

BARBARA KAJA
KORNELIA KUFEL
Zakład Psychologii.
WSP w Bydgoszczy

TERAPIA METODĄ RELAKSACYJNO-KONCENTRUJĄCĄ DZIECI NADPOBUDLIWYCH
PSYCHORUCHOWO

Wprowadzenie

Problematyka prezentowana w niniejszym artykule mieści się w kręgu rozważań nad rezultatami pracy terapeutyczno-wychowawczej, jako czynnika wspomagającego proces wychowania. Przedmiotem badań są dzieci przedszkolne wyróżniające się pewnym określonym zespołem cech zachowania takich, jak nadmierna ruchliwość, impulsywność, zmienność nastrojów, roztargnienie, wzmożony niepokój ruchowy, nadmierna aktywność emocjonalna. Określa się je mianem nadpobudliwych psychoruchowo, "u których równowaga procesów nerwowych zachwiana jest w ten sposób, że proces pobudzania przeważa nad procesem hamowania, niezależnie od bezwzględnej siły obydwu procesów nerwowych"¹. Są to dzieci, używając terminu H. Bakwina, nadaktywne /hyperactives children/, które swoim zachowaniem sprawiają kłopoty wychowawcze dezorganizują pracę nauczycielowi i przeszkadzają sobie i innym w odbiorze przekazywanych im treści dydaktyczno-wychowawczych. Ze względu na ograniczone ramy niniejszego artykułu nie zajmiemy się szerzej analizą tego złożonego zjawiska w aspekcie teoretycznym. Przyjmując powyższe rozumienie pojęcia nadpobudliwości psychoruchowej i dostrzegając konieczność pomocy dzieciom zmierzającej do uzyskania zmian idących w kierunku osiągnięcia przez nie równowagi procesów nerwowych, przedstawiamy metodę terapii relaksacyjno-koncentrującej, której wartość w zastosowaniu do dzieci nadpobudliwych sprawdzono w praktyce. W dalszej części artykułu omówione zostaną przebieg i rezultaty badań nad wpływem proponowanej metody terapii.

1. Problem i hipotezy

W literaturze psychologicznej brak jest danych pozwalających na jednoznaczne ustalenie, jakie metody pracy terapeutyczno-wychowawczej należy uznać za optymalne w oddziaływaniu na dzieci nadpobudliwe psychoruchowo. Istnieje natomiast przekonanie, że odpowiednie wpływy wychowawcze mogą zapobiec ujawnianiu się nadpobudliwości w jej krańcowej formie lub zniwelować już istniejącą nadpobudliwość².

Fakt ten, jak również wzrastająca liczba dzieci nadpobudliwych w przedszkolach skłonił nas do poszukiwania metod terapeutyczno-wychowawczych ukierunkowanych na korygowanie i likwidowanie niepożądanych form zachowania się dzieci nadpobudliwych.

Mając na uwadze konieczność oddziaływania na osobowość dziecka, a nie wyłącznie na objawy zaburzonego zachowania i uwzględniając główne kierunki pracy wychowawczej z dzieckiem nadpobudliwym znane z literatury, w programie terapii wzięto pod uwagę głównie ćwiczenia relaksacyjne i koncentrujące oraz przewidziano rozmowy terapeutyczne z rodzicami badanych dzieci. Badania zmierzały do rozwiązania problemu, czy terapia metodą relaksacyjno-koncentrującą w przypadku dzieci nadpobudliwych w wieku przedszkolnym, obniża poziom nasilenia objawów nadpobudliwości, zmniejsza dystans między zachowaniami negatywnymi a pozytywnymi. Szukano zatem odpowiedzi na pytanie o wartość proponowanej metody w terapeutycznym oddziaływaniu na dzieci nadpobudliwe. Twierdzenia teoretyczne dotyczące pozytywnych wpływów wszelkich działań terapeutycznych³ oraz, jak się wydaje, adekwatnie do rodzaju występujących u dzieci nadpobudliwych zaburzeń dobrany kierunek terapii oparty o relaksację i ćwiczenia koncentracji, skłoniły nas do sformułowania następujących hipotez:

1. Terapia relaksacyjno-koncentrująca wpływa na obniżenie pobudliwości psychoruchowej u dzieci przedszkolnych.
2. Po zastosowanej terapii wystąpią zmiany w zachowaniu dzieci na terenie przedszkola. Oczekuje się korzystnych zmian głównie w zachowaniach wymagających koncentracji uwagi i wytrwałości.

2. Metoda

Specyfika oddziaływań terapeutycznych nie pozwalała na sprawdzenie ich skuteczności na reprezentatywnej populacji umożliwiającej, właściwą badaniom naukowym, analizę statystyczną otrzymanych wyników. Praca terapeutyczna odbywa się zwykle w niewielkiej grupie osób, umożliwiającej nawiązanie więzi emocjonalnej z każdą jednostką, zapewniającej warunki indywidualizacji.

