

**UNIVERSITATEA PEDAGOGICĂ DE STAT
„ION CREANGĂ” DIN CHIȘINĂU**

Cu titlu de manuscris:
C.Z.U.: 376.5:159.922.7(043.2)

GLAVAN AURELIA

**MODELE COMPLEXE DE INTERVENȚIE ÎN
PSIHOCORECȚIA SINDROMULUI DE HIPERACTIVITATE CU
DEFICIT DE ATENȚIE LA ȘCOLARUL MIC**

**Specialitatea 511.06
Psihologie specială**

Teză de doctor în psihologie

Conducător științific: _____

Bucun Nicolae,
dr. habilitat în psihologie,
profesor universitar

Autor: _____

Glavan Aurelia

CHIȘINĂU, 2015

© Glavan Aurelia, 2015

CUPRINS

ADNOTARE (în română, rusă, engleză)	5
LISTA ABREVIERILOR	8
INTRODUCERE	9
1. HIPERACTIVITATE CU DEFICIT DE ATENȚIE : CARACTERISTICI CLINICE, PSIHOLOGICE, PEDAGOGICE	
1.1. Abordări conceptuale ale sindromului ADHD	16
1.2. Evaluarea copiilor cu ADHD	21
1.3. Frecvența ADHD în cadrul populației de copii	26
1.4. Caracteristici clinice, psihologice, pedagogice ale copiilor cu ADHD	32
1.5. Intervenții de ameliorare a sindromului ADHD la copii	39
1.6. Concluzii la capitolul 1	43
2. EVALUAREA COMPLEXĂ A SINDROMULUI ADHD LA ȘCOLARUL MIC	
2.1. Paradigma evaluării, metode și instrumente de evaluare	45
2.2. Caracteristica generală a subiecților incluși în studiu	53
2.3. Aplicarea scalelor de evaluare a sindromului ADHD	55
2.4. Caracteristici ale comportamentului și ale personalității la copiii cu ADHD	67
2.5. Evaluarea funcțiilor cognitive și a comunicării verbale la copiii cu ADHD	76
2.6. Evaluarea sferei psihomotrice	86
2.7. Concluzii la capitolul 2	91
3. ACȚIUNI COMPLEXE DE INTERVENȚIE ÎN PSIHOCORECȚIA SINDROMULUI ADHD LA ȘCOLARUL MIC	
3.1. Fundamente teoretice și praxiologice pentru promovarea modelelor de intervenție	94
3.2. Conținutul modelelor de influență terapeutică	98
3.3. Rezultatele implementării modelelor de intervenție	116
3.4. Concluzii la capitolul 3	128
CONCLUZII GENERALE	130

RECOMANDĂRI	132
BIBLIOGRAFIE	134
ANEXE	
Anexa 1. Criteriile diagnostice pentru ADHD	151
Anexa 2. Scala Achenbach	152
Anexa 3. Scala de evaluare Vanderbilt	161
Anexa 4. Observarea hiperactivității în situații de „joc liber”	170
Anexa 5. Probe pentru evaluarea funcțiilor executive	172
Anexa 6. Subscalele componente ale WISC-IV	175
Anexa 7. Evaluarea diferitor tulburări și itemii corespunzători	177
Anexa 8. Chestionar pentru părinți	179
Anexa 9. Proba „Memorează și aranjează punctele”	180
Anexa 10. Curriculum pentru formarea părinților în activitatea cu copiii ADHD	181
Anexa 11. Curriculum pentru formarea pedagogilor în activitatea cu copiii ADHD	196
Anexa 12. Fișe de lucru	202
Anexa 13. Formarea competențelor de relaxare	211
Anexa 14. Activități de psihogimnastică	216
DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII	218
CURRICULUM VITAE	219

ADNOTARE

Glavan Aurelia. Modele complexe de intervenție în psihocorecția sindromului de hiperactivitate cu deficit de atenție la școlarul mic. Teză de doctor în psihologie. Chișinău, 2015.

Structura tezei: introducere, 3 capitole, concluzii generale și recomandări, bibliografie din 240 surse, 14 anexe, 133 pagini de text de bază, 14 figuri, 31 tabele. Rezultatele cercetării sunt publicate în 15 lucrări științifice.

Cuvinte-cheie: deficit de atenție, hiperactivitate, dificultăți comportamentale, autoreglare, dificultăți de învățare, model complex de evaluare, memoria de lucru, program polimodal de intervenție psihopedagogică, formarea părinților și pedagogilor.

Domeniul de studiu: Psihologie, psihologia școlarului mic cu sindromul ADHD.

Scopul cercetării constă în fundamentarea teoretică și metodologică a modelului de evaluare a particularităților specifice în dezvoltarea școlarului mic cu sindromul ADHD și în elaborarea modelelor complexe de psihocorecție a acestui sindrom.

Obiectivele cercetării: elaborarea modelului complex de evaluare pentru diagnosticarea sindromului ADHD la școlarul mic; determinarea particularităților psihologice de dezvoltare ale școlarului mic cu ADHD; elaborarea modelelor complexe de intervenție pentru psihocorecția ADHD la școlarul mic; validarea experimentală a modelelor de intervenție psihopedagogică pentru psihocorecția ADHD la școlarul mic.

Problema științifică importantă soluționată constă în eficientizarea metodologiei de evaluare și psihocorecție a acestui sindrom, stabilirea efectelor pozitive în urma aplicării modelelor complexe de intervenție psihopedagogică pentru psihocorecția ADHD la școlarul mic.

Noutatea și originalitatea științifică. Pentru prima dată în Republica Moldova a fost efectuat un studiu științific teoretico-experimental al tulburării ADHD la școlarul mic; a fost fundamentat teoretic și elaborat modelul de evaluare a copiilor cu sindromul ADHD; s-au studiat particularitățile specifice de dezvoltare a comportamentelor: cognitiv, motor, afectiv, social, la copiii cu sindromul ADHD.

Semnificația teoretică a cercetării este desemnată prin: fundamentarea teoretică a modelelor de evaluare și intervenție polimodală în situația ADHD la școlarul mic; îmbogățirea și dezvoltarea psihologiei speciale cu noi date despre tulburarea ADHD.

Valoarea aplicativă a cercetării constă în propunerea modelului complex de evaluare și a posibilității de implementare largă în sistemul sănătății și educației; includerea școlărilor mici cu sindromul ADHD în modele complexe de psihocorecție.

Implementarea rezultatelor științifice. Rezultatele cercetării au fost implementate în cadrul diagnosticării și psihocorecției copiilor cu sindromul ADHD din licee și gimnazii din mun. Chișinău; au fost puse în practică în activitatea psihologilor școlari, psihopedagogilor și în cadrul stagiilor de formare continuă pentru psihologi, psihopedagogi speciali și cadrele didactice la Institutul de Științe ale Educației și UPS „Ion Creangă” din Chișinău.

АННОТАЦИЯ

Главан Аурелия. Комплексные модели психокоррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у младших школьников. Диссертация на соискание степени доктора психологии, Кишинэу, 2015

Структура диссертации. Диссертация состоит из введения, трех глав, общих выводов и рекомендаций, библиографии из 240 названий, 14 приложений. Объем диссертации: 133 страницы, включая 14 рисунков и 31 таблиц. Результаты исследования опубликованы в 15 научных работах.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), поведенческие проблемы, трудности в обучении, комплексная модель диагностики, оперативная память, полимодальная формирующая программа.

Область исследования: Психология, психология детей младшего школьного возраста с СДВГ.

Цель исследования: разработка диагностической модели изучения особенностей развития ребенка с СДВГ и комплексных моделей психокоррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у младших школьников.

Задачи исследования: изучение, анализ и определение теоретических основ СДВГ у младших школьников; выявление специфических особенностей развития младшего школьника с СДВГ; разработка, апробация и внедрение комплексных моделей психокоррекции СДВГ у младших школьников.

Решенная в исследовании значимая научная проблема состоит в оптимизации методов диагностики и психокоррекции СДВГ у младших школьников в результате использования комплексных моделей.

Научная новизна и оригинальность исследования. Впервые на национальном уровне реализованно теоретико-экспериментальное исследование психологических особенностей младших школьников с СДВГ и на этой основе разработана комплексная модель диагностики этого синдрома; были изучены особенности развития (когнитивные, моторные, аффективные, социальные) детей с СДВГ.

Теоретическая значимость исследования заключается в анализе, выделении, уточнении и разработке теоретических основ диагностики и психокоррекции СДВГ у младших школьников.

Практическая значимость заключается в разработке комплексной модели диагностики и психологической программы психокоррекции СДВГ у младших школьников, возможность их широкого применения в педагогической и медицинской практике.

Внедрение научных результатов. Результаты исследования внедрены в процесс диагностики и психокоррекции учащихся младших классов лицеев и гимназий города Кишинэу, в практическую деятельность психологов а также в процесс подготовки и переподготовки школьных психологов, специальных психопедагогов и учителей на курсах повышения квалификации Института педагогических наук и КГПУ им. «И. Крянгэ».

ANNOTATION

Glavan Aurelia

Complex patterns of intervention used for the psychocorrection of the attention deficit hyperactivity syndrome found in school-aged children

PhD thesis in Psychology, Chişinău, 2015

Thesis structure: introduction, 3 chapters, general conclusions and recommendations, bibliography out of 240 sources, 14 annexes, 133 pages of basic scientific text, 14 figures, 31 tables. The obtained results are published in 15 scientific papers.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder, behavioral problems, behavioral self-regulation, learning difficulties, complex model of evaluation, executive functions, working memory, the multimodal program for pedagogical intervention, training of parents / teachers.

The field of study: psychology, the psychology of the young pupil with ADHD.

The purpose of the research is to substantiate theoretically and methodologically, the evaluation complex of the features specific to school-aged children with ADHD and to propose and implement some effective intervention patterns, in order to improve the psycho disorder.

The objectives of the research: to examine the epistemological psychology of the child with ADHD and of the models of assessment and intervention in case of the disorder; to develop a complex evaluation pattern for school-aged children with ADHD; to elaborate, based on the psychological features, a multimodal complex with therapeutic influence; to validate, through experimentation, models that have therapeutic influence on young students with ADHD.

The solved scientific issue consists in streamlining the evaluation and psycho-correction methodology of this syndrome, establishing positive effects from the application of complex models of pedagogical intervention for the psycho-correction of schoolchildren with ADHD.

The scientific novelty and originality of the research. For the first time in the Republic of Moldova, a scientific theoretical and experimental study of ADHD in schoolchildren was conducted; a model of evaluation of children with ADHD was theoretically established and developed; the specific developmental features of the cognitive, motor, emotional and social behaviors in schoolchildren with ADHD have been studied.

The theoretical significance of the research is determined by: the theoretical validation of the models of evaluation and multimodal intervention when ADHD is found in schoolchildren; the enrichment and development of special psychology with new data about ADHD.

The applicatory value of the research consists in the proposal of a complex model of evaluation and the possibility of its broad implementation in health and education system; to include schoolchildren with ADHD in complex models of psycho-correction.

The practical implementation of the results: the results have been applied in the diagnosis and psycho-correction of children with ADHD in lyceums and gymnasiums from Chişinău district; in the work of school psychologists as well as in the training periods for special psychologists and teachers at the Institute of Educational Sciences UPS "Ion Creanga".

LISTA ABREVIERILOR

ADD	– Attention Deficit Disorder without Hyperactivity (Deficit de Atenție fără Hiperactivitate)
ADD/H	– Attention Deficit Disorder with Hyperactivity (Deficit de Atenție cu Hiperactivitate)
ADHD	– Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Hiperactivitate cu Deficit de Atenție)
ADHD-C	– ADHD combinat
CBCL	– Child Behavior CheckList (Fișa Comportamentului Copilului)
CD	– Conduct disorder (Tulburare de Conduită)
CES	– Cerințe Educative Speciale
DN	– dezvoltare normală
DSM	– Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale)
EEG	– electroencefalografie
GC	– grup control
GCI	– grup complex integrat
GPTLF	– grup psihoterapie, logopedie, formare profesori și părinți
GTM	– grup tratament medicamentos
ICD	– International Classification of Diseases (Clasificarea Internațională a Bolilor)
IQ	– coeficient de inteligență
IRM	– imagine prin rezonanță magnetică
ODD	– Oppositional defiant disorder (Tulburare de Opoziție)
OMS	– Organizația Mondială a Sănătății
TEP	– tomografie cu emisie de pozitroni
TRF	– scală de evaluare a anxietății, depresiei, agresivității, a problemelor de gândire / sociale
WISC-IV	– Scala de Inteligență Wechsler pentru Copii
СДВГ	– Синдром Дефицита Внимания и Гиперактивности

INTRODUCERE

Actualitatea și importanța problemei abordate. Sănătatea mintală presupune o dezvoltare armonioasă a funcțiilor motorii, cognitive și verbale, adaptarea și socializarea optimală și completă a copilului în familie, colectiv și societate. Pentru aceasta, tuturor copiilor trebuie să le asigurăm satisfacerea nevoilor de bază, prin respectarea drepturilor de dezvoltare, nu numai pentru supraviețuire și protecție, ci și pentru a-și dezvolta personalitatea, talentele, abilitățile mentale și fizice.

În perioada copilăriei, structura psihologică trece prin procese dinamice și evolutive, în care funcțiile și psihica se maturizează de la o etapă la alta. Există însă posibilitatea ca anumite procese psihologice să nu fie suficient maturate sau anumite funcții să nu se desfășoare în complexitatea lor, precum există și posibilitatea ca anumite procese și funcții să se dezvolte mai repede în detrimentul altora. Această inegalitate funcțională în dezvoltare face ca la un moment dat să avem un rezultat secvențial, care să nu exprime potențialul real al proceselor de dezvoltare, ci doar situația din acel moment.

În acest context, copilul cu sindromul ADHD poate avea un potențial evolutiv psihopatologic, dacă, mai cu seamă, va întâlni condiții de mediu nefavorabile. Un asemenea copil se dezvoltă în limitele normalității, atunci când părinții, pedagogii, psihologii știu cum să acționeze precoce, pentru a preîntâmpina dezvoltarea nefavorabilă a acestuia, promovând programe psihocorecționale și un stil educațional coerent. Vulnerabilitatea copilului cu sindromul ADHD, generată de imaturitatea comportamentală, reclamă sprijin special, de care el are nevoie, pentru a se bucura de drepturile acordate prin lege și de egalitatea completă între el și între raporturile cu majorii.

Problema cercetării. Complexul de manifestări specifice sindromului ADHD apare și se dezvoltă mai frecvent în contextul școlii de masă, iar intervenția psihopedagogică depinde, în oricare context, de experiența și orizontul de cunoaștere al părinților și al cadrelor didactice. Astfel, este evident că sindromul ADHD se reprezintă ca o categorie specifică de cerințe educative speciale. Multe acțiuni caracteristice sistemului de evaluare și corecție a copiilor cu CES poate fi dezvoltat și în cazul celor cu sindromul ADHD. Practica ne demonstrează că, în țara noastră, copiilor cu CES li se acordă o atenție sporită din partea tuturor instituțiilor societății, iar pentru cei cu sindromul ADHD sunt promovate numai unele acțiuni de profil medical.

Problema copiilor cu sindromul ADHD este și va fi actuală mai întâi din cauza că se prezintă ca o caracteristică a stării sănătății mintale și a dezvoltării populațiilor de copii. Mai

apoi, trebuie să luăm în considerație: frecvența în populația școlară de la 5 până la 20%; relativa frecvență a acestor cazuri în rândul copiilor cu probleme comportamentale; nesupunerea la regulile generale de conduită și, deseori, caracterizați prin comportament deviant, iar mai apoi delincvent; frecvența înaltă a traumatizării (de 3 ori mai mare decât pentru copiii cu DN); de 7 ori este mai mare frecvența de a deveni victime ale accidentelor, autocatastrofelor; este mult mai mare probabilitatea decât la copiii cu dezvoltare normală (de 5-6 ori) de a deveni alcoolici sau narcomani. În sfârșit, actualitatea problemei este determinată și de existența noilor achiziții în domeniu, care permit o mai bună cunoaștere a acestei entități și a unor metode terapeutice variate, implementarea cărora permit, dacă nu o vindecare, atunci o ameliorare evidentă.

La aceste considerații ale actualității problemei, se adaugă și faptul că, în literatura de specialitate din Republica Moldova, au fost pe larg cercetați copii aflați în dificultate în urma *retardului mintal* (A. Racu, A. Danii, A. Andronache, D. Gînu) [36; 16; 1; 23], a *reținerii în dezvoltare psihică* (N. Bucun, V. Olărescu, V. Rusnac, V. Maximciuc), [9; 33; 38; 30], a *surdității și hipoacuziei* (N. Bucun, C. Bodorin, T. Bîrsanu) [9; 4; 3], a *tulburărilor de limbaj* (M. Cojocaru-Borozan, A. Cucer) [8; 13], a *dezadaptării școlare și sociale* (I. Racu, P. Jelescu, A. Bolboceanu, A. Verdeș, E. Losîi, C. Perjan) [37; 28; 7; 39; 29; 35], dar copiii cu sindromul ADHD nu au fost obiect de studiu special, orientat spre cercetarea complexă a diagnosticării și a tratamentului acestora.

În ultimii ani, literatura de specialitate din lume include numeroase cercetări și publicații referitoare la sindromul ADHD [14; 15; 17; 19; 47; 69; 84; 87; 52; 71; 143; 158; 183; 171; 211; 212; 221; 229; 232; 235]. Cercetările arată că motivele acestui fenomen sunt multiple. Pe de o parte, recunoașterea, diagnosticarea și tratamentul sindromului ADHD au devenit mai frecvente. Se apreciază că, în Statele Unite, sindromul ADHD afectează cel puțin 5% din copii. Statistic vorbind, în fiecare clasă (de 20 de elevi), există un elev cu sindromul ADHD. Acest sindrom poate să fie o tulburare deosebit de perturbatoare pentru succesul școlar și social al copilului. În consecință, de cele mai multe ori, părinții se vor alarma, vor solicita ajutor psihologic și / sau psihiatric și se va ajunge, probabil, la problema prescrierii unui tratament medicamentos. Sistemul educațional, în destule cazuri, nu este suficient de pregătit pentru a recunoaște adevărata natură a comportamentelor perturbatoare ale copilului. Tratamentele medicale nu pregătesc copilul către adaptare și socializare, lăsându-l pe termen nedeterminat sub influența terapiilor medicamentoase. Astfel, dacă problemele copilului nu sunt observate și nu se încearcă rezolvarea lor, copilul va avea performanțe școlare slabe, care nu vor reflecta inteligența și aptitudinile lui reale. Trebuie de înțeles că tulburarea are un impact semnificativ asupra vieții de

familie, a relațiilor sociale, a sănătății mintale, a achizițiilor academice și a puterii de muncă a adultului.

