... (M. Keenan).....	3
Autism Spectrum Disorder Post-Diagnosis Experience in Northern Ireland: Views from Caregivers (N. Booth, M. Keenan)	15
Using a Lag Schedule of Reinforcement to Teach Novel Block-Building Skills to Children with Intellectual and Developmental Disabilities (S. Gallagher, L. Tully).....	34
Using of the Dynamic Assessment in the Inclusion of Pupils with Special Educational Needs (L. Krejčová)	50

Special Education Practice

Use of Applied Behavioral Analysis in Education of Children with Autism Spectrum Disorders and other Developmental Disorders (Z. Maštenová)	71
The Options that Applied Behavioral Analysis Offers – a Parent's Perspective (J. Muránska)	78

Interviews and Discussions

International Interview with Professor Karola Dillenburger, BCBA-D, from Queen's University in Belfast (L. Hrebeňárová)	85
--	----

Book Reviews

HLEBOVÁ, B., ĎORĐOVIČOVÁ, J., PALKOVÁ, V.: <i>Partial cognitive functions in the context of reading competence of the pupils with mild intellectual disability in the school integration</i> . Prostějov: Computer Media, s.r.o., 2015. 150 s. ISBN 978-80-7402-242-5.....	98
KOŽÁROVÁ, J., PODHAJECKÁ, M.: <i>Deti s problémovým správaním v predprimárnej edukácii</i> . Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2015. 104 s. ISBN 978-80-555-1399-7.....	100
VALENTA, M. a kol.: <i>Slovník speciální pedagogiky</i> . Praha: Portál, 2015. 317 s. ISBN 978-80-262-0937-9.....	102
BERNHAUSEROVÁ, D., KLUGEROVÁ, J. <i>Diagnostika breptavosti</i> . Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014. 96 s. ISBN 978-80-7452-104-1.....	104

Book News	106
-----------------	-----

Instructions for authors	111
--------------------------------	-----

ISSN 1338-6670



9