Powyższe względy spowodowały, że w badaniach zastosowano procedurę quasi - eksperymentalną /nie uwzględniono wymogu randomizacji/ a wszelkie wnioski z badań odnoszą się tylko do populacji objętej eksperymentem.

Osoby badane

Osobami badanymi było 14 dzieci sześcioletnich z zespołem cech zachowania świadczącym o nadpougliwości psychoruchowej uczęszczających do przedszkoli w gminie Osie /8 dzieci/ i Koronowo /6 dzieci/ w województwie bydgoskim. Ze względów niezależnych od prowadzącego badania praca terapeutyczna została przeprowadzana tylko w gminie Osie. W tej sytuacji grupę dzieci z Koronowa potraktowano po badaniach wstępnych jako grupę porównawczą /kontrolną/.

Charakterystyka zmiennych i sposoby ich pomiaru

Program badań, zgodnie z którym przedstawiono uzyskane wyniki, obejmował następujące zmienne:

- rodzaj prowadzonej terapii /zmienna niezależna główna/,
- wiek dzieci, ich właściwości psychiczne, środowisko rodzinne /zmienne niezależne uboczne/,
- zachowania pozytywne i negatywne na terenie przedszkola i stopień nasilenia objawów nadpobudliwości psychoruchowej /zmienna zależna/.

Manipulacja zmienną niezależną - ogólna charakterystyka metody relaksacyjno-koncentrującej

Proponowana forma terapii /zmienna niezależna/ oparta została głównie na kategorii wpływów wychowawczych zwanej treningiem⁴. Celem terapii było świadome kształtowanie **samoopanowania** poprzez

odprężenie psychiczne i fizyczne sprzyjające wyciszeniu nadmiernego pobudzenia i wyzwalające warunki do ćwiczeń w hamowaniu gwałtownych reakcji. Podstawowe etapy w procesie terapii relaksacyjno-koncentrującej stanowiły:

- a/ ćwiczenia porządkowe,
- b/ ćwiczenia inhibicyjno-incytacyjne,
- c/ ćwiczenia koncentracji uwagi,
- d/ ćwiczenia relaksacyjne:

- oparte o elementy techniki relaksacji według Jacobsona⁵
- oparte o trening autogenny w ujęciu A. Polender⁶.

Cwiczenia porządkowe

Celem tej grupy ćwiczeń prowadzonych na przemian przy muzyce lub ciszy było odprężenie dzieci po dokonany wysiłku umysłowym. Stosowano tu wszelkiego rodzaju rytualne powitania, ekspresję ruchową na dowolne tematy muzyczne, zarówno spontaniczną, jak i kontrolowaną oraz zabawy muzyczno-ruchowe sprzyjające dzięki rytmowi opanowaniu grupy dzieci nadpobudliwych. Podobny cel miały również ćwiczenia w reagowaniu na polecenie terapeuty w zupełnej ciszy. Wymagało to opracowania uprzednio systemu gestów i odpowiadających im reakcji ruchowych.

Zajęcia te oparto przede wszystkim o charakterystyczną dla dzieci w tym wieku potrzebę aktywności zabawowej.

Cwiczenia inhibicyjno-incytacyjne

Są to ćwiczenia szczególnie reprezentatywne dla metody E. Jaques-Dalcroze'a. Zadaniem ich jest świadome pobudzanie reakcji i świadome hamowanie /incytacja - pobudzanie, inhibicja - hamowanie/, co kształci **samoopanowanie**, umiejętność koncentracji i podzielność uwagi. Polegają one na reagowaniu na umowny znak, którym może być na przykład zmiana tempa granego utworu lub jego dynamiki, czy krótka przerwa w muzyce - hamowaniem dotychczasowych reakcji. Należy zgodnie z umową między dziećmi a terapeutą zatrzymać wszelki ruch lub zmienić tempo czy dynamikę ruchu stosownie do usłyszanego sygnału.

Cwiczenia koncentracji uwagi

Trening koncentracji uwagi oparto głównie na wykonywaniu precy-

zyjnych zadań wymagających ciszy i skupienia, jak układanki o różnym stopniu złożoności, kolorowanie obrazków, przy założeniu, że poprzez tego typu ćwiczenia dziecko powinno nauczyć się sprawnie i płynnie wykonywać zadania i przede wszystkim doprowadzać rozpoczętą pracę do końca. W tej grupie ćwiczeń ogromne znaczenie ma sposób stosowania wzmocnień sprzyjający wyzwaniu pozytywnej motywacji wewnętrznej, dzięki której sam fakt sprawnego wykonania zadania jest dla dziecka nagrodą.

Cwiczenia relaksacyjne

- oparte o metodę Jacobsona

Istota uczenia się techniki relaksacji opracowanej na podstawie koncepcji Jacobsona polega na wykonywaniu przez dzieci określonych, celowych ruchów wymagających przeplatania ze sobą dwóch stanów: napinania i rozluźniania grup mięśni. Następujące po sobie napinanie i rozluźnianie mięśni, służące początkowo do odczuwania różnicy we wrażeniach płynących z mięśnia napiętego, będącego w stanie kontrakcji i wrażeniach płynących z mięśnia rozluźnionego, jest także "szkołą" kształtowania nawyku rozluźniania własnych mięśni, czyli ich relaksacji⁷.

Umiejętność ta jest szczególnie ważna dla dzieci nadpobudliwych, ponieważ większość z nich nie zdaje sobie sprawy z tego, że mięśnie ich znajdują się w stanie stałego napięcia. Schemat ćwiczeń relaksacji obejmuje kolejno: ręce, od ramienia do dłoni, nogi od ud po stopy, mięśnie tułowia, głowy i szyi oraz twarzy. Omówione tu ćwiczenia traktowano ponadto jako przygotowanie do właściwej relaksacji uwzględniającej zasady treningu autogenego.

- oparte o trening autogeny w opracowaniu dla dzieci przedszkolnych przez A. Polender

Możliwość stosowania treningu autogenego w odniesieniu do dzieci przedszkolnych A. Polender widzi w oparciu o mechanizm identyfikacji⁸, ponieważ u dzieci dobrze jest rozwinięta sugestywność. Opowiadanie terapeuty o zmęczonym misiu, który całą zimę ciężko pracował a teraz odpoczywa oraz zawarte w nim sugestie typu: - a teraz wszystkie dzieci są małym, bardzo zmęczonym niedźwiadkiem i czują, jak prawa łapka staje się ciężka, bardzo cięż-

ka... pozwala wprowadzić dzieci w stan odprężenia fizycznego i psychicznego. Elementem sprzyjającym wywołaniu stanu relaksu jest cicha, spokojna muzyka, jako akompaniament do opowiadania terapeuty. Ze względu na ograniczone ramy niniejszego artykułu nie możemy zamieścić całego tekstu wprowadzającego dzieci w stan relaksu. Zainteresowanych czytelników odsyłamy do artykułu A. Poldender.

Przedstawiona z konieczności w dużym skrócie metoda relaksacyjno-koncentrująca, zastosowana została, jak już wcześniej wspomniano, w pracy terapeutycznej z dziećmi sześciolletnimi. Prowadzono ją przez trzy miesiące, trzy razy w tygodniu po czterdzieści minut. Praca terapeutyczna przebiegała równolegle z poradnictwem dla rodziców ukierunkowanym na właściwe kierowanie aktywnością dziecka nadpobudliwego, a także na konieczne i możliwe zmiany w organizacji życia rodzinnego.

Pomiar nasilenia objawów nadpobudliwości

Pomiaru zmiennej zależnej dokonywano za pomocą Inwentarza objawów nadpobudliwości, dostosowanego do dzieci przedszkolnych, opracowanego przez B. Kaję do użytku wewnętrznego poradni wychowawczo-zawodowych z terenu województwa bydgoskiego. W inwentarzu wyodrębniono 12 charakterystycznych objawów nadpobudliwości. Dotyczą one sfery ruchowej, emocjonalnej i poznawczej. Stopień nasilenia objawów wyraża się wskaźnikiem liczbowym od 1-4 punktów. Im wyższa liczba punktów /maksymalna wynosi - 48, a minimalna -12/ tym większe nasilenie objawów nadpobudliwości w zachowaniu się dzieci. Omawiane narzędzie badawcze ma przede wszystkim zastosowanie do oceny skuteczności działań terapeutycznych, dzięki prowadzeniu obserwacji pozwalającej na ocenę szacunkową zachowania się dziecka /przez sędziów kompetentnych/ zarówno przed, jak i po terapii. W pomiarze poziomu nasilenia nadpobudliwości posługiwano się wskaźnikiem nasilenia objawów /WNO/, który obliczano według wzoru:

$$WNO = \frac{\text{ilość przyznaných punktów}}{\text{maksymalna ilość punktów}}$$

Miarą oceny występujących objawów był obszar między WNO = 0,25 /brak objawów/ a WNO = 1 /znaczone nasilenie objawów. Wzór przed-

stawianego narzędzia badawczego za nieścimy w późniejszych rozważaniach przy omawianiu wyników badań.

Pomiar zachowań negatywnych i pozytywnych przejawianych przez dzieci na terenie przedszkola

W celu wzmocnienia pomiaru zmiennej zależnej posłużono się ponadto Kwestionariuszem C B I /Classroom Behavior Inventory Preschool to Primary/ według Schaefera i Aaronson w polskiej wersji J. Rembowskiego. Kwestionariusz ten obejmuje 60 cech jawnego zachowania się dziecka w grupie rówieśników. Cechy te tworzą 12 skal:

1 - ekspresja słowna, 2 - nadruchliwość, 3 - życzliwość, 4 - odsuwanie się, 5 - wytrwałość, 6 - nerwowość, 7 - towarzyskość, 8 - roztargnienie, 9 - taktowne postępowanie, 10 - zażenowanie i nieśmiałość, 11 - koncentracja oraz 12 - zawziętość.

Skale o numeracji nieparzystej dotyczą pozytywnych, a skale o numeracji parzystej - negatywnych cech zachowania. Kwestionariusz obejmuje trzy wymiary zachowania świadczące o przystosowaniu dziecka do przedszkola. Są to: wymiar I - ekstrawersja - introwersja, wymiar II - miłość - nienawiść, wymiar III - pozytywna orientacja w otoczeniu - negatywna orientacja. Niezależnie od analizy zachowań dzieci w oparciu o 12 skal omówionych powyżej, dokonano także analizy III wymiaru kwestionariusza zestawiając /zgodnie z kluczem/ dwie pary cech: nadruchliwość i roztargnienie z wytrwałością i koncentracją. Wyboru tego wymiaru dokonano ze względu na ujęcie w nim typowych zachowań negatywnych występujących u dzieci nadpobudliwych, to jest nadruchliwości i roztargnienia. Wskaźnikiem efektywności terapii jest przesunięcie się zachowań dzieci w kierunku przejawiania wytrwałości i koncentracji w działaniu, czyli zmniejszenie dystansu między zachowaniami negatywnymi a pozytywnymi. Ze względu na istniejące publikacje opisujące wspomniane narzędzie badawcze nie widzimy potrzeby powtarzania tej charakterystyki⁹.

3. Wyniki badań i ich interpretacja

Analiza wyników przeprowadzonych badań obejmuje kolejno:

- zmiany w zakresie manifestowanych objawów nadpobudliwości wyrażone na skali Inwentarza O.N. w obu badanych grupach

- zmiany w zachowaniu się dzieci na terenie przedszkola świadczące o poziomie przystosowania, na podstawie Kwestionariusza CBI.

Wpływ terapii na zmniejszenie objawów nadpobudliwości psychoruchowej u dzieci sześciolletnich

W wyniku zastosowania Inwentarza C.N. ustalono poziom nasilenia nadpobudliwości w obu grupach - E i K. Pomiaru dokonywano dwukrotnie, to jest przed podjęciem oddziaływań terapeutycznych w grupie E oraz po ich zakończeniu. Jak pamiętamy w grupie K terapii nie prowadzono. Różnice w wynikach obu grup przedstawia poniższa tabela.

Tabela 1. Nasilenie objawów nadpobudliwości u dzieci z grupy E i K w badaniu wstępnym i końcowym

| Lp | Grupa E | Ilość punktów | | | | Grupa K |
|----|-------------------------|---------------|------|------|------|----------------------------|
| | Badani | Bw | Bk | Bw | Bk | Badani |
| 1 | Marek S. | 43 | 25 | 46 | 44 | Robert K. |
| 2 | Małgosia H. | 43 | 25 | 44 | 39 | Jakub W. |
| 3 | Marcin W. | 45 | 27 | 39 | 34 | Mateusz S. |
| 4 | Adam S. | 36 | 19 | 43 | 40 | Monika A. |
| 5 | Mirek M. | 37 | 24 | 46 | 43 | Marcin Ch. |
| 6 | Andrzej O. | 37 | 20 | 45 | 43 | Krzysztof K. |
| 7 | Janusz D. | 41 | 27 | | | |
| 8 | Marek Ch. | 43 | 26 | | | |
| | średnia aryt. \bar{x} | 40,6 | 24,1 | 43,8 | 40,5 | średnia arytmet. \bar{x} |
| | W N O | 0,8 | 0,5 | 0,9 | 0,8 | W N O |

Z danych przedstawionych w Tabeli wynika, że przy zbliżonym poziomie nasilenia objawów w obu grupach w momencie startowym eksperymentu /Grupa E - WNO = 0,8, grupa K - WNO = 0,9/, zaobserwowano korzystniejsze zmiany w grupie E po przeprowadzonej terapii. Jak pamiętamy o nasileniu objawów informuje wskaźnik /WNO/ przybierający wartość od 0,25 - 1, im mniejszy wskaźnik, tym mniejsze nasilenie objawów i odwrotnie.

Wynika z tego, że grupa, w której prowadzono terapię metodą relaksacyjno-koncentrującą bardziej zbliżyła się do zachowań pożądanych niż grupa K /w badaniu końcowym WNO wynosi dla grupy E - 0,5 a w badaniu końcowym WNO w grupie K wynosi 0,8/. Spostrzeżenie to potwierdza ponadto analiza średnich arytmetycznych uzyskanych przez obie grupy w badaniu wstępnym i końcowym.

Tabela 2. Zestawienie średnich arytmetycznych wyników obu grup z badania wstępnego i końcowego

| Grupa | \bar{x}_{Bw} | \bar{x}_{Bk} | $\bar{x}_{Bw} - \bar{x}_{Bk}$ |
|-------|----------------|----------------|-------------------------------|
| E | 40,6 | 24 | 16,6 |
| K | 43,8 | 40,5 | 3,3 |

Jakkolwiek mała liczebność badanych grup wyklucza możliwość zastosowania obliczeń statystycznych, a w związku z tym trudno wnioskować o istotności różnic w wynikach obu grup, to jednak wydaje się, że zestawienie przedstawione powyżej, dotyczące średnich arytmetycznych, jak i analiza WNO wskazują na korzystne tendencje w zakresie zmniejszania się nadmiernej pobudliwości u dzieci poddanych terapii. Różnice zarejestrowane w grupie K między wynikami badań wstępnych i końcowych są minimalne i jak się wydaje nie mają większego znaczenia. Analizując efekty terapii w oparciu o Inwentarz O N uwzględniono także problem - na które z wymienionych w inwentarzu cech zachowania terapia działa najskuteczniej. W tym celu obliczono średnie arytmetyczne dla każdej z 12 cech zachowania się dziecka nadpobudliwego z uwzględnieniem wyników badań wstępnych i końcowych. Analiza w tym przypadku obejmuje tylko grupę odbierającą wpływy terapeutyczne /E/.

Tabela 3. Zestawienie średnich arytmetycznych wyników z badań wstępnych i końcowych grupy E, dotyczących poszczególnych cech zachowania

| Lp. | Rodzaje nadpobudliwego zachowania | Średnia uzyskanych ocen w punktach | | Bw-Bk |
|-----|---|------------------------------------|-------|-------|
| | | Bw | Bk | |
| 1 | Przejawia wzmożoną aktywność ruchową /wszędzie go pełno/ | 3,75 | 2,625 | 1,12 |
| 2. | Przejawia wzmożony niepokój ruchowy /konieczność manipulowania przedmiotami, konieczność zajęcia czymś rąk/ | 3,62 | 2 | 1,62 |
| 3 | Bardzo chętnie uczestniczy w zabawach o charakterze ruchowym: gonitwy, zawody, siłowania | 3,37 | 2,75 | 0,62 |
| 4 | Łatwo się obraża, jest kłótniwe | 3,12 | 1,625 | 1,5 |
| 5 | Jest skłonny do bójek, łatwo wybuchą gniewem | 3,62 | 2,375 | 1,25 |
| 6 | Niechętnie podporządkowuje się rówieśnikom | 3,25 | 2,125 | 1,13 |
| 7 | Jest niewytrwałe w zabawie, nieciepliwi się łatwo | 3,5 | 1,625 | 1,83 |
| 8 | Jest niezdyscyplinowany wobec dorosłych | 3,12 | 1,875 | 1,25 |
| 9 | Łatwo odwarca uwagę od wykonywanej czynności | 3 | 2 | 1 |
| 10 | Wykonywane prace odznaczają się niestarannością i niedbałością | 3 | 1,625 | 1,38 |
| 11 | Łatwo przechodzi od smutku do radosnego podniecenia | 3,25 | 1,75 | 1,5 |
| 12 | Reakcje uczuciowe są gwałtowne, silne, niewspółmierne do przyczyny | 2,75 | 1,25 | 1,5 |

Powyższe zestawienie wskazuje, że największe zmiany, jakie zaszły po zastosowaniu terapii w zachowaniu badanych dzieci z grupy E, dotyczą cech opisywanych w punktach siódmym i drugim.

Oznacza to, że wpływ terapii wiąże się przede wszystkim ze zmniejszeniem wzmożonego niepokoju ruchowego /obserwowano mniejszą potrzebę wyładowań ruchowych/ oraz ze wzrostem wytrwałości w zabawie, a co za tym idzie dłuższymi okresami koncentracji. Zmniejszyła się także, chociaż w mniejszym stopniu gwałtowność reakcji uczuciowych, zaobserwowano tendencję do opanowywania impulsywnych zachowań, takich jak wybuchy gniewu, skłonność do kłótni i bójek. W dalszym ciągu natomiast badane dzieci przejawiały wyraźną potrzebę uczestniczenia w zabawach o charakterze ruchowym preferując gonitwy, zawody, siłowanie, co wydaje się zrozumiałe, zważywszy, że charakter terapii nastawionej na wyciszenie i samoopanowanie nie dawał takich możliwości, jak i na naturalną potrzebę ruchu u dzieci w tym okresie rozwojowym. A zatem na podstawie zebranych danych empirycznych stwierdzić można, że założona hipoteza sprawdziła się w odniesieniu do badanych dzieci.

Zmiany w zachowaniu się dzieci na terenie przedszkola - na podstawie badań Kwestionariuszem C B I

W celu uwiarygodnienia badań hipotezę weryfikowano ponadto przy pomocy Kwestionariusza C B I według Schaefera i Aaronson. Poniżej przedstawiamy kolejno rezultaty badań wstępnych i końcowych dzieci z obu grup w zakresie zachowań pozytywnych, a następnie negatywnych. Prezentację wyników uzyskanych kończy analiza III wymiaru dotyczącego przystosowania dzieci do przedszkola, określającego wzajemne relacje między pozytywną a negatywną orientacją w zachowaniu.

Zgodnie z założeniami hipotezy badawczej oczekiwano zmian w zachowaniu się dzieci poddanych terapii. Wskaźnikiem zmian miały być wyższe wyniki na skali pomiarowej kwestionariusza CBI dotyczące treści pozytywnych i niższe na skali o treści negatywnej. Rezultaty badań przedstawiają tabele 4 i 5.

Z tabel wynika, że średnie wyniki grupy E dotyczące cech pozytywnych są we wszystkich przypadkach wyższe w badaniu końcowym /po terapii/ niż w grupie, w której terapii nie prowadzono /K/. Najkorzystniejsze zmiany dotyczyły skali kwestionariusza oznaczonych numerami: 5, 9 i 11 czyli wytrwałości, taktownego postępowania i koncentracji. Jest prawdopodobne, że o ile program terapii

Tabela 4. Wyniki średnie w kwestionariuszu CBI dla skal o treści pozytywnej dzieci z obu grup w badaniach wstępnych i końcowych

| Nr skali kwestionariusza | Nazwa skali | Grupa eksperymentalna | | | Grupa kontrolna | | |
|--------------------------|-----------------------|-------------------------|------|-------|-----------------|------|-------|
| | | Wyniki średnie w grupie | | | | | |
| | | Bw | Bk | Bk-Bw | Bw | Bk | Bk-Bw |
| 1 | Ekspresja słowna | 13,6 | 15,6 | 2 | 15,5 | 16,5 | 1 |
| 2 | Życzliwość | 14 | 15,2 | 1,2 | 10 | 13,1 | 3,1 |
| 5 | Wytrwałość | 11,1 | 17,4 | 6,3 | 11 | 12,2 | 1,1 |
| 7 | Towarzystwo | 14,4 | 17 | 2,6 | 12,8 | 14 | 1,2 |
| 9 | Taktowne postępowanie | 9 | 15 | 6 | 8,8 | 10,8 | 2 |
| 11 | Koncentracja | 12,3 | 16,9 | 4,6 | 10,5 | 10,3 | -0,2 |
| Średnia dla 6 skal | | 12,4 | 16,2 | 3,8 | 11,4 | 12,7 | 1,3 |

nastawionej na relaksację i koncentrację mógł wpłynąć na kształtowanie takich cech, jak wytrwałość i koncentracja, o tyle taktowne postępowanie może być wynikiem naśladownictwa modelu - osoby **terapeuty**. Niezależnie bowiem od wyboru treningu jako zasadniczej klasy wpływów terapeutyczno-wychowawczych, obok niego wystąpiły także kategorie stale towarzyszące tego typu oddziaływaniom, to jest podawanie wzorów /naśladownictwo/ i nadawanie znaczenia. Zmiany w grupie kontrolnej w omawianym zakresie są mniej wyraźne niż w eksperymentalnej.

Charakterystyczne jest to, że nie zanotowano tu żadnych różnic w zakresie koncentracji, nie licząc minimalnego pogorszenia o 0,2 punktu, co nie ma, jak się wydaje znaczenia i może być wynikiem niedoskonałości pomiaru szacunkowego. Podobnie w zakresie takich cech, jak wytrwałość i taktowne postępowanie, zmiany w zachowaniu dzieci z grupy K na terenie przedszkola są nieznaczne. Fakt ten potwierdza przypuszczenie o wpływie terapii na kształtowanie wymienionych powyżej cech zachowania. Analogiczną analizę wyników przeprowadzono w odniesieniu do skal o treści negatywnej.

Tabela 5. Wyniki średnie kwestionariusza CBI dla skal o treści negatywnej u dzieci z obu grup w badaniach wstępnych i końcowych

| Nr skali kwestionariusza | Nazwa skali | Grupa eksperymentalna | | | Grupa kontrolna | | |
|--------------------------|---------------------------|-------------------------|------|-------|-----------------|------|-------|
| | | Wyniki średnie w grupie | | | | | |
| | | Bw | Bk | Bk-Bw | Bw | Bk | Bk-Bw |
| 2 | Nadruchliwość | 17,5 | 9,4 | 8,1 | 17,8 | 17,7 | 0,1 |
| 4 | Odsuwanie się | 14,2 | 12,5 | 1,7 | 13,5 | 12,2 | 1,3 |
| 6 | Nerwowość | 14,1 | 8,6 | 5,5 | 13,8 | 12,7 | 1,1 |
| 8 | Roztargnienie | 18,3 | 10,3 | 8,0 | 17,8 | 17,3 | 0,5 |
| 10 | Zażenowanie i nieśmiałość | 12,4 | 11 | 1,4 | 14 | 12,2 | 1,8 |
| 12 | Zawziętość | 14,8 | 7,8 | 7 | 7,8 | 7,3 | 0,5 |

Dane zawarte w Tabeli 5. wskazują ogólną tendencję obniżania się wskaźnika występowania zachowań negatywnych w grupie E po terapii. Spostrzeżenie to dotyczy zwłaszcza: - nadruchliwości, gdzie średnia arytmetyczna zmniejszyła się o ponad 8 punktów, podczas gdy w grupie kontrolnej nie wystąpiły zauważalne zmiany:

- roztargnienia, w tym przypadku również średnia zmniejszyła się o 8 punktów przy niewielkiej zmianie w grupie K równej 0,5 punktu,
- zawziętości, gdzie średnia obniżyła się o 7 punktów, przy analogicznej wartości w grupie K równej 0,5 punktu.

Różnice między obiema grupami wystąpiły również, chociaż w mniejszym zakresie w zachowaniach opisanych na skali 6, to jest nerwowości. Przedstawiona analiza dostarcza danych przemawiających za słusnością hipotezy o pozytywnym wpływie terapii relaksacyjno-koncentrującej się zachowanie dzieci nadpobudliwych. Istota tego wpływu ukierunkowanego na wyciszenie nadmiernego pobudzenia, obniżanie wzmożonego napięcia i kształtowanie umiejętności hamowania gwałtownych reakcji a tym samym stwarzającego warunki do ćwiczeń koncentracji uwagi, polegała na zmniejszaniu dystansu między zachowaniami faktycznymi badanych dzieci a zachowaniami pożądanymi. Powyższą tezę potwierdzają wyniki uzyskane przez grupę E w wy-

miarze III kwestionariusza CBI obliczane, zgodnie z kluczem, przez dodanie punktów ze skali: wytrwałość i koncentracja i odjęcie od uzyskanej wartości liczbowej sumy punktów ze skal: nad-ruchliwość i roztargnienie.

Tabela 6. Średnie wyniki dotyczące III wymiaru kwestionariusza CBI dla obu grup w badaniach wstępnych i końcowych

| Grupa | Badanie | Wytrwałość wynik średni | + | Koncentracja wynik średni | - | Nad-ruchliwość wynik średni | + | Roz-targ-nienie wynik średni | = | Wynik średni |
|-------|---------|-------------------------------|---|---------------------------------|---|-----------------------------------|---|------------------------------------|---|-----------------|
| E | Bw | 11,1 | + | 12,3 | - | 17,5 | + | 18,3 | = | -12,4 |
| | Bk | 17,4 | + | 16,9 | - | 9,4 | + | 10,3 | = | 14,6 |
| K | Bw | 11 | + | 10,5 | - | 17,8 | + | 17,8 | = | -14,1 |
| | Bk | 12,2 | + | 10,3 | - | 17,7 | + | 17,3 | = | -12,5 |

Jak wynika z tabeli w badaniu wstępnym obie grupy uzyskały zbliżone wyniki ujemne świadczące o przewadze negatywnych zachowań u badanych dzieci.

W badaniu końcowym wyniki obu grup są rozbieżne.

W grupie E zarejestrowano zmianę zachowań dominujących w badaniu początkowym, bowiem wynik dodatni $+14$ wskazuje, że w zachowaniu dzieci przeważają cechy pozytywne, to jest: koncentracja i wytrwałość. Nasilenie tych cech nie jest, co się wydaje zrozumiałe, maksymalne, ponieważ wynik pomiaru równa się 14 punktom przy 30 możliwych. Biorąc jednak pod uwagę znaczne przesunięcie się zachowań dzieci w kierunku pozytywnej orientacji w otoczeniu, jak i fakt że wynik maksymalny zdarza się bardzo rzadko, można wnioskować o korzystnych zmianach w omawianym zakresie w grupie objętej terapią.

Podsumowanie i dyskusja

W rezultacie przeprowadzonych badań uzyskaliśmy informacje o znaczeniu terapii metodą relaksacyjno-koncentrującą w oddzia-

ływaniu na dzieci nadpobudliwe psychoruchowo w wieku przedszkolnym. Możemy stwierdzić, że zaobserwowano związek między wpływami terapeutycznymi a pojawieniem się takich dyspozycji psychicznych, jak koncentracja uwagi i wytrwałość, które przytłumiły nasilone do tej pory u dzieci cechy negatywne, takie jak nadruchliwość i roztargnienie.

Nie oznacza to jednak, że badane dzieci przestały nadpobudliwe. Zastosowana procedura badawcza upoważnia nas jedynie do stwierdzenia, że stały się one mniej pobudzone psychoruchowo niż przed terapią i wykazywały mniejszy stopień nasilenia nadpobudliwości niż ich rówieśnicy z grupy porównawczej.

Jakkolwiek nie mamy pewności, w jakim stopniu proponowany model terapii opartej o metodę relaksacyjno-koncentrującą sprawdziły się na szerszej populacji, to nie wątpimy, że zaprezentowana w niniejszym artykule metoda może pretendować do roli jednej z metod terapeutycznych stosowanych w pracy z dziećmi nadpobudliwymi w wieku przedszkolnym.

Zdajemy sobie sprawę, że większy wgląd w przeprowadzone badania dałaby czytelnikowi ponadto analiza indywidualnych przypadków. Jej objętość przekraczałaby jednak znacznie ramy niniejszego artykułu w związku z czym trzeba było z niej zrezygnować. Warto wspomnieć jednak, że zaobserwowano bardzo zbliżone działanie terapii na wszystkie dzieci nią objęte. Nieco wyższe rezultaty widoczne były tylko u jednego dziecka, w którego środowisku rodzinnym zaszły korzystne zmiany dzięki współpracy rodziców z terapeutą. Fakt ten potwierdza oczywistą tezę o konieczności tego typu współpracy dla optymalizacji efektów terapii. Pozwala to bowiem oddziaływać nie tylko na objawy ale i na przyczyny zaburzonego zachowania dziecka.

Sądzymy, że przedstawiona przez nas koncepcja terapii jest przykładem rozumienia terapii wychowawczej jako procesu ukierunkowanego na osobowość wychowanka¹⁰. Jej wpływ wiąże się bowiem z kształtowaniem mechanizmów wchodzących w skład konstruktów **pojęciowych** związanych z osobowością.

PRZYPISY

- ¹ H. Spionek, Zaburzenia psychoruchowego rozwoju dziecka, Warszawa 1969 s. 104
- ² Por. H. Nartowska, Wychowanie dziecka nadpobudliwego, Warszawa 1982
- ³ Por. R. Miller, Wychowanie i psychoterapia, W: Zdrowie Psychiczne, red. K. Dąbrowski, Warszawa 1979
- ⁴ Por. B. Kaja, Teoretyczne podstawy oddziaływań terapeutyczno-wychowawczych,
- artykuł zamieszczony w niniejszym numerze
- ⁵ S. Siek, Higiena psychiczna i autopsychoterapia, Warszawa 1982 s. 68
- ⁶ A. Polender, Zastosowanie treningu autogenicznego do dzieci w wieku przedszkolnym, W: Zagadnienia Wychowawcze 1975 nr 4
- ⁷ S. Siek, Historia... Op. cit. s. 70
- ⁸ Należy tu wyjaśnić, jakkolwiek A. Polender nie podkreśla tego faktu, że chodzi tu o związek identyfikacji z empatią. Istota opisanej tu techniki relaksacji polega bowiem na "przestawianiu się w wyobraźni na myślenie, odczuwanie i działanie innej osoby", co skądinąd bywa nazywane empatią /por. J. Rembowski, O empatii i niektórych sposobach jej badania, Kwartalnik Pedagogiczny 1982/3 s. 107/
- ⁹ G. Sochaczewska, Środowisko wychowawcze uwarunkowania procesu adaptacji dzieci 3-4 letnich do przedszkola, W: Materiały do nauczania psychologii, red. L. Wołoszynowa seria III, T. 9 s. 43
- ¹⁰ R. Miller, Wychowanie... Op. cit. ss. 282-289

ТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ С ПСИХОПОДВИЖНОЙ ПОВЫШЕННОЙ ВОЗБУДИМОСТЬЮ ОТДЫХАЮЩЕ-СОСРЕДОТАЧИВАЕМЫМ МЕТОДОМ

Резюме

В статье представлена концепция терапии дошкольных детей с комплексом особенностей поведения, свидетельствующих о психоподвижной повышенной возбудимости. Сутью предлагаемой терапии является отдыхающе-сосредотачивающие упражнения. Исследования установили, что у детей с повышенной возбудимостью, подвергнутых терапевтическому воздействию, выступили изменения в поведении, заключающиеся в уменьшении чрезмерной подвижности и рассеянности, а возникновению в большей, чем раньше, степени стойкости и концентрации.

DIE THERAPIE DER KINDER, DIE PSYCHOMOTORISCH UBERREGBAR SIND, NACH DER RELAXATIONKONZENTRIERENDEN METHODE

Die Zusammenfassung

In der Artikel wurde die Konzeption der Therapie der vorschulischen Kinder mit den Benhmenmerkmalen, die von der psychomotorischen Überregbarkeit zeugen. In der vorgeschlagenen Therapie gibt es die relaxationkonzentrierenden Übungen. Die Dorschungen haben gezeigt, dass bei den Kindern, die therapeutisch eingewirkt wurden, kann man die Änderungen im Behalten bemerken. Sie besteht in Verkleinerung der übermässigen Beweglichkeit und Zerstreutheit. Im grösseren Masse zeigt sich die Ausdauer und die Konzentration.