

## 6

## POMAGAĆ INTEGROWAĆ SENSORYCZNIE

- W rozdziale:
- Czym jest i skąd się wzięła koncepcja Integracji Sensorycznej?
  - Czy analizy przypadków potrafią zaciemnić obraz?
  - Czy Terapia Integracji Sensorycznej (SIT) nadaje się dla uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi?
  - Czy metody pracy w ramach SIT dają to, co mają dać?
  - Jaka jest rzeczywista efektywność SIT?
  - Jakie są skuteczne alternatywy dla SIT?
  - Czy etyczna jest praca metodami o małej skuteczności?

Mniej więcej w tym samym czasie, gdy zeknąłem się z Kineziologia Edukacyjną, do Polski dotarła Integracja Sensoryczna (*Sensory Integration – SI*)<sup>1</sup>. Jesienią 1996 roku został zorganizowany przez Zbigniewa Przyrowskiego i Marię Borkowską premierowy kurs Integracji Sensorycznej. Czym jest SI? Oto jak jest przedstawiana przez zwolenników jej stosowania: „Metoda integracji sensorycznej, stworzona przez J. Ayres, szturmem zdobyła sobie zwolenników wśród polskich terapeutów i polskich rodziców. Oparta została o doniesienia naukowe z zakresu psychologii rozwojowej, psychologii uczenia się, neurobiologii, neurofizjologii i jest szeroko stosowana jako terapia zaburzeń i profilaktyka. Stworzona została dla dzieci przedшкоlnych i szkolnych (również z zaburzeniami typu ADHD, dysleksją, dysgrafią itp.) w normie intelektualnej, ale mającymi problemy z nabywaniem umiejętności szkolnych, koncentracją uwagi, zaburzeniami koordynacji i zachowania. Z dużym powodzeniem stosuje się ją również jako metodę wspomagającą rozwój dzieci z zespołem Downa, mózgowym porażeniem dziecięcym i autyzmem”<sup>2</sup>.

- ?**
- Z jakiego rodzaju problemami dzieci ze szkoły kierowane są przez psychologa/pedagoga szkolnego lub pracującego w pobliskiej poradni psychologiczno-pedagogicznej na zajęcia wykorzystujące metody SI?
  - Jakie obietnice związane z efektywnością terapii SI można usłyszeć na szkoleniach lub przeczytać w poradnikach?
  - Czy są poparte wynikami rzetelnych badań (np. zawierających porównania z grupami kontrolnymi)?
  - Co oznacza termin „metoda wspomagająca rozwój”?

<sup>1</sup> Będę posługiwał się nazwą „Integracja Sensoryczna”, pisaną wielką literą (choć można spotkać w wielu źródłach pisownię małą literą) lub skrótem angielskim SI. W cytatach zachowam pisownię oryginalną.

<sup>2</sup> E. Szmigielska, *Integracja Sensoryczna – teoria i praktyka*, <https://www.zakartek21.pl/porttal/edukacja/wspomaganie-rozwoju/148-integracja-sensoryczna-teoria-i-praktyka?showall=1> (dostęp: 12.12.2015). Autorka jest absolwentką pedagogiki na UKSW i dyplomowaną terapeutką SI.



Zanim przejdę dalej, dwa słowa o prekursorach zastosowania SI w Polsce. Zbigniew Przyrowski ukończył w 1986 roku kierunek Psychologia na Wydziale Filozofii Chrześcijańskiej Uniwersytetu im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego (a właściwie Akademii Teologii Katolickiej, ponieważ nazwę UKSW uczelnia otrzymała w 1999 roku). Można przeczytać, że jest psychologiem klinicznym od 1986 roku<sup>3</sup>, czyli od ukończenia studiów, choć przecież był specjalistą psychologa klinicznego uzyskuje się dopiero po odbyciu poddyplomowej specjalizacji przygotowującej głównie do klinicznej diagnozy psychologicznej. Przyrowski jest autorem narzędzi diagnostycznych zakresie SI, do których naukowych podstaw i jakości badawczej pozwolił sobie jeszcze wrócić. Z kolei o Marii Borkowskiej pisalem w poprzednim rozdziale jako krytykującej z naukowej perspektywy „gimnastykę mózgu” Dennisonów. Zaznaczyła, że kineziolodzy edukacyjni powołują się na prace twórczyni SI, „ale nie uwzględniają wniosków z niej wynikających”<sup>4</sup>.

W Polsce, ze względu na szczytną ideę edukacji włączającej, nauczyciele zostali skonfrontowani z obowiązkiem przyjmowania do szkół dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (*Autism Spectrum Disorders*, ASD), np. z zespołem Aspergera. Do tego dzieci te w klasach stykają się np. z uczniami z zespołem nadpobudliwości z deficytami uwagi (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, ADHD). Spowodowało to, że w szkołach i poradniach psychologiczno-pedagogicznych wzrosło zapotrzebowanie na szkolenia w zakresie metod terapeutycznych, które takim uczniom umożliwią efektywne funkcjonowanie w procesie edukacji i w życiu. Bardzo popularna, jak wynika z moich kontaktów z grupami nauczycieli podczas szkoleń, okazała się właśnie Terapia Integracji Sensorycznej (*Sensory Integration Therapy*, SIT).

<sup>3</sup> www.zbigniewprzyrowski.pl/o-mnie/ (dostęp: 30.10.2015). W takim razie jest psychologiem klinicznym takim jak ja (na studiach wybrałem taką specjalność).

<sup>4</sup> M. Borkowska, *Opinia dotycząca kineziologii edukacyjnej* (w:) K. Korab, R. Borowiecka, E. Petrykiewicz (red.), *Kineziologia Edukacyjna – nauka, pseudonauka czy manipulacja?*, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2008, s. 77.

Jak dotąd nie spotkałem się z kwestionowaniem jej efektywności. Zanim zaprezentuję, co mówią na ten temat wyniki badań, przedstawię, jak rozumiana jest sama Integracja Sensoryczna i jakie praktyki terapeutyczne (czy też wspierające rozwój) zaleca.

## POCZĄTKI I ZAŁOŻENIA

Teorię Integracji Sensorycznej opracowała Anna Jean Ayres (1920–1988), terapeutka zajęciowa, która doktoryzowała się w zakresie psychologii edukacyjnej. Zarówno Ayres jako terapeuta zajęciowa, jak i Dennison jako nauczyciel od początku stykali się w swojej pracy z dziećmi o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Oboje poszukiwali pomocy dzieciom z trudnościami w nauce. Ayres różniło od Dennisona to, iż przywiązywała ona dużą wagę do badań nad swoją koncepcją i jest autorką wielu artykułów na ten temat.

Na podstawie swoich obserwacji i ówczesnej literatury neuropsychologicznej Ayres stwierdziła, że do prawidłowego rozwoju fizycznego, intelektualnego i emocjonalnego niezbędna jest integracja sensoryczna: „taka organizacja bodźców, która umożliwia ich późniejsze wykorzystanie”<sup>5</sup>. Integracja ta zachodzić ma w rdzeniu kręgowym, w pniu mózgu, mózdku, a następnie w półkulach mózgowych. Tylko wtedy, gdy przebiega prawidłowo, inne czynniki umysłowe (mówienie, czytanie, liczenie) mogą odbywać się w normalny, niezakłócony sposób.

Główną rolę w integracji sensorycznej odgrywać mają trzy układy neurologiczne:

- **układ przedsiónkowy** (błędnik i jądra przedsiónkowe w pniu mózgu) odpowiedzialny we współpracy z innymi ośrodkami, m.in. za regulację napięcia mięśniowego, koordynację i płynność ruchów, równowagę ciała, koordynację ruchu gałek

<sup>5</sup> J.A. Ayres, *Dziecko a integracja sensoryczna*, Harmonia, Gdańsk 2015, s. 21.



- ocznych, percepcję słuchową<sup>6</sup> i mowę, hamowania i pobudzenia układu nerwowego;
- **układ proprioceptywny** (czucia głębokiego), który umożliwia orientację („czucie”) swojego ciała w przestrzeni, zachowanie równowagi, swobodę w wykonywaniu ruchów;
- **układ dotykowy**, którego funkcje dzieliła Ayres zgodnie z tradycją neuropsychologiczną na: obronną (ochrona przed niebezpiecznym bodźcem dodatkowym) oraz różnicującą (dotykowe poznawanie ciała i przedmiotów oraz ich bezwzrostkowe rozpoznawanie); dotyk ma również wpływ na emocje – w przypadku zarówno dzieci, jak i dorosłych bycie przytulonym czy wtulanie się daje poczucie bezpieczeństwa itd.

W celu niwelowania zaburzeń integracji sensorycznej konieczna jest terapia polegająca na odpowiedniej ich stymulacji. Ekspert SI Wojciech Kozłowski pisze: „Jak dowodzi praktyka, z braku koordynacji między najważniejszymi zmysłami nie da się wyrosnąć. Można się z tego wydobyc tylko ciężką pracą, wielkim staniem pod okiem terapeutów, którzy wiedzą, co naprawdę dolega mózgom i ciałom tych kilkulatków, w większości inteligentnych ponad przeciętną normę, i potrafią im pomóc”<sup>7</sup>.



**Zofia Kulakowska:** „Jedną ze znanych i szanowanych metodologii jest *Sensory Integration* opisana przez Ayres, ale w tej chwili lekko zdezaktualizowana w obliczu nowoczesnej wiedzy neuropsychologicznej” [podkr. – T.G.]<sup>8</sup>.

<sup>6</sup> Wspólny nerw przedstonkowy-słimakowy.

<sup>7</sup> <http://www.si-poznan.pl/index.html> (dostęp: 03.02.2016).

<sup>8</sup> Z. Kulakowska, *Dysfunktionalna rozwojowa. Fakty neuropediatryczne wobec zapamiętań kineziologii edukacyjnej* (w:) K. Korab, R. Borowiecka, E. Petrykiewicz (red.), *Kineziologia Edukacyjna...*, s. 59.

Koncepcja integracji zmysłowej w ujęciu Ayres robi wrażenie całościowej i wiele wyjaśniającej. Nie oddaje jednak obecnego stanu wiedzy neurofizjologicznej i neuropsychologicznej. Nie przeszkadza to jednak teoretykom i praktykom integracji sensorycznej. Wystarczy coś inaczej ująć. Na przykład to, że „chociaż Ayres omawiała hierarchiczny system neurologiczny, to opisała [no przecież! – przyp. T.G.] funkcje, które były w rzeczywistości interaktywne i dynamiczne”, a zatem zgodne z dzisiejszym stanem wiedzy<sup>9</sup>. To, że naukowcy stwierdzają dziś, iż „każde ludzkie działanie obejmuje zintegrowane procesy neurologiczne od zmysłów i ruchów po inne systemy poznawcze i emocjonalne”<sup>10</sup>, ma tylko potwierdzać, że Ayres miała rację co do integracji zmysłów. Jej rację mają potwierdzać również badania nad neuroplastycznością mózgu, wedle których wzbogacone środowisko ma pozytywny wpływ na funkcjonowanie mózgu. A czym są ćwiczenia z zakresu SI, jak nie wzbogacaniem środowiska?

Leżę gdyby nawet odrzucić to wykorzystywanie i naciąganie badań z innych dziedzin dla uwiarygodnienia swojej praktyki (chwyt znany nam już z NLP i wykorzystywany w innych nurtach), liczy się przecież efektywność. Nawet jeśli nie znamy stojących za nią mechanizmów.

## PRZEKONUJĄCE ANALIZY PRZYPADKÓW

Artykuły Ayers, publikowane w pismach medycznych, na które natrafiłem w bazach danych, to właściwie same analizy przypadków. W rozdziale 1 przedstawiłem, jakie miejsce wśród dowodów naukowych zajmują analizy przypadków. Badacze metod wywierania wpływu i manipulacji uczą nas, że na co dzień jednak ludzie

<sup>9</sup> S.S. Roley, *Sensory Integration: Theory Revisited* (w:) R.C. Schaaf, S.S. Roley (red.), *SI: Applying Clinical Reasoning to Practice with Diverse Populations*, PsychCorp, San Antonio, TX 2006, s. 1–13 (cytat: s. 4).

<sup>10</sup> Tänze.



mniej interesują statystyki (chyba że odpowiednio podane) niż prawdziwe (lub na takie wyglądające) historie jednostek. Dlatego, gdy czyta się autentyczne analizy przypadków skutecznych terapii SI, serce rośnie, mimo że wartość takiego dowodu efektywności jest żadna... Doprawy trzeba szukać potwierdzenia swojej wiary w efektywność SIT (a nie dowodów), by nie zwrócić uwagi, że niektóre analizy przypadków mają bardzo niski poziom nawet jak na tę metodę badawczą.

Pomyślmy o uczniach o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Dlaczego? Ponieważ za chwilę przedstawię przykład prezentacji studium przypadku, który zobrazuje wykorzystanie tej metody przez badaczy SI. Artykuł ukazał się w fachowym miesięczniku „Praktyczna fizjoterapia & rehabilitacja”. Przyjrzyjmy się najpierw numerowi tego czasopisma – podobnemu zresztą do innych – w którym został opublikowany omawiany tekst<sup>11</sup>. Na jedenastu spośród sześćdziesięciu czterech stron czasopisma znajdują się całościowe reklamy. Reklamy znajdują się również na wewnętrznych stronach okładki i końcowej okładce zewnętrznej. Ponadto na siedmiu stronach znajdują się reklamy zajmujące co najmniej jedną czwartą ich powierzchni. W innych numerach czasopisma natrafimy ponadto na „artykuły sponsorowane”, które nie powinny znajdować miejsca w poważnych czasopiśmiech jako zawalowana forma reklamy produktu czy metody sponsora, ukryta pod „naukowym” dyskursem. W miejsce tego należałoby oczekiwać raczej niezależnego i rzetelnego badania efektywności.

Oczywiście nie ma nic złego w samym umieszczeniu reklam w czasopiśmie. Jednak w tym piśmie, wśród reklam – zapewne pożytecznych – szkoleń i sprzętu znajdziemy również reklamę I Międzynarodowego Kongresu Medycyny Chińskiej (nie ma tu miejsca na omawianie faktu, że to, co nazywane jest „medycyną alternatywną”, jest raczej „alternatywą” dla medycyny naukowej,

a to, co cechuje tę „alternatywę”, to efektywność porównywalna z placebo<sup>12</sup>). Ponadto znajduje się tam reklama małego, mieszczącego się w dłoni generatora pola magnetycznego, który ma – wedle reklamodawców, a nie zgodnie z wynikami badań naukowych! – wzmacniać system immunologiczny, działać detoksykacyjnie, przeciwochrzątkowo, przeciwrheumatycznie i przeciwwzapalnie.

A treści? Nic dziwnego, że w tym numerze czasopisma, które nie ma oczywiście statusu poważnego naukowego czasopisma recenzowanego, a którego partnerem wydania jest Polska Akademia Medycyny Osteopatycznej, znalazł się duży artykuł pt. *Stany skroniowo-żuchwowe w osteopatii*. Osoby ciekawe krytycznego spojrzenia na osteopatyczne pomysły współzależności funkcjonalnych defektów tego stawu z zaburzeniami układu kostnego, oddechowego, limfatycznego i pokarmowego odsyłam do książki Ernsta (pierwszego na świecie profesora medycyny komplementarnej, który wziął pod lupę efektywność alternatyw dla medycyny naukowej) i Singha (doktora fizyki molekularnej)<sup>13</sup>.

Scharakteryzowałem źródło, a teraz *ad rem*. W takim to czasopiśmie, w dziale *Nowoczesne metody fizjoterapii*, znajduje się artykuł pt. *Koncepcja integracji sensorycznej jako czynnik stymulacji rozwojowej dziecka z deficytem psychoruchowym*<sup>14</sup>. Autorki piszą: „Celem artykułu jest ocena skuteczności oddziaływania SI na poprawę zdolności ruchowych, koordynacyjnych i funkcjonowania układów proprioceptywnego, przedsiionkowego, dotykowego i słuchowego u siedmioletniego chłopca z deficytem psychoruchowym”<sup>15</sup>. Autorki twierdzą *też*, że integracja sensoryczna powinna być prowadzona po wcześniejszych kompleksowych konsultacjach medycznych, fizjoterapeutycznych

<sup>12</sup> Por. B. Goldacre, *Lekarze, naukowcy...*

<sup>13</sup> E. Ernst, S. Singh, *Lekarze czy zachorzy? Medycyna alternatywna pod lupą*, Czarna Owca, Warszawa 2012.

<sup>14</sup> J. Grzesiak, P. Raglewska, *Koncepcja integracji sensorycznej jako czynnik stymulacji rozwojowej dziecka z deficytem psychoruchowym*, Praktyczna fizjoterapia & rehabilitacja 2015, nr 64, s. 26–30.

<sup>15</sup> Tamże, s. 26.

<sup>11</sup> Praktyczna fizjoterapia & rehabilitacja 2015, nr 64.



i pedagogiczno-psychologicznych. Nie wiem, czego uczy się fizjoterapeutów i pedagogów, ale mogą wypowiedzieć się jako psycholog i wskazać źródła stanowiska medycznego w tej sprawie. Otóż **Amerykańska Akademia Pediatrii** (American Academy of Pediatrics, AAP) oświadczyła, że część badań rzeczywiście dowodzi skuteczności SI. W czym problem? Metaanalizy wykazały brak rygoryzmu metodologicznego zdecydowanej większości takich badań (np. brak grup kontrolnych). W związku z tym nie ma podstaw, by orzekać o rzeczywistej efektywności Integracji Sensorycznej. AAP w swoim oświadczeniu stwierdza więc, że specjaliści (pediatrzy, psychiatry i psychologowie dziecięcy)<sup>16</sup> w chwili obecnej nie powinni wykorzystywać „zaburzeń procesów sensorycznych” w stawianiu diagnozy. Jeśli obecne są jakieś symptomy związane z funkcjonowaniem zmysłów u małych pacjentów, powinny znaleźć odniesienie do diagnoz – odpowiednio – zaburzeń ze spektrum autyzmu (ASD), nadpobudliwości psychoruchowej z deficytami uwagi (ADHD), rozwojowych zaburzeń koordynacji (*developmental coordination disorder*), zaburzeń lękowych (*anxiety disorders*). AAP wspomina o pewnej użyteczności SIT w pracy z dziećmi – tylko – z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, wnioskowanej na podstawie raportu klinicznego, a nie systematycznych badań. Wróć do tego przy omawianiu efektywności SIT, ponieważ sprawa nie jest oczywista. W dalszej części oświadczenia AAP wskazuje, że specjaliści:

- powinni zdamować sobie sprawę, że ilość danych na temat zastosowań terapii typu SI jest ograniczona, i informować o tym rodziny dzieci z problemami rozwojowymi i behawioralnymi;
- jeśli pracują z dzieckiem uczęszczającym w SIT, powinni odegrać ważną rolę w sprawdzaniu, na ile terapia ta jest skuteczna, poprzez pomoc rodzicom w stworzeniu prostego systemu

<sup>16</sup> American Academy of Pediatrics (Section on Complementary & Integrative Medicine and Council on Children with Disabilities), *Sensory Integration Therapies for Children with Developmental and Behavioral Disorders*, Pediatrics 2012, vol. 129, nr 6, s. 1186–1189.

monitorowania efektów (np. porównanie na skalach funkcjonowania „przed” i „po” według skal; prowadzenie „dziennika zachowań”), wspierać w oczekiwaniu konkretów w terapii i stawianiu celów odnoszących się do codziennego funkcjonowania dziecka (np. zwiększanie koncentracji, tolerancja jedzenia itp.), a także ustalaniu czasu, po upływie którego warto rozważyć, czy terapia rzeczywiście przynosi pozytywne efekty;

- powinni informować rodziców dziecka o tym, że tego rodzaju terapia zajęciowa jest niewystarczająca, zwłaszcza jeśli idzie o liczbę sesji dostępnych za pośrednictwem szkół i finansowanych z ubezpieczenia; dlatego też w leczeniu dziecka niezbędna jest współpraca rodziny z lekarzem i innymi specjalistami na drodze do realizacji priorytetów związanych z jego codziennym funkcjonowaniem.

Do kwestii współpracy wielu specjalistów również powróć przy omawianiu efektywności SIT, ponieważ i tu można wpaść w pułapkę niewiedzy.

Dodam, że to stanowisko AAP z 2012 roku zostało opublikowane w recenzowanym czasopiśmie „Pediatrics”, którego czynnik wpływu (IF) wynosił – a przytaczam to nieprzypadkowo, co za chwilę będzie jasne – w 1997 roku 2,748, a ostatnich latach odpowiednio: w 2011 roku – 5,437; w 2012 roku – 5,119; w 2013 roku – 5,297 (publikacji – 5,391), a w 2014 roku (najnowsze dane, gdy piszę te słowa) – 5,473<sup>18</sup>.

Główne światowe źródło publikacji na temat SI i SIT to oficjalne czasopismo Amerykańskiego Towarzystwa Terapii Zajęciowej (American Occupational Therapy Association) – „The American Journal of Occupational Therapy” (AJOT). Nie było rzeczą prostą zacytować rzetelnie wielkość IF tego pisma w różnych latach, ponieważ dane nie są ze sobą zgodne. *ImpactFactor.pl* – *Kompendium wiedzy o czasopismach naukowych* podaje, że

<sup>17</sup> Tamże.

<sup>18</sup> www.researchgate.net/journal/1098-4275\_PEDIATRICS



w roku 2013 roku wynosił 1,552, a w roku 2014 – 1,532<sup>19</sup>. Danych z lat 2009–2012 brak. W innej bazie czasopism naukowych znajdujemy informację, że IF w latach 2008–2012 wynosił zero. W jeszcze innym miejscu<sup>20</sup> znajduje się zaś informacja, że IF tego pisma w roku 2009 wynosił 1,419, a w roku 2015 – 1,702<sup>1</sup>. Na oficjalnej stronie pisma dumnie widnieje jedynie IF z pięciu lat, który wynosi 2,021<sup>22</sup>. Daje to obraz jego pozycji w świecie naukowym względem czasopisma „Pediatrics” – żaden najwyższy dwuletni czy pięcioletni IF „The American Journal of Occupational Therapy” nie sięga nawet IF „Pediatrics” z 1997 roku.

W tej sytuacji nie zdziwi zapewne nikogo, że ani międzynarodowy system diagnozy nozologicznej Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO)<sup>23</sup>, ani amerykański system diagnozy zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA)<sup>24</sup>, ani nawet nieuznawana za powszechnie obowiązującą klasyfikacja zaburzeń psychicznych i rozwoju małych dzieci<sup>25</sup> nie posługują się terminologią „integracji sensorycznej” (*sensory integration*). Nie mylny jej z terminem zaburzeń przetwarzania sensorycznego (*sensory processing disorders*), pod który niektórzy praktycy SI chętnie chcą się „podczepić”. Na przykład w przeglądzie literatury książki J.A. Ayres,

<sup>19</sup> *ImpactFactor.pl – Kompendium wiedzy o czasopismach naukowych*, www.impactfactor.pl/czasopisma/1186-american-journal-of-occupational-therapy.

<sup>20</sup> www.researchgate.net/journal/0272-9490\_The\_American\_Journal\_of\_occupational\_therapy\_official\_publication\_of\_the\_American\_Occupational\_Therapy\_Association

<sup>21</sup> www.journal-database.com/journal/american-journal-of-occupational-therapy.html

<sup>22</sup> American Journal of Occupational Therapy – official publication of the American Occupational Therapy Association: www.ajot.aota.org/.

<sup>23</sup> Por. J. Wętorka, S. Puzyński, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Vesalius, Kraków 2000.

<sup>24</sup> Por. E. Świącicki, P. Galecki, *Kryteria diagnostyczne z DSM-5. Desk referen-*

*ce*, Edra Urban & Partner, Wrocław 2015.

<sup>25</sup> Por. *Klasyfikacja diagnostyczna DCG:0-3R. Klasyfikacja diagnostyczna zaburzeń psychicznych i rozwojowych w okresie niemowlęctwa i wczesnego dzieciństwa*, Oficyna Wydawnicza Fundament, Warszawa 2012.

*Dziecko a integracja sensoryczna* znajdują się odwołania do badań z lat 1960–1975 nad niedotlenieniem okotoprodowym małp oraz deprywacją dotykową po urodzeniu małp, szczurów i psów. Zaburzenia zachowania w wyniku nietypowych warunków rozwoju oraz mikrouszkodzenia mózgu w wyniku jego niedotlenienia, dobrze znane etologom, psychologom, lekarzom i wyjaśnione, mają – nie wiedzieć czemu – stanowić uzasadnienie koncepcji roli Integracji Sensorycznej.

## JEDEN CHŁOPIEC

Wróćmy do studium analizowanego w omawianym czasopiśmie. Artykuł opisuje przypadek chłopca poddanego badaniu zgodnie z metodami diagnozy i terapii SI (czyli w sprzeczności z zaleceniami merytorycznymi APA z 2012 roku i bez wytycznych WHO). Już z tego powodu cel postawiony przez autorki w artykule nie może być osiągnięty. Nie da się na przykładzie pracy z jednym chłopcem dowieść efektywności czegokolwiek.

Jeszcze raz chcę przypomnieć, że studia przypadków są źródłem hipotez, które następnie powinny być weryfikowane w badaniach, nie zaś traktowane jako dowiedzione tezy. Oczywiście warto prezentować kliniczne postępowanie w konkretnych przypadkach i wskazywać, jakie przynosi efekty. Jednak gdy opiera się to na niedoskonałej teorii i działaniach o niepotwierdzonej skuteczności, dochodzi do zaciemnienia obrazu. Nie wiadomo, czy i na ile zmiany pozytywne są wynikiem specyficznych oddziaływań, a na ile wynikiem działania czynników niespecyficznych, których efekty są traktowane jako sukces danej szkoły terapii. Tylko badania na dużych próbach, a w końcu metanalizy mogą dać nam obraz bliższy prawdy. Powtórzę raz jeszcze: pojedyncze analizy przypadków nie mają mocy dowodowej w empirycznych naukach społecznych i w medycynie. Aby pojedynczy przypadek przyczyniał się do rozwoju wiedzy naukowej, musi mieć charakter



eksperymentu z jedną osobą (o którym pisałem w rozdziale 1). Ani w tym artykule, ani w wielu innych poświęconych SI nie znajdziemy badań spełniających te wymogi metodologiczne.

Chłopiec opisywany w artykule został poddany wszechstronnym badaniom przed podjęciem terapii zajęciowej SI. Obejmowały one:

- „ocenę swobodnych zachowań dziecka w różnych środowiskach” (lecz w jakich – poza gabinetem – nie napisano);
- szczegółowy wywiad z opiekunami dziecka „z uwzględnieniem kwestii prenatalnych, perinatalnych i postnatalnych, preferencji i zaburzeń dziecka zaobserwowanych w jego codziennej aktywności (...)”<sup>26</sup>;
- ocenę stanu funkcjonalnego dziecka na podstawie wyniku „18 testów południowo-kalifornijskich” (*Southern California Sensory Integration Test – SCST*);
- próby kliniczne, będące częścią diagnozy SI;
- ocenę funkcji motorycznych dziecka w odniesieniu do przyjętych norm rozwojowych.

W artykule napisano, że powyższe wykorzystano w celu dokonania diagnozy „dokładnej” i „wszechstronnej”<sup>27</sup>, lecz to, co zaprezentowano, wygląda dość ogólnikowo. Mianowicie u chłopca stwierdzono „deficyty w zakresie układów: proprioceptywnego, przedsionkowego, dotykowego, słuchowego”. Jakiego stopnia były to deficyty i na czym polegały – tego w artykule nie znajdziemy. Dowiadujemy się, że została rozpoczęta terapia, prowadzona przez dyplomowanego terapeutę SI. Terapia chłopca trwała od września 2014 roku do stycznia 2015 roku. Sesje odbywały się raz w tygodniu. Nie zaskoczy nikogo zapewne, że specjalistka zadbała o odpowiedni dobór ćwiczeń, odpowiadających diagnozie, czyli stymulujących układ proprioceptywny, przedsionkowy, dotykowy i słuchowy. Częste używanie tych słów robi wrażenie.

<sup>26</sup> J. Grzesiak, P. Raglewska, *Koncepcja integracji sensorycznej...*, s. 26.  
<sup>27</sup> Tamże, s. 27.

Warto jednak czytać uważnie, z odwołaniami bibliograficznymi. Oto przy stwierdzeniu, iż „dopiero odpowiednio zindywidualizowana terapia, z uwzględnieniem możliwości układowych dziecka, i odpowiedni harmonogram sekwencji ćwiczeń powoduje akcelerację, kompensację w zakresie nabywania zaburzonych bądź brakujących umiejętności”<sup>28</sup>, znajduje się odwołanie do artykułu pt. *Terapia Integracji Sensorycznej dla dzieci z zaburzeniami rozwoju i zachowania*, autorstwa doktorów medycyny Michelle Zimmer i Larry’ego Descha. I może nie byłoby w tym nic dziwnego, że na artykule o takim tytule powołują się autorki, gdyby nie to, że takiego zalecenia dotyczącego SIT jak przez nie przywołane, tam nie ma!!! Niemożliwe? Możliwe. Otóż jest to dokładnie ten sam artykuł, na który powoływałem się wcześniej, a który wyraża stanowisko Amerykańskiej Akademii Pediatrii<sup>29</sup>. Rzeczywiście w nagłówku publikacji stanowiska AAP, podsumowującego pracę dwóch kilkunastoosobowych zespołów (Sekcji Medycyny Komplementarnej i Alternatywnej oraz Rady do spraw Dzieci z Niepełnosprawnościami), znajdują się nazwiska Zimmer i Descha. Z tego, co zrelacjonowałem wyżej, stanowisko AAP wskazuje na brak wystarczających rzetelnych dowodów efektywności SI i co najwyżej zachęca do badań, a nie daje wskazówek, jak prowadzić terapię. Mimo to, dziwnym trafem, autorki umieszczają ten dokument w przypisie, również jako odwołanie do charakterystyki pracy układu przedsionkowego.

Czepiam się? Nie. Chcę po prostu zwrócić uwagę na pewien stały zabieg propagatorów metod edukacji, rozwoju czy terapii o niepotwierdzonej efektywności. Jeśli nie odzucają wartości o dowodów naukowych, to „podczepiają” się pod wyniki jakichś badań (niekoniecznie właściwych) lub przedstawiają dane jako korzystne dla swojej koncepcji praktyki. Czy to uczciwe postępowanie?

<sup>28</sup> Tamże.  
<sup>29</sup> American Academy of Pediatrics [lead authors: Zimmer M., Desch L.J. *Sensory Integration Therapies...*



## DIAGNOZA (NIE)RÓŻNICUJĄCA

W przytaczanym przypadku diagnoza podaje ogólnikowe stwierdzenia dotyczące funkcjonowania chłopca. Pełna diagnoza SI obejmuje niemal wszystko, ponieważ w Integracji Sensorycznej zakłada się, że wpływa ona na: umiejętności szkolne, czynności dnia codziennego, zachowania i zaangażowanie w interakcje z innymi, a nawet tożsamość osobistą<sup>30</sup>. Proces diagnostyczny jest kilkukrotnie powyższy. Obejmuje klasyczny wywiad kliniczny z rodzicami (dotyczy m.in. rozwoju dziecka w okresie niemowlęcym). Potem rodzice wypełniają specjalne kwestionariusze. I tu, zgodnie z obietnicą, zaprezentuję wyjątki z takiego narzędzia (chronionego prawem autorskim), autorstwa Zbigniewa Przyrowskiego z Polskiego Stowarzyszenia Terapeutów Integracji Sensorycznej. *Kwestionariusz sensomotoryczny*<sup>31</sup> może być, według autora, stosowany przez rodziców, nauczycieli oraz wychowawców do dzieci w wieku 5–6 lat. Zawiera 8 skal do oceny: dotyku, równowagi i ruchu, koordynacji, napięcia mięśni, słuchu, wzroku, węchu oraz uwagi i zachowania. Odpowiedź na każdą z pozycji jest uznaniowa i nie-stopniowalna: należy zaznaczyć po prostu „tak” (1 pkt) lub „nie” (0 pkt). Na przykład na skali *Dotyk* znajdują się obok siebie pozycje: „3. Lubi aktywności związane z brudzeniem się (malowanie palcami). 4. Unika aktywności związanych z brudzeniem (lepienie w plastelinie)”. Obie są punktowane, a więc mogą świadczyć o zaburzeniach SI. Każda skala ma od 7 do 10 pozycji i tylko wynik 2 pkt (na pięciu skalach) lub 3 pkt (na trzech skalach) uznawany jest za normę. Jej przekroczenie oznacza „ryzyko dysfunkcji”. Jeśli choćby na jednej skali dziecko uzyska taki wynik, „powinno zostać skonsultowane z terapeutą integracji sensorycznej” (jak stwierdza autor). Trudno nie zauważyć arbitralności takich ocen, ponieważ na przykład brak reakcji lub nadwrażliwość na ostre zapachy (skala *Węch*) oceniana jest według nosa rodzica.

<sup>30</sup> Por. S.S. Raley, *Sensory Integration...*, s. 6–7.

<sup>31</sup> Dostępny w Internetowym Serwisie Pedagogicznym [www.reedukacja.pl](http://www.reedukacja.pl).

Ponadto każdy, kto studiował psychologię (zapewne i medycynę), wie, że stworzenie dobrego narzędzia diagnostycznego w formie kwestionariusza czy skali do oceny wymaga ciężkiej i długiej pracy. Pierwszy jej etap to badania pilotażowe na mniejszych próbach. Potem duże badania dla ustalenia norm. Oczywiście przy założeniu, że chce się bazować na wynikach badań, a nie na własnych przekonaniach, co jest zdrowe, a co nie. Inaczej efekt konformacji tylko utwierdzi w słuszności własnych przekonań.

Następny etap procesu diagnozy to tzw. próby kliniczne. Dziecko jest obserwowane w swojej spontanicznej aktywności oraz podczas wykonywania zadań, które mają diagnozować i sprawdzić jakość napięcia mięśniowego, poczucie równowagi, pracę oczu, koordynację ruchową. Nic mi nie wiadomo, by diagnozy SI odwoływali się tu do norm populacyjnych.

I wreszcie, opracowane na potrzeby SIT, Testy kalifornijskie. Co mają badać? Oczywiście dojrzałość zmysłów i integrację sensoryczną. Są bardzo efektywnym narzędziem dla praktyka SI, ponieważ potwierdzają to, co ma być dowiedzione w ramach teorii i jej językiem. Podobnie jak w kwestionariuszu dla rodziców, nie ma tu rzetelnych miar, a każde odstępstwo od pożądanego zachowania nie jest interpretowane w ramach różnic indywidualnych, lecz zaburzeń SI.

Jedna z procedur sprawdzania, na ile rzetelne i trafne jest dane narzędzie, polega na porównaniach z innymi sposobami diagnozy. Testy kalifornijskie są wewnętrznym trafne (zgodne z teorią). A co z trafnością zewnętrzną i rzetelnością pomiaru? Co do jakości tych narzędzi oceny stanu małych pacjentów już dawno wypowiedzieli się sami „diagności” SI. Na przykład, po analizie dwóch (*sic!*) przypadków dwóch z Testów kalifornijskich SI a wyniki między wynikami dwóch z Testów kalifornijskich SI a wynikami oceny w zakresie laryngologii (mowa) był bardzo niski; z wynikami w zakresie okulistyki (widzenie) – jedynie częściowy; a w zakresie (słuch) audiologii sposób badania był odmienny w obu badanych przypadkach – czyli też nie uzyskano zgodności



ocen<sup>32</sup>. Nic mi nie wiadomo, by od tego czasu zwiększyła się trafność i rzetelność tych narzędzi diagnostycznych SI. Ale jak mierzyć zaburzenia SI, skoro nie wiadomo, czym tak naprawdę są. I czy są?



**Tomasz Witkowski:** „Oczywiście, zgadzam się z ogólnym stwierdzeniem, iż wszystkie czynniki, które mogą wspierać rozwój i poprawiać samoocenę są godne uwagi i zasługują na polecenie ich przeze mnie. Ale czy bez zająknięcia musimy nazywać je »terapią«? Moja rada dla rodziców szukających pomocy dla swoich dzieci jest taka: jeśli dziecko cierpi na chorobę możliwą do wyleczenia (w opinii współczesnej medycyny, a nie szarlatanów), poszukaj terapię i rozpocznij leczenie dziecka”<sup>33</sup>.

## METODY PRACY W SIT

Nieco upraszczając (w poczuciu praktyków SIT będzie to zapewne poważne uproszczenie), można stwierdzić, że oddziaływania w terapii SI polegają głównie na rozmaitej stymulacji, także poprzez ruch. Ciała dzieci są szczerkowane specjalnymi szczerkami (co ma powodować odwrzawienie). Zawijane są w pledy (by poczuły granice ciała). Ich stawy są w specjalny sposób uciskane (by wywołać wrażenia proprioceptywne, czyli „czucie głębokie”). Spacerują po matach o różnej strukturze i kolorach (by „oswajać” receptory i integrować zmysły). Zjeżdżają ze zjeżdżałni i bujają

<sup>32</sup> C.B. Royeen, G. Lesinski, S. Ciani, D. Schneider, *Relationship of the Southern California Sensory Integration Tests, the Southern California Postural Nystagmus Test, and clinical observations accompanying them to evaluations in otolaryngology, ophthalmology, and audiology: two descriptive case studies*, *American Journal of Occupational Therapy* 1981, nr 35 (7), s. 443–450 (cytat: s. 450).

<sup>33</sup> T. Witkowski, *Psychology Led Astray*,..., s. 263.

się w hamaku, chodzą po laweczkach (by nabrać poczucia równowagi i położenia w przestrzeni). Rzucają do celu (by wyćwiczyć koordynację wzrokowo-ruchową). Wykonują rozmaite zadania manualne (by doskonalić planowanie ruchów i ich precyzję).

Kroś może zaprotestować, że nie wymieniam wyciszających i uspokajających praktyk. Taką jest zakładanie dzieciom (np. z zaburzeniami ze spektrum autyzmu lub z ADHD) kamizelek obciążeniowych (*weighted vests*). Trudno wątpić, że takie obciążenie nie wywoła ograniczenia ruchliwości, choć nie jest to chyba efekt terapeutyczny. A mocny nacisk kamizelki, który ma przynieść ulgę dzieciom z zaburzeniami ze spektrum autyzmu? Nie można wykluczyć skuteczności w pewnych wypadkach<sup>34</sup>, ale jako metoda terapii dla populacji dzieci cierpiących zarówno na zaburzenia ze spektrum autyzmu, jak i ADHD kamizelki obciążeniowe okazały się po prostu nieefektywne i na ten moment „nie powinny być rekomendowane do zastosowania”<sup>35</sup>. Poza tym zapytamy lekarzy, którzy mają pod opieką sportowców. Niektórzy ćwiczą w tego rodzaju kamizelkach. Lekarze jasno informują, że takie treningi bardzo źle wpływają np. na ich stawy kolanowe. Pomysł – my zatem, co dziać się może z kolanami i kręgosłupami dzieci.

## EFEKTYWNOŚĆ SIT

W przywołanej analizie przypadku chłopca zyskujemy na koniec informację, że terapia SI wpłynęła pozytywnie na podstawowe zdolności funkcjonalne dziecka. Oczywiście zadanych konkretnych w czym dokładnie i w jakim stopniu. A co mówią wyniki przeglądów i metaanaliz rzetelnych badań?

<sup>34</sup> L.D. Parham, aneks A, rozdział 7. *Zmysł dotyku. Obronność dotykowa u dzieci* (w: J.A. Ayres, *Dziecko a integracja*,..., s. 193).

<sup>35</sup> J. Stephenson, M. Carter, *The use of weighted vests with children with autism spectrum disorders and other disabilities*, *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2009, nr 39 (1), s. 105–114 (cytat: s. 105).





**Amerykańska Akademia Pediatrii:** „Terapia zajęciowa wykorzystująca techniki Integracji Sensorycznej, kierowana na problemy z przetwarzaniem sensorycznym, jest powszechnie stosowana wobec dzieci z ASD. Choć wielu wierzy, że taka terapia zajęciowa jest subiektywnie efektywna w warunkach edukacyjnych i klinicznych, dane z badań popierające jej efektywność są znikome. Terapia zajęciowa i lekarska mogą być pomocne przy deficytach koordynacji i planowaniu ruchów, występujących u niektórych dzieci z ASD”<sup>36</sup>.

Zacytowany fragment raportu AAP z 2001 roku jest dobrym streszczeniem dotyczącym badań i zakresu efektywności SIT. Czy coś się zmieniło przez następne lata? Wspomniałem, że AAP w swoim oświadczeniu z 2012 roku wspomina o raporcie klinicznym, który wskazuje na pewną użyteczność terapii zajęciowej bazującej na SI w przypadku dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (które w szkole znajdują się w szerokiej grupie, nazywanej uczniami o specjalnych potrzebach edukacyjnych). Rzeczywiście, odwołuje się do raportu z 2007 roku, w którym możemy przeczytać: „Tradycyjna terapia zajęciowa często służy do wspierania rozwoju umiejętności samoobsługowych (np. ubierania się, zapinania, używania naczyń, higieny osobistej) i umiejętności szkolnych (np. cięcia nożyczkami, pisanie). Terapeuta zajęciowy może również pomóc w pobudzaniu rozwoju umiejętności zabawy, w modyfikowaniu materiałów edukacyjnych w klasie oraz zmianę procedury w celu poprawy uwagi oraz organizacji uczenia się, a także prowadzić szkolenia przygotowujące do zawodu. (...) Oddziaływania »sensoryczne« mogą być pomocne jako część ogólnego programu, który używa pożądaných doświadczeń

<sup>36</sup> American Academy of Pediatrics (Committee on Children with Disabilities), *Technical Report: The Pediatrician's Role in the Diagnosis and Management of Autistic Spectrum Disorder in Children*, Pediatrics 2001, nr 107 (5), s. 11.

sensorycznych, aby uspokoić dziecko, wzmacniać pożądanę zachowanie lub pomóc mu w przechodzeniu od jednej aktywności do drugiej”<sup>37</sup>.

Nie widać tu żadnych informacji wyróżniających SIT z innych form terapii zajęciowej, która rzeczywiście jest użyteczna w usprawnianiu małych (i dużych) pacjentów, niekoniecznie z wydaną diagnozą SI. Czym zatem ma się wyróżniać SIT i co na temat jej efektywności mówi nam cytowany raport?



**Raport kliniczny na temat pracy z dziećmi z ASD:**  
 „(...) Brakuje badań dotyczących skuteczności terapii zajęciowej w ASD. Terapia Integracji Sensorycznej (SI) jest stosowana samodzielnie lub jako część szerszego programu terapii dzieci z ASD. Celem terapii SI nie jest nauzenie konkretnych umiejętności i zachowań, ale naprawa deficytów neurologicznych przetwarzania i integracji informacji sensorycznej, tak aby umożliwić dziecku interakcję z otoczeniem w sposób bardziej adaptacyjny. Nietypowe reakcje sensoryczne są powszechne u dzieci z ASD, ale nie jest to dobry dowód, że objawy te różnicują ASD od innych zaburzeń rozwoju, a skuteczności terapii SI obiektywnie nie wykazano. Dostępne badania są pełne rażących niedoskonałości metodologicznych, lecz orędownicy SI zwracają uwagę, że lepszej jakości badania SI zostaną wkrótce opublikowane”<sup>38</sup>.

Rzeczywiście postulatory lub obietnice wykonania porządných badań można znaleźć w artykułach rzeczników SIT. Autory raportu przywołują jeden (!) artykuł z 2005 roku, w którym

<sup>37</sup> S.M. Myers, C.P. Johnson, American Academy of Pediatrics Council on Children With Disabilities, *Management of children with autism spectrum disorders*, Pediatrics 2007, nr 120 (5), s. 1162–1182 (cytat: s. 1166).

<sup>38</sup> Tamże.



zwolennicy SIT sami stwierdzają brak dowodów skuteczności terapii SI, mimo zadowolenia dużej liczby rodziców, którzy mówią o jej efektywności w leczeniu dzieci z ASD i zaburzeniami rozwojowymi. Autorzy postulują więc prowadzenie dalszych badań, by pomóc rodzicom w uzyskaniu usług (zapewne refundowanych) w tym zakresie dla dziecka<sup>39</sup>. Czy nastąpił postęp w badaniach? Trafłem na dwa artykuły z 2007 roku z podobnymi wnioskami i postulatami zwolenników SIT: „Ważność wyników badań integracji sensorycznej jest zagrożona przez słabą trafność w odniesieniu do procesu terapeutycznego. Nie można wyciągnąć z ufnością wniosków dotyczących skuteczności integracji sensorycznej, dopóki trafność nie jest odpowiednio uwzględniona w badaniach nad efektami”<sup>40</sup>.

W obiektywnych pomiarach nie wystąpiły u dzieci żadne wyraźne zmiany w niepożądanym zachowaniach czy zaangażowaniu w wykonywanie zadań. Dane subiektywne wskazują natomiast, że każde z dzieci przejawiało pozytywne zmiany podczas interwencji, w krótkim terminie. Integracja Sensoryczna Ayres nie przynosi istotnych różnic (...) w niepożądanym zachowaniu czy zaangażowaniu w zadanie u dzieci z ASD. Jednak subiektywne dane sugerują, że Integracja Sensoryczna Ayres może wywarzać efekt, który jest oczywisty podczas sesji terapeutycznej i w warunkach domowych. (...) W dalszym ciągu zdecydowanie nie rekomendujemy, by terapeutci zajęciowi stosujący Integrację Sensoryczną Ayres wykorzystywali obiektywne miary wykonania u każdego dziecka przed oddziaływaniem, w odniesieniu do miary wykonania podczas trwania oddziaływania, dla wydawania

<sup>39</sup> R.C. Schaaf, L.J. Miller, *Occupational therapy using a sensory integrative approach for children with developmental disabilities*, Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews 2005, nr 11, s. 143–148.

<sup>40</sup> L.D. Parham, E.S. Cohn, S. Spitzer, J.A. Koomar, L.J. Miller, J.P. Burke, B. Brett-Green, Z. Mailloux, T.A. May-Benson, S.S. Roley, C. Roseann, R.C. Schaaf, S.A. Schoen, A. Clare, C.A. Summers, *Fidelity in sensory integration intervention research*, American Journal of Occupational Therapy 2007, nr 61, s. 216–227 (cytat: s. 216).

sądów, czy sposób oddziaływania przyczynił się do wytworzenia oczekiwanego efektu u każdego dziecka”<sup>41</sup>.

Widać tu wyraźnie chęć uznania satysfakcji rodziców (na którą ma wpływ ogromna liczba czynników, np. efekt autorytetu terapeuty, lęk przed przyznaniem się do nieefektywności zaleceń terapeutycznych – więcej na ten temat piszę w ostatnim rozdziale) za miernik efektywności terapii. Zobaczmy dalej, co pokazują nam przeglądy i metaanalizy badań (a nie sondazy satysfakcji).

Oto, co czytamy w raporcie amerykańskiego Narodowego Centrum Autyzmu (National Autism Center), który został wydany jako podsumowanie przeglądów systematycznych i metanaliz. Oddziaływanie terapeutyczne w przypadku dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu podzielono na trzy grupy<sup>42</sup>:

- **terapię ustanowioną (Established Interventions)**, których skuteczność została potwierdzona w poprawnych metodologicznie badaniach naukowych;
- **terapię powstającą (Emerging Interventions)**, w przypadku których obecny stan badań pozwala uznawać je za obiecujące;
- **terapię niestanowioną (Unestablished Interventions)**, czyli te, których efektywności nie wykazano w poprawnych metodologicznie badaniach, a obecne dane pozwalają zakładać, że metody te nie są skuteczne.

Na podstawie wyników badań naukowych NAC zaliczył w 2015 roku Integrację Sensoryczną do grupy trzeciej<sup>43</sup>. I nie zmienił tego pojedynczy przegląd badań, przeprowadzony przez terapeutki zajęciowe i opublikowany w naukowym piśmie tej branży, który wykazał jedynie umiarkowany efekt SIT

<sup>41</sup> R.L. Watling, J. Dietz, *Immediate effect of Ayres's sensory integration-based occupational therapy intervention on children with autism spectrum disorders*, American Journal of Occupational Therapy 2007, nr 61, s. 574–583 (cytat: s. 574, 582).

<sup>42</sup> National Autism Center, *Findings and conclusions: National standards project, phase 2*, NAC, Randolph, MA 2015.

<sup>43</sup> Tamże, s. 72.



według Ayres (ASI) na poprawę codziennego funkcjonowania osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu oraz mieszane wyniki w przypadku inspirowanej SIT interwencji sensorycznych (SBS)s<sup>44</sup>.



**Ewa Pisula:** „Nie mamy jednoznacznych dowodów na to, że integracja sensoryczna poprawia funkcjonowanie dziecka. Wręcz przeciwnie, istnieją obawy, że w określonych sytuacjach może je nawet pogarszać”<sup>45</sup>.

Wypada zapytać, skąd bierze się popularność stosowania SIT wobec dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, skoro pionierka jej stosowania w Polsce, Maria Borkowska, napisała wyraźnie o ograniczeniu metody w tych przypadkach: „Trzeba jednak zaznaczyć, że ten rodzaj terapii, mimo jej niezwykłej popularności, nie jest jedyną skuteczną terapią i sposobem likwidacji w klasycznych zaburzeń. Jest przydatna i skuteczna, zwłaszcza w klasycznych postaciach zaburzeń integracji sensorycznej, wtedy gdy rozpoczyna się odpowiednio wcześniej. W tych przypadkach jej skuteczność została potwierdzona naukowo. W innych rodzajach zaburzeń, takich jak zespół deficytu uwagi (*attention deficit disorder*, ADD) lub zespół deficytu uwagi z nadrużliwością (*attention deficit hyperactivity disorder*, ADHD), upośledzenie umysłowe, autyzm, oraz genetycznie uwarunkowanych zespołach, może być tylko terapią wspomagającą w leczeniu podstawowego schorzenia”<sup>46</sup>.

<sup>44</sup> R. Watling, S. Hauer, *Effectiveness of Ayres Sensory Integration® and Sensory-Based Interventions for People With Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review*, American Journal of Occupational Therapy 2015, vol. 69, nr 5.

<sup>45</sup> Wypowiedź pochodzi z artykułu A. Szulc, *Chory biznes na chorych dzieciach*, Przekroć 2010, nr 5.

<sup>46</sup> M. Borkowska, K. Wagh, *Integracja sensoryczna na co dzień*, PZWL, Warszawa 2010, s. 7.

SIT jest bardzo popularna – to fakt. Ważne, że autorka zauważyła, iż są inne skuteczne (ustanowione) terapie. Do takich należy **Stosowana Analiza Zachowania** (*Applied Behavior Analysis*; ABA), zwana też Behawioralną Analizą Stosowaną<sup>47</sup>.



**Efektywność ABA:** W badaniach wykazano większy spadek zachowań samouszkodzających u dzieci z ASD, które poddawano interwencjom behawioralnym, w porównaniu z dziećmi uczestniczącymi w SIT<sup>48</sup>.

Jeśli chodzi o „klasyczne postacie zaburzeń integracji sensorycznej”, to można jedynie powiedzieć, że koncepcja SI nie spełnia stawianego teorii naukowym warunkowi, jakim jest **intersubiektywna komunikowalność**, czyli posługiwanie się wspólnie rozumianymi terminami i sposobami operacjonalizacji pojęć. Nie ma ogólnie podzielanego wyjaśnienia, czym są te zaburzenia. Jak już wiemy, w klasyfikacji chorób i zaburzeń według WHO ta terminologia nawet nie jest używana, zaś rekomendacje AAP mówią wprost, by jej nie stosować w diagnozach. Natomiast stwierdzenie, że SIT jest efektywna, jeśli jest rozpoznana „odpowiednio wcześniej”, sugeruje, że stosowanie jej w wieku szkolnym może być nieco spóźnione. Godna uwagi jest informacja Borkowskiej, że SIT nie jest przeznaczona do leczenia zaburzeń koncentracji uwagi, ADHD czy zaburzeń ze spektrum autyzmu. No właśnie, ale czy może być terapią wspomagającą?

<sup>47</sup> Por. M. Suchowierska, P. Ostaszewski, P. Bąbel, *Terapia behawioralna dzieci z autyzmem. Teoria, badania i praktyka stosowanej analizy zachowania*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2012.

<sup>48</sup> Por. S. Devlin, G. Leader, O. Healy, *Comparison of behavioral intervention and sensory-integration therapy in the treatment of self-injurious behavior*, Research in Autism Spectrum Disorders 2009, nr 3 (1), s. 223–231.





Monika Suchowierska, doktor psychologii, pierwsza w Polsce certyfikowana analityk zachowania, pracownik naukowo-dydaktyczny Uniwersytetu SWPS, od 2011 roku wiceprzewodnicząca Polskiego Towarzystwa Psychologii Behawioralnej: „Łączenie (w celu podwyższenia poziomu funkcjonowania dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu) terapii opartej na założeniach Stosowanej Analizy Zachowania (której efektywność została potwierdzona naukowo choćby w przeglądach National Autism Center) z oddziaływaniami o niedowiedzionej skuteczności, jak np. »terapia integracji sensorycznej«, obniża [!!!] efektywność terapii SAZ»<sup>49</sup>.

Problem w tym, że sama Ayres wiele pisała o autyzmie i korzyściach skutkach stosowania „bardzo mocnego nacisku”<sup>50</sup>. A skoro przez uczniów i naśladowców nadawana jest jej rola pioniera „w myśleniu o cechach klinicznych autyzmu, z których wiele dopiero teraz jest oczywistych dla lekarzy i badaczy”, i osoby, od której „wszyscy możemy się wiele nauczyć”<sup>51</sup>... Skoro wydałnictwo posługujące się nazwą najstarszej w Polsce i jednocześnie jednej z najstarszych na świecie uczelni wydaje w poważnej serii *Psychiatria i psychoterapia* książkę pt. *Integracja Sensoryczna*<sup>52</sup>, która ma charakter zgrabnie napisanego poradnika i w ani jednym momencie nie odnosi się do rzetelnych badań efektywności... Efekt autorytetu działa. Prawdopodobnie więc

<sup>49</sup> M. Suchowierska, *Nauka i pseudonauka w terapii osób z zaburzeniami rozwoju*, wykład orwarty wygłoszony w ramach spotkań organizowanych przez Klub Sceptyków Polskich i SWPS, Warszawa, 22 listopada 2013 r.

<sup>50</sup> J.A. Ayres, *Dziecko a integracja...*, s. 143.

<sup>51</sup> M.L. Bauman, aneks A, rozdział 9, *Dziecko autystyczne. Specjalne potrzeby dotyczące integracji sensorycznej i wyzwania związane z taką diagnozą* (w:) J.A. Ayres, *Dziecko a integracja...*, s. 197.

<sup>52</sup> L. Biel, *Integracja Sensoryczna. Skuteczne strategie w terapii dzieci i nastolatów*, Wydawnictwo Uj, Kraków 2015.

jeszcze długo SIT będzie praktykowana i finansowana z budżetu państwa. A o dowody nie zapyta nikt.



Wnioski dla edukacji specjalnej: „W świetle zgromadzonych danych o braku dowodów na skuteczność SIT dalsze wykorzystanie tej techniki poza kontekstami badawczymi nie wydaje się być uzasadnione”<sup>53</sup>.

## PODSUMOWANIE

Nie chcę kwestionować słów Florence A. Clark, uczennicy Ayres, która napisała o swej nauczycielce: „[jej] zawodowa uczciwość w dążeniu do prawdy naukowej – [była] nieskazitelna”<sup>54</sup>. Wiemy jednak, że mogła się mylić, a przynajmniej jej koncepcja okazała się nie w pełni trafna, zaś zaproponowane oddziaływania nie do końca efektywne, mimo obfitej popartych rzekomo twardymi dowodami. Jednak część specjalistów nie chce tego przyjąć do wiadomości. Zakończę ten rozdział cytatem, który wydaje mi się najodpowiedniejszy w tym miejscu.



Zasady etyczne w pracy analityka zachowania: „»Daj pierwszeństwo metodom oceny i oddziaływania, których skuteczność została naukowo udowodniona, a wobec tych, które nie doczekały się jeszcze naukowego potwierdzenia, używaj aparatu naukowego dla ich oceny«.

<sup>53</sup> H.M. Leong, M. Carter, *Research on the efficacy of sensory integration therapy: Past, present and future*, Australasian Journal of Special Education 2008, nr 32 (1), s. 83–99 (cytat: s. 83).

<sup>54</sup> F.A. Clark, *Słowo ustępne* (w:) J.A. Ayres, *Dziecko a integracja...*, s. 13.



Nieetyczne jest oferowanie metod niesprawdzonych, co do których brak jest dowodów naukowych potwierdzających ich skuteczność, bez zgodnego z prawdą przedstawienia ich jako metod eksperymentalnych, niepewnych. (...) Do nich (...) można się odwoływać tylko wówczas, gdy metody naukowo potwierdzone okazały się w konkretnym przypadku zawodne. Można to porównać do stosowania terapii medycznych opartych na dowodach naukowych i leczenia metodami alternatywnymi, których skuteczność nie była nigdy badana lub nie została dowiedziona. Błędem jest, jeśli te drugie stosowane są w pierwszej kolejności, a całkowicie nieetyczne jest przekonywanie pacjentów o ich niewiarygodnych, nieznanym niepotwierdzonych możliwościach”<sup>55</sup>.

Pozostaje mieć nadzieję, że praktycy i badacze SIT będą kontynuować rzetelne badania i uznają lepszą skuteczność ustanowionych form terapii, jeśli nadal będą to potwierdzać wyniki badań oraz pomiaru zachowania prowadzone w zobjektywizowany sposób przez terapeutów podczas oddziaływań (ponieważ jest to drugie ważne, obok danych naukowych, źródło wiedzy o skuteczności danej terapii<sup>59</sup>).

## WYBRANA BIBLIOGRAFIA

American Academy of Pediatrics (Committee on Children with Disabilities), *Technical Report: The Pediatrician's Role in the Diagnosis and Management of Autistic Spectrum Disorder in Children*, Pediatrics 2001, nr 107 (5)

<sup>55</sup> M. Suchowierska, P. Ostaszewski, P. Bąbel, *Terapia behawioralna dzieci z autyzmem*..., s. 245.

<sup>56</sup> Tamże.

- Arendt R.E., Maclean W.E. Jr, Baumeister A.A., *Critique of sensory integration therapy and its application in mental retardation*, American Journal of Mental Deficiency 1988, nr 92 (5)
- Bąbel P., *Terapia behawioralna zaburzeń rozwoju z perspektywy analizy zachowania*, Psychologia Rozwojowa 2011, t. 16, nr 3
- Kimball J., *The emphasis is on integration, not sensory*, American Journal on Mental Retardation 1988, nr 92
- Myers S.M., Johnson C.P., American Academy of Pediatrics Council on Children With Disabilities, *Management of children with autism spectrum disorders*, Pediatrics 2007, nr 120 (5)
- National Autism Center, *Findings and conclusions: National standards project, phase 2*, Randolph, MA 2015
- Otenbacher K.J., *Sensory integration: myth, method, and impertinence*, American Journal on Mental Retardation 1988, nr 92
- Parham L.D., Cohn E.S., Spitzer S., Koomar J.A., Miller L.J., Burke J.R., Brett-Green B., Mailloux Z., May-Benson T.A., Roley S.S., Roseann C., Schaaf R.C., Schoen S.A., Clare A., Summers C.A., *Fidelity in sensory integration intervention research*, American Journal of Occupational Therapy 2007, nr 61
- Shure N., *We mgle nadziei*, Świat Nauki 2011, nr 11 (231)
- Suchowierska M., Ostaszewski P., Bąbel P., *Terapia behawioralna dzieci z autyzmem. Teoria, badania i praktyka stosowanej analizy zachowania*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2012
- Wading R.L., Dietz J., *Immediate effect of Ayres's sensory integration-based occupational therapy intervention on children with autism spectrum disorders*, American Journal of Occupational Therapy 2007, nr 61
- Witkowski T., *Psychologia Led Astray: Cargo Cult in Science and Therapy*, BrownWalkerpress, Boca Raton 2016
- Zimmer M., Desch L., American Academy of Pediatrics (Section on Complementary & Integrative Medicine and Council on Children with Disabilities), *Sensory Integration Therapies for Children with Developmental and Behavioral Disorders*, Pediatrics 2012, vol. 129, nr 6