

Integrativna terapija v delu s hiperaktivnimi otroki²

Integrative therapy in the treatment of the attention deficit disorder

A. Matthias Fink

Povzetek

A. Matthias Fink, Dipl. Sozpaed., Akademie fuer psychosoziale Gesundheit (EAG), Hueckeswagen, Fritz Perls Institut fuer Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitaetsfoederung (FPI), Kuehlicetterstr. 49, Duesseldorf.

Hiperaktivno vedenje je prikazano kot ustvarjalni razvojni proces v kompleksnem prepletu spreminjajočih se vplivov somatskih, emocionalnih, kognitivnih, sociokulturnih in ekoloških dejavnikov. Avtor predstavi kot način pristopa globinsko psihološko in socialno razumevanje prikazanega primera. Iz diferencirane diagnostike izpeljuje terapevtske postopke, ki oblikujejo cilje in vsebino terapije.

Ključne besede: hiperaktivnost, integrativna terapija

Abstract

Hyperactive conduct Attention Deficit Disorder (ADD) is described as a creative process of development. Somatic, emotional, cognitive, social and environment reciprocal interaction effects have an influence on this process.

² Prevod članka: Fink, A. M. (1998). Integrative Therapie in der Arbeit mit hyperaktiven Kindern. Integrative Therapie, 5-4, 298-313. Zahvaljujemo se Fritz Perls Institut za dovoljenje za objavo prevoda članka.

Psychological and social analyses are demonstrated in an example of a therapy. Diagnostics of different aspects make therapy pathways, aims, and contents of the therapy possible.

Key words: *attention deficit disorder, integrative therapy*

1. Uvod

Pred kratkim se je neka mati s svojim sinom naročila na posvet z beseda-mi: »Moj sin naj bi imel bolezen s tremi črkami.« S temi besedami je izrazila - verjetno nevede - celo vrsto fenomenov (Kilian 1989; Hartman 1988).

- hiperkinetični sindrom je pri dečkih pet do desetkrat pogostejši kot pri deklicah
- problematično vedenje pogosto prehitro označimo kot bolezenski simptom,
- praktično gre za isto diagnozo z različnimi opisi - bodisi, da gre za otroke z bralno napisovalnim motnjami, minimalno cerebralno disfunkcijo (prim. Neuhauser, 1985) ali hiperkinetičnim sindromom. V Švici imenujejo to psihoorganski sindrom (prim. Ruf-Bachtiger, 1987, Ehrat/Matthüller-Frick, 1991) in v ZDA ADD (Attention Deficit Disorder).

Srečanja z mnogimi nemirnimi otroki in njihovim svojci so mi vedno znova zastavljala vprašanja glede konceptov in teorij. Mnogovrstnost pojavnih oblik in različnosti v življenju teh otrok, obravnavanih v posvetovalnicah, zahteva prav tako mnogovrstne, diferencirane postopke. Prispevek najprej govori o diferenciaciji in razmejitvi pojma hiperkinetičnega sindroma, nato o pogojih nastanka hiperkinetičnega vedenja ter se končno vpraša o pomenu tako motečega vedenja.

Po oceni staršev in učiteljev ima vsak peti otrok motnje koncentracije in vsaki šesti otrok je »stikljiv« (Voss, 1988:79). Po raziskavah v psihiatričnih ambulantah naj bi imelo tri do deset odstotkov vseh osnovnošolcev v nemško govorečem prostoru hiperkinetični sindrom. Skupina (večina dečkov) sega od le nekoliko oz. občasno nekoncentriranih otrok do otrok, katerih vedenje je psihiatrično diagnosticirano kot vodilni sindrom motenega možganskega funkcioniranja. Za klasificiranje hiperkinetične motnje označujemo naslednje vedenjske posebnosti (primerjaj ICD 10):

- motorični nemir z zmanjšano sposobnostjo uravnavanja vedenja

- motnje pozornosti
- impulzivnost
- hitra vzdražljivost

Terapevtski koncept pogosto določa individualno ozadje določenega terapevta ali institucije in ne upošteva posebnih pogojev in možnosti v posameznem primeru za diferencirano, večperspektivno diagnostiko v multidisciplinarnem timu. Ameriška otroška psihiatra Wender in Wender (1980:25) govorita o dedno pogojenih težavah, pretirano poudarjenih vedenjskih potezah, ki se med ljudmi normalno razlikujejo in o genetsko ugotovljeni motnji. Iz tega izhaja nujnost medikamentozne obravnave. Pri vseh mora biti opravljen poizkus z zdravilom. Individualno vzpodbujanje otrok in družinsko svetovanje ocenjuje kot drugovrstno in deloma oziroma včasih priporočljivo. Pedagog Reinhart Voss (1991:13) očita zdravnikom, da je šele prosta prodaja Ritalina (stimulirajočega psihofarmaka) leta 1961 v ZDA povzročila nastanek medicinskega termina za vedenjske posebnosti, kot je minimalna cerebralna disfunkcija in hiperkinetični sindrom ter tako sprožila zdravljenje vedenjskih posebnosti s psihofarmaki.

2. Vzroki hiperaktivnega vedenja

S pojmom »vzrok« povežujem iskanje poti nastanka. Pri delu z vedenjsko opaznimi otroki se namreč usmerjamo na iskanje »učinkovitega« (učinkovitih dejavnikov) (Voss/Wirtz 1996:62; Oaklander, 1981). Pri dolgoletnem delu z nemirnimi otroki še nisem spoznal nobenega, pri katerem bi zadostoval le medicinsko - telesni vidik. Po drugi strani pa je prav tako enostransko iskati vzrok izključno v družini ali družbi. Človek je - kar potrjujejo najnovejša raziskovanja v obdobju dojenčka - že pred rojstvom socialno bitje (Stern, 1992; Dornes, 1993). Dojenček navezuje stike z okoljem s svojim individualnimi sposobnostmi. Razvojni proces se tako sooblikuje z dojenčkom kot z njegovim okoljem. Metzmacher in Zaepfl (1996) govorita o notranje psihični in socialni resničnosti otroka, do katere moramo kot terapevti najti pot.

2.1. Telesne posebnosti - konstitucionalni vzroki

Telesne posebnosti, o katerih govori literatura in ki vodijo h hiperaktivnemu vedenju, razdelimo v dvoje področij:

- biokemične, oziroma nevrokemične spremembe v metabolizmu možgan,

- motnje senzorične sposobnosti integracije, regulacije in krmiljenja kot tudi manko diskriminacije dražljajev in pozornosti.

Biokemične oziroma nevrokemične spremembe v metabolizmu možgan

Z motnjami v metabolizmu možgan lahko pride do neravnotežja med nevrotransmiteriji noradrenalinom, serotoninom in dopaminom. To lahko zopet vodi k motnjam ravnotežja med ekscitatornimi (aktivirajočimi) in inhibitornimi (zavirajočimi) centri centralnega živčnega sistema (Schraff, cit. po Voss, 1988:75). Altherr (cit. po Passolt, 1993:16) govori o raziskavah Zametkina, ki je potrdil to tezo in jo imenoval zmanjšan metabolizem glukoze na področju možgan, kar je bistveno za uravnavanje koncentracije in motorike. V tej povezavi moramo opozoriti na razprave o neprenašanju hranljivih snovi. Psihologinja Doris Bartholomai-Post razlaga uspeh rigoroznih ukrepov diete s paradoksnim psihološki učinkom (dokumentacija LAG 1977). Z dieto prisilimo celoten družinski sistem, da se usmeri na občutljivost hiperaktivnega otroka. Za tega otroka se tako mnogočemu odpovedo. Istočasno se natančno in strogo držijo točno določenega sistema slabe in škodljive prehrane. Tako se seveda opredeli »krivec« in se lahko »bori proti njemu«. Otrok in družina sta razbremenjena in usmerita svojo energijo na skupno izločanje škodljivih vplivov. Po mojih opazovanjih so vendarle manj problematični fosfati v prehranbenih proizvodih kot močna želja mnogih nemirnih otrok po sladkarijah.

Nadaljnja, oziroma dopolnjujoča teza izhaja iz stimulacije možgan s stalnim gibanjem. Otroci s svojim vedenjem sprožijo zmanjšan možganski metabolizem (Lempp in sod., 1990). Ta teza razloži tudi paradokсно učinkovanje stimulansov, zelo jasno pa kaže tudi na samoozdravitveno moč otrok. Iz tega izhaja za avtorja nujnost, da dobimo pred vsakim vplivanjem na spremembe predstavo o smislu, oziroma pomenih in vzrokih teh posebnosti.

Motnje sposobnosti senzorične integracije, regulacije in uravnavanja kot tudi mankov diskriminacije dražljajev in pozornosti

O tem, ali lahko te motnje učinkujejo tudi na spremembe v metabolizmu možgan in/ali na genetske dispozicije, kot tudi na škodljive vplive pred, med ali pa po porodu, ne razpravljam, ker bi to preseglo okvire tega sestavka.

Ayres (1984) opisuje procese senzorne integracije zelo diferencirano in razločno. Motnja te zelo kompleksne predelave različnih čutnih vtisov lahko vodi neposredno z izravnalnim gibanjem ali posredno s prekinitvami ali izogibalnimi strategijami, k nemirnemu ali vpadljivemu vedenju - (Zimmer, 1989; Weiss, 1984). Na podlagi pomanjkljive diskriminacije, selekcije in filtriranja dražljajev se otroci ne bi mogli zadovoljivo zavarovati proti motečim zunanjim dražljajem, tako da bi prišlo do preplavljanja z dražljaji in nadaljnje prevelike stimulacije (Bauer, 1986:27).

Hiperkinetični otroci lahko ostanejo le za kratek čas v stiku z drugimi. Zaradi svojega nemira izgubijo povezavo z ljudmi, morda tudi z lastnim, neprijetno občutenim zaznavanjem. Tako se zaščitijo s prekinitvijo kontakta pred tem, da bi jih preplavili dražljaji in prekomerna stimulacija. Že nekaj let potekajo raziskave o motnjah avditivnega zaznavanja, oziroma centralnega »napačnega slišanja« (Esser, 1987; Esser/Schmidt, 1987; Stevens, 1975). Pri tem raziskujejo in ugotavljajo povezavo med spremenjenim zaznavanjem šumov (ropota) in nemirnim vedenjem. V okolju, ki je spodbudno in upošteva otrokove posebnosti, se lahko izravnavajo telesne pomanjkljivosti, dispozicije in motnje (Eisert/Eisert, 1986). Prav tako pa se lahko ob neugodnih pogojih razvijejo pri majhnih oškodovanostih izrazite vedenjske posebnosti in motnje osebnosti.

2.2 Posebnost v življenjskem okolju - psihosocialni vzroki

Ljudje se ne odzivajo z nemirnim vedenjem le na notranje impulze, temveč prav tako na situacije, ki so jim izpostavljeni v svojem okolju. Če je nemir v neposredni povezavi z jasno prepoznavnim dogodkom, kot je npr. vznemirjenje pred rojstnim dnevom, všolanjem, šolsko nalogo in podobnim, mora biti že nekaj posebno izrazitega, da ga ocenjujemo oziroma vrednotimo kot vpadljivo ali nenavadno. Prav te povezave pa pri hiperaktivnih otrocih praviloma ni. Vpadljivo vedenje je pogosto edina možnost, ki kaže na njihovo stisko in jo moramo vedno razumeti tudi kot signal. Nekateri otroci živijo v stalni napetosti, stalno so na preži, da bi se lahko zaščitili.

Iz raziskav o temperamentu izhaja, da duševni razvoj otroka ni odvisen le od vplivov okolja, niti samo od dednosti, temveč od kompatibilnosti obeh. Novo v tej zamisli je, da ne smemo pri motenem osebnostnem razvoju izhajati le iz patologije staršev ali drugih noks iz okolja, temveč predvsem iz nezdržljivosti normalnih variacij obeh (Zentner 1993, 125).

5. Učinkovanje hiperaktivnega vedenja

Po telesnem konceptu v integrativni terapiji je človek »telesni subjekt v življenjskem okolju« (Petzold, 1988:179). Tako bi lahko hiperaktivno otrokovo vedenje razumeli kot posledico ustvarjalnega razvojnega procesa, ki se oblikuje v kompleksnem prepletu mnogostranskih vplivov iz somatskega, emocionalnega, kognitivnega, sociokulturnega in ekološkega področja. V medčloveškem dialogu velja »smiselnost sobivanja« (Wernet, 1991:79; prim. Mattner, 1995). V procesualni, večperspektivni diagnostiki, v katero se pri srečanju z otrokom spustimo, postane razumljivo, da lahko dojamemo in razumemo njegovo nemirno in morebiti resnično hiperaktivno vedenje le kot izraz kompleksnih, medsebojno učinkujočih povezav: v integrativni terapiji opisujemo pot pridobivanja spoznanj prek zaznavanja, dožemanja, razumevanja in razlage kot hermenevitični proces (Rahm, 1993:54). V terapiji z otroki opisujemo dvoje osnovnih načinov - poti:

- globinsko psihološko razumevanje smisla,
- socialno razumevanje smisla.

Z notranjo rezonanco, ki jo vzbudi otrok pri terapevtu (kontratransfer), je omogočen dostop do neverbalnega ozadja (Metzmacher in dr., 1996:75). Da bi prišel do te rezonance, si je avtor zastavil naslednja vprašanja: Kakšna čustva je ta otrok izzval pri meni? Kako se je spremenil moj telesni občutek v stiku z njim? Kakšne impulze imam? Kakšne fantazije? Kakšno vlogo si določam? Obstajajo protislovna zaznavanja? Kakšne slike nastajajo v meni?

4. Diagnostični potek (primer Daniela)

Sedemletnega Daniela je prijavila v posvetovalnico njegova mati na priporočilo učiteljice zaradi motečega in agresivnega vedenja. Sama pogosto čuti, da jo Daniel izziva. Tudi doma je zelo nemiren in stalno preko-račuje meje. Mati si očita, da je Daniela sigurno razvadila, ker je bil precej bolan. Pogosto je imel vnetje srednjega ušesa, dvakrat je bil operiran in pri treh letih je postal »plav.« EEG naj ne bi bil v redu, vendar so ji zdravniki svetovali, naj počaka. V zadnjih štirih mesecih je imel štirikrat težke, z bruhanjem spremljane napade glavobola, vsakokrat kmalu potem, ko je zaspal.

Danielovo mater sem pri prvem razgovoru doživel kot žensko, ki se zelo trudi in želi stikov, njen poudarjeno ležeren način pripovedovanja pa ni bil v skladu z njeno in Danielovo dramatično življenjsko zgodbo. Očit-

no ni mogla zaznati in čutiti nekaj bistvenega v svojem življenju in Danielovi situaciji. Tako se je izoblikovala slika prilagodljive, konfliktov se boječe žene, ki je sama dosti zdržala in to pričakuje tudi od svojega sina. Daniel je otrok iz prvega zakona, po hudih in nasilnih prepirih se je ločila. Daniel ima sedaj starejšo, nevpadljivo polsestro. Zaradi materine zaposlitve je bil Daniel dalj časa v dopoldanskem varstvu pri materinih starših. S starim očetom ima Daniel dobre odnose. Danielova mati se je zopet poročila. Očim se zelo trudi za Daniela, ima pa res stroge, rigidne vzgojne predstave. Tepel ga je zaradi »upravičenih razlogov«. Materi in očimu se je težko vživeti v Danielove težave, bojita se podedovanih vedenjskih vzorcev pravega očeta. Daniel obiskuje po ponesrečenem všolanju že tretji mesec malo šolo.

Po prvem razgovoru z materjo sem bil radoveden, kako bo potekalo prvo srečanje z Danielom. Pričakoval sem otroka iz „nasilne“ družine, ki ima probleme z mejami in te ali prekorači ali se bojazljivo zadržuje. Spraševal sem se, kako bo učinkoval name: Je to „ranljiv“ otrok, ki se podredi moči, ali bo otrok, ki premaguje strah z agresivnim in nemirnim vedenjem? Vstopil je majhen, zanemaren deček s povešenimi rameni. Ni učinkoval kot šolski otrok pri sedmih letih, temveč kot petletni otrok iz vrtca. Preden je stopil z mano v stik, se je razgledoval po sobi, vzel igro iz predala in se nekaj časa ukvarjal z njo. Zelo razločno se je izogibal stika z mano. Igra je bila zanj prezahtevna, prekinil jo je in iskal novo zaposlitev. Njegovo vedenje med uro sem si razlagal kot poizkus, da naredi to, kar se od njega pričakuje: z nečim se tiho ukvarja. Pri tem se je preveč naprezal, postal je negotov in nemiren. Njegov vzorec, njegov notranji skript za takšne položaje, je očiten: „Storiti moram, kar se od mene pričakuje, sam si moram priti na jasno ter zdržati neprijetna razpoloženja in čustva.”

Po opazovanju sem Danielu predlagal, naj nariše sliko in s tem prevzel strukturiranje ure. Daniel je risal mirno in koncentrirano približno deset minut, potem je risbo naslovil: „Deček s solzami, joka, ker dežuje.” Njegova slika se me je dotaknila na različnih ravneh: kričec glavonožec z debelimi solzami obupa, morda tudi jeze, brez pomoči, ki jo je poudarjalo slabo narisano telo brez rok, je vzbudilo globoko sočutje. Čutil sem potrebo, da se obrnem k njemu in se zanj zavzamem. Smejoče se sonce na sliki je bilo še daleč, vendar je izražalo upanje. Ena od dveh hiš na sliki je stala popolnoma na dežju, druga pa je bila na levi strani slike, lepa in suha. Iz poševno stoječega drevesa se ni dalo dobro razbrati, ali se grozeče sklanja nad desno hišo, ali pa jo ščiti pred vetrom in viharjem. Sta bili obe hišici za materino

družino in stare starše in posamezna hišica za pravega očeta? Katera od teh stoji v dežju?

Na drugi ravni pa kaže glavonožec sedemletnega dečka na probleme s fino motoriko in okulomotorno koordinacijo. Mnogo otrok s problemi telesne koordinacije „pozabi“ pri risanju človeka narisati noge ali roke. Da bi lahko diferenciral psihosocialno in telesno ozadje, sem poleg tega, da sem opravil svojo diagnostiko, predstavil Daniela še zdravnici za nevrološko-motostopske preiskave. Dosežke iz projektivnih testov in testov inteligentnosti sem povzel iz poročila šolske svetovalne službe. Sam sem izvedel scenotest, risanje človeka in drevesa, Frostigin test zaznavanja (FEW; Frostig, 1979; Frostig/Horn, 1976) in test telesne koordinacije po Kiphardu in Schillingu. V testni situaciji je Daniel najprej odbijal kontakt. Stalno je iskal nove dražljaje in „se pustil“ voditi od svojih impulzov zaznavanja. Imel je znatne probleme pri vizuomotorični koordinaciji in prostorskih odnosih, na testu so bili daleč najbolj podpovprečni rezultati na področju zaznavanja konstantnosti. Njegova lateralnost je bila nejasna, pisal je z desno, risal pa z levo roko. Njegove zmožnosti izražanja in risanja kot tudi intelektualne storilnosti niso ustrezale kronološki starosti, pri čemer je bil pri vsakokratni testni situaciji nemiren in impulziven. Daniel je bil vitalen, radoveden, željan gibanja in je izvajal svoje ideje kljub odporu in preko mej. Na daleč se je izogibal doživetjem neuspeha. Njegova grobomotorična koordinacija je bila – razen lažje vestibularne nesigurnosti – dobra: rad je telovadil, še rajši vozil kolo.

Na psihosocialnem področju se je pokazalo naslednje: Daniel je poznal nasilne stike med očetom in materjo. Zares se je bal udarcev in imel difuzne eksistenčne strahove. Negotovost je izrinil in jo »preigraval«, predvsem v zvezi s pravim očetom. Favoriziral je stare starše. Med hospitacijo v mali šoli je avtor dobil naslednji vtis: Daniel sodi med učence, ki so zelo zainteresirani, vendar znatno moti pouk s svojo nepotrpežljivostjo in impulzivnostjo. Ob neuspehu ima zelo malo tolerance in pri srečanju z otroki postane zelo hitro nekontrolirano agresiven. Za učiteljico pomeni njegova neodkritost velik problem.

Nevrološko - motostopske preiskave kažejo naslednje: zdravnica je videla Daniela trikrat po eno uro. Zaradi odklonilnega in nemirnega vedenja je lahko le delno izpeljala preiskave. Izstopali so pokazatelji motenj reguliranja tonusa in koordinacije, posebno na področju hrbta, ramen, zgornjega dela rok, tilnika in eventualno očesne miškulature. Njegov občutek za ravnotežje v trupu ni ustrezen starosti; kažejo se motnje v zaznavanju in pre-

delavi dražljajev kot tudi serialnih dosežkov (razvrščanje poteka dejanj in mišljenja). Njegovo zaznavanje telesa se zdi brez posebnosti. Daniel je stalno v gibanju s spreminjajočo se aktivnostjo. Če sedi tiho, se »pogrezne« vase in postane jokav. Zdi se, da se stimulira s svojim nemirom. Emocionalno učinkuje zelo nestabilno.

4.1. Povzetek vrednotenja vtisov in izsledkov

Danielovo vpadljivo vedenje lahko klasificiramo kot hiperaktivnost: motorični nemir, motnje pozornosti, impulzivnost in hitra vzdražljivost. Čeprav so bili razločni pokazatelji za telesne dispozicije, je bil najprej v središču moje pozornosti Danielov izjemen strah, nizek občutek lastne vrednosti, slabe funkcije jaza in ogrožujoča življenjska situacija. Daniel se je znašel v sistemu »začaranega kroga.« Potrebuje gibanje, da ojača mišični tonus v zgornjem delu telesa, kar pa okolica sankcionira kot »cepetljivost.« Izogiba se doživetjem neuspeha, ker ga ne zmore zdržati zaradi izjemno slabega občutja sebe samega. Tako vedno znova doživlja odklanjanje ali pa se zaradi sramežljivosti počuti ponižanega. Njegov nemir in agresivnost vidim kot reakcijo na napetosti in ogrožanja, v katerih Daniel živi - namreč strah pred udarci in hudim kaznovanjem, vzdušjem ogroženosti, storilnostnega pritiska in prevelikih zahtev. V Danielovem vedenju so oživeli spomini, žalitve in poškodbe, ki mu jih je zadal njegov oče. Za svoje ambivalentne občutke do pravega očeta ne najde razumevanja. Njegova mati prepušča vzgojo drugim: najprej pravemu očetu, nato starim staršem in sedaj očimu. Konstantni osebi: mati in sestra, sta slabotni in ga ne moreta zaščititi pred masivno samovoljo moških. Podobno kot mati se skuša prilagoditi novim situacijam, kar pa mu ne uspe zaradi telesnih problemov, čustev ambivalentnosti kot tudi notranje moči.

V njegovi telesnosti se odraža telesno, duševno in duhovno ozadje kot tudi življenjsko okolje, v katerem je zrasel. Daniel se oblikuje v strukturo, ki mu nudi oporo in ga ne ogroža. Oblikuje se prek ljudi, ki zaznavajo njegove slabosti in moči ter ga vzpodbujajo, vendar ga prav tako ščitijo pred prevelikimi pritiski in napadi. Moja lastna notranja rezonanca obsega zelo močne, zaščitne impulze. Rad bi na hitro nekaj spremenil - tudi zato, da se v meni ne bi več razširjala teža otrokove usode. Prognostično pozitivna je Danielova sposobnost izražanja kot tudi pripravljenost navezovati stike. V sproščujočem vzdušju, z varno strukturo brez prevelikih pritiskov, se lahko Daniel kreativno igra in uživa v situaciji. Njegov trud za prilagajanje vsebuje tudi nekaj šarmantnega in ljubkega. Njegovo vpadljivo vedenje v šoli

razumem kot klic v stiski in s tem tudi kot izraz njegovega upanja na spremembo. To upanje najdem tudi v Danielovi sliki - simbolizirano z rumenimi žarki sonca na desnem robu slike.

5. Terapevtske intervencije

Moj prvi odziv odgovarja Danielovemu simptomu: »Hitro nekaj storiti.« Hitro naj bi se nekaj spremenilo. Kolegica Barbara Hurten-Ungar imenuje fenomen hiperaktivnega otroka: »razvrednotenje očesnega pogleda« (dokumentacija LAG 1997). Sam sem tako le odrinil kompleksnost, ki se je intenzivno razširjala v meni. Posledica je bila »pogum jemajoča« - izgubil sem upanje, da bi lahko uspešno sodeloval v razreševanju problema. Individualna terapija z Danielom bi morala biti usmerjena tako psihomotorno kot tudi psihodinamsko in bi učinkovala šele dolgoročno. Intervencija v družini bi morala najprej premagati odpore, da bi odprli prepovedane teme. Aktualno nasilno vedenje ne bi smelo biti neposredno omenjeno v razgovoru. Družinski razgovor je še dodatno otežkočen zaradi neznatne sposobnosti refleksije in omejene notranje ter zunanje fleksibilnosti staršev. Učiteljica v mali šoli je preobremenjena z Danielom (v razredu s petindvajsetimi otroki z individualnimi problemi) in pripravo na šolo, istočasno pa nujno zahteva spremembo.

V tem razpoloženju brezizhodnosti lahko razumem starše, ki žele mnogo obetajočo in hitro učinkujočo terapijo. Videl sem privlačno moč medikamentozne terapije oz. terapije, ki posreduje recepte, kot je npr. terapija z dieto ali »trdnim držanjem« (Defersdorf, 1991). Vendar pa pri premagovanju takšne brezupnosti pomaga le progresivno načrtovana obravnava, ki usmerja terapevtske cilje k aktualno obvladljivim razvojnim nalogam in otrokovim resursom ter vključuje socialni sistem (Metzmacher in dr., 1996:121). Za Daniela je aktualna razvojna naloga v uspešnem obiskovanju šole; če se posreči, da se integrira v šolski sistem, se tako povečajo njegove sposobnosti in občutenje lastne vrednosti in razširi socialna mreža, v kateri živi. Na podlagi tega sem predlagal, kot naslednji korak, skupni razgovor s starši in učiteljico v šoli. Z vključitvijo in sodelovanjem različnih ljudi, ki se srečujejo s hiperaktivnim otrokom, se razdeli obremenitev in odgovornost na več ramen. Včasih je potrebna še nadaljnja pomoč družini, npr. oskrba v zavodu ali zavetišču ali socialna pedagoška pomoč.

Da ne bi Danielovo integracijo v šoli preveč motili neustrezni odzivi iz domačega okolja in da bi zmanjšal njegovo ogroženost od očima, sem po-

nudil staršem še dodaten razgovor v svetovalnici. Danielovo vedenje sem razložil kot reakcijo na napetosti in kot posledico njegove telesne oškodovanosti. Starše pogosto izzivajo otrokove reakcije, ker se čutijo krivi zaradi otrokovih storilnostnih šibkosti in strategij izogibanja, pogosto povezanih z izpadi besa. Predstavil sem jim drug vidik otrokove stiske. Pripravljen sem bil v posvetovalnici nuditi Danielu »varujočo izkušnjo otoka« - prostor za terapijo. V terapevtskih postopkih, usmerjenih k vajam in doživljanju, sem z Danielom delal na njegovih strategijah obvladovanja. Uspelo mu je, da je svoje kreativne, a žal pogosto neprimerne poizkuse reševanja problemov spremenil v uspešnejše vzorce. V terapevtskih razgovorih s starši smo prav tako predelali nove možnosti, kako bolje obvladovati težavne situacije.

6. Integrativna individualna terapija, diadna terapija, triadni setting

V začetku svojega terapevtskega dela sem usmeril pozornost izkjučno na otroka, kmalu pa sem se preusmeril na to, kar se dogaja v terapevtski situaciji v dvoje. Danes raje govori o triadnem sistemu - s tem izrazom si ozavestimo, da so poleg dveh, realno navzočih oseb, tu še osebe, ki prinašajo v terapevtsko seanso - socialno okolje. V družinsko-terapevtskem »settingu« so npr. manjkajoči družinski člani označeni s praznim stolom in postanejo tako vidni ter udeleženi. Hiperkinetični sindrom in poseben pomen gibanja v otrokovemu razvoju vzpodbujata telesno-gibalni koncept obnavljanja v individualni in grupni terapiji. Temelj naslednjih izvajanj so koncepti integrativne terapije (Petzold, 1993). Za terapijo hiperaktivnih otrok razlikujem naslednje splošne cilje:

- pomoč in podporo pri obvladovanju nastajajočih razvojnih nalog,
- stabiliziranje zdravih sposobnosti in spretnosti tudi zato, da bi se ostale motnje kompenzirale,
- posredovanje in vzpodbujanje sposobnosti za neposredno in celostno gibanje ter soočanje.

V integrativni otroški terapiji postane terapevt časovno določen, pomemben spremljevalec, ki s skupno igro, gibanjem in ustvarjanjem omogoča oziroma uresničuje živo, naklonjeno interakcijo. Vendar poteka ta interakcija z nemirnim otrokom v začetku terapije le v omejenem obsegu. Otroci neposredno in hitro prekinjajo kontakt, se obrnejo ali gredo proč.

Verbalno komunikacijo moramo pogosto podpreti z očesnim kontaktom in dotiki. Daniela sem pogosto vzel v naročje, ko sem govoril z njim, in mu

pri tem pokazal, kaj mora storiti. Na drugi strani pa je razumeti izogibanje tudi kot obrambo in odpor pred doživljanjem prevelikih deficitov in insuficience. Sposobnost odpora vrednotimo kot pozitivno: kot izraz moči, da se zaščitimo, je pa hkrati disfunkcionalna, ker ovira pozitivne spremembe.

Na primeru iz terapije bom opisal svoj postopek. Daniel naj bi zložil dvanajst kartončkov, ki predstavljajo scene iz zgodbe, v pravilni vrstni red. Ob tovrstnih nalogah sem se spopadal z Danielovimi težavami razumeti potek dejanj in diferencirano zaznavati situacije. Teh dvanajst kartončkov je zahtevalo nekaj vztrajnosti in koncentracije, kot tudi premagovanje frustrirajoče izkušnje, da na začetku ne vidiš takoj rešitve. Ko si je na hitro ogledal kartončke, se je Daniel obrnil proč in šel k steni za plezanje. Zdelo se mi je, da je za Daniela to prezahtevno in je zato iskal rešitev v steni za plezanje. Odzval se je kot majhen otrok, ko se takrat, ko je negotov, oklene matere. Podobne prizore sem vedno znova doživel pri terapiji otrok, ki so se zaščitili pred strahovi tako, da so se oklenili telovadne prečke ali zalezli v visečo mrežo, zatekli v votlino, se vkopali v gradove - to pa je že zrelejša rešitev z agresivnim pristopom.

Za hiperaktivne otroke, ki imajo pogosto težave v koordinaciji, je delo z risanjem, gnetenjem, barvanjem in oblikovanjem prezahtevno. Dobro pa so se zato obnesli »veliki materiali«, kot so kartoni, kocke iz pene, veliki valji in podobno. Tak grob material zahteva manj finomotorične spretnosti, zahteva pa napor celega telesa in otrok se lahko pri tem giblje. Pri oblikovanju terapevtske ure je treba nujno upoštevati potrebo po gibanju. Vaje za Daniela sem spremenil tako, da je moral prinesiti kartončke iz ene strani prostora na drugo na veliki deski in jih na drugi strani uredil. Otroci imajo radi posredno komunikacijo z mehкими živalmi in lutkami itd. Winicott (1985) imenuje te medije »prehodne objekte,« Petzold (1993) pa intermediarne objekte. Daniel mi je pokazal po štirih tednih premora v terapiji žival in jo predstavil kot bojzljivega zajčka. Pozdravil sem tega bojzljivega zajčka in skupaj s Danielom premišljeval, kaj bi ta zajček rad počel. Daniel je poiskal med živalmi dolgoročno opico, ki je vzela zajčka v naročje in postavil oba na polico. Bojzljivi zajček je simboliziral Danielove strahove - z njim sem iskal rešitve na simbolni ravni. Aktivna udeležba pri reševanju pa je Daniela tudi v realni situaciji vzpodbudila, da je razvil lastne ideje in rešitve.

Hiperaktiven otrok zahteva poleg enopomenskega naklonjenega vedenja jasno prostorsko strukturiranje. Terapevtski prostor sem oblikoval s ciljno izbranimi dražljaji, da bi usmeril pozornost in izboljšal koncentraci-

jo. Zaradi slabega selekcioniranja dražljajev so otroci hitreje iritirani zaradi usmerjenosti na terapevta in se tako odvrnejo od vaj. Poleg tega se vedno znova oblikujejo situacije, v katerih otroci sami določajo načine potekov, v katerih sami čutijo, kaj jim v danem trenutku »dobro de.«

Še en primer iz dela z Danielom: v začetku ure je bil zelo nemiren, tekal je naokoli, plezal na steno in skakal na blazino. Opazoval sem ga, kako je užival ob tem in nato z njim razvijal različne možnosti: skočiti, pasti ali se vreči na blazino. Doživljanje teže, taktilnega in vestibularnega stimuliranja so pomirjujoče učinkovali na Daniela. Končno me je Daniel sam vzpodbudil, da sva ponovila sestavljanke iz zadnje ure. Torej velja biti odprt za samoozdravitvene moči otrok, zlasti zato, ker je naša zmožnost vživljanja v motnje zaznavanja teoretična in je v praksi vedno omejena.

7. Integrativna grupna terapija s hiperaktivnimi otroci

Od otrok, ki so vključeni v skupino, se zahteva »zadovoljliva sposobnost za diferenciranje, srečevanje in vzdrževanje kompleksnosti, torej zadostna mera moči jaza in pregnantnosti identitete« (Petzold/Schneewind, 1986:230). Tega hiperaktivni otroci pogosto (še) ne zmorejo, tako da moramo o skupinski terapiji dobro premisliti in se prej pripraviti. V kliničnem delu grupne terapije za zgodaj in težko motene otroke sodelujejo poleg terapevtskega para še druge odrasle osebe (Metzmacher, 1987; Rahm, 1997). V posvetovalnici nisem oblikoval skupin z izključno hiperaktivnimi otroci, temveč sem ponudil posameznim otrokom, po individualni terapiji ali vzporedno ob njej, udeležbo v terapevtski skupini petih do šestih otrok z različnimi posebnostmi v odzivanju. Pri sestavljanju skupine sem moral upoštevati motenost otrok, možnosti terapevtov kot tudi institucionalne okvirne pogoje, da bi se lahko izognil naraščanju disfunkcionalnih procesov.

8. Literatura

Ayres, A. J. (1984). *Bausteine der kindlichen Entwicklung*. Berlin: Springer.

Bauer, A. (1986). *Minimale cerebrale Dysfunktion und/oder Hyperaktivität im Kindesalter*. Berlin: Springer

Berger, E. (1977). Das Problem der Teilleistungsschwache in seiner Bedeutung für die Schule. In: Berger, E. (Hg.). *Teilleistungsschwache bei Kindern*. Bern: Huber.

Defersdorf, R. (1991). *Druck mich mal ganz fest*. Freiburg: Herder.

Ehrat, F., Mattmüller-Frick, F. (1991). *POS-Kinder. Schule und Familie*. Stuttgart: Haupt.

Eisert, H.G., Eisert, M. (1986). Ein Forderungsprogramm für hyperaktive Kinder. In: Forschungsgemeinschaft »Das körperbehinderte Kind« (Hg.). *Entwicklung und Forderung Körperbehinderter*. Heidelberg: Edition Schindele.

Esser, G. (1987). Auditive Wahrnehmungsstörungen und Fehlhörigkeit bei Kindern im Schulalter. *Sprache, Stimme, Gehör* 11, 10-16.

Esser, G., Schmidt, M. (1987). *Minimale Cerebrale Dysfunktion – Leerformel oder Syndrom?* Stuttgart: Enke.

Esser, M. (1992). *Bewegung – Grunde*. München: Reinhardt.

Frostig, M. (1979). *Bewegungserziehung*. Dortmund: Cruwell.

Frostig, M., Horn, D. (1976). *Individualprogramm zur visuellen Wahrnehmungsförderung*. Dortmund: Cruwell.

Hafer, H. (1984). *Die heimliche Droge – Nahrungsmittelphosphat*. Heidelberg: Kriminalistik.

Hartmann, J. (1988). *Zappelphilipp, Störenfried*. München: Becksche Reihe.

Kilian, H. (1989). Eine systematische Betrachtung zur Hyperaktivitäts-Überlegungen und Fallbeispiele. *Praxis der Kinderpsychologie und Psychiatrie* 38, 90-96.

Kipphard, E. J. (1983). *Mototherapie, Teil I*. Dortmund: Modernes Lernen.

LAG Nordrhein-Westfalen e.V. (1996). *Dokumentation der Fachtagung vom 8.10.1996: »Unkonzentriertheit – Unruhe – Aggressivität – Hyperaktivität«*.

Lempp, R., Pietsch-Breitfeld, B. (1990). Die Intelligenzstruktur hypermotorischer Kinder: vergleichende Untersuchungen an 2229 HAWIK – Profilen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 39, 80-87.

Lesigang, Ch. (1977). Der Beitrag der Motoskopie zur Diagnostik von Teilleistungsschwachen. In: *Teilleistungsschwachen bei Kindern*. Bern: Huber.

Liebig, W., Bauer, A. (1986). Ein mehrdimensionaler Therapieansatz im Sport mit MCD – Kindern. In: Forschungsgemeinschaft »Das körperbehinderte Kind« (Hg.). *Entwicklung und Forderung Körperbehinderter*. Heidelberg: Edition Schindele.

Linn, M., Holz, R. (1987). *Übungsbehandlung bei psychomotorischen Entwicklungsstörungen*. München: Reinhardt.

Mattner, P. (1993). Vom Sinn des Zappeln – das Hyperaktive Syndrom verstehen. In: Passolt, M. (Hg.). *Das hyperaktive Kind*, 34.

Metzmacher, B. (1987). Integrative Bewegungstherapie mit Kindern, In: Petzold, H., Ramin, G. (Hg.). *Schulen der Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann.

Metzmacher, B., Petzold, H., Zaepfel, H. (1996a). *Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelt des Kindes von heute. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis, Bd. 1*. Paderborn: Junfermann.

Metzmacher, B., Petzold, H., Zaepfel, H. (1996b). *Praxis der Integrativen Kindertherapie in Theorie und Praxis, d.2*. Paderborn : Junfermann.

Neuhauser, G. (1985). Minimale cerebrale Dysfunktion. In: Voss, R. (Hg.). *Pillen für den Störenfried?* München: Reinhardt.

Oaklander, V. (1981). *Gestaltherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Passolt, M. (1993). *Hyperaktive Kinder: Psychomotorische Therapie*. München: Reinhardt.

Petzold, H.G. (1993). *Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulübergreifende Psychotherapie, Bd 1, 2 u. 3*. Paderborn: Junfermann.

Petzold, H.G., Schneewind, U. J. (1988). Konzepte zur Gruppe und Formen der Gruppenarbeit in der Integrativen Therapie und Gestalttherapie. In: Petzold, H. G., Fruhmann, R. (Hg.). *Modelle der Gruppe*. Paderborn: Junfermann.

Rahm, D. (1997). *Integrative Gruppentherapie mit Kindern*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Rahm, D. (1993). *Einführung in die Integrative Therapie*. Paderborn: Junfermann.

Ramin, G., Petzold, H.G. (1987). Integrative Therapie mit Kindern. In: Petzold, H.G., Ramin, G. (Hg.). *Schulen der Kinderpsychotherapie*. Paderborn: Junfermann.

Ruf-Bachitger, L. (1987). *Das frukindliche psycho-organische Syndrom*. Stuttgart: Thieme.

Stevens, J.O. (1975). *Die Kunst der Wahrnehmung*. München: Kaiser.

- Tants, D. (1984). *Phos und Phati*. Wahlstedt: Partisch & Ziemann.
- Vogel, G. (1995). Elternberatung – ein mehrperspektivischer Ansatz. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 44, 23-30.
- Voss, R. (1988). *Medikamentenmissbrauch und auffälliges Verhalten von Kindern im Alter von 6-14 Jahren in Nordrhein-Westfalen. Kurzfassung des Forschungsberichts*. Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW: Düsseldorf.
- Voss, R. (1991). *Hyperaktivität: Warum Philipp zappelt*. Psychologie Heute 6, 36-42.
- Voss, R. Wirtz, R. (1996). *Keine Pillen für den Zappelphilipp*. Reinbeck:rororo.
- Weiss, K. (1994). *Bewegungsspiele mit Kindern*. Weinheim: Beltz.
- Wender, P. H., Wender, E. H. (1980). *Das hyperaktive Kind und das Kind mit Lehrstörungen*. Ravensburg: Maier.
- Winnicott, D.W. (1985). *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. München: Kindler.
- Zentner, M.R. (1995). *Die Wiederentdeckung des Temperaments*. Paderborn: Junfermann.
- Zimmer, R. (1989). *Kreative Bewegungsspiele*. Freiburg: Herder.
- Prevedla: Jasna Vodeb.