

MAŁGORZATA DŁUGOSZ, BOŻENA REJNOWSKA-WAWRYN

*Wielokierunkowy model pomocy dziecku z nadpobudliwością
psychoruchową*

Multi-faceted model of helping the child with psychomotor hyperactivity disorder

Praca w poradnictwie psychologiczno-pedagogicznym daje częsty kontakt z problemem nadpobudliwości psychoruchowej u dzieci. Obserwuje się dużą nieporadność rodziców i nauczycieli wobec tego zjawiska. W związku z tym wielu terapeutów stara się poszukiwać skutecznych form pomocy dzieciom z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej oraz osobom z najbliższego ich otoczenia: rodzicom, opiekunom, wychowawcom czy nauczycielom. W niniejszej pracy zamieszczono przegląd metod i technik służących poprawie funkcjonowania dzieci nadpobudliwych psychoruchowo stosowanych w Polsce dawniej i obecnie.

WPROWADZENIE W PROBLEMATYKĘ NADPOBUDLIWOŚCI PSYCHORUCHOWEJ

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej jest jednym z najczęściej obserwowanych zaburzeń wieku rozwojowego. Ocenia się, że występuje on u kilku do kilkunastu procent populacji dzieci, z czego 2/3 stanowią chłopcy (Barkley 1998, Dudek 2002, Nartowska 1972).

Najbardziej popularne systemy klasyfikacyjne ICD-10 i DSM-IV nieco inaczej określają nadpobudliwość psychoruchową. W Klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV) występuje termin *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD), czyli „zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi”. Natomiast w międzynarodowej klasyfikacji chorób Światowej Organizacji Zdrowia (ICD-10) jest

mowa o *Hyperkinetic Disorder*, czyli „zespołe hiperkinetycznym lub zaburzeniach hiperkinetycznych” (Wolańczyk i in. 1999).

W literaturze polskiej popularne są określenia: zespół nadpobudliwości psychoruchowej lub skrót ADHD.

Cechą charakterystyczną ADHD jest występowanie trwałych wzorców zachowania, utrzymujących się przynajmniej 6 miesięcy, a przejawiających się przede wszystkim jako:

- zaburzenia koncentracji uwagi,
- nadmierna impulsywność,
- nadruchliwość.

Wymienione symptomy ujawniają się zwykle przed 7 rokiem życia, ich nasilenie jest niewspółmierne do wieku i poziomu rozwoju umysłowego, utrudnia funkcjonowanie dziecka w co najmniej dwóch środowiskach (Klasyfikacja ICD-10 1997).

Objawy zespołu nadpobudliwości psychoruchowej mają wysoką stabilność, to znaczy mogą utrzymywać się przez dłuższy czas, aż do wieku dorosłego.

We wczesnym okresie życia dziecka nadpobudliwość przejawia się krzykliwością, płaczliwością, zaburzeniami snu i łaknienia (Popielarska 2000). U dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym obserwuje się występowanie nadpobudliwości w formach bardziej złożonych – na ogół obejmuje ona trzy sfery rozwojowe: ruchową, poznawczą, emocjonalną. Dzieci te charakteryzuje wzmożona ekspansja ruchowa, niepokój ruchowy, zmienność nastrojów, impulsywność, a zwłaszcza deficyt uwagi (Nartowska 1972). U młodzieży nadruchliwość ma tendencję do zmniejszania się, natomiast utrzymują się nadal trudności w koncentracji uwagi, impulsywność, wybuchowość (Tucholska 1992).

Zachowania dzieci nadpobudliwych prowokują dorosłych do częstego stosowania kar – krzyku, gróźb, bicia, zakazów itp. Wielu autorów (Opolska, Potempska 1998, Schäfer 2001, Wolańczyk i in. 1999) podaje, iż dzieci z ADHD dostają bardzo dużo wzmocnień negatywnych, czyli takich reakcji ze strony otoczenia, które umacniają w nich przeświadczenie, że niewłaściwe zachowanie przynosi duże korzyści. Dziecko łatwo uczy się, że otrzymuje uwagę tylko wtedy, gdy robi coś złe. Na tym podłożu dochodzi często do powstania zaburzeń zachowania. Zespół ADHD zwiększa dziesięciokrotnie ryzyko wystąpienia zaburzeń zachowania (Wolańczyk i in. 1999). U dzieci nadpobudliwych w okresie szkolnym mogą pojawiać się zachowania agresywne, kłamstwa, kradzieże, wagary (Tucholska 1992). W okresie adolescencji istnieje większe ryzyko wystąpienia uzależnienia od alkoholu i narkotyków oraz zachowań przestępczych (Tucholska 1992).

Niektórzy badacze (Orwid, Pietruszewski 1996) podają, iż znaczącą grupę zachowań korelujących lub rozwijających się na podłożu syndromu nadpobudliwości psychoruchowej u dzieci stanowią zachowania i reakcje nerwicowe (zaburzenia snu, lęki, moczenie się, jąkanie, natręctwa). Mogą być one efektem

karzących i nadmiernie krytycznych reakcji otoczenia na trudne zachowania dziecka lub przedłużającej się sytuacji braku sukcesów w realizacji zadań szkolnych i w kontaktach społecznych.

W literaturze przedmiotu podkreśla się wyraźnie, że stopień i zakres trudności dziecka nadpobudliwego psychoruchowo zależy od wielu czynników, a wśród nich szczególne znaczenie mają wysiłki wychowawcze rodziców, opiekunów i nauczycieli.

Aby skutecznie pomagać dzieciom nadpobudliwym psychoruchowo, konieczne jest zrozumienie przyczyn tego zaburzenia. Obecnie uważa się, iż nadpobudliwość psychoruchowa uwarunkowana jest czynnikami genetycznymi i neurobiologicznymi (Wolańczyk i in. 1999). Barkley (1998) wskazuje na nieprawidłowy rozwój struktury i funkcji kory przedczołowej i sieci neuronalnej łączącej tę część z innymi partiami mózgu, odpowiedzialnymi za rozwój mechanizmu hamowania. Konsekwencją ograniczenia hamowania jest obniżona efektywność funkcji wykonawczych służących samokontroli i realizacji zachowania celowego. Funkcje wykonawcze obejmujące cztery grupy aktywności umysłowej:

- pamięć operacyjną – przechowywanie w mózgu informacji, nawet gdy nie istnieje już bodziec stanowiący jej źródło;
- internalizację monologów – do 6 roku życia dziecko myśli głośno, w wieku 7–10 lat pojawia się monolog wewnętrzny;
- kontrolę emocji, motywacji i stanu pobudzenia – ułatwia realizację celów i sprzyja akceptowanym społecznie formom zachowania;
- rekonstruowanie – umiejętność rozkładania zaobserwowanych zachowań na czynniki i tworzenia z nich nowych kombinacji, składających się na nowe zachowania, które skutecznie przyczyniają się do osiągnięcia obranego celu w miarę dojrzewania ulegają uwewnętrznieniu (Borkowska 1999).

U dzieci z ADHD przesunięcie kontroli zachowania motorycznego z zewnętrznej, środowiskowej na kontrolę sprawowaną przez wewnętrznie reprezentowane informacje jest opóźnione.

METODY TERAPII NADPOBUDLIWOŚCI PSYCHORUCHOWEJ W RAMACH MODELU BEHAVIORALNO-POZNAWCZEGO

Jeżeli przyjmujemy, że przyczyną ADHD są zaburzenia mechanizmu hamowania, opóźniające z kolei nabycie zdolności uwewnętrzniania i realizowania czterech funkcji wykonawczych, to dzieciom nadpobudliwym możemy pomóc, organizując im lepiej środowisko zewnętrzne oraz ucząc sztuki samoinstruowania podczas rozwiązywania zadań i problemów społecznych. Skuteczne okazują się wszelkie treningi i strategie opracowane w ramach terapii poznawczo-behawioralnej. Badania amerykańskie prowadzone w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku wykazały wysoką podatność nadpobudliwości na wzmocnienia

pozytywne. Stosowanie nagród pomaga uczniom nadpobudliwym przejąć kontrolę nad własną motoryką i impulsywnością (Bartkowiec 1998).

W ramach podejścia poznawczo-behawioralnego można wyodrębnić dwa nurty pomocy dzieciom nadpobudliwym i ich rodzinom:

I. Poradnictwo i trening dla rodziców i nauczycieli,

II. Terapię zachowania dzieci i młodzieży.

PORADNICTWO I TRENING DLA RODZICÓW I NAUCZYCIELI

Zasadniczym celem programu poznawczo-behawioralnego przeznaczonego dla rodziców i nauczycieli jest wprowadzanie zmian w otoczeniu domowym i szkolnym dziecka. Uczestnicy zajęć uczą się przede wszystkim akceptacji odmienności i niemożności dziecka oraz dopasowywania wymagań do jego realnych możliwości. Ponadto w czasie spotkań rodzice nabywają umiejętność rejestrowania niepożądanego zachowania u dziecka i jego konsekwencji, rozpoznawania przyczyn wywołujących te zachowania, a także wprowadzania możliwych zmian. Porady dla rodziców pełnią kluczową rolę w terapii nadpobudliwego dziecka. Praca z rodzicami może przebiegać indywidualnie lub grupowo. Zaletą grup jest możliwość konfrontacji różnych przeżyć, dzięki czemu udaje się znaleźć obiektywne i optymalne sposoby postępowania. Włączenie nauczycieli w program pozwala na stworzenie spójnego systemu oddziaływań wychowawczych. Praca terapeutyczna z rodzicami i nauczycielami przebiega w kilku etapach (Wolfram 2002):

Faza pierwsza: Otwartość.

Terapeuta okazuje rodzicom akceptację, aby poczuli się oni zrozumiani i mogli rozmawiać o swoich problemach.

Faza druga: Wyjaśnienie nadpobudliwego zachowania.

Nadpobudliwość jest wyjaśniana jako osobliwość centralnego układu nerwowego, jako zespół cech, które należy zaakceptować i których nie można zmienić. Można natomiast modyfikować otoczenie.

Faza trzecia: Radzenie sobie z codziennym wychowaniem.

Rodzice przyswajają sobie techniki pomocne w codziennych sytuacjach. Uczą się m.in. umiejętności wydawania poleceń, udzielania pochwał, tworzenia systemu norm i zasad, stosowania kar i nagród, budowania systemu punktacji, udzielania pomocy dziecku podczas odrabiania prac domowych. Na tym etapie konieczna jest również praca nad zmianą nastawienia do dziecka. Istotne jest wypracowanie wśród rodziców i nauczycieli umiejętności dostrzegania najmniejszych sukcesów i rozmawiania o tym.

Faza czwarta: Działania wychowawcze według planu.

Do określonych trudnych sytuacji lub zachowań dziecka rodzice i nauczyciele uczą się opracowywać plan, według którego mogą postępować bardzo kon-

kretnie i systematycznie. Poznają m.in. następujący algorytm modyfikacji niepożądanych zachowań dziecka (Wolańczyk i in. 1999):

1. Dokładne zdefiniowanie trudnych zachowań dziecka.
2. Ustalenie ważności zachowań problemowych.
3. Wybór jednego zachowania problemowego, nad którym rodzic (nauczyciel) zamierza pracować.
4. Analiza przebiegu niewłaściwego zachowania, uwzględniająca zdarzenia poprzedzające i następstwa negatywnych zachowań dziecka.
5. Ustalenie planu, w jaki sposób zachowanie zaburzające przekształcić w bardziej akceptowane.
6. Omówienie przyczyn sukcesu lub porażki oraz próba modyfikacji planu.

TERAPIA ZACHOWANIA DZIECI I MŁODZIEŻY

I. Terapia zachowania dzieci młodszych.

W przypadku dzieci w wieku przedszkolnym terapia przebiega w kilku etapach (Schäfer 2001, Wolfram 2002):

1. Nawiązanie kontaktu z dzieckiem w sytuacjach zabawowych.

Przestrzeganie określonych reguł, np. ustalonego czasu, nieprzerywania zabawy, posprzątania pokoju na koniec zabawy.

2. Określenie punktów wyjściowych dla właściwej terapii.

Terapeuta obserwuje zachowanie dziecka w różnych sytuacjach, zwracając szczególną uwagę na zaburzenia koncentracji uwagi, niepokój ruchowy, radzenie sobie z wymaganiami i niepowodzeniami.

3. Wprowadzenie systemu nagród.

Przygotowane zostają wcześniej struktury zabawy, omówione cele, reguły i przebieg działania, udzielone instrukcje dotyczące zachowania dziecka. Terapeuta ustala z dzieckiem obowiązujące reguły, za przestrzeganie których otrzymuje ono żetony (np. w formie kulek, naklejek). Skuteczne jest również odbieranie żetonów, po uprzednim ustaleniu z dzieckiem, za jakie niepożądane zachowania traci je.

4. Zwiększanie samokontroli dziecka przez zmniejszanie sterowania zewnętrznego. Sposoby postępowania terapeuty z fazy trzeciej zostają minimalizowane, aby umożliwić dziecku stopniowe przejmowanie większej odpowiedzialności za kierowanie własnym zachowaniem.

5. Zwiększanie wymagań dotyczących zachowania w czasie zabawy przez wydłużanie czasu poszczególnych faz zabawy, silniejsze bodźce zewnętrzne, włączenie do zabawy innych dzieci.

II. Program H. F. Quaya w modyfikacji Z. Bartkowicza.

Terapia ta jest przeznaczona dla dzieci starszych oraz młodzieży. Oparta jest na procedurze wzmocnień pozytywnych i ma na celu wydłużanie czasu skupienia

uwagi. Z kilkoma uczniami organizuje się codziennie 10–15-minutowe sesje, w czasie których mają za zadanie słuchać uważnie (nie spuszczać na chwilę wzroku z trenera), ciekawej opowieści czy bajki. Są oni też informowani, że trener będzie bacznie ich obserwował i dokładnie liczył, ile minut udało im się bez przerwy skupiać uwagę, każdą pełną minutę nagradza się w sposób wcześniej ustalony. Z. Bartkowicz (1998) podaje, iż procedurę należy stosować przez trzy tygodnie, a wyraźna poprawa w zakresie koncentracji uwagi oraz złagodzenie nadaktywności motorycznej i polepszenie osiągnięć szkolnych utrzymuje się co najmniej kilka miesięcy.

III. Metoda autoinstrukcji D. Meichenbauma.

Metoda adresowana jest do młodzieży oraz starszych dzieci. Opiera się na założeniu, że zaburzenia uwagi i braki w zakresie kontroli impulsów u dzieci nadpobudliwych wynikają przede wszystkim z niedostatków w stosowaniu odpowiednich samowerbalizacji (samoinstruowania się). Osoby takie zwykle stosują impulsywną strategię rozwiązywania problemów, działają szybko i nie- dbale, bez autowerbalizacji pomagającej organizować i kontrolować aktywność (Bartkowicz 1998).

W czasie treningu samoinstruowania dzieci uczą się rozmawiać same ze sobą, po to, aby samodzielnie dojść do rozwiązania problemu. Początkowo uczą się rozpoznawać problem i nazywać go. Potem zastanawiają się, jakie kroki podjąć, następnie rozważają różne możliwe zachowania, a na końcu same się chwalać lub oceniają. Korzystają z demonstracji i pomocy terapeuty.

Pod wpływem takich oddziaływań nadpobudliwi mogą zmienić taktykę rozwiązywania problemów na bardziej refleksyjną (Schäfer 2002).

W modelu poznawczo-behawioralnym najlepsze efekty uzyskuje się, łącząc poradnictwo rodzinne, trening umiejętności rodzicielskich, zmianę modelu pracy szkoły i nauczycieli oraz oddziaływania skierowane bezpośrednio na dziecko (Wolańczyk i in. 1999).

METODY WSPOMAGAJĄCE W TERAPII NADPOBUDLIWOŚCI PSYCHORUCHOWEJ

Uciążliwość zachowań dzieci nadpobudliwych oraz trudności w codziennym ich funkcjonowaniu skłaniają terapeutów różnych specjalności do poszukiwania skutecznych form pomocy. Dotychczas opracowano szereg metod służących niwelowaniu niepożądanych zachowań u dzieci z ADHD oraz zaadaptowano do tego celu także wiele technik, których powstanie w zamierzeniu podyktowane było przesłankami innymi niż nadpobudliwość.

Metody tu przedstawione mogą być stosowane przez nauczycieli w szkołach czy przedszkolach, pełniąc funkcję technik wspomagających właściwy proces terapeutyczny nadpobudliwości psychoruchowej. Są one wartościowe z tego powodu, że w celu ich stosowania nie jest konieczne uzyskanie specjalistycz-

nych kwalifikacji. Ich różnorodność jest zaletą z uwagi na fakt, iż urozmaicają oddziaływanie wobec dzieci, a dzięki temu mogą wpływać na ich motywację do podejmowania współpracy.

I. Metoda leczniczo-pedagogiczna.

Metoda została opracowana przez polskie autorki: T. Danielewicz, A. Koźmińską i J. Magnuską. To jedna z pierwszych stosowanych w Polsce technik, adresowanych między innymi do dzieci nadpobudliwych. Polega na stopniowym wdrażaniu do coraz dokładniejszego i uważnego wykonywania zadań (Danielewicz i in. 1981).

Próby proponowane dziecku mają charakter działań spokojnych i celowych. Należą do nich np.: stemplowanie, kopiowanie, obrysowywanie, wycinanie, a także układanki czy loteryjki. W metodzie tej dąży się do eliminowania chaotycznych wyładowań ruchowych na rzecz czynności precyzyjnych, skoordynowanych, wymagających dłuższego skupienia uwagi (Popielarska 2000). Stopniowo przechodzi się od zajęć o tematyce narzuconej do zajęć dowolnych. Stosuje się kontrolę oraz sterowanie (jak najmniej odczuwalne przez dziecko) w celu wypracowywania umiejętności samodzielnego organizowania przez nie pracy oraz zdolności samokontroli. Tempo pracy dostosowuje się do możliwości dziecka, a zajęcia dobiera odpowiednio do jego potrzeb.

Metoda leczniczo-pedagogiczna zakłada systematyczną poprawę dowolnej uwagi u dzieci nadpobudliwych. W praktyce jednak sposób ten okazał się mało skuteczny, nie zauważono bowiem istotnych zmian w funkcjonowaniu dzieci uczęszczających na tego rodzaju terapię (Bartkowicz 1998).

II. Metoda W. Sherborne.

W latach sześćdziesiątych ubiegłego wieku W. Sherborne opracowała system ćwiczeń wywodzących się z naturalnych potrzeb dziecka, zaspokajanych w kontakcie z dorosłymi.

Podstawowe założenia metody to stwarzanie sytuacji, w których dziecko ma możliwość rozwijania poprzez ruch (Bogdanowicz 1994, s. 38):

- świadomości własnego ciała i usprawniania ruchowego,
- świadomości przestrzeni i działania w niej,
- dzielenia przestrzeni z innymi ludźmi i nawiązywania z nimi bliskiego kontaktu.

Z doświadczeń M. Bogdanowicz (1994) w prowadzeniu zajęć z dziećmi nadpobudliwymi wynika, iż metoda W. Sherborne daje tym dzieciom szansę zaspokojenia przemożnej potrzeby ruchu w sposób kontrolowany, społecznie akceptowany. Ułatwia im uświadomienie sobie swojej nadmiernej energii i siły oraz przejście od chaotycznej aktywności ruchowej do bardziej zorganizowanej i planowanej.

III. Program korekcji zachowań opracowany przez T. Opolską i E. Potempską.

Program przeznaczony jest dla dzieci w wieku 7–10 lat przejawiających symptomy nadpobudliwości, realizowany jest w małych grupach (Opolska, Potempska 1998).

Program składa się z dziesięciu zajęć. Konstrukcja programu zakłada, że każde zajęcia powinny zawierać gry i ćwiczenia ruchowe umożliwiające „wyrzucenie” na zewnątrz nagromadzonej energii i napięcia. Scenariusze zajęć zawierają wiele zabaw i ćwiczeń, które mają za zadanie dostarczyć dzieciom pozytywnych doświadczeń społecznych, wzmocnić ich poczucie własnej wartości i samoocenę oraz nauczyć wykorzystywania własnej energii w sposób konstruktywny. Znaczna część zajęć zawiera ćwiczenia i techniki relaksacyjne i oddechowe, ćwiczenia wspomagające koncentrację uwagi, elementy dramy i ruchu rozwijającego opracowane przez W. Sherborne.

IV. Metoda oparta na teorii integracji sensorycznej.

Jest to jeden z rodzajów gimnastyki korekcyjnej opartej na zasadach neurofizjologii. W metodzie tej wykorzystuje się odpowiedni sprzęt do ćwiczeń.

Terapię zachowania dzieci z ADHD rozpoczyna się od zorganizowania środowiska. Kładzie się nacisk na spokój, ograniczanie bodźców, umiarkowane oświetlenie i temperaturę oraz mówienie przyciszonym głosem.

Wskazane jest unikanie sprzętu, który wzmaga impulsywność i pobudza aktywność ruchową. Stopniowo należy zachęcać dziecko, aby starało się bardziej kontrolować siebie, wykonywać czynności wolniej, zachowywać się ciszej. Pomaga się dziecku dostrzec własną hałaśliwość i monitorować poziom aktywności oraz zrozumieć, że akceptowalny poziom ruchliwości i głośności zachowań jest zależny od rodzaju sytuacji i miejsca.

W kolejnych etapach wprowadza się element mierzenia czasu koncentracji na jednym zadaniu, ukazując dziecku w ten sposób efekty terapii i wpływając na jego dalszą motywację (Maas 1998).

V. Metoda bazująca na kinezylogii edukacyjnej.

Metoda stworzona przez P. Dennisona, nazywana także gimnastyką mózgu poprzez ruch. Polega na wykonywaniu specjalnie zaprojektowanych, dość prostych ćwiczeń ruchowych, które mają na celu pobudzanie pracy odpowiednich ośrodków centralnego układu nerwowego. Ruchy integracyjne poprawiają mielinizację połączeń pomiędzy dwiema półkulami mózgowymi oraz równowagę energii elektrycznej i procesów integrujących w całym mózgu. Służą pełnemu uaktywnieniu funkcjonowania mózgu (Hannaford 1998).

Celem tej metody jest wykorzystanie bodźców ruchowych do stymulacji układów mózgowych, które odpowiadają za koncentrację i uwagę oraz pobudzają odpowiednie zmysły. Daje ona szansę dotarcia do potencjalnych możliwości dziecka i wykorzystywania ich pełni w procesach szeroko rozumianego uczenia się.

Próby wykorzystywania tej metody w pracy z dziećmi nadpobudliwymi mogą jednak okazać się niezbyt efektywne z uwagi na mało interesujące dla niektórych dzieci propozycje ćwiczeń (Wolańczyk i in. 1999).

VI. Metoda terapii rytmiką i muzyką.

Wychowanie rytmiczno-muzyczne stawia sobie zadanie, by przez muzykę i ruch wspierać człowieka we wszechstronnym rozwoju i wychowywać go.

Autorzy (Klöppel, Vliex 1995) metody wychodzą z założenia, że pośród wielu propozycji pomocy dzieciom z dysfunkcjami, w tym dzieciom z nadpobudliwością psychoruchową, terapia rytmiką i muzyką jest ciekawym pomysłem, mającym duże szanse na zaakceptowanie tego rodzaju zajęć przez dzieci. Jako atuty tej metody wymieniają: atrakcyjność dla dzieci, fakt, że przypomina ona zabawę, nie jest monotonna, nie powoduje zniechęcenia, lecz przeciwnie – zachęca do podejmowania dalszego wysiłku. Ponadto jest łatwa w dostosowaniu do aktualnej kondycji uczestników. Proponowane zajęcia są zgodne z naturalnymi potrzebami dzieci, a wykorzystywane pomoce proste i powszechnie dostępne.

Nie istnieją naukowe badania potwierdzające tezę, że rytmika wywiera pozytywny wpływ na zachowanie dzieci, gdyż bardzo trudne jest dokonanie tego rodzaju pomiaru.

VII. Metody obniżające napięcie mięśni.

Techniki relaksacyjne są skutecznym, a zarazem łatwo dostępnym i prostym sposobem przywracania równowagi i kontroli napięcia psychoruchowego. Mogą mieć również korzystny wpływ na sposób radzenia sobie z uczuciem złości czy frustracji oraz na poprawę koncentracji uwagi. U dzieci i młodzieży z zespołem ADHD można zastosować trening autogenny, odprężające psychicznie opowiadania, ćwiczenia rozluźniające napięcie mięśni. Często łączy się wymienione techniki.

J. Prekop, Ch. Schweizer (1997) zwracają uwagę, iż w przypadku dzieci nadpobudliwych efektywna jest relaksacja naprzemienna, podczas której dziecko uczy się świadomie odczuwać i sterować polaryzacją napięcia i odprężenia mięśni.

Terapię dla starszej młodzieży opartą na treningu autogennym Schultza w połączeniu z muzykoterapią i sugestią proponuje Z. Bartkowicz. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, iż metoda ta zmniejsza objawy nadpobudliwości ruchowej oraz poprawia funkcjonowanie uwagi.

Natomiast w terapii dzieci młodszych proponuje się wykorzystywanie relaksacji odprężającej (Polender 1998), która jest modyfikacją treningu autogennego, zawierającą elementy zabawy.

VIII. Metoda psychofizjologiczna – *biofeedback*.

Psychofizjologiczna metoda diagnostyczno-terapeutyczna dzieci z nadaktywnością psychoruchową jest techniką służącą modyfikowaniu zachowania pacjenta poprzez nauczenie go, jak może odpowiadać na reakcje zachodzące w jego organizmie (Pecyna 1998). Podczas pracy tą metodą wykorzystuje się wiele aparatów, które mierzą temperaturę ciała, przewodnictwo elektryczne skóry, częstość akcji serca, zapisują fale mózgowo, ewentualnie jeszcze inne

parametry. Zebrane pomiary przedstawiane są na monitorach w postaci jasnych, czytelnych wykresów. Gdy osoba poddawana terapii widzi, że jej reakcja jest niewłaściwa, zbyt silna lub występuje w sytuacji, którą chciałaby zmienić, może podjąć próby modyfikacji niepożądanego zachowania. Do tego celu wykorzystuje się na przykład wcześniej wyuczone techniki autorelaksacji. Okazało się, że dzięki tej metodzie możliwe jest wpływanie na nadruchliwość i zaburzenia koncentracji uwagi u dzieci z ADHD (Wolańczyk i in. 1999).

IX. Metody biochemiczne.

A. Leczenie farmakologiczne.

Wielu autorów (Behrman 1986, Popielarska 2000, Wolańczyk i in. 1999) podkreśla, iż leczenie środkami farmakologicznymi (stymulującymi) nie może być zaordynowane zbyt pochopnie i powinno być stosowane tylko jako część składowa leczenia innymi formami terapii.

Leczenie farmakologiczne jest niezbędne w przypadku, gdy objawy są tak nasilone, że inne możliwości pomocy dziecku, takie jak poradnictwo, współpraca ze szkołą, nie przynoszą efektów. Leki, zmniejszając objawy choroby, pozwalają skutecznie oddziaływać innym terapiom.

B. Dieta.

Dotychczas nie udowodniono jednoznacznie, że jakakolwiek dieta może u dużej grupy dzieci usunąć objawy ADHD. Mały procent dzieci z tym zaburzeniem reaguje pozytywnie na ogromne dawki witamin i mikroelementów, ograniczenie cukru oraz pokarmów zawierających barwniki i konserwanty (Behrman 1996).

X. Inne metody.

Podejmowane są także próby niwelowania przejawów nadpobudliwości psychoruchowej z zastosowaniem akupunktury, homeopatii (Wolańczyk i in. 1999), muzykoterapii, hipoterapii i aromaterapii – „leczenia kwieciami” (Prekop, Schweizer 1997), a także sportu – głównie walk wschodnich, w których bardzo ważnym elementem jest koncentrowanie uwagi, przestrzeganie określonych zasad i rytuałów oraz uczenie wglądu w siebie i odczytywania komunikatów płynących z ciała (Schäfer 2002).

ZAKOŃCZENIE

Bagatelizowanie nadpobudliwości psychoruchowej u dzieci może być jedną z przyczyn pojawiania się trudności wychowawczych oraz zaburzeń zachowania prowadzących do uzależnień czy konfliktów z prawem. Istnieje zatem konieczność przeciwdziałania niekorzystnym skutkom nadpobudliwości. Wczesne rozpoznanie i właściwie prowadzona terapia pozwoliłyby uniknąć eskalacji tej formy zaburzenia w skali jednostkowej i społecznej.

Z uwagi na obserwowaną bezradność wobec problemu nadpobudliwości w instytucjach zajmujących się pomaganiem dziecku i jego rodzinie istnieje

potrzeba tworzenia punktów i ośrodków, w których pomoc świadczona byłaby kompleksowo przez grupę specjalistów. Zasadne jest, aby udzielane wsparcie było wielokierunkowe, realizowane przez zespół diagnostyczno-terapeutyczny, składający się z lekarza psychiatry, psychologa i pedagoga. Wówczas możliwe byłoby dobieranie odpowiednich metod terapii do indywidualnych potrzeb dziecka. Zastosowanie kilku metod i technik wspomagających, tzw. terapia multimodalna, daje większe prawdopodobieństwo odniesienia sukcesu i zwiększa szanse skuteczności oddziaływań oraz trwałości wypracowanych efektów (Schäfer 2001).

SUMMARY

The article is the result of searching for an optimal method of treating psychomotor hyperexcitability in children. The introductory part of the study contains information related to the currently used terminology, diagnostic criteria as well as the causes, consequences and intensity of the phenomenon in population.

The paper describes behavioural-cognitive method of ADHD therapy (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*), the most efficient of all methods. It combines family consulting, training of parental abilities, changes of school work models and child-oriented activities, which assures obtaining the best therapeutic effects.

The paper also includes a review of most often used in Poland forms of helping children with ADHD and a postulate for creating aid centres for the children with psychomotor hyperactivity as well as for their parents, tutors and teachers.

BIBLIOGRAFIA

- Barkley A. R. (1998). Dzieci nadpobudliwe i roztargnione. *Świat Nauki*, 11, 50–55.
- Bartkowicz Z. (1998). Terapia nieletnich nadpobudliwych psychoruchowo. *Opieka, Wychowanie, Terapia*, 2 17–28.
- Behrman R. E. (1996) (red.). *Podręcznik pediatrii – NELSON*. Warszawa: PWN.
- Bogdanowicz M., Kisiel B., Przasnyska M. (1994). *Metoda Weroniki Sherborne w terapii i wspomaganii rozwoju dziecka*. Warszawa: WSiP.
- Borkowska A. (1999). Nadpobudliwość psychoruchowa w neuropsychologicznej koncepcji Russela A. Barkleya. W: A. Herzyk (red.). *Neuropsychologia kliniczna. Neuropsychologia emocji. Poglądy, badania, klinika*. Lublin: Wyd. UMCS.
- Danielewicz T., Koźmińska A., Magnuska J. (1981). *Terapia uspokajająca i rozwijająca dla dzieci nerwicowych i dyslektycznych. Metoda leczniczo-pedagogiczna*. Warszawa.
- Dudek M. (2002). *Syndrom deficytu uwagi i nadruchliwości u uczniów klas V*. W: A. Pielecki (red.). *Problemy pedagogiki specjalnej w okresie przemian społecznych*. Lublin: Wyd. UMCS.
- Hannaford C. (1998). *Zmysłne ruchy, które doskonałą umysł. Podstawy kinezylogii edukacyjnej*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Medyk Sp. z o.o.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne* (1997). Warszawa–Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Versalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Klöpffel R., Vliex S. (1995). *Rytmika w wychowaniu i terapii. Rozpoznawanie i korygowanie zaburzeń zachowania u dzieci*. Warszawa: PNO.

- Maas V. F. (1998). *Uczenie się przez zmysły. Wprowadzenie do teorii integracji sensorycznej*. Warszawa: WSiP.
- Nartowska H. (1972). *Dzieci nadpobudliwe psychoruchowo*. Warszawa: PZWS.
- Opolska T., Potempska E. (1999). *Dziecko nadpobudliwe. Program korekcji zachowań*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej.
- Orwid M., Pietruszewski K. (1996). *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Kraków: Collegium Medicum UJ.
- Pecyna M. B. (1998). *Rodzinne uwarunkowania zachowania dziecka*. Warszawa: WSiP.
- Polender A. (1998). *Relaksacja odprężająca dla dzieci w wieku przedszkolnym i dzieci upośledzonych umysłowo (modyfikacja treningu autogenego J. H. Schultza*. W: A. Maurer (red.). *Terapia trudności w nauce czytania i pisania u dzieci upośledzonych*. Kraków.
- Popielarska M. (2000). *Nadpobudliwość psychoruchowa*. W: A. Popielarska, M. Popielarska (red.). *Psychiatria wieku rozwojowego*. Warszawa: PZWL.
- Prekop J., Schweizer Ch. (1997). *Poradnik dla zaniepokojonych rodziców*. Poznań: Media Rodzina.
- Radochoński M. (2000). *Osobowość antyspołeczna: geneza, rozwój i obraz kliniczny*. Rzeszów: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej.
- Schäfer U. (2001). *Dlaczego dzieci się wiercą? Zespół nadpobudliwości psychoruchowej*. Warszawa: Wydawnictwo ERDA.
- Tucholska S. (1992). *Nadpobudliwość psychoruchowa: kryteria diagnozy, natura zaburzenia*. W: S. Steuden (red.). *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej*. Lublin: Wyd. KUL.
- Wolańczyk T., Kołakowski A., Skotnicka M. (1999). *Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci. Prawie wszystko co chcielibyście wiedzieć*. Lublin: Wyd. BiFolium.
- Wolfram W. W. (2002). *Nadpobudliwe i niespokojne dzieci w przedszkolu*. Kielce: Wyd. JEDNOŚĆ.