Cele mai evidente dificultăți întâmpinate de copiii cu sindromul ADHD se manifestă în procesul de adaptare la activitatea școlară, performanțele lor școlare nefiind la nivelul vârstei și al capacităților lor intelectuale. De asemenea, extrem de importante sunt și comorbiditățile care pot apărea pe parcurs, cele mai ușor observabile fiind tulburările de conduită, tulburările opozante, agresivitatea și comportamentul antisocial, anxietatea și depresia.

În majoritatea țărilor europene, copiii cu sindromul ADHD sunt incluși în programe speciale de asistență medicală, psihologică și pedagogică, ce vizează pregătirea lor și a persoanelor care se ocupă de educația lor (părinți, pediatri, psihologi, educatori, pedagogi etc.), pentru a face față cu succes problemelor cu care se confruntă. Costurile anuale pentru evaluarea și tratamentul sindromului ADHD sunt uriașe în țările occidentale. În SUA, costurile legate de sindromul ADHD în anul 2000 au fost de 31,6 mlrd \$, deci costul anual per pacient a constituit 649\$ [111]. În Republica Moldova, se fac insuficiente demersuri pentru diagnosticarea și tratarea acestei tulburări. Această stare de fapt continuă în ciuda impactului puternic, pe care tulburarea îl are atât asupra familiei, cât și asupra procesului educațional în ansamblu.

Dorința de a evita asemenea situații negative a motivat cercetarea de față, înaintînd problema elaborării unor modele eficiente, complexe de evaluare și intervenție psihopedagogică, care ar putea ajuta școlarii mici, ce prezintă comportamente ADHD, să dezvolte interacțiuni interpersonale de succes cu mediul lor imediat, de acasă, dar și cu mediul educațional. Aceste modele i-ar putea, de asemenea, înzestra pe părinții și pedagogii acestor copii cu competențe adecvate pentru a îmbunătăți calitatea interacțiunilor dintre ei și copil. În urma rezolvării problemelor conectate cu sindromul ADHD prin modelele propuse, va beneficia nu doar copilul cu aceasta tulburare, dar și familia acestuia, precum și societatea în ansamblul ei. Situațiile stresante se vor reduce atât acasă, cât și la școală, instalîndu-se o atmosferă mult mai adecvată. Părinților, copiilor și pedagogilor le vor fi dezvoltate unele abilități, astfel încît aceștia să devină capabili să rezolve o parte din problemele cu care se confruntă copilul cu sindromul ADHD sau, cel puțin, să le poată evita, dacă este posibil.

Scopul cercetării rezidă în fundamentarea teoretică și metodologică a modelului de evaluare a particularităților specifice în dezvoltarea școlarului mic cu sindromul ADHD și în elaborarea complexului de intervenție psihopedagogică pentru ameliorarea acestei tulburări.

Obiectivele stabilite pentru realizarea scopului major al cercetării au fost:

1. Examinarea, studierea literaturii de specialitate cu referire la psihologia copilului cu sindromul ADHD.
2. Elaborarea modelului complex de evaluare pentru diagnosticarea sindromului ADHD la școlarul mic.
3. Determinarea particularităților psihologice de dezvoltare ale școlarului mic cu sindromul ADHD.
4. Elaborarea modelelor complexe de intervenție (terapii medicamentoase, terapii psihopedagogice, logopedice, de formare a părinților și a pedagogilor, terapii complexe integrate) pentru psihocorecția ADHD la școlarul mic.
5. Validarea experimentală a modelelor de intervenție psihopedagogică pentru psihocorecția sindromului ADHD la școlarul mic.

Problema științifică importantă soluționată constă în eficientizarea metodologiei de evaluare a acestei tulburări, stabilirea efectelor pozitive în urma aplicării modelelor complexe de intervenție psihopedagogică pentru psihocorecția sindromului ADHD la școlarul mic.

Bazele conceptuale ale cercetării le-au constituit teoriile, conceptele, diversele idei și modele din domeniul științelor cu referire la sindromul ADHD [111; 119; 120; 123; 159; 196; 228; 233]; conceptele de autenticitate în evaluare [10; 54; 86; 236]; teoriile comportamentale [14; 93; 109; 112; 127; 163; 191]; conceptele controlului și reglării impulsurilor [24; 120; 181].

Metodologia cercetării. În cadrul cercetării au fost aplicate următoarele metode: teoretice (documentarea științifică, analiza comparativă, sinteza, analiza documentelor școlare și medicale); hermeneutice (interpretarea surselor teoretice și a datelor experimentale); praxiologice (chestionarea, observarea, experimentul psihologic); statistico-matematice de prelucrare a datelor (metoda de stabilire a semnificației diferențelor între grupe, prin compararea mediilor t-Student, cotelor procentuale).

Noutatea și originalitatea științifică a rezultatelor obținute este obiectivată prin stabilirea și dezvoltarea reperelor teoretico-metodologice privind:

- modelul de evaluare a copiilor cu sindromul ADHD;
- particularitățile specifice de dezvoltare a comportamentelor cognitiv, motor, afectiv, social la copiii cu sindromul ADHD;
- caracteristicile specifice controlului executiv, prezentat de școlarii mici cu sindromul ADHD;

- paradigma de influență terapeutică polimodală pentru psihocorecția sindromului ADHD și elucidarea efectului de influență ameliorativă a modelelor terapeutice (medicamentos, psihopedagogic, logopedic, complex integrativ);

Semnificația teoretică a lucrării este desemnată prin fundamentarea teoretică a paradigmei modelurilor de evaluare și intervenție polimodală în situația de sindrom ADHD la școlarul mic; prin stabilirea particularităților psihologice specifice în dezvoltarea personalității, a comportamentelor motor, afectiv, cognitiv, a funcțiilor executive, a însușirilor atenției la copii cu sindromul ADHD; prin specificarea mecanismelor de dezvoltare a comportamentelor asociate cu sindromul ADHD; prin îmbogățirea și dezvoltarea psihologiei speciale cu noi date despre tulburarea de tip ADHD.

Valoarea aplicativă a cercetării este demonstrată prin propunerea modelului complex de evaluare și a posibilității de implementare largă în sistemul sănătății și educației; folosirea informațiilor desprinse din examinarea complexă a subiectului pentru elaborarea unui pronostic pe termen scurt privind evoluția imediată a cazului și un pronostic pe termen lung, însoțit de un program detaliat cu privire la recuperarea, compensarea, educarea și integrarea socioprofesională a copiilor cu sindromul ADHD; folosirea modelului de evaluare și de intervenție, pentru a preveni efectele sindromului ADHD, beneficiarii acestui model fiind atât copilul însuși, cât și părinții și profesorii direct implicați în activitate cu această categorie de copii; includerea școlarelor mici cu sindromul ADHD în modele speciale de asistență medicală, psihologică și pedagogică, orientate spre pregătirea lor și a persoanelor care se ocupă de educația lor (părinți, pediatri, psihologi, educatori, pedagogi etc.), pentru a face față cu succes problemelor cu care se confruntă; implicarea în modele de formare a părinților, a pedagogilor și a psihologilor, pentru activitatea cu copiii afectați de sindromul ADHD, ca parte a abordării multimodale, care include educația, consilierea și responsabilitatea familiei și care pot fi promovate în elaborarea demersului de dezvoltare sistemică a copiilor cu sindromul ADHD; aplicarea rezultatelor cercetării în domeniile de formare inițială și continuă a părinților, a cadrelor didactice, în elaborarea strategiilor de educație a copiilor cu sindromul ADHD.

Aprobarea și implementarea rezultatelor obținute. Rezultatele cercetării au fost discutate și aprobate în cadrul ședințelor Catedrei de Psihopedagogie specială a Universității Pedagogice de Stat „Ion Creangă” și la Institutul de Științe ale Educației. Aspecte importante ale studiului au fost prezentate și aprobate la conferințele științifice naționale și internaționale: de la Institutul de Științe ale Educației „Pledoarie pentru educație - cheia creativității și inovării” (2011), „Optimizarea învățământului în contextul societății bazate pe cunoaștere” (2012),

„Educația pentru dezvoltare durabilă: inovație, competitivitate, eficiență” (2013); la Conferința Națională a Universității Pedagogice de Stat „Ion Creangă” „Relația sărăcie - persoane în dificultate: aspecte psiho-sociale” (2013); și la Conferința Internațională „Balkan Medical Union” în cadrul IMU (2013). Rezultatele cercetării au fost implementate în cadrul diagnosticării și psihocorecției copiilor cu sindromul ADHD la Liceul „M. Sadoveanu” din orașul Chișinău, Gimnaziul din s. Ghidighici, la Centrul Republican de Reabilitare pentru Copii și la IMU. De asemenea, rezultatele științifice au fost puse în practică în cadrul stagiilor de formare continuă pentru psihologii școlari și cadrele didactice la Institutul de Științe ale Educației.

Sumarul compartimentelor tezei

Teza cuprinde introducerea, 3 capitole, concluzii generale și recomandări, bibliografie din 240 surse, 14 anexe, 133 pagini de text de bază, 14 figuri, 31 tabele.

Introducerea argumentează actualitatea și importanța cercetării sindromului ADHD la copii, sunt formulate scopul, obiectivele investigării, explicate și fundamentate suportul conceptual și metodologic al cercetării, se dă o caracteristică succintă a lucrării, subliniindu-se noutatea științifică a rezultatelor obținute, importanța teoretică și valoarea aplicativă a lucrării.

Capitolul 1, *Hiperactivitate cu deficit de atenție : caracteristici clinice, psihologice, pedagogice*, examinează reperele teoretice ale conceptului de sindrom ADHD, abordările prezentate în literatura de specialitate. Sunt expuse particularitățile de dezvoltare ale copiilor cu sindromul ADHD. Este reliefată importanța colaborării cu părinții copiilor, medicația necesară tratamentului ADHD fiind văzută ca parte a abordării multimodale, care include educația, consilierea, tratamentul comportamental și responsabilitatea familiei de-a lungul intervenției, precum și rolul cadrelor didactice, ca factori cu implicații deosebite în asigurarea succesului procesului de dezvoltare a școlarului mic cu sindromul ADHD; e prezentată analiza amplă a contribuției cercetărilor în acest aspect, caracteristicile procesului de dezvoltare a comportamentului la copiii cu sindromul ADHD [14; 15; 17; 19; 47; 69; 84; 87; 52; 71; 143; 158; 183; 171; 211; 212; 221; 229; 232; 235], demonstrează necesitatea cercetării acestei probleme în Republica Moldova.

Capitolul 2, *Evaluarea complexă a sindromului ADHD la școlarul mic*, descrie domeniul, etapele, materialul și metodele de cercetare; prezintă o caracteristică generală a metodologiei de studiu, aplicată în cadrul experimentului de constatare; înaintează paradigma procesului de evaluare a ADHD prezentat și descris modelul complex de evaluare a copiilor cu sindromul ADHD; stabilite și descrise particularitățile psihologice de dezvoltare a copiilor cu sindromul ADHD, nivelul de pregătire al părinților și al pedagogilor, gradul de organizare a

familiei și statusul socio-economic al acesteia etc.; prezentate rezultatele aplicării scalelor de evaluare la școlarii mici cu sindrom ADHD, rezultatele evaluării activităților independente, particularităților de personalitate, funcțiilor cognitive, psihomotricității.

Capitolul 3, ***Modele de intervenție complexă pentru psihocorecția sindromului ADHD la școlarul mic***, prezintă analiza strategiilor și a principiilor de psihocorecție a copiilor cu sindromul ADHD; direcțiile și a modalitățile de organizare a experimentului formativ; elucidează scopul, principiile, obiectivele de bază și structura programului formativ; prezentate modalitățile de organizare și desfășurare a experimentului; ilustrată eficiența programului elaborat și implementat prin compararea și evidențierea diferențelor obținute între rezultatele copiilor din grupul experimental, demonstrându-se că aplicarea modelului complex de influență a contribuit la sporirea nivelului de dezvoltare a copiilor cu sindrom ADHD.

Concluziile generale și recomandările sintetizează rezultatele finale ale investigațiilor în cadrul experimentelor de constatare, formare și de control. În temeiul lor, sunt oferite indicații și sugestii pentru pedagogi, psihologi, medici și părinți care pot și trebuie să contribuie la dezvoltarea armonioasă a școlarii mici cu sindromul ADHD. În final, sunt trasate direcțiile cercetării de perspectivă a sindromului ADHD.

1. HIPERACTIVITATEA CU DEFICIT DE ATENȚIE : CARACTERISTICI CLINICE, PSIHOLOGICE, PEDAGOGICE

1.1. Abordări conceptuale ale sindromului ADHD

Sindromul de Hiperactivitate cu deficit de atenție (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) nu este un concept nou, fiind identificat în urmă cu mai mulți ani și având numeroase denumiri și definiții. Alte tulburări psihopatologice ale copilăriei nu au cunoscut atât de multe denumiri și reconceptualizări ca sindromul ADHD [175]. În literatura de specialitate, termenii hiperchinezie / hiperactivitate se suprapun, fiind aproape sinonimi cu simptomele: exces de activitate, lipsă de odihnă, nervozitate, alergare, cățărare, trâncăneală: Hiperchinetice = etimologia grecească pentru foarte activ [19]. Supraactiv = etimologia latină pentru foarte activ [19]. Hiperactiv este un termen hibrid, care a apărut în anii '70. Alți termeni folosiți pe perioade scurte de timp au fost: deficitul de percepție, deficit de integrare psihoneurologică, tulburarea impulsului hiperactiv, sindromul copilului hiperactiv, iar în limba română, au fost preferate următoarele denumiri: tulburarea de hiperactivitate cu deficit de atenție, tulburarea hiperactivă cu sau fără neatenție [25].

În scopul de a ușura comunicarea pe parcursul lucrării, noi ne folosim de termenul de *hiperactivitate, deficit de atenție*, pentru a ne referi la simptomele cardinale ale bolii, iar când vorbim despre starea în sine, ca entitate diagnostică, folosim termenul diagnostic precum ADHD. Confuziile care există între toți acești termeni s-au accentuat după introducerea subtipurilor de ADHD (predominant cu neatenție, hiperactivitate / impulsivitate sau combinat). Astfel, un copil diagnosticat cu sindromul ADHD de tip predominant cu neatenție este numit tot hiperchinetice, pe când unul cu tip predominant hiperactivitate / impulsivitate este numit hiperchinetice-hiperactiv [239].

Hiperactivitatea cu deficit de atenție (ADHD) este cel mai recent termen introdus, pentru a defini o tulburare specifică de dezvoltare atât a copiilor, cât și a adulților, compusă din deficite în susținerea atenției, controlul impulsului și reglarea nivelului de activitate a cerințelor situaționale.

Tulburarea a cunoscut, în ultimul secol, etichetări diferite și variate, printre care: reacția hiperchinetice a copilăriei, hiperactivitatea sau sindromul hiperactivității copilului, disfuncția cerebrală minimală și hiperactivitatea cu deficit de atenție. Definiția și criteriile diagnostice ale ADHD au suferit numeroase modificări, aspect ce susține, de fapt, schimbările apărute în conceptualizarea acestei tulburări.

Prima referire la hiperactivitate sau la copilul cu ADHD poate fi întâlnită în poemele germanului Heinrich Hoffman în 1865, iar primele studii științifice ale acestei tulburări îi revin lui Alfred Tredgold [236] și lui George Still [228].

În literatura de specialitate, evoluția conceptului de ADHD este prezentată printr-un șir de etape, demonstrând multimodalitatea abordării acestei stări. Etapele dezvoltării conceptului sunt prezentate în Tabelul 1.1 [20].

Tabelul 1.1. Evoluția conceptului de ADHD

ANUL	DENUMIREA STĂRII
1902 – Still	Defect Morbid al Controlului Moral (Morbid Defect of Moral Dyscontrol)
1941/1947 – Strauss	Sindromul de Deteriorare al Creierului (Minimal Brain Damage Syndrome)
1962 - Clements și Peters	Disfuncție Minimală a Creierului (Minimal Brain Dysfunction-MBD)
1968 - DSM II	Tulburare de Reacție Hiperactivă (Hyperkinetic Resortion Disorder-HRD)
1980 - DSM III	Tulburare cu Deficit de Atenție cu sau fără Hiperactivitate (Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, ADD/H, or without Hyperactivity,ADD)
1987 - DSM III-R	Tulburare Hiperchinetică cu Deficit de Atenție (Attention Deficit Hyperactivity Disorder-ADHD), Tulburare Nediferențiată cu Deficit de Atenție (Undifferentiated Attention Deficit Disorder - UADD)
1994 - DSM IV	Tulburare Hiperchinetică cu Deficit de Atenție (Attention Deficit Hyperactivity Disorder-ADHD), Tipuri de ADHD: ADHD predominant cu neatenție - ADHD-I, ADHD predominant cu hiperactivitate / impulsivitate-ADHD-HI, ADHD combinat-ADHD-C
2000 - DSM IV-TR	Tulburare Hipechinetică cu Deficit de Atenție (Attention Deficit Hyperactivity Disorder-ADHD), Tipuri de ADHD-ADHD predominant cu neatenție - ADHD-I, ADHD predominant cu hiperactivitate / impulsivitate - ADHD-HI, ADHD combinat - ADHD-C

Pe parcurs, au fost realizate un șir de investigații pentru a stabili schimbările caracteristice acestei stări. Cercetând 279 copii cu ADHD [174], s-a stabilit că schimbările complicate în situația acestui sindrom sunt de origine organică, iar cele mai ușoare au dependență de relațiile copilului cu părinții. Tulburarea ADHD este o stare clinică, cauzată de

dezechilibre chimice specifice și, nefiind o anomalie efectivă a creierului, apare ca o deficiență a mecanismului de transmitere a mesajelor cerebrale.

Sindromul ADHD este o tulburare proprie copiilor, manifestată prin deficiențe în susținerea atenției, controlului impulsului de activitate la cerințele situaționale [145]. Investigațiile științifice au lansat ipoteza conform căreia, la copiii cu ADHD, informațiile, impulsurile nu se mișcă într-o manieră normală, în principal, din cauza insuficienței de secreție a acestor neurotransmițători. Anomalia provoacă o lentoare a transmisiei informației, fapt care, la rândul său, modifică viteza de funcționare a respectivei zone din creier. Lipsa controlului și a atenției copilului poate lua naștere în această *dezordine chimică*. Copilul cu cele mai evidente dificultăți se caracterizează prin incapacitatea de concentrare și are deficiențe din partea creierului, legate de înțelegere.

O explicație a hiperchineziei la nivel psihic central ar putea fi reducerea fluxului sangvin în lobii frontali, nucleul caudat și în ganglionii bazali [31]. Studiile de imagistică cerebrală au evidențiat existența unor modificări la nivelul creierului, alternări ale structurii creierului, disfuncționări ale neurotransmițătorilor dopamină și noradrenalină, implicați în controlul atenției și al activității, diferențe ale activității unor regiuni cerebrale în lobii frontali, responsabile de mecanismele de inhibiție, ceea ce duce la dificultăți în inhibarea reacțiilor emoționale, cognitive și comportamentale.

G.Still [228] descrie cazurile a 43 de copii întâlniți în practica sa clinică, hiperactivi în cea mai mare parte a timpului, extrem de *emoșionali*, rezistenți la cele mai cunoscute practici educative, cu o capacitate de atenție extrem de scăzută. Autorul a preluat ideea lui William James care considera că un astfel de deficit al funcțiilor atenționale poate fi un element decisiv în *controlul moral* al comportamentului. G.Still recunoaște că mediul este una dintre variabilele care determină comportamentul acestor copii, dar consideră că principala cauză o constituie factorii înnașcuți. Copiii descriși de autor aveau trei deficite majore: a) o slabă relaționare a sistemului cognitiv cu mediul; b) un *deficit moral* al conștiinței și c) un deficit la nivelul funcțiilor inhibitorii. Tot acest cercetător afirmă că tulburarea este întâlnită mai des la băieți decât la fete în raport de 3 la 1 și că simptomele acestei tulburări apar, în general, înaintea vârstei de 8 ani, dar cel mai adesea, înaintea copilăriei timpurii. Este important de reținut că Still nu includea în categoria copiilor *cu un deficit în controlul moral al comportamentului* pe acei copii care nu au beneficiat de o educație corespunzătoare. G.Still postulează, astfel, o predispoziție biologică a acestei tulburări, predispoziție care poate fi ereditară sau asociată unor tulburări neurologice pre- sau post-natale. Astfel, autorul consideră posibile 2 modalități explicative ale acestei condiții: una care se referă la scăderea pragului inhibitoriv în răspunsul la stimuli și a doua

care se referă la așa-zisul sindrom al *deconectării corticale*, când intelectul se disociază de conștiință, ca urmare a unor modificări neuronale. Mai mult chiar, el considera că orice factor care ar fi putut determina leziuni cerebrale (sau modificări neuronale) ar putea constitui o cauză pentru acest deficit în *controlul moral*. Această concepție este folosită de Tredgold [236] și, mai târziu, de Pasamanick, Rogers și Lilienfeld [192], care utilizează leziunile cerebrale pentru a explica tulburările de comportament și dificultățile de învățare.

În America de Nord, apariția epidemiilor encefalitice în 1917-1918 au provocat confruntări cu o serie de cazuri, în care, mai ales, copiii care supraviețuiseră în urma acestor encefalite prezentau o serie de sechele cognitive și comportamentale [116; 168; 227]. Diverse studii [134; 229; 230] demonstrează că, la copiii cercetați, au fost stabilite multe din simptomele pe care astăzi le etichetăm ca ADHD. Acești copii erau descriși ca având dificultăți majore ale alocării resurselor atenției, cu dificultăți în controlul activităților pe care le desfășurau sub aspectul impulsivității, apoi deficite în domeniul funcțiilor mnezice și la nivelul integrării sociale. În ciuda pronosticului extrem de negativ privind dezvoltarea lor, o serie de programe comportamentale sistematice au demonstrat un efect pozitiv în evoluția acestor copii [98; 106]. Corelațiile observate între diferite leziuni cerebrale și simptomele comportamentale de tip ADHD au determinat o serie de investigații care să descifreze relația dintre acestea. Astfel, începea perioada etichetării copiilor cu simptome de tip ADHD ca având leziuni cerebrale. Notabilă pentru perioada respectivă a fost recunoașterea similitudinilor dintre simptomele de tip ADHD și comportamentul primatelor care aveau sechele la nivelul lobilor frontali [103; 174]. Ablajii ale lobilor frontali la primat se făceau încă din 1866 [137], iar exprimarea comportamentala a acestora includea hiperactivitatea excesivă, slaba capacitate de a menține interesul pentru o sarcină (deficit de atenție).

Conform datelor [75], sunt demonstrați un șir de factori care influențează apariția ADHD: nivelul nesatisfăcător de pregătire către viața de familie, conflictele în familie, atitudinea negativă a părinților față de copii, etc. Un alt autor [53] prezintă, ca factori de risc, stresul în urma influențelor asupra copilului, relațiile stabilite în școală, volumul mare de informație, organizarea nerațională a procesului instructiv-educativ.

O retrospectivă istorică a caracteristicilor ADHD [95] ne demonstrează că, la mulți dintre copiii care au supraviețuit pandemiei de encefalită letargică, au persistat sechele de hiperactivitate, impulsivitate, agresivitate, incoordonare și retardare mintală. Considerate un fel de *disfuncție cerebrală minimă*, aceste complexe simptomatologice au făcut legătură cu tabloul clinic al copiilor cu ADHD și prin faptul că, la pacienții respectivi, s-au demonstrat leziuni ale unor zone cerebrale bogate în dopamină, care au arătat că leziunile structurale pot să dea naștere

la simptome de neliniște, inatenție și distractibilitate, cu perturbări consecutive ale comportamentului.

La fel ca toate celelalte tulburări nosologice, listate în DSM, și ADHD-ul impută comentarii privind eticheta de boală, tulburare sau stare. ADHD este, de fapt, o tulburare neurobiologică ce se caracterizează printr-un nivel de dezvoltare mentală inadecvată de neatenenție (concentrare, distractibilitate), hiperactivitate și impulsivitate, simptome care pot să apară, în orice combinație, la școală, acasă și în alte situații sociale [86]. Tulburarea se prezintă în niște maladii specifice, iar atât boala, cât și tulburarea sunt niște stări. De aceea, pe parcursul lucrării, noi folosim acești termeni, ei avînd același sens pentru diagnosticare și implicare psihoterapeutică.

Chess [120] definea hiperactivitatea astfel: *copilul hiperactiv este acela care realizează activitățile de zi cu zi la o viteză mai mare decât majoritatea copiilor sau acel copil care este permanent în mișcare, sau ambele situații.*

În literatura actuală, există o dezbateră continuă privind modul în care trebuie abordată ADHD: ca o tulburare categorială (în care se face o distincție clară între copiii care îndeplinesc criteriile pentru un număr specific de simptome) sau o tulburare dimensională (care vede boala ca pe un continuum). În acest context, o teorie revoluționară sugerează faptul că ADHD este caracterizată prin existența conexiunii a trei dimensiuni: inatenția, hiperactivitatea și impulsivitatea. Trecînd prin conexiunea acestor entități, această teorie postulează faptul că toate aceste disfuncții pot fi, la un moment dat, adaptative. Vigilența este necesară pentru a putea monitoriza pericolul și orice altă amenințare din exterior. De asemenea, concentrarea excesivă a atenției poate duce la dezvoltarea capacităților cognitive și la o proiectare benefică a viitorului, atunci cînd stimulii sunt minimali. Impulsivitatea se poate defini din perspectiva acestei teorii drept promptitudinea răspunsului la diverse solicitări exterioare, ne luînd în considerare alte modalități de reacție. Răspunsul poate fi automat sau reflexiv, depinzînd de contextul în care se produce. Impulsivitatea poate constitui un mecanism de protecție în fața pericolelor și a amenințărilor exterioare [95]. Pentru adaptarea cu ușurință în societatea atât de modernă de azi, sunt necesare anumite condiții esențiale: hipervigilența – abilitatea de a integra cu rapiditate noi informații în toate sensurile și direcțiile posibile; rapiditatea reacției și a răspunsului la reacția celorlalți; hiperactivitate motorie, etc. [101]. Prin prisma acestor concepte, sindromul ADHD – ca fenomen normal, distribuit în rîndul populației de masă, este o entitate heterogenă a unei etiologii necunoscute [225] cu o definiție care a suferit numeroase modificări în timp. Cele mai recente cercetări și ipoteze privind implicarea unor structuri cerebrale în apariția ADHD sunt: reprezintă o tulburare a mecanismelor de autoreglare, ceea ce implică o disfuncție a sistemelor

frontale subcorticale, bogate în noradrenalină și dopamină; se asociază cu un pattern atipic de dezvoltare cerebrală, care apare precoce în copilărie [118]. Diferitele regiunii ale ganglionilor bazali, în special nucleul caudal, sunt mai mici la copiii cu ADHD comparativ cu subiecții de control. Copiii cu ADHD au, inițial, un nucleu caudal mai mic și, de aceea, acesta scade și la ei în dimensiuni, diferența față de copiii normali devine mai puțin evidentă cu înaintarea în vârstă. În situația ADHD, structurile emisferei drepte sunt mai afectate decât cele ale emisferei stângi, dat fiind rolul important pe care emisfera dreaptă îl joacă în reglarea atenției.

Nigg a emis conceptul unei relații între ADHD și domeniile legate de temperament, subliniind rolul controlului și al reglării susținute, al abordării negative și al mâniei în ADHD. În această direcție, cercetările au încercat să demonstreze, într-un studiu pe perechi de gemeni monoziгоți și dizigoți, că există o componentă genetică importantă, care determină nivelele de activitate. Concordanța la gemenii monoziгоți este de până la 92%, iar la cei dizigoți de 33% [24]. De asemenea, a fost cercetat rolul factorilor genetici în ADHD, folosind un lot de 54 familii ale copiilor cu ADHD. S-a depistat o prevalență a ADHD în rândul rudelor de gradul I, II și III, de 29,63%, 3,25% și, respectiv, 4,42%. De asemenea, au fost depistate tulburări comorbide în cazul rudelor, în special tulburări de învățare și de comportament în copilărie, respectiv tulburări de personalitate, joc de noroc patologic și dependență de alcool la maturitate. Rudele de gradul I de sex masculin au fost mai afectate. Nu s-a înregistrat nici o diferență semnificativă, raportată la subtipurile de ADHD. Valoarea statistică a heritabilității a fost de 82,47%, fapt ce sugerează că factorii genetici joacă un rol foarte important în apariția ADHD [119].

1.2. Evaluarea copiilor cu sindromul ADHD

Deosebit de actuală în cercetarea ADHD a fost și rămâne metodologia de evaluare a acestei stări. Actuala împărțire a ADHD în trei subtipuri a ridicat numeroase critici, cele mai multe dintre ele având în vedere următoarele aspecte: pentru stabilirea criteriilor DMS, s-au luat în considerație, în principal, studii realizate asupra copiilor văzuți în context psihiatric; mult mai puține lucruri se cunosc despre folosirea acestora în alte populații de copii [96]; studiile efectuate în Germania [96] demonstrează că tipurile de ADHD diferă între ele; tipurile combinat și predominant cu neatenție sunt mai frecvente decât cel predominant cu hiperactivitate / impulsivitate [119]. Tipul predominant cu hiperactivitate / impulsivitate este specific copiilor mici, dar prevalența lui scade odată cu vârsta [239]. Tipul predominant cu hiperactivitate / impulsivitate este asociat cu deficiențe globale, pe când cel asociat cu neatenție, cu deficiențe ușoare [95]. Tipul predominant cu hiperactivitate / impulsivitate tinde să fie predictiv pentru comportamentele delictuale și agresive [104], în timp ce tipul predominant cu neatenție este, mai

curînd, predictiv pentru un coeficient de inteligență mai scăzut, anomalii cognitive și întârzieri în dezvoltarea limbajului [95]. Copii cu tipul predominant cu neatenție au fost descriși ca fiind mai retrași din punct de vedere social, timizi în relațiile cu copiii de aceeași vîrstă, neglijați de către aceștia, visători sau într-un fel de „ceață mintală” [95]. Copiii cu tip combinat au, frecvent, probleme comportamentale, caracterizate prin opoziție, sfidare și agresivitate și sunt, în mod active, antipatici colegilor [101]. S-a stabilit că unii copii cu ADHD par adormiți, au dificultăți de a iniția activități, sunt moleșiți și visează cu ochii deschiși, au un grad variabil de atenție, fiind descriși ca aparținînd unui tip cu „tempou cognitiv leneș”. Deși comportamentele au fost strîns asociate cu neatenția, absența lor nu a putut prezice absența neatenției, motiv pentru care acest tip de ADHD nu a fost inclus în criteriile diagnostice DSM-IV [159]. Tipul predominant cu hiperactivitate / impulsivitate se transformă în tipul combinat, sugerînd mai degrabă un stadiu evolutiv decît o entitate distinctă [94]. Reieșind din caracteristicile clinico-psiho-logice ale ADHD, Power [198] sugerează că strategia de a utiliza un număr fix de criterii pentru diagnostic nu este cea mai bună. Abordarea optimă ar trebui să depîndă de scopul evaluării, persoana care oferă informații, scala folosită pentru evaluare și de grupul de criterii luate în considerare.

DSM-IV stabilește drept criteriu obligatoriu debutul afectării datorate simptomelor ADHD înainte de vîrsta de 7 ani, probabil, pentru a evita clasificarea greșită a copiilor drept hiperactivi atunci cînd, de fapt, comportamentul hiperactiv este o reacție la stresul școlar. Unele studii [85] indică existența unei diferențe de circa 2,5 ani între vîrsta la care părinții observă primul simptom de ADHD și cea la care apare afectarea datorită acestor simptome. Green [155] arată că doar 33% din părinți indică aceeași vîrstă a debutului la evaluarea inițială și la un an după aceasta. Deoarece există o mare variabilitate în ceea ce privește vîrsta în care copii se confruntă cu astfel de solicitări, unii copii cu ADHD pot să manifeste semne de afectare mai tîrziu decît alți copii. Un studiu efectuat de Rohde [207] a arătat că nu există nici o diferență între adolescenții diagnosticați cu ADHD și cei care îndeplinesc toate criteriile pentru ADHD, cu excepția celei a vîrstei de debut [126]. Validitatea internă a simptomelor cere ca fiecare simptom să fie corelat mai puternic cu propria lui tulburare decît cu alte tulburări.

Un studiu efectuat arată că, în timp ce simptomele de neatenție au o mare validitate internă, unele din simptomele de hiperactivitate și impulsivitate au o validitate internă scăzută, corelîndu-se și cu neatenția, și cu tulburarea de opoziție [111]. Unii autori relatează că modelul bazat pe trei grupe de simptome (neatenție, hiperactivitate, impulsivitate) este unul valid [151; 196; 219]. Lipsa unei abordări standardizate a sindromului ADHD duce, astfel, la erori de clasificare, ceea ce are implicații atît asupra tratamentului, cît și asupra cercetărilor epidemiologice [210].

În literatura de specialitate, întâlnim un șir de clasificări ale caracteristicilor ADHD. Cele mai praxiologice sunt ICD-10 (International Classification Of Diseases). Clasificarea ICD-10 introduce ADHD în capitolul: *Tulburări de comportament și Tulburări emoționale, care apar, de obicei, în copilărie și în adolescență* și este prezentată în felul următor:

F90 - tulburări hiperchinetice - TH.

F.90.0 - perturbarea activității și a atenției, alterarea atenției, sindromul de hiperactivitate, tulburarea de hiperactivitate.

F.90.1 - tulburarea hiperchinetică de conduită.

F.90.8 - alte tulburări hiperchinetice.

F.90.9 - tulburarea hiperchinetică fără precizare.

Reacția hiperchinetică a copilăriei și a adolescenței FAI.

Sindromul hiperchinetic FAI.

Într-o altă clasificare [27], tulburările hiperchinetice se subdivid în două categorii: tulburări prin deficit de atenție și tulburări de conduită nesocializată. Tulburările hiperchinetice prin deficit de atenție se consideră un ansamblu de tulburări emoțional-comportamentale cu debut precoce și evoluție îndelungată, ilustrate clinic prin: activitate multiplă și dezordonată (polipragmazie), manifestată prin tendința de a trece de la o activitate la alta, fără a finaliza ceea ce a inițiat; implicare excesivă în activități, uneori riscante, cu ignorarea pericolelor; hipoprosexie sau aprosexie; nerăbdare, irascibilitate, impulsivitate; dezinhibiție socială, instabilitate relațională; ignorarea regulilor, a înțelegerilor, a ordinelor; intruzivitate cu nepermisă familiaritate.

Prezintă interes clasificarea franceză a tulburărilor mentale la copil și adolescent, care include tulburările hiperchinetice în capitolul consacrat tulburărilor de conduită și de comportament, alături de tulburările de conduită alimentară, tulburările legate de consumul de droguri sau de alcool, tulburările de angoasă, de separare, tulburările de identitate și de conduită sexuală și fobie școlară. Destul de intens, cercetările la problema studiată s-au referit la evaluarea acestei stări.

Unii cercetători [95] propun trei obiective principale în evaluarea ADHD: identificarea prezenței ADHD și excluderea altor posibile diagnostice; dezvoltarea unor surse viitoare de intervenții; stabilirea existenței unei eventuale comorbidități. Prin aceste studii, s-a ajuns la concluzia că o combinație a surselor de evaluare este necesară în cazul ADHD, tocmai pentru a decela un pattern stabil al simptomelor, cu atât mai mult cu cât acesta este invocat în toate studiile care abordează evaluarea ADHD. Ceea ce este necesar să menționăm, atunci când realizăm o colaborare a datelor provenite din mai multe surse, este măsura în care simptomele sunt stabile,

sau apar sistematic, indiferent de mediul în care se manifestă, chiar dacă prezintă modalități diferite de concretizare [21]. Copiii cu ADHD ridică probleme pentru evaluarea lor de cele mai multe ori, pentru că părinții observă că fiul sau fiica lor se comportă diferit față de ceilalți copii: copilul este excesiv de activ, neatent, nu-și poate controla emoțiile, agresivitatea sau excitabilitatea; simptomele sunt dificil de ignorat de către părinți, iar metodele clasice, care reușesc să cumițească alți copii cu probleme de comportament, sunt inutile. În alte cazuri, educatorul sau învățătorul atrage atenția asupra rezultatelor școlare slabe ale copilului, eventual repetenție, comportament disruptiv în sala de clasă, neatentie, probleme în relațiile sociale, stimă de sine scăzută sau probleme în stabilirea sau menținerea unor relații cu colegii de clasă [95].

În literatura de specialitate, prezintă un mare interes pentru evaluarea acestei stări diagnosticul diferențial cu altele dintre tulburările comorbide [165]. După cum observăm din Tabelul 1.2, diferite tulburări întâlnite la copii au multe simptome comune, situație care, deseori, aduce la confundarea lor. Diagnosticul diferențial stabilește grupul de simptome caracteristice tulburărilor, care au o mare însemnătate pentru clasificarea ADHD. Clasificările prezentate sunt necesare pentru stabilirea unui diagnostic obiectiv și real.

Tabelul 1.2. Diagnosticul diferențial al ADHD [165]

TULBURAREA	SIMPTOME COMUNE CU ADHD	CARACTERISTICI DIFERITE DE ADHD	PROBLEME DE DIAGNOSTIC
TULBURĂRILE SPECIFICE DE ÎNVĂȚARE	Rezultate școlare slabe. Comportament disruptiv în timpul activității școlare. Refuzul de a se angaja în sarcini școlare și de a folosi materiale didactice.	Rezultate slabe și comportament disruptiv mai degrabă în aria școlară decât în alte arii și situații.	Poate fi dificil să determinăm ce ar trebui de evaluat mai întâi: tulburarea de învățare sau ADHD, dar trebuie de ținut cont de preponderența simptomelor.
TULBURAREA OPOZIȚIONAL- SFIDĂTOARE	Comportament disruptiv, mai ales, în ce privește regulile. Copilul nu reușește să urmeze indicațiile date.	Mai degrabă sfidare decât încercări nereușite de a coopera.	Comportamentul sfidător este, deseori, asociat cu un nivel crescut de activitate. Este dificil de determinat efortul copilului de a se

			supune în contextul unor relații proaste părinte-copil sau profesor-copil.
TULBURAREA DE CONDUITĂ	Comportament disruptiv. Probleme cu sistemul judiciar.	Lipsa remușcărilor. Intenția de a răni sau de a face rău. Agresivitate și ostilitate. Comportament anti-social.	Lupta sau fuga pot fi reacții rezonabile la circumstanțe sociale adverse.
TULBURĂRI ANXIOASE	Atenție slabă, neliniște. Reactivitate fizică la stimuli. Îngrijorare excesivă. Frică. Obsesii sau compulsii. Coșmaruri. Reexperimentarea traumei.	Anxietatea poate fi o sursă de hiperactivitate și neatenție.	
DEPRESIE	Iritabilitate. Impulsivitate reactivă. Demoralizare.	Sentimente pervazive și persistente de iritabilitate sau tristețe	Poate fi dificilă diferențierea între depresie și reacție la eșecuri repetate, asociată cu ADHD.
TULBURAREA BIPOLARĂ	Atenție slabă. Hiperactivitate. Impulsivitate. Iritabilitate.	Dispoziție expansivă. Grandomanie.	Diferențiere dificilă între ADHD sever și tulburarea bipolară cu debut precoce.
TULBURAREA TICURILOR	Atenție slabă. Acțiuni impulsive, motorii sau verbale.	Mișcări involuntare motorii sau vocale.	Ticurile pot să nu fie observate de către pacient sau de către

	Activitate disruptivă.		familie.
TULBURAREA DE ADAPTARE	Atenție slabă. Hiperactivitate. Comportament disruptiv. Impulsivitate. Rezultate școlare slabe.	Debut recent. Eveniment precipitant.	Agenții stresori cronici, cum ar fi un frate, o tulburare mentală sau o problemă de atașament pot produce simptome de anxietate și depresie.

În așa fel, putem concluziona că evaluarea ADHD nu se realizează printr-un sistem unificat complex de metode, reieșind din mecanismele apariției acestei stări. Cel mai frecvent, metodologiile de diagnosticare sunt fundamentate pe simptomatologia tulburărilor ce ne îndeamnă să propunem o metodologie de diagnostic complexă, luând în considerație mecanismele apariției tulburării, patogeneza și simptomatologia tulburării.

1.3. Frecvența sindromului ADHD în cadrul populației de copii

Analiza literaturii din domeniu ne arată un șir de cauze care stau la baza fluctuațiilor frecvente ale sindromului ADHD în diverse regiuni. Aceste cauze sunt: testele de screening pot să exagereze comorbiditatea, deoarece se depășește pragul de detecție a testului; indivizii care au deja o tulburare psihiatrică se prezintă la control, atunci când sunt detectate și alte tulburări; pot exista erori în nozologia folosită pentru a defini tulburările; criteriile de diagnostic pentru două tulburări se pot suprapune (neatenția este comună ADHD, dar și depresiei); o tulburare poate fi o manifestare precoce sau o componentă a unei alte tulburări; clinicianul poate să nu facă o distincție clară între tulburări (de exemplu, un copil agresiv poate să pară neliniștit); ADHD poate amplifica riscul să apară una sau două tulburări (de exemplu, eșecul școlar, asociat cu hiperactivitatea, poate duce la asocierea cu un grup de orientare delictuală sau la descurajare, ceea ce poate dezvolta o depresie); ADHD și o tulburare comorbidă, cum ar fi tulburarea specifică de învățare, pot să apară împreună, deoarece sunt manifestări ale aceleiași cauze de bază, încă necunoscute; ADHD, în prezența altei tulburări comorbide, poate fi o tulburare independentă; tulburarea comorbidă poate fi o fenocopie a unei tulburări pure (de exemplu, copilul cu tulburare de conduită este neliniștit, impulsiv, etc.; dar simptomele sindromului ADHD nu au aceleași implicații pe care le are ADHD în absența tulburării de conduită).

Bineînțeles că aceste cauze trebuie luate în considerație, atunci când ne dorim să prezentăm frecvența acestei tulburări într-o zonă sau populație de copii. Explicațiile pentru rata crescută a comorbidității în ADHD este sintetizată de către mai mulți autori [100]. În general,

studiile epidemiologice indică o frecvență între 5 și 10% a ADHD în populația generală. Destul de informativ este Tabelul 1.3, care indică o frecvență între 10 și 20% a ADHD în populația generală, pe baza analizei scalelor comportamentale.

Tabelul 1.3. Frecvența ADHD / HKD în cadrul populației generale [20]

Primul autor, anul	Criteriile	Țara	Vârsta	Sex (M/F)	Frecvența
Diagnostic comportamental (fără a reprezenta în mod inevitabil, un diagnostic psihiatric)					
Satin, et. al. 1985	DSM-III ADD/H	USA	6-9	M	24%
Shekim, et. al. 1985	DSM-III ADD/H	USA (MO)	9	M/F	12%
Shaywitz, et. al. 1987	DSM-III ADD/H	USA (CT)	10	M/F	23%
Velez, et. al. 1989	DSM-III ADHD	USA (NY)	9-12	M/F	17%
Bhatia, et. al. 1991	DSM-III ADD/H	India	3-12	M/F	11%
Taylor, et. al. 1991	DSM-III ADD/H	UK(Londra)	6-8	M	17%
Baumgardner, et. al. 1996	DSM-IV ADHD	Germania	5-11	M/F	18%
Wolraich, et. al. 1998	DSM-IV ADHD	US (TN)	5-11	M/F	11%
Diagnostic DSM (cu includerea unor comorbidități)					
Satin, et. al. 1985	DSM-III ADD/H	USA	6-9	M	8%
Anderson, 1987	DSM-III ADD	Noua	11	M/F	7%
Offord, et. al., 1987	DSM-III ADD/H	Zeelandă	4-16	M/F	6%
Bird, et. al. 1988	DSM-III ADD/H	Canada	4-16	M/F	9%
Taylor, 1991	DSM-III ADD/H	Puerto Rico	6-8	M	5%
Leung, et. al. 1996	DSM-III R ADHD	UK Hong Kong	7	M	9%
Diagnostic ICD (cu criterii severe, fără includerea comorbidităților)					
Gillberg, et. al., 1983	ICD-9 HKD	Suedia	5-12	M	2%
Esser, et. al., 1990	ICD-9 HKD	Germania	8	M/F	4%
Esser, 1990	ICD-9 HKD	Germania	13	M/F	2%
Taylor, et. al., 1991	ICD-9 HKD	UK	7	M	2%
Leung, et. al., 1996	ICD-9 HKD	Hong Kong	7	M	1%

După cum observăm, frecvența între 2 și 24% a diagnosticului ADHD este prezentată atunci când sunt nerespectate criteriile de includere, diferite criterii de evaluare, durata în timp a simptomelor. Frecvența de doar 1-2% pentru această tulburare este când diagnosticul se face pe baza ICD-9.

Alte cercetări [116] au stabilit că populația de copii de 6-7 ani ADHD ajunge la 2,2%. În acest context, [149] arată o cifră de 3-6% printre copiii de vârstă școlară. După datele [234], la 17% copii din Londra sunt stabilite simptome de ADHD. Mulți autori [52; 45] descriu că frecvența ADHD, în diferite regiuni ale Rusiei, constituie de la 7,6% până la 18% copii. Studiile recente au arătat că aceste tulburări pot continua și în viața adultă. ADHD afectează 3-5 % din populația școlară (16th World Congress of the International Association of Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP, 2004).

Studiile demonstrează că potențialul compensator este unul mai mic la băieți decât la fete și, din această cauză, la ei, se observă mult mai frecvent sindromul ADHD. Această diferență este deja atestată într-o diversitate de studii [110], care au investigat manifestările comportamentale ale simptomelor ADHD la fete și la băieți și au observat că fetele prezintă simptome mult mai internalizate (anxietate, depresie) decât băieții și, astfel, acceptanța lor socială este mai mare. Totodată, o altă cercetare asupra diferențelor de gender la ADHD, realizat de Gaub și Carlson [143] formulează concluzia că nu există diferențe semnificative între băieți și fete cu ADHD în ceea ce privește impulsivitatea, performanța școlară, funcționarea socială, controlul motor fin sau factori de natură familială (pregătirea profesională a părinților). Diferențele găsite se referă la faptul că fetele erau mai puțin hiperactive și prezentau mai puțin simptome externe (agresivitate, tulburări de comportament). Majoritatea cercetătorilor în acest domeniu recunosc faptul că etiologia ADHD este multifactorială, combinând factori neurologici, genetici, psihosociali. Factorii neurologici și genetici sunt prezentați cu pondere de determinare ADHD. Studiile care susțin acest lucru au la bază analiza fluxului sanguin local, indici ai activității electrice la nivel cerebral, teste sensibile la disfuncțiile lobului frontal, studii de neuroimagerie pe baza tomografiei cu emisie de pozitroni (TEP) sau a rezonanței magnetice (IRM). Însă, în pofida faptului că sunt folosite cele mai contemporane metode de diagnosticare, ele nu oferă dovezi directe, pentru a putea stabili relații cauzale. De exemplu, chiar dacă părinții copiilor cu ADHD sunt fumători și s-a demonstrat deja că mamele care fumează în timpul sarcinii sunt mai predispuse la a avea copii cu sindromul ADHD nu se poate desprinde concluzia că fumatul cauzează tulburarea ADHD. Relația genetică dintre părinți și copii poate fi mai importantă decât fumatul însuși, iar relațiile cauzale trebuie desprinse doar în urma unor dovezi directe clare și nu doar pe baza unor studii corelaționale. O serie de studii [123], susțin faptul că leziuni cerebrale determinate, în special de hipoxie sau anoxie sunt asociate cu puternice deficite atenționale și cu hiperactivitate. Cu toate acestea, majoritatea copiilor cu ADHD nu prezintă niciun indicator al unei leziuni cerebrale, aceste deficite nereușind să explice totalitatea cazurilor de ADHD [211]. Copiii care prezintă leziuni ale lobului prefrontal prezintă, în același timp, și

deficite în ceea ce privește capacitatea de susținere a atenției, deficite la nivelul inhibiției, a reglării emoțiilor și a motivației, precum și deficite privind organizarea în timp a comportamentului [141; 231].

Aceste analize ne demonstrează că metodologiile de evaluare au un impact direct asupra valorilor frecvenței sindromului ADHD. Teoriile înaintate despre etiologia acestei tulburări prezintă interes pentru stabilirea terapiilor eficiente de ameliorare a acesteia. Astfel, relațiile cauzale trebuie luate ca bază științifică în construcția modelelor complexe de psihocorecție a tulburării ADHD.

Mulți autori sunt de părerea că există o legătură foarte strânsă între ADHD și alte stări [113], demonstrând că ADHD de tip depresiv duce, fără echivoc, în adolescență, la consum de substanțe interzise și tentative de suicid. Autorul a ajuns la concluzia că sunt două tipuri de copii cu ADHD și anume: disforic, cu tendințe evidente către schimbări bruște și frecvente de dispoziție, și celălalt tip înclinat spre delincvență și comportament sociopatic. În izvoarele științifice analizate, întâlnim că relația dintre ADHD, temperament și dezvoltarea ulterioară a anxietății a fost supusă unor ample investigații, luându-se în considerație diferite aspecte ale noțiunii de temperament.

Unii cercetători au realizat studii și au depistat faptul că părinții și profesorii copiilor cu ADHD au afirmat despre copiii lor că au un temperament caracterizat printr-un nivel de activitate crescut, distractibilitate ridicată și capacitate de adaptare scăzută. De asemenea, a fost confirmată ipoteza care susținea faptul că un anumit tip de temperament indică un nivel sporit de hiperactivitate și neatenție, neatenția fiind corelată cu scoruri scăzute la sarcinile de orientare, iar hiperactivitatea cu scoruri ridicate la nivelul general de activitate.

Prezintă interes pentru cercetarea noastră studiul realizat în Olanda, care demonstrează că cei 67 pacienți incluși în cercetare, cu vârsta cuprinsă între 6 și 12 ani, au demonstrat următoarele comorbidități: ODD – 55%, anxietate – 44%, tulburări de învățare – 61%, depresie – 21%, CD – 61%, probleme de coordonare – 35%, probleme de ritm al somnului – 17% [156].

Analiza literaturii arată o legătură de tip familial între ADHD și tulburarea bipolară, implicând rate semnificativ crescute ale ADHD la părinții copiilor bipolari și ale tulburărilor bipolare în familiile copiilor cu ADHD. Faraone arată însă că această legătură familială între ADHD și tulburarea bipolară nu se aplică tuturor copiilor cu ADHD, ci numai celor cu un comportament deviant, demonstrând existența unui subgrup de copii cu ADHD, tulburarea bipolară și CD [10]. O sursă constată că s-a realizat o comparație explicită între mania juvenilă și sindromul ADHD la copii și s-a dovedit că mania juvenilă este o tulburare deosebit de frecvent întâlnită în cazul copiilor cu ADHD [101]. Iritabilitatea este un simptom – cheie al maniei care se

regăsește și la nivelul anxietății, al depresiei, dar și în ce privește sindromul ADHD prin toleranța scăzută la frustrare. Excitabilitatea, iritabilitatea și fluctuanța trăirilor, în general, sunt simptome comune celor două tulburări. Cu alte cuvinte, iritabilitatea poate fi un artefact care cauzează comorbiditatea de față. Tulburările de gândire și limbaj nu sunt caracteristice doar maniei, ci sunt prezente, deseori, și la copiii cu ADHD. Acestea din urmă își pierd controlul în anumite contexte suprasolicitanțe și sunt mai echilibrați atunci când situațiile respective prezintă un anumit grad de structurare și organizare [102]. Anxietatea se întâlnește la 53% din cei 30 de adolescenți diagnosticați cu manie și ADHD.

Autori chinezi constată că ADHD este un factor de risc pentru diferitele adicții la copiii coreieni, arătând că există o asocieră semnificativă între ADHD și severitatea adicției la internet [177]. După cum observăm, complicațiile sindromului ADHD sunt diferite și vaste. Despre aceasta ne dovedește și faptul că, la adolescenții cu ADHD, tulburările de personalitate sunt diagnosticate frecvent (13-45%), în special cele care implică mai mult o disfuncționalitate socială majoră: schizotipala, paranoidă, evitantă, obsesiv-compulsivă, borderline și antisocială. Dintre adulții diagnosticați cu o tulburare de personalitate, 36% au primit, în copilărie, un diagnostic de ADHD, 25% au psihopatie antisocială [178]. Lyman încearcă să extindă conceptul de psihopatie la copiii cu ADHD, deoarece aceștia manifestă o formă severă de comportament antisocial și corelate neuropsihologice (evitare pasivă a învățării, subtrezire corticală, deficite ale funcțiilor executive). Iftene arată că, într-adevăr, copiii cu sindromul ADHD, manifestă trăsături dur-neemoționale, au și alte caracteristici asociate cu tulburarea de personalitate: lipsa de frică, stil de răspuns dominat de recompensă, lipsa sentimentelor de vinovăție și a empatiei [25].

Într-un studiu, Loney a stabilit că ADHD este un mai bun predictor pentru eșecul școlar ulterior decât pentru apariția personalității antisociale și s-a descoperit o corelație foarte interesantă între ADHD și nivelul agresivității [178]. Un studiu longitudinal a fost realizat pe școlarii mici din Noua Zeelandă, folosind trei grupe de copii, și anume: copii diagnosticați cu sindromul ADHD, copii delincvenți și copii delincvenți diagnosticați cu ADHD. Comparând primele două grupe, autorul a ajuns la concluzia că delincvenții ce întruneau condițiile pentru ADHD aveau o istorie foarte bogată în ce privește comportamentul lor antisocial, aveau deficiențe motorii, mintale și neurologice mult mai timpurii, aveau dificultăți în ce privește scrisul și cititul, iar climatul lor familial era evident mult mai precar [172].

Este demonstrat: copiii cu sindromul ADHD sunt deseori respinși, de colegii de aceeași vîrstă; chiar și după o scurtă interacțiune, au tendința de a-și alege drept colegi de joacă tot copii cu ADHD, care prezintă dificultăți în reglarea emoțiilor și în susținerea concentrată a jocului. Copiii cu sindromul ADHD, care dezvoltă de timpuriu comportament delincvent, prezintă un risc

sporit pentru un comportament antisocial cronicizat, dificultăți de citire și dependență de substanțe psihoactive [133]. Comportamentele opozante și agresive se manifestă la cei mai mulți copii cu aceste probleme. Comportamentele se manifestă și sunt limitate la mediul familial, dar se manifestă și la grădiniță sau în activitățile din timpul liber. În majoritatea cazurilor, copii se comportă agresiv față de mai mulți membri ai familiei, iar în afara acestui mediu, sunt prietenoși și adaptați. Sunt și copii la care comportamentele *anormale* se manifestă, în aceeași măsură, față de toți adulții semnificativi din viața sa [17]. ADHD întâlnit în copilărie este un predictor pentru comportament deviant în adolescență, iar comportamentul delinquent este o complicație a ADHD și această observație sugerează faptul că, în orice comorbiditate, ADHD este principala problemă care trebuie rezolvată. Comportamentul deviant este, pentru unii autori, un stadiu tardiv al ADHD [136].

ADHD trebuie delimitat de cei cu tulburări de învățare, dar care au un intelect foarte bun, deoarece își formează anumite tehnici cu ajutorul cărora compensează lipsurile și, astfel, recunoașterea problemei este îngreunată. În această analiză a cercetărilor realizatorul prezintă cauzele tulburărilor de învățare la școlarii mici cu ADHD, subliniind că principalele cauze apar din motive ca un copil trebuie:

- să se despartă de vechii prieteni;
- să suporte mulțimea, aglomerația;
- să accepte critica și evaluarea permanentă;
- să lucreze continuu cu sau fără recompense verbale;
- să lucreze mai mult singur;
- să stea în același loc mai mult timp;
- să stea în liniște;
- să fie mereu atent;
- să accepte reguli noi;
- să se acomodeze la un program strict [32].

Tulburările de învățare se asociază frecvent cu ADHD, iar rata comorbidiității este de 15-40%, în principal pentru dislexie față de discalculie, mai ales la copiii cu simptome de neatenție. 22% dintre elevii cu tulburări specifice de învățare au și ADHD. Dislexia are o rată mai mare și anume de 25-40%, iar rata ADHD printre dislexici este de 15-35%. Mai mult, această comorbiditate este prezentă atât în loturile clinice, cât și în loturile comorbidity, indicând faptul că nu este vorba de o eroare de selecție [221]. Un copil poate să pară neatent sau hiperactiv în clasă datorită frustrării apărute ca urmare a dificultăților de a citi sau poate să aibă dificultăți de

lectură ca rezultat al neatenției în sala de clasă [239]. Copiii cu ADHD plus dislexie demonstrează performanțe școlare sub medie; în ce privește măsurătorile lingvistice, au nu numai abilități de lectură sub vârsta cronologică, ci și alte întârzieri în dezvoltarea neuropsihică: limbaj expresiv simplificat, coordonare senzomotorie afectată sau ortografie deficitară. Există o strânsă asociație între ADHD și dificultățile de scris și de citit. Tulburările de citire sunt întâlnite mai ales la subtipul cu neatenție și combinat, decât la nivelul subtipului cu hiperactivitate / impulsivitate [221]. Aproape 30% dintre copiii cu ADHD prezintă un retard de dezvoltare a limbajului oral (disfazie). Ei cumulează un dublu deficit constituit din tulburările de atenție și retardul de dezvoltare a limbajului oral.

Trebuie menționat că ADHD coexistă și cu alte stări ca: tulburări afective, tulburări de anxietate sau alte tulburări persistente și de comportament sau de adaptare, atunci când acestea afectează negativ reușita școlară. Este stabilit că, atunci când echilibrul cu lumea nu este corespunzător, comportamentul copilului cu ADHD și alte stări are un sens regresiv, des neadaptiv, derapant, potrivit intereselor lui de autoreglare și autodeterminare în procesul devenirii sale. Orice cercetare a ADHD trebuie să-și construiască o strategie pentru stabilirea relațiilor acestei tulburări și pentru delimitarea acesteia. Modelul de evaluare trebuie elaborat, pentru a delimita ADHD de: tulburare de adaptare, agresiune, tulburări de anxietate, tulburare bipolară, tulburare de caracter, tulburare de conduită, depresie, impulsivitate, mînie, tulburări de dispoziție, tulburare obsesiv-compulsivă, tulburarea opoziționismului provocator, atacuri de panică, tulburări de personalitate, fobie, sindromul stresului post-traumatic, psihopatie (tulburare antisocială de personalitate), fobia școlară, sindromul Tourette, etc.

1.4. Caracteristici clinice, psihologice, pedagogice ale copiilor cu ADHD

Analizînd cercetările ADHD, observăm că există mai multe mecanisme neuropsihologice candidate în această tulburare: deficiențele funcțiilor inhibitorii prefrontale, disfuncția memoriei de lucru și a atenției selective, deficitul motor sau de timing, deficiența statusului energetic sau trăsăturile particulare de personalitate. Se postulează un deficit primar al răspunsurilor inhibitorii, care afectează toate funcțiile executive, ducînd, în ultimă instanță, la o inteligență socială scăzută [95].

Un studiu efectuat de Tannock, R., [233] sugerează că doar neatenția este asociată cu afectări neuropsihologice semnificative, deoarece simptomatologia de neatenție este mai mult legată de aspecte cognitive și are un mai mare grad de iritabilitate. Alți autori consideră că deficitul primar în ADHD ar putea fi reprezentat de deficiente ale memoriei de lucru. Sunt descrise

trăsăturile psihologice principale ale acestei tulburări: lipsa de concentrare a atenției; hiperactivitatea excesivă; impulsivitatea.

Atunci când vorbim de sindromul ADHD, trebuie să avem în vedere următoarele aspecte: stilul de răspuns inconsistent și variația răspunsurilor între foarte încet și foarte rapid la sarcinile inerente calculării timpului de răspuns. Subiecții cu ADHD au rezultate proaste la sarcini ce presupun tehnoredactarea contra-timp sau reproducerea perioadei de timp. Toate aceste constatări au dus la concluzia că acești subiecți au perturbată noțiunea de *sens al timpului* [233].

Inconsistența și variabilitatea performanțelor stabilite la ADHD a fost interpretată ca o manifestare a unui deficit motivațional, asociat cu o senzitivitate exacerbată. De multe ori, s-a observat că, în comparație cu lotul de copii normali, cei cu sindromul ADHD înregistrau performanțe slabe, atunci când lucrau în absența supervizării sau când sarcina era foarte plictisitoare. S-a presupus că absența motivației intrinseci este responsabilă pentru acest eșec și nu o disfuncționalitate procesuală.

Copiii cu ADHD răspund foarte bine la sarcină, atunci când este prezentă recompensa. Alți autori sunt de părere că reîntărirea are un efect mult mai vizibil. De asemenea, s-a conchis că, în lipsa recompensei, subiecții dezvoltă un nivel crescut de frustrare, iar unii subiecți își pot dezvolta unele mecanisme de apărare protective, unul dintre acestea fiind abilitatea intelectuală.

Keller a propus un model psihopedagogic despre ADHD, care pornește de la ipoteza principală: copiii cu ADHD trăiesc într-un mediu familial carențial și mult mai dezorganizat decât în cazul copiilor sănătoși, iar mediul familial deficitar declanșează apariția comorbidităților ADHD, un nivel ridicat de inteligență protejează copiii împotriva influenței negative din partea familiei [117].

Martinussen, R., Hayden, J., et al [181], demonstrează că toți copiii cu sindromul ADHD pot întâmpina probleme în ce privește memoria de lucru și că este posibil ca aceste deficite la nivelul memoriei de lucru să se datoreze unor incapacități cognitive. Sunt oferite mai multe posibile explicații ale diferențelor între memoria spațială și verbală la copiii cu ADHD:

- memoria spațială presupune activarea emisferei drepte, care, de asemenea, este implicată în apariția sindromului ADHD;
- sarcinile spațiale sunt mult mai provocatoare decât cele verbale, nu au un caracter automat și nu sunt nici familiare;
- este posibil ca deficitul memoriei de lucru la copiii cu sindromul ADHD să se datoreze altor disfuncții adiționale.

Aproximativ jumătate din copiii cu sindromul ADHD au dificultăți de coordonare motorie, care se asociază cu probleme severe în procesarea spațio-vizuală. Memoria de lucru determină randamentul școlar scăzut și, în special, probleme grave la aritmetică și în ce privește abilitățile de scris și citit. Tocmai de aceea, autorii cred că este posibil ca aceste dificultăți școlare la copiii cu ADHD să se datoreze, în primul rând, deficitelor de activare a memoriei de lucru și nu consecințelor comportamentale ale simptomelor de neatenție, hiperactivitate sau impulsivitate. Strategiile educaționale, cum ar fi: predarea pas cu pas, check-listingurile sau sistemul de recompensare cu puncte pot fi foarte utile în reducerea inabilităților la nivelul memoriei de lucru [165].

Copiii hiperactivi manifestă o cantitate excesivă de energie mobilă și insuficient direcționată; ei sunt agitați din punct de vedere fizic și au probleme serioase de concentrare; își controlează insuficient impulsurile, sunt prea puțin maturi în concordanță cu vârsta, iar multe activități le sunt marcate de multe eșecuri mărunte; dispoziția acestor copii se schimbă rapid din supărare în bucurie și invers. Aceste probleme îi fac, deseori, să se simtă vinovați și să se întrebe dacă merită atenția și dragostea celor din jur, în ciuda obiceiurilor rele.

Impulsivitatea, agresivitatea, un grad redus de atenție și tendința de a învinui alte persoane pentru orice lucru nu sunt cele mai bune premise pentru realizări la învățătură. Copiii hiperactivi, cu toate că inteligența lor este comparativ normală, sunt slabi la învățătură. Aceasta nu rezultă numai din caracteristicile generale de comportare, expuse mai sus, ci și din faptul că o parte din copii au dificultăți specifice la învățătură, pot fi slabi la sport sau la activități în care se utilizează mușchii mici, de exemplu la scriere. Pot slăbi la memorizarea lucrurilor pe care le observă sau să silabisească prost. Unii realizează, cu greu, suita cuvintelor într-o propoziție sau au dificultăți în diferențierea unor concepte de bază, cum ar fi „dreapta” sau „stînga”, tind să inverseze literele în cuvinte, încep să scrie din partea dreaptă a paginii etc. Copiilor cu sindromul ADHD le este foarte greu să se concentreze asupra oricărei teme la școală suficient pentru a o lucra bine, lăsându-le pentru ultimul moment. Acești copii par să fie supărați pe lume în general, ceea ce îi face și pe ei nefericiți [204].

Activitatea de învățare a copiilor cu sindromul ADHD este deosebită de activitatea copiilor cu dezvoltare normală și se caracterizează printr-un comportament problematic (Figura 1.1). După cum observăm, acești copii au problema în realizarea temelor, atât în clasă, cât și pentru acasă, rezultate mai slabe la învățătură și altele.

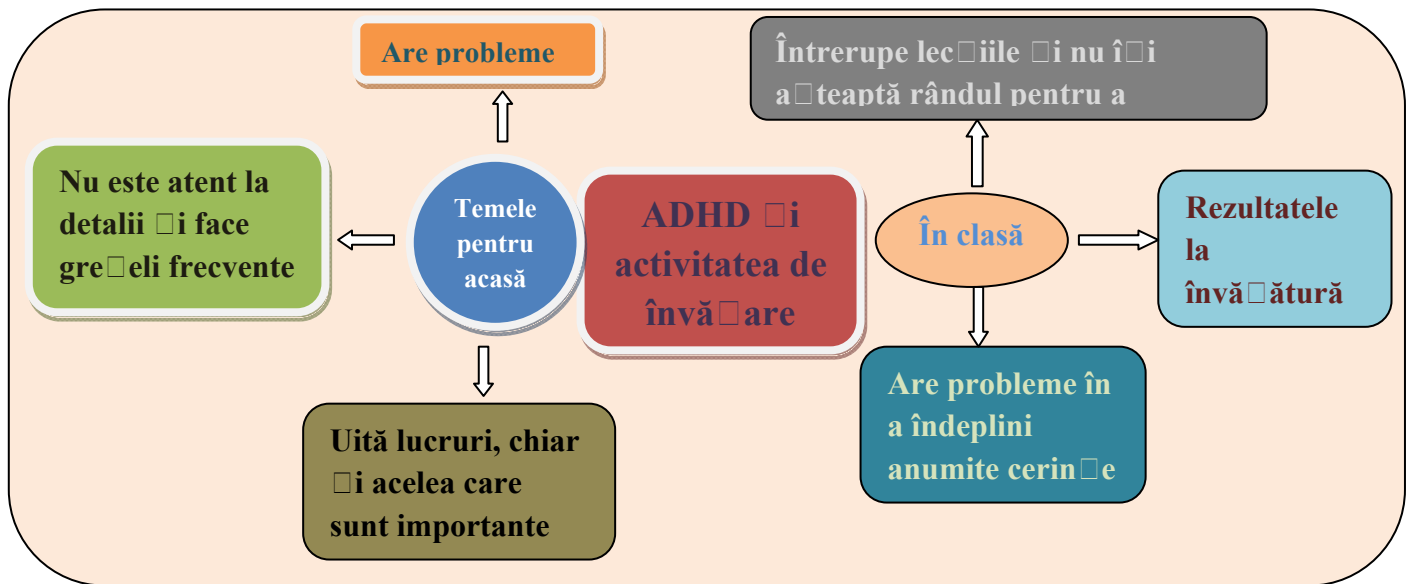


Fig. 1.1. ADHD și activitatea de învățare a copiilor cu ADHD

Multe din aceste caracteristici psiho-pedagogice se observă de la vârsta timpurie. Conform rezultatelor cercetării [20], copiii de vârstă timpurie demonstrează schimbări în diferite formațiuni psihice. Observăm că cele mai frecvente schimbări vin din partea afectivității (Tabelul 1.4).

Tabelul 1.4. Caracteristici psihopedagogice ale copiilor cu ADHD la vârste timpurii [20]

Studiu	Vârsta
	0-1 ani
Campbell, Szumowsky, Ewing, Gluck & Breaux, 1982 Kaplan & Sadock, 1985	Plîns excesiv, dificultăți în alimentare, probleme de somn. Sensibilitate excesivă, răspunsuri agresive la stimuli, probleme de somn, plîns excesiv, iritabilitate. Anormalități la nivelul EEG.
Knobel, Wolman & Mason, 1959 Weis & Hechtman, 1986	Somn excesiv sau extrem de puțin, somn dificil sau extrem de sensibil la stimuli externi, colici, dificultăți de supt, plîns în timp ce se hrănește, mese neregulate, întârzieri în volacizare, zîmbește puțin, insensibil la îmbrățișări.
Werry, Weiss, Douglas, 1964	Dificultăți în relaționarea mamă-copil datorită plînsului excesiv, colici și probleme de alimentație.
	2-3-4 ani
Battle, Lacey, 1972	Sentimente negative ale mamei către copil, interacțiuni

Mash, Joahnston, 1983	rare mamă-copil Mamele au un nivel ridicat al stresului și o stimă de sine scăzută, tensiune în relația mamă-copil.
	Vîrsta preșcolară 4-7 ani
Barkley, Karlsson, Pollard, 1985 Campbell, 1978 Campbell, 1982 Pelham, Bender, 1982 Schleifer et al, 1975	Stresul parental extrem de ridicat. Activitate excesivă, noncompleanță. Trecerea rapidă de la o activitate la alta, în timpul jocului liber, nivele crescute de activism în timpul activităților structurate, răspunsuri impulsive. Respingerea de către colegi. Similaritate în jocul liber între ADHD și cei fără ADHD, stres și frustrare la părinții copiilor cu ADHD, impulsivitate și dependență.

Prezentînd o varietate de simptome în domeniul psihofuncționale diverse, simptomele neatenției devin cel mai adesea vizibile odată cu intrarea în clasa întâi.

Prezintă interes și caracteristicile psihologice în perioada școlarității și a adolescenței. Cele mai frecvente [20] caracteristici psihologice ale școlarului și ale adolescentului cu sindromul ADHD sunt: stil de viață dezorganizat; cronică scădere a performanței școlare, uitare cronică; probleme de management al timpului; simptome depresive; stări de anxietate; schimbări bruște ale stărilor emoționale; comportament riscant; toleranță scăzută la frustrare; probleme cu managementul furiei; tulburări de somn; dificultăți de concentrare a atenției; integrare socială deficitară.

O altă caracteristică psihologică a copiilor cu sindromul ADHD este modul de a se integra în colectiv, interferența cu activitatea colegilor, care determină adesea certuri sau chiar respingerea din partea grupului [113; 232; 91]. Studiile [84; 113; 232] au indicat, că ridicarea de pe scaun deferențiază copiii hiperactivi și cei normali, atunci când aceștia desfășoară o activitate care solicită resurse atenționale și de autoreglare. În activitățile de joc liber, unde nu există reguli prestabilite, hiperactivitatea nu este o variabilă care să discrimineze între cele două grupe.

În literatura de specialitate, este demonstrat faptul că orice model psihologic al ADHD face referire la analiza controlului executiv, indiferent de modul de definire și operaționalizare al acestuia sau de relațiile extinse între componentele constructului [179]. Copiii cu sindromul ADHD au performanțe mai slabe decât grupul de control în sarcini care vizează planificarea, inhibiția și flexibilitatea atenției, iar performanța la aceste sarcini este, deseori, asociată cu

manifestările de agresivitate. Datele din Tabelul 1.5 ne arată că, din cauza sindromului ADHD, copiii obțin performanțe slabe la sarcinile care au necesitate în planificarea detaliată a acțiunilor, memorizarea locațiilor, identificarea simbolurilor similare, inhibarea motrice în conflict, etc.

Tabelul 1.5. Sarcini reprezentative la care copiii cu ADHD obțin performanțe comparativ mai slabe [179]

Sarcina	Autorul, anul
<i>Inhibiție</i>	
Testul Stroop	Hopkins, 1979; Gorenstein, 1989
GO-noGo	Trommer, 1988; Shue & Douglas 1992
CPT	Rasvold, Mirsky, Sarason, Bransome & Beck, 1956
AX CPT	Pennington, 1993
Stop task	Oosterlaan, 1998
Identificarea figurilor similare	Kagan, 1964; Cohen, 1972
Sarcina de conflict motor	Shue & Douglas, 1992
<i>Memorie de lucru</i>	
Amânarea răspunsului	Campbel, 1994
Întârzierea alternativă	Sonuga&Barke, 2002
Memoria locațiilor	Shue & Douglas, 1992
Counting spam	Barkley, 1997
<i>Planificare</i>	
Labirinturile porteus	Parry, 1973; Mariani, 1990
Turnul Londrei	Sonuga & Barke 2002
Turnul din Hanoi	Barkley, 1997
<i>Flexibilitate</i>	
Proba cardurilor Wisconsin	Boucugnani & Jones, 1989; Fischer, 1994; Barkley, 1997
Trial making	Grodzinsky & Diamond, 1992

Copiii cu sindromul ADHD, deseori, greșesc la sarcinile care necesită atenție selectivă și funcții executive și / sau atenție susținută și funcții executive, prezentând dificultăți în menținerea și transmiterea seturilor cognitive [171]. Destul de frecvent în comportamentul copiilor cu ADHD sunt observate deficiențe în afectivitate, așa ca: autoreglare deficitară a emoțiilor, toleranța scăzută la frustrare, sistem de activare hiporeactiv. Performanțele școlare sunt slabe și se caracterizează prin: comportament neadecvat la ore; performanțe discordante cu potențialul existent; repetenție (peste 50% din cazuri); exmatriculare (10-20% din cazuri); abandon școlar

(10-35%); conflicte cu profesorii și colegii; ș.a. O deosebită atenție în cercetările psihologice este orientată spre stabilirea portretelor complexe ale acestei tulburări. Unii autori determină, printre caracteristicile majore ale copiilor cu sindromul ADHD [90] următoarele:

1. Susținerea slabă a atenției și persistența scăzută a efortului la sarcină, în special, la copiii care sunt relativ dezinteresați și delăsători.
2. Controlul impulsurilor înrăutățite sau întârzierea satisfacției. Aceasta se manifestă, în special, în abilitatea individului de a se opri și a se gândi înainte de a acționa, de a-și aștepta rândul, când se joacă sau discută cu alții, de a lucra pentru recompense mai mari și pe termen mai lung decât de a opta pentru recompense mai mici, dar imediate și de a-și inhiba comportamentul în funcție de cerințele situației.
3. Activitatea excesivă relevantă pentru sarcină sau slab reglată de cererile situaționale. Acești copii se mișcă excesiv, realizând foarte multe mișcări suplimentare, necesare pentru excluderea sarcinilor pe care le au.
4. Respectarea deficitară a regulilor, dificultăți în a urma regulile și instrucțiunile, în special fără supraveghere.
5. O varietate mai mare decât normală în timpul executării sarcinii, o foarte mare instabilitate în privința calității, a acurateții și a vitezei cu care își realizează sarcinile.

Alte câteva caracteristici sunt asociate cu această tulburare.

În baza criteriilor socio-psihologice simptomatice clinice, copiii cu sindromul ADHD sunt divizați în mai multe subcategorii [159]:

1. Cei care au un istoric familial, ce cuprinde tulburări atenționale, tulburări comportamentale, alcoolism sau tulburări afective [116].
2. Cei care au un istoric medical, ce cuprinde traume prenatale sau perinatale sau boli [146].
3. Cei care au simptome fizice și neurologice ce cuprind: anomalii fizice minore [203], simptome neurologice cum ar fi o întâzierung a coordonării motorii [217].
4. Vârsta de debut.
5. Prezența simptomelor comportamentale, cum sunt agresivitatea, tulburările de conduită [203] și discontrolul exploziv [132].
6. Cei cu dificultăți cognitive, cum ar fi tulburările specifice de învățare [187].
7. Cei cu simptome afective, inclusiv depresea și anxietatea de separație [153].
8. Mediul familial și cultural [162].
9. Variabilele psihofiziologice, cum sunt anomaliile în EEG [214; 130].

Comportamentul copilului cu ADHD în clasă se caracterizează prin neastâmpăr, eșec în terminarea proiectelor, impulsivitate, span atențional scurt, subminare a autorității și distractibilitate. Caietele lui sunt murdare și dezorganizate. Adesea își uită responsabilitățile, pierde caietele de teme și își neglijează sarcinile școlare. Pe măsură ce copilul devine conștient de dificultățile lui de învățare, de izolarea socială în care se adâncește, stima de sine scade treptat și devin tot mai pronunțate laturile depresivă și sociopatică ale personalității. Dezorganizarea internă evoluează în paralel cu comportamentele simptomatice haotice. Acestor copii le lipsește angajamentul și direcția și nu reușesc să-și direcționeze eforturile în secvențe de reușită cu sens. Dezvoltarea continuității emoționale (realizarea legăturii interne dintre percepții și înțelegere pe de o parte și sentimente pe de altă parte) poate fi deasemenea dificilă pentru acești copii [142]. Copiii cu ADHD (23-30%) au uneori performanțe școlare mai mici decât la nivelul vârstei și capacităților intelectuale [133; 140; 222], repetă clasa [90], achiziționează un număr mai mic de cunoștințe [122; 98].

Mulți autori [105; 191], au demonstrat faptul că subiecții hiperactivi, care se manifestă atât la școală, cât și acasă, prezintă semnificativ mai multe dificultăți în învățarea citirii, întârzieri în învățarea scrierii, ș.a. În urma acestor analize și comparații putem concluziona că ADHD prezintă un ansamblu diferit de caracteristici psihologice, dar în ierarhia acestora, dificultățile de atenție, hiperactivitate, impulsivitate, sunt dominante.

1.5. Intervențiile de ameliorare a sindromului ADHD la copii

Un număr mare de cercetări este închinat tratamentului ADHD la copii. Rezultatul studiilor arată că, în ansamblu, intervențiile comportamentaliste au ca efect ameliorarea pe termen scurt a simptomelor tulburării și că aceste efecte sunt comparabile cu cele obținute în urma administrării medicației psihostimulante în doze mici [193]. Intervențiile comportamentale în cazurile de ADHD pot fi clasificate în trei categorii: psihoterapia comportamentală clinică; managementul comportamental și intervențiile cognitiv-comportamentale.

Într-un alt studiu, s-a demonstrat că 45% dintre copii implicați în terapii comportamentale au demonstrat o îmbunătățire pe planul scalelor completate de părinți, 80% pe scalele completate de profesori (dar niciunul nu a ajuns la nivelul colegilor de clasă cu comportament normal), 55% în aprecierile colegilor și 60% în observațiile comportamentale din clasă. Pe parcurs, a fost studiată problema cu referire la procedurile negative, cum este pedeapsa, ca niște componente necesare ale programelor de management comportamental. Cercetătorii [208] au comparat condițiile în care au fost utilizate consecințele pozitive (atenția profesorului și recompensa), consecințele negative (reprimări verbale, „time out” și luarea privilegiilor) și combinarea lor.

Comportamentul copilului s-a deteriorat atunci când consecințele negative au fost îndreptate și acest lucru nu depindea de prezența sau absența consecințelor pozitive. În schimb, atunci când consecințele negative erau de intensitate temperată și formulate prudent, eficiența lor creștea mai mult decât atunci când ele erau de intensitate mare, cu rezonanțe emoționale și formulate pe un ton ridicat.

Rezultatele studiilor arată că intervențiile cognitiv-comportamentale la copii cu hiperactivitate cu deficit de atenție se centrează, în primul rând, pe îmbunătățirea controlului furiei în situații sociale provocative. Hinshaw și alții [157] au creat un program de tratament cognitiv-comportamental pe grupe mici, bazat pe proceduri de inoculare a stresului. După câteva săptămâni în care copiii au fost antrenați în rezolvarea de probleme, aceștia au fost învățați cum să facă față tachinărilor și ironiilor verbale. Copiii au învățat să identifice semnele cognitive și comportamentale ale furiei incipiente, să dezvolte strategii specifice la alegerea lor, pentru a-și controla reacțiile agresive nepotrivite și să exerseze aceste strategii în condiții de provocare realistă din partea unui adult sau din partea colegilor de grup. Autorii au constatat că băieții cu sindromul ADHD, care, pe lângă antrenamentul de autoevaluare (tehnică cognitivă), au primit și întăriri prin sistemul de puncte (tehnică comportamentală) și medicație psihostimulantă, au prezentat un comportament mult mai potrivit în interacțiunile cu colegii decât copiii care nu au beneficiat decât de tehnica cognitivă. Se poate de concluzionat că intervențiile psihoterapeutice cognitiv-comportamentale sunt destul de departe de a fi soluția tuturor problemelor pe care le întâmpină copiii cu hiperactivitate cu deficit de atenție [193]. Aceste intervenții au efecte pe termen scurt, practic, limitate la perioada în care programul se derulează și nici un studiu nu a demonstrat menținerea achizițiilor după terminarea tratamentului [193]. Mulți copii cuprinși în aceste studii nu și-au îmbunătățit comportamentul. În multe cazuri, eșecul poate fi atribuit lipsei de implicare sau incapacității părinților și a profesorilor de a implementa programele comportamentale corect.

O problemă majoră este aceea că un număr mare de profesori, care nu sunt obligați să colaboreze cu consultanți externi, nu implementează modificările comportamentale [240]. Mai mult de jumătate dintre părinții care încep tratamentul aplică tehnicile discontinue și defectuos [138]. Este dovedit că eficiența psihoterapiei comportamentale depinde de motivația și de capacitățile adulților semnificativi din viața copiilor. Dacă aceștia nu doresc sau nu sunt capabili să implementeze intervențiile, iar obstacolele sau obiecțiile lor nu pot fi depășite, atunci psihoterapia comportamentală nu este eficientă [193].

În literatura de specialitate, sunt descrise rezultate privind eficiența tehnicilor de relaxare în tratamentul copiilor hiperactivi, iar utilizarea relaxării în tratament se bazează pe ideea că acești

copii manifestă anomalii în activarea fiziologică [139]. Klein S. A. și Deffenbacher J. L. [169] au comparat eficiența unui program scurt (5 ședințe) de relaxare musculară progresivă cu un „tratament” Placebo, cu un program nontratament și cu un grup de control, alcătuit din copii normali, obținând rezultate ne semnificative.

Brown [109] a realizat un experiment în scopul de a verifica eficiența a două metode terapeutice: relaxarea sistematică și relaxarea sistematică plus instrucțiuni de motivare pentru sarcină (metodă de psihoterapie cognitivă). S-au realizat o serie de studii în urma cărora s-au obținut rezultate semnificative, concretizate prin îmbunătățirea conceptului de sine al copiilor. Tehnica terapeutică, în acest caz, constituie combinarea biofeedback-ului cu relaxarea musculară progresivă. Autorii au constatat îmbunătățiri în măsurările comportamentale realizate de părinți și profesori, o scădere a impulsivității și un locus de control internalizat.

Carl Rogers [206] și-a prezentat primele idei asupra a ceea ce numim, acum, terapia centrată pe client. Acest tratament este mai preocupat de procesul terapeutic decât de expunerea unei teorii a personalității. În acest sens, este un tratament foarte pragmatic, axat pe relația dintre copil și terapeut. Un număr mare de psihologi consideră că jocul este procesul de bază al dezvoltării umane, al învățării și este crucial pentru creșterea emoțională. Terapia prin joc se utilizează, în special, pentru copiii care au conflicte interne, cum sunt: teama, vina, slaba stimă de sine, durerea, mîhnirea sau depresia.

Smith M. L. și Glass G. V. [223] au schimbat esențial traiectoria cercetării în psihoterapie și natura dezbaterii privind eficiența psihoterapiei.

Bratton S. C., Ray D., Rhine T. [107] fac o trecere în revistă a tuturor studiilor metaanalitice, realizate în ultimele decenii, care au avut ca scop identificarea eficienței psihoterapiei la copii. Dintre acestea, se citează șase revizii importante ale literaturii de specialitate [107]. Datele de sinteză sunt prezentate în Tabelul 1.6:

Tabelul 1.6. Studiile de identificare a eficienței psihoterapiei [107]

Metaanaliza	Numărul de studii luate în calcul	Media de vîrstă a copiilor	Mărimea efectului (%)	Pragul de semnificație
Bratton, Ray, Rhine & Jones (2005)	93	7	80	< 0.001
LeBlanc & Ritchie (2001)	42	7,9	66	< 0.001
Weisz et al (1995)	150	10,5	71	< 0.0001

Kaznid et al. (1990)	105	10,2	84	-
Weisz et al. (1987)	105	10,2	79	< 0.0001
Casey & Berman (1985)	75	8,9	71	< 0.05

Rezultatele arată interesul extrem de ridicat al comunității științifice internaționale pentru studiul eficienței demersului psihoterapeutic la copii. Aceste studii demonstrează clar faptul că psihoterapia este eficientă la copil, depășind semnificativ rata remisiei spontane a simptomelor. În prezent, cercetarea procesului terapeutic în psihoterapia copilului cu ADHD se concentrează pe analiza proceselor de interacțiune și a participării în terapie, se pune accent, în special, pe analiza alianței terapeutice, stabilite între copil și terapeut pe parcursul procesului terapeutic. Deosebit de vaste sunt rezultatele cercetării Geanina-Cucu Ciuhan [14] cu referire la ADHD și metodele psihoterapeutice, implementate pentru corecția acestor stări. În contextul celor relatate, al analizelor realizate, se propun metodele de intervenție pentru părinți și profesori în cazul școlărilor mici cu sindromul ADHD.

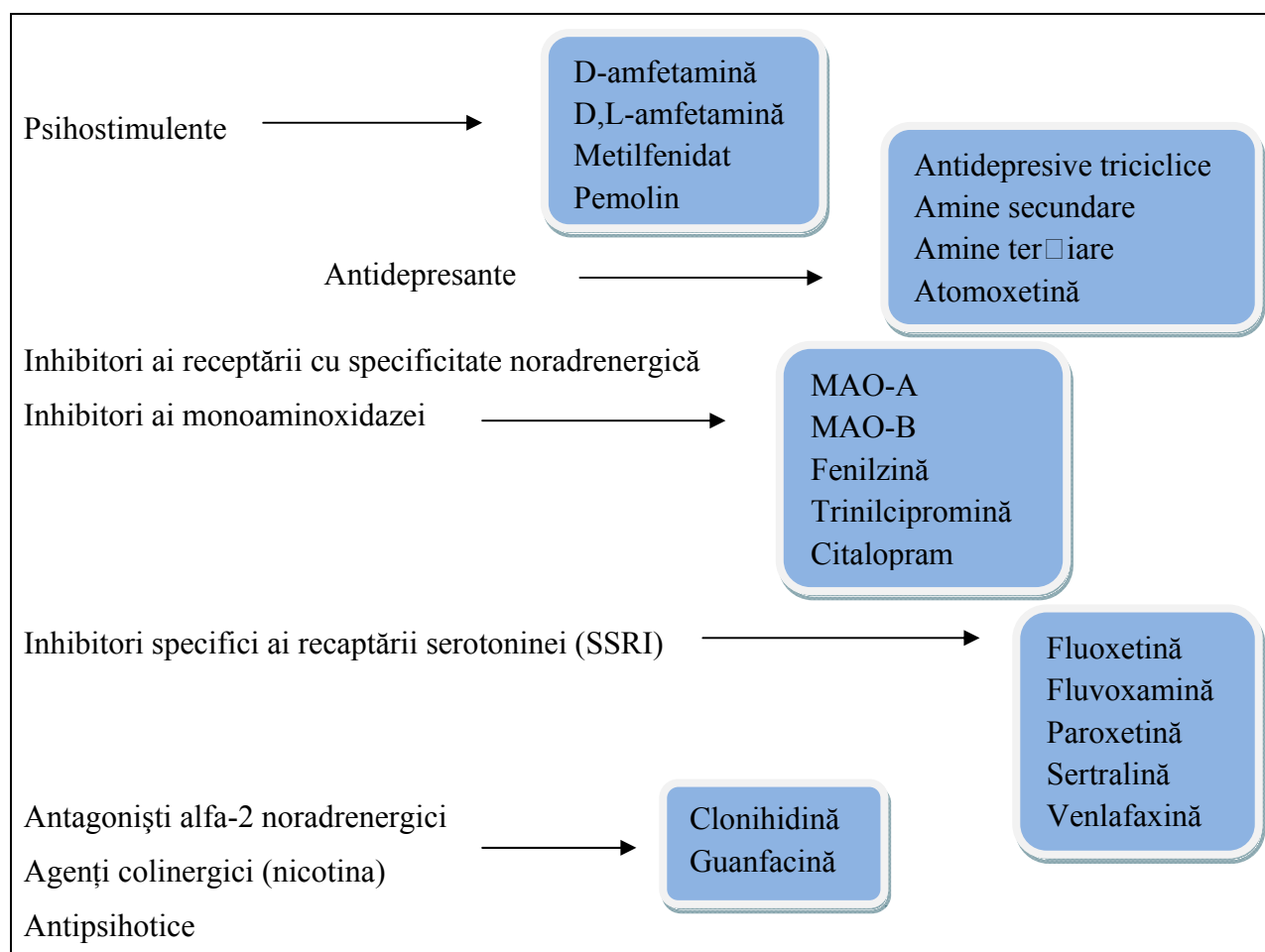


Fig.1.2. Agenții medicamentoși folosiți în tratamentul ADHD

Paralel cu dezvoltarea curentului privind validarea empirică a tratamentelor psihoterapeutice, Kazdin și Weisz vorbesc despre terapii eficiente medicamentoase pentru categoriile de tulburări psihice la copii și, în special, la cei cu sindromul ADHD. Destul de activ se folosește terapia medicamentoasă a ADHD. După cum observăm din Figura 1.2, în practica medicală, au intrat un șir de complexe medicamentoase pentru terapia acestei stări.

Analiza modelelor de influență asupra sindromului ADHD arată că acestea, în majoritatea situațiilor, sunt dezarmonizate, au influență simptomatică și se orientează spre terapiile complexe.

Scopul cercetării rezidă în fundamentarea teoretică și metodologică a modelului de evaluare a particularităților specifice în dezvoltarea școlarului mic cu sindromul ADHD și în elaborarea complexului de intervenție psihopedagogică pentru ameliorarea acestei tulburări.

Obiectivele stabilite pentru realizarea scopului major al cercetării au fost:

1. Examinarea, studierea literaturii de specialitate cu referire la psihologia copilului cu sindromul ADHD.
2. Elaborarea modelului complex de evaluare pentru diagnosticarea sindromului ADHD la școlarul mic.
3. Determinarea particularităților psihologice de dezvoltare ale școlarului mic cu sindromul ADHD.
4. Elaborarea modelelor complexe de intervenție (terapii medicamentoase, terapii psihopedagogice, logopedice, de formare a părinților și a pedagogilor, terapii complexe integrate) pentru psihocorecția ADHD la școlarul mic.
5. Validarea experimentală a modelelor de intervenție psihopedagogică pentru psihocorecția sindromului ADHD la școlarul mic.

1.6. Concluzii la capitolul 1

1. Analiza literaturii ne-a demonstrat că sindromul ADHD este o afecțiune frecvent întâlnită la copii, continuând să fie una dintre cele mai comune tulburări specifice acestei vârste. ADHD se consideră un sindrom caracterizat printr-un debut precoce (înaintea vârstei de 7 ani) și alcătuit dintr-o combinație a sindroamelor de neatenție, hiperactivitate și impulsivitate ce persistă în timp, uneori, chiar pînă la maturitate, la un individ cu dezvoltare de obicei normală.

2. Copiii cu sindromul ADHD se caracterizează prin frecvența greșelilor la sarcini care necesită atenție selectivă și funcții executive și / sau atenție susținută și funcții executive, demonstrînd tendința de a fi impulsivi și dezinhibați, distractibili, au un nivel de atenție fluctuant la sarcinile care implică vigilență și la sarcini care necesită atenție selectivă susținută; prezintă

dificultăți în menținerea și transferul seturilor cognitive; funcțiile executive interacționează, direcționează și modulează procesele atenționale, inclusiv menținerea unui nivel optim de activare neurofiziologică și vigilență, căutarea, selecția și concentrarea atenției asupra informațiilor relevante dintr-o paletă largă de stimuli.

3. Mecanismele neurologice ale simptomelor de tip ADHD arată că ele nu sunt caracteristice leziunilor cerebrale, iar etiologia este multifactorială, combinând factorii neurologici, genetici, psihologici. Hiperactivitatea, caracteristică acestor copii, este o activitate motorie neregulată și explozivă, o neliniște excesivă care apare, mai ales, în situațiile în care copilul trebuie să stea relativ liniștit.

4. Evaluarea sindromului ADHD are, deseori, o abordare multinivelară, cuprinzând evaluarea comportamentală, evaluarea cognitivă, evaluarea medicală, însă cea mai frecventă este evaluarea medicală (psihiatrică) și, numai episodic, evaluatorii se adresează la examentul psihologic, psihopedagogic, social. Procesul terapeutic se centrează pe interacțiunea diferitor tipuri de terapii, în special, pe o alianță curativă care se stabilește între copil și terapeut, printr-o terapie sistemică, combinând metodele cantitative cu cele calitative. Frecvență diferită a numărului de copii cu sindromul ADHD atât pe regiuni, cât și între sexe este datorată, în mare parte, criteriilor de evaluare și diagnosticului utilizat.

5. Cercetările realizate în acest domeniu aduc o contribuție deosebită la înțelegerea naturii medico-psihologice a copiilor cu sindromul ADHD, însă metodologia acestor studii are la bază aspectele clinice ale tulburării și numai epizodic este orientată spre cele psihologice, menite a stabili baza influențelor terapeutice. Aspectele cu referire la evaluarea psihologică complexă a sindromului ADHD, implementarea psihoterapiilor polimodale pentru ameliorarea acestei tulburări, rămân investigate episodic, iar în Republica Moldova, numai în ultimii ani, au fost întreprinse unele cercetări [33; 9].

2. EVALUAREA COMPLEXĂ A SINDROMULUI ADHD LA ȘCOLARUL MIC

2.1. Paradigma evaluării complexe, metode și instrumente de evaluare

Cunoașterea trăsăturilor esențiale, derivate din structurile de bază ale dezvoltării copilului, ajută la stabilirea obiectivelor psihoterapeutice și educaționale, iar în acord cu această cunoaștere, la elaborarea unui program psihopedagogic corespunzător atât unui grup de copii, cât și fiecărui copil în parte. Totodată, importanța depistării sindromului ADHD la școlarul mic este deosebit de necesară, pentru a preîntâmpina efectele ulterioare ale acestei stări. Astfel, am înaintat în cercetarea dată unul din *obiectivele majore – elaborarea unui model de evaluare complexă, bine structurat pentru a analiza comportamentul copilului în cât mai multe contexte și pentru a evidenția efectele asociate cu ADHD*. Am dorit în acest model să relevăm impactul semnificativ, exercitat de sindromul ADHD asupra vieții de familie, a relațiilor sociale, a sănătății mintale și a achizițiilor academice la școlarul mic. Nu în ultimul rând, în baza rezultatelor implementării acestui model, vom ajuta la dezvoltarea unor abilități speciale pentru părinți, profesori și chiar copiii în cauză, astfel încât, împreună, aceștia să devină capabili să rezolve o parte din problemele cu care se confruntă sau, cel puțin, să le poată evita, dacă este posibil.

Printre *obiectivele specifice* ale acestui compartiment al cercetării, este și realizarea unei evaluări cât mai complexe și variate a copiilor cu sindromul ADHD, evidențiind diferențele înregistrate de copiii cu ADHD față de cei care nu suferă de această tulburare. Am dorit să demonstrăm faptul că persoanele diagnosticate cu ADHD au nevoie de un complex de metode pentru depistarea acestei stări, iar aceste evaluări pot fi realizate prin intermediul profesorilor și al părinților. Ne-am propus să evidențiem anumite caracteristici discriminatorii și specifice sindromului ADHD, prin analiza rezultatelor obținute în urma evaluării și să-i ajutăm pe părinți, pe profesori să înțeleagă dificultățile cu care se confruntă acești copii, pentru a le acorda îngrijire și atenție specială.

În acest context, subliniem că, pentru prima dată în Republica Moldova, se propune o abordare complexă multimodală de evaluare și diagnosticare a sindromului ADHD, care include interviul cu părinții, observațiile profesorilor și observația clinică directă; evaluarea psihologică și probele experimentale; abordarea prin folosirea a cel puțin trei surse de informare: părinți, copil, profesori. Deosebit de informative pentru evaluare sunt foile de observație, alte documente medicale, precum și documentele școlare ale copilului.

Paradigma evaluării acestei categorii de copii, propusă de noi, dezvoltă paradigmele înaintate de A. Domuța, G. Cucu-Ciunan, R. A. Barkley [21; 14; 95]. Ea include câteva obiective

principale în evaluarea ADHD – identificarea prezenței ADHD și excluderea altor posibile diagnostice; dezvoltarea unor surse viitoare de intervenție; stabilirea existenței unei eventuale tulburări comorbide. Paradigma evaluării sindromului ADHD, propusă de noi, orientează procesul de evaluare, la o vârstă cât mai timpurie, la stabilirea cauzelor și a simptomelor care deosebesc copiii cu sindromul ADHD de cursul normal al dezvoltării.

În elaborarea paradigmei, ne-am bazat pe convingerea că: dezvoltarea școlarului mic este marcată de salturi majore în domenii diverse, cum ar fi cel motor, cognitiv, emoțional, social; simptomele definiției ale sindromului ADHD sunt: neatenția, impulsivitatea și hiperactivitatea; punctarea principalelor caracteristici ale tulburării este posibilă prin stabilirea devierilor de la paternul normal al variabilelor; atașamentul, inițiativa și autoexplorarea, autocontrolul și autoreglarea, dezvoltarea cognitivă, dezvoltarea limbajului, dezvoltarea emoțională și socializarea, elementele critice pentru manifestarea psihopatologiei sindromului ADHD apar la vârsta școlarului mic în legătură cu dezvoltarea provocată de intrarea într-o nouă activitate – cea școlară.

Pentru o diagnosticare complexă, este necesar de a evidenția problemele comportamentale, caracteristice sindromului ADHD; dificultățile de adaptare la programa școlară; particularitățile de învățare a școlarului mic. Nu poate rămâne în afara complexului de diagnosticare variabilitatea extrem de mare a simptomelor care constituie ADHD: neatenția, noncompliance, activitatea excesivă, slaba toleranță la frustrare, slaba interacțiune socială în activitățile de joc, etc. Se înscrie, în conținutul paradigmei, și ideea că modul de comportament al părinților și al educatorilor (disciplina pe care ei o oferă, așteptările acestora, constrângerile din mediu) au o influență majoră asupra școlarului mic, implicit asupra compliancei și atenției. Paradigma evaluării sindromului ADHD este fundamentată pe teoria și praxiologia intervenției complexe multimodale, multinivelare, care include: evaluarea comportamentală, evaluarea cognitivă, evaluarea psihopedagogică, evaluarea medicală, etc.; prin această abordare a evaluării, se promovează identificarea caracteristicilor distinctive ale sindromului ADHD; gruparea informațiilor pe baza acestor caracteristici; formularea concluziilor privind natura sau cauzele acestui fenomen și modelarea, în baza acestora, a terapiilor de tratament.

Evaluarea sindromului ADHD este conceptualizată de noi din două perspective. Prima perspectivă are la bază tradiția clasică, clinică, în care clasificarea categorială se regăsește în DSM; și cea de-a doua perspectivă, care reflectă o încercare mai generală de a clasifica particularitățile copiilor cu sindromul ADHD, reiese nu numai din simptomele acestei stări, dar și din mecanismele de patogeneză a tulburării.

Am propus un model de evaluare complexă, orientat spre analiza diverselor aspecte ale modului de adaptare în caz de sindrom ADHD, de a cunoaște atât punctele forte, cât și dificultățile de adaptare, pe care le are copilul, pentru a stabili competențele specifice, care caracterizează fiecare copil și modul în care acestea se compară cu cele ale altor copii.

Paradigma propusă orientează realizarea evaluării ADHD în baza DSM. Criteriile de diagnosticare au la bază studii care testează clasificările diagnostice incluse în DSM-IV [173]. În cercetarea prezentă a fost utilizată ediția a IV-a a DSM, DSM-IV (1994) (Anexa 1), pentru că toate criteriile diagnostice, incluse în acest instrument, sunt cele mai riguroase și cel mai bine derivate empiric din istoria diagnosticului clinic al acestei tulburări. Această ediție a DSM este net superioară celorlalte prin următoarele argumente:

1. Itemii reținuți sunt extrași, pe baza analizei factoriale, din scalele de comportament existente și prezintă o validitate adecvată în ceea ce privește diferențierea ADHD de alte categorii [226];
2. Subtipurile ADHD, prezente în DSM-IV, au la bază analize factoriale și validări de construct [173], fiind consistente cu cele două dimensiuni identificate în cadrul scalelor comportamentale [129; 154];
3. Numărul simptomelor cu prezență necesară s-a stabilit pe baza unor studii empirice [173], deși DSM-III-R a utilizat studii similare [226], acestea nu au fost atât de riguroase ca acelea care au vizat criteriile DSM-IV;
4. Specificarea faptului că simptomele menționate trebuie să fie întâlnite în mai multe medii (acasă, la școală, la locul de muncă);
5. DSM-IV conceptualizează ADHD în termenii DSM-III cu excepția faptului că ADD-H este ADHD, tipul predominant Neatent;
6. Specificarea clară a faptului că simptomele identificate trebuie să fie prezente nu doar ca număr, ci și ca intensitate, interferând cu activitatea de zi cu zi a persoanei. Altfel spus, nu este suficient ca o persoană să fie mai hiperactivă sau să aibă ocazional probleme de alocare a resurselor atenționale, ci aceste deficite trebuie să interfereze conform unei maniere semnificative cu activitatea zilnică, împiedecând buna ei derulare [21].

Pe baza DSM-IV, copilul cu sindromul ADHD trebuie să prezinte *minim șase simptome de neatentie sau hiperactivitate-impulsivitate*, persistente în ultimele 6 luni, care au intensitate clinică și se manifestă înainte de vârsta de 7 ani.

Paradigma evaluării sindromului ADHD este constituită în baza principiului complexității, al cercetării dinamice a dezvoltării, al promovării umanismului în relația cu copilul, părinții și pedagogii, al comparării datelor în diferite grupe de cercetare.

În această direcție, deosebit de eficace sunt scalele de diagnosticare. Metodele de analiză a prezenței sau absenței unor simptome constituie scalele în care sunt listate simptomele DSM, iar subiecții sau alte persoane (părinții sau pedagogii) trebuie să marcheze măsura în care aceste simptome sunt prezente.

Destul de complexă în evaluarea ADHD este paradigma propusă de Thomas Achenbach (1995) [83]. Această conceptualizare nu este una cauzală, identificarea unor sindroame nu presupune că știm deja care este cauza acestora sau că avem teorii despre ele. Prin acest tip de analiză, sunt investigate problemele, modul în care se grupează simptomele și, apoi, se ajunge la sindroame. Acest tip de evaluare recurge la un demers psihometric atât în conturarea cadrului conceptual, cât și a celui metodologic. Comparativ cu o abordare care asumă apriori faptul că psihopedagogia este conceptualizată în categorii cu limite clar stabilite, abordarea bazată pe date empirice privește măsurarea caracteristicilor comportamentale și emoționale ca un pas esențial în determinarea a ce trebuie considerat patologic, a modalității optime de conceptualizare a psihopatologiei precum și a modului în care cineva poate fi considerat ca având o tulburare [83]. Noi am inclus în complexul de evaluare a sindromului ADHD această paradigmă, pentru că ne permite compararea datelor cu DSM și, respectiv, generalizarea rezultatelor. Această paradigmă empirică are multe avantaje, fiind: model psihometric; simptomele / itemii sunt cotați cantitativ; sindroamele sunt derivate empiric; oferă metode standart de analiză a problemelor; oferă metode de comparație a informațiilor. Scala de evaluare comportamentală [83] este utilizată, în principal, ca instrument primar, de screening în diagnostic; monitorizare a unei intervenții psihoterapeutice.

În cercetarea prezentă pentru evaluarea complexă a copiilor, am propus *Scala Achenbach* (Anexa 2) [83]. Aceasta este publicată, prezentând date legate de proprietățile psihometrice, precum și norme pentru diferite populații, fiind tradusă în limba română și adaptată pentru populația vorbitoare de limba română. Scalele Achenbach sunt deosebite prin faptul că pot fi completate, de obicei, în 15-20 de minute; dacă nu se dispune de acest timp, se poate decide, în funcție de aspectul care se dorește a fi evaluat, completarea doar a aspectelor care evaluează competențele și adaptarea socială a copilului (paginile 1 și 2 ale scalei) sau partea în care se investighează probleme specifice, sindroame (paginile 3 și 4). Pentru a obține o imagine completă a unui copil, scalele sunt completate în întregime de către părinți, pedagogi, psihologi. Pentru elevii care au un nivel minim de competență în citire și scris, este recomandată citirea de către evaluator a itemilor celui care completează scala. În complexul de evaluare, noi am folosit scala Achenbach (Anexa 2) pentru intervalul de vârstă 6-18 ani, oferind instrumente pentru părinți și pedagogi.

Paradigma evaluării complexe a inclus și un alt instrument folosit pentru evaluarea copiilor cu sindromul ADHD – *Scala Vanderbilt* (Anexa 3). Chestionarul stabilește dificultățile emoționale și comportamentale precum și punctele forte pe care le au școlarii mici cu sindromul ADHD, este adresată părinților și pedagogilor. Evaluarea prin acest instrument prevedea itemi de randament școlar și socializare, problemele emoționale, de conduită, de relaționare cu grupul de aceeași vîrstă, deficitul de atenție, hiperactivitatea și comportamentul prosocial. Pe parcursul evaluării complexe, prevăzute de această paradigmă, mereu, ne-am adresat conceptelor nosologice existente în domeniul psihopatologiei școlarului mic [83; 149].

O deosebită atenție în paradigma evaluării sindromului ADHD, elaborată de noi, este acordată *observării comportamentului*, care permite o analiză directă a interacțiunii comportament-situație. Noi am dezvoltat paradigma evaluării pentru diagnosticarea sindromului ADHD, propunînd preluarea informațiilor din mai multe surse, pentru a confrunta măsura în care evaluările ar putea fi distorsionate, respectiv, completate cu informații din alte surse de evaluare. Una dintre aceste surse o constituie *investigarea mediului școlar*. Pedagogii constituie o sursă de informație relevantă, care pot oferi informații utile în diagnosticul ADHD [82; 89]. Acest fapt are la bază următoarele susțineri:

- a) Copiii stau la școală în medie 6 ore pe zi, 5 zile pe săptămână, 40 de săptămîni pe an. Dacă analizăm numărul de ore pe care învățătorii îl au la dispoziție, pentru a cunoaște copilul, observăm că este vorba de un interval de timp semnificativ,
- b) De asemenea, avantajul pedagogilor în evaluarea copiilor, în comparație cu părinții, este acela că primii au posibilitatea de a compara comportamentele unui copil cu cele ale altor copii de aceeași vîrstă și gender.
- c) Unul dintre motivele pentru care sindromul ADHD este identificat, mai ales, în jurul vârstei de 7-9 ani, odată cu integrarea copilului la școală, este acela că, aici, se confruntă cu sarcini structurate, în care trebuie să își aloce resursele, iar învățătorii pot evalua calitatea alocării acestora în mod eficient) [113].
- d) Mai mult, pedagogii au posibilitatea de a observa copilul în situații diverse – sarcini structurate, joc liber, în interacțiune cu alți colegi – toate acestea constituind situații naturale de manifestare a comportamentului.

Pentru a realiza evaluarea complexă a sindromului ADHD, am promovat observarea acestor copii în situații de joc liber [161; 166]. În Anexa 4, prezentăm categoriile comportamentale evaluate. Constructul paradigmei evaluării comportamentale și a atenției prevede operaționalizarea acestora pe baza următoarelor variabile dependente:

- Frecvența comportamentelor nerelaționate cu activitatea. E considerat „rateu” orice comportament care nu poate fi relaționat cu activitatea copilului. Copilul a fost evaluat ca fiind în afara activității, ori de câte ori făcea altceva decât ceea ce a fost instruit să facă (să coloreze, să pregătească triunghiuri, pătrate). Orice activitate nerelaționată este considerată activitate în afara sarcinii.
- Durata comportamentelor nerelaționate cu activitatea. Fiecare „rateu” era cronometrat din momentul în care copilul nu mai realiza activitatea pînă în momentul în care se apuca iar de colorat. S-a adunat fiecare timp parțial, obținându-se un scor total, care exprimă durata tuturor rateurilor.
- Ridicarea copilului de pe scaun și durata în care copilul nu era așezat. S-a considerat că un copil s-a ridicat de pe scaun, dacă 50% din corp se găsea în afara scaunului. Pentru fiecare copil, s-a calculat numărul de ridicări de pe scaun.
- Numărul de figuri corect colorate, tăiate. După încheierea fiecărei activități de 10 minute, evaluatorul număra câte figuri a realizat corect copilul. Se consideră că o figură a fost corect colorată, dacă avea culoarea corespunzătoare celei similare, aflate în partea de jos a paginii.

În opinia noastră, deosebit de efectivă pentru diagnosticarea sindromului ADHD se pronunță *evaluarea disfuncțiilor executive*. Aceste funcții oferă o operaționalizare mai directă a simptomelor ADHD comparativ cu scalele de evaluare comportamentală [82, 121]. Probele cognitive operaționalizează, într-un mod mai obiectiv, principalele caracteristici ale funcționării cognitive în sindromul ADHD și oferă, în mod direct, analiza eficacității unor programe de intervenție. Evaluarea sindromului ADHD pe baza unor sarcini cognitive vizează analiza funcțiilor executive ale controlului inhibitor, a capacității de amânare a răspunsului imediat, a alocării resurselor atenționale, a planificării și flexibilității cognitive sau a memoriei de lucru [190; 194; 205; 235]. Paradigma cercetării funcției executive, folosite de noi, se referă la un construct cognitiv complex, care acoperă un set de procese care subliniază flexibilitatea comportamentului orientat spre scop (*planificare, controlul inhibiției, flexibilitatea atenției, memoria de lucru*) [158]. Cel mai frecvent, funcțiile executive sunt relaționate cu controlul inhibitor [134; 124; 93; 202; 216; 224] și memoria de lucru [134], iar unii cercetători includ atenția focalizată și susținută, generarea și implementarea de strategii, monitorizarea și utilizarea feedback-ului sub conceptul - umbrelă de *funcții executive* [148; 174; 231]. Menționăm că acest construct diagnostic și-a făcut apariția în majoritatea studiilor psihopatologiei dezvoltării copilului cu ADHD, fiind unul dintre cele mai informative. Orice model psihologic de evaluare al ADHD face referire la analiza controlului executiv, indiferent de modul de definire și

operaționalizare al acestuia sau de relațiile existente între componentele constructului. Funcțiile executive constituie un construct complex, care subsumează o serie de alte constructe, dintre care cele mai frecvent măsurate sunt: inhibiția, memoria de lucru, planificarea și flexibilitatea. Instrumentele folosite pentru evaluarea sarcinilor reprezentative ale funcțiilor executive în acest studiu sunt: proba Stroop „Soare-Lună”, proba „Statuii”, „Turnul Londrei”, proba de fluență verbală, etc. (Anexa 5).

Testarea psihologică în complexul de diagnosticare propus prevede evaluarea *nivelului de dezvoltare intelectuală*. Informațiile colectate pe baza unei evaluări a intelectului ne permit să stabilim discrepanța dintre nivelul dezvoltării intelectuale și performanța școlară. Pentru măsurarea nivelului de dezvoltare intelectuală, s-a exploatat *Scala de inteligență Wechsler* [238] (Anexa 6), pentru copii ediția WISC-IV [238], adoptată și tradusă în limba română [20].

Psihopatologia copilului cu sindromul ADHD, deseori, ne orientează spre evaluarea *stării psihomotricității*. În acest context, s-a propus de a fi inclus în complexul de evaluare a particularităților sferei psihomotore prin *determinarea rezistenței musculare, a perioadelor de latență a reacțiilor psihomotorii, a tremorului în situații statice și dinamice*, etc., care, deseori, arată mecanismele apariției hiperactivității la copiii cu sindromul ADHD. Deficitele în susținerea atenției, a controlului impulsului și a reglării nivelului de activitate la cerințele situaționale impun necesitatea lărgirii complexului de evaluare cu un șir de metode și probe de măsurare a formațiunilor implicate în aceste procese. Cele mai evidente folosite de noi sunt: însușirile atenției (*volum, viteza, concentrare, transfer*); caracteristicile comportamentelor (*motor, afectiv, social*); dezadaptările în activitatea școlară, ș.a.

Paradigma evaluării complexe a acestei categorii de copii ține cont de: prevalențele și evoluția sindromului ADHD; etiologia acestei stări, relațiile interpersonale; caracteristicile comunicării; nivelul concentrării intelectuale; mecanismele atenționale; activitatea structurilor corticale și subcorticale; instabilitatea psihologică în calitate de stare reacțională la o stare traumatizantă; manifestările motricității explozive; atitudinile, uneori, intolerante ale mediului; instabilitatea reacțională; conduitele cvasiprovocatoare; predominările, de la caz la caz, a mecanismelor mentale proiectiv-persecutive; tulburarea ca un element al unei organizări prepsihotice sau psihotice; elementele specifice vârstei; dezvoltarea întârziată a vorbirii; dezvoltarea de personalitate atipică a copilăriei (efectele slabe sau nepotrivite, legături sociale slabe, impredictibilitatea comportamentului, comportamente stereotipe, etc.).

Pentru atingerea succesului, paradigma de evaluare complexă a sindromului ADHD include *diagnosticarea medicală, psihologică, educațională, socială, susținută prin acțiuni de informare, măsurare, consiliere, corecție*. Paradigma evaluării complexe a sindromului ADHD

am prezentat-o într-un model, care include structuri conexe și interrelaționale, orientate spre stabilirea particularităților de dezvoltare a copiilor cu ADHD și prognozarea măsurilor de recuperare și socializare a acestei categorii de copii (Figura 2.1).

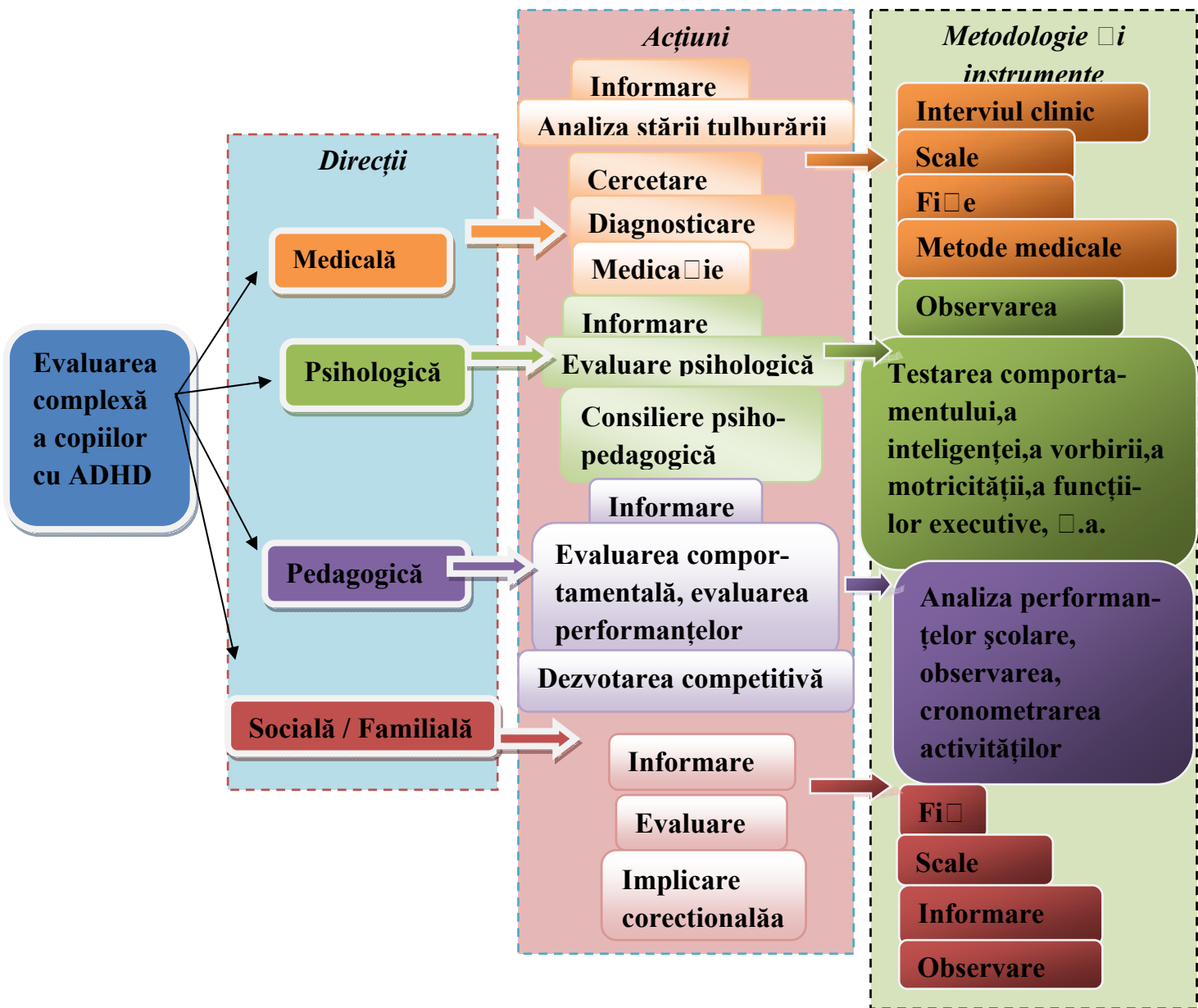


Fig. 2.1. Model complex de evaluare a copiilor cu sindromul ADHD

Modelul propus este polimodal prin direcțiile și nivelurile de evaluare, prin acțiunile de intervenție și măsurare și integrat prin relațiile stabilite între direcții, acțiuni, metodologii și instrumente. La diagnosticarea sindromului ADHD s-a ținut cont de toate structurile modelului. S-a determinat eficiența modelului propus prin realizarea studiilor, care cuprind măsurări la majoritatea structurilor modelului.

2.2. Caracteristica generală a subiecților incluși în studiu

Eșantionul desemnat pentru realizarea obiectivelor cercetării a fost alcătuit din **93 de elevi** (*de vîrstă școlară mică*). Distribuția în loturile studiate este următoarea:

- un lot de **21 de elevi** (*din clasa întâi – 12 elevi, din clasa a doua – 9 elevi*) din liceul „M. Sadoveanu”, or. Chișinău, cu dezvoltare normală (DN);
- un lot de **55 de elevi** cu ADHD (*din clasa întâi – 31 elevi, din clasa a doua – 24 elevi*) de la Centrul Republican de Reabilitare pentru Copii, care învață în școli generale din or. Chișinău;
- un lot de **17 elevi** cu ADHD (*din clasa întâi – 10 elevi, din clasa a doua – 7 elevi*), stabiliți prin adresare la IMU, care învață în școli generale din or. Chișinău;

În *experimentul de formare*, au fost implicate 4 grupe de elevi cu ADHD a câte 9-11 elevi în grupă. Copiii în dezvoltare normală (DN) au fost implicați numai în experimentul de constatare pentru efectuarea operațiilor de comparare a simptomelor stabilite la grupele cu ADHD în procesul de diagnosticare. În acest studiu, am selectat, pentru diagnosticare, grupa de vîrstă cuprinsă între 7-8 ani, care s-a dovedit a fi cea mai numeroasă, cu semne de manifestări ale sindromului ADHD. La vîrsta de 7-8 ani, simptomele ADHD se acutizează în legătură cu debutul școlar și dezadaptarea pronunțată a acestei categorii de copii în această perioadă de dezvoltare. Grupa de vîrstă mai mare de 8 ani, este mai redusă, pentru că mulți elevi cu ADHD se adaptează, treptat, la condițiile școlii și nu au intrat în lotul studiat. Experimentul cu elevii din clasa I și clasa a II s-a organizat, implicînd pe larg, în activitatea de cercetare, părinții acestor copii, pedagogii și psihologii școlari.

Conform datelor colectate, *repartiția în funcție de sex demonstrează predominanța băieților în raport cu fetele*, constituind 81,6% băieți și 18,4% fete. Sindromul ADHD se regăsește, mai frecvent, la sexul masculin. Diferența dintre sexe are o mare importanță, deoarece fetele diagnosticate cu ADHD sunt afectate mai mult din punct de vedere cognitiv sau al atenției, comparativ cu băieții, la care domină componenta hiperactivă / impulsivă. Rezultatele noastre la acest criteriu corespund celor din literatura de specialitate.

Pentru evaluarea copilului cu comportament aferent sindromului ADHD, este necesară o *abordare medicală comprehensivă*, care, în mod obișnuit, cuprinde o anamneză detaliată, un examen fizic complet, o evaluare a dezvoltării neurologice și efectuarea unor teste selecționate. În toate situațiile, evaluarea medicală este necesară, pentru că ajută la confirmarea diagnosticului de sindrom ADHD sau identifică alte afecțiuni care mimează ADHD-ul. În acest scop, am studiat un șir de documente medicale, am realizat interviul medical cu părinții, pedagogii, care

ne-au informat, pe larg, despre istoricul dezvoltării copiilor. Diagnosticarea sindromului ADHD a fost realizată în mai multe etape. După detectarea simptomatologiei ADHD, am stabilit că aceste simptome sunt prezente și că nu sunt dificultăți obișnuite de somn sau tulburări de comportament (*prin colectarea datelor de la părinți și profesori*). Mai apoi, copiii au fost testați printr-un examen fizic complet, pentru a exclude o afecțiune fizică (atenție s-a atras la verificarea auzului, a văzului și la prezența istoricului de epilepsie). Diagnosticul de ADHD a fost bazat pe un istoric al comportamentului copilului obținut de la părinți, profesori și psihologi. În urma acestor studii, prezintă interes rezultatele cu referire la cauzele medico-psiho-pedagogice în susținerea dezvoltării ADHD.

În funcție de gradul de dezorganizare a familiei (Figura 2.2), în grupul de copii cu ADHD, numai 18,% provin din familii dezorganizate. Aceste date afirmă că nu există o relație directă dintre calitatea mediului familial și diagnosticul de ADHD. Mediul familial, posibil, nu determină apariția ADHD, dar influențează gradul de afectare și evoluția copilului [199]. Doar stresul parental ridicat este asociat cu psihopatologia copilului, în general, și, în special, cu externalizarea simptomelor [108].

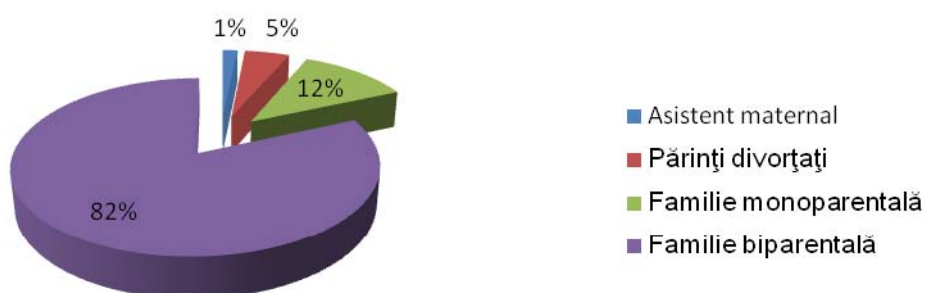


Fig. 2.2. Gradul de dezorganizare a familiei

Prezintă interes *cauzele care pot influența dezvoltarea ADHD*. Deseori, în literatură, sunt descrise cauze generale, caracteristice și pentru alte tulburări. În cercetarea realizată de noi, cauzele sunt: pierderea apropiaților, divorțul părinților, infecțiile cu reacții de lezare cerebrală, care constituie de la 1,61% până la 6,44%. Destul de caracteristică și dominantă ca o cauză este *anxietatea sau depresia* pentru părinții copiilor cu ADHD, care constituie 48,3%, dintre subiecții intervievați. Părinții ne-au relatat că anumite *condiții stresante în familie și în școală*, respectiv 32,2% și 40,4%, sunt cele mai caracteristice pentru mediul de viață al copiilor cu sindromul ADHD. S-a stabilit că influențează comportamentul copilului cu ADHD și *activitățile dezordonate ale copiilor la calculator*. Despre acest fapt, ne-au relatat 58,4% de persoane

implicate în interviul clinic. O deosebită însemnătate pentru diagnosticarea sindromului ADHD o au informațiile despre dezvoltarea psiho-motorie și a abilităților de vocabular și vorbire. Prin colectarea anamnezei, am fost informați că 33,8% din copiii cu ADHD au avut întârzieri în dezvoltarea psihomotricității (începutul șederii, al mersului, coordonarea mișcărilor), a vorbirii (dislexii, logonevroze, etc.). Coordonarea motrice fină sau grosieră dezorganizată este caracteristică pentru 48,6%. Deficiențe în dezvoltarea limbajului scris sau citit sunt caracteristice pentru 39,2%. Probleme de calcul matematic au avut 44,8% de elevi cu sindromul ADHD, incluși în experiment.

2.3. Aplicarea scalelor de evaluare a sindromului ADHD

În a doua etapă a cercetării noastre, ne-am dorit să stabilim cum se încadrează tabloul clinic al copilului într-una din categoriile DSM. Fiind sumarizate, categoriile DSM au demonstrat un șir de similitudini în favoarea DSM-IV. Datele anamnezice cu referire la profilul comportamental al copilului au stat la baza comparării cu lista de criterii din DSM-IV, privitoare la sindromul ADHD. Criteriile diagnosticului ADHD, stabilite de Asociația Americană de Psihiatrie în DSM-IV, sunt distinct expuse pentru deficitul de atenție, pe de o parte, și pentru hiperactivitate-impulsivitate, pe de altă parte. În general, ne-am orientat spre mai multe criterii de diagnosticare a acestei stări. Un copil poate fi diagnosticat ca avînd sindromul ADHD în cazul simptomelor de neatenție, hiperactivitate, impulsivitate, dar se consideră prezentă această tulburare, atunci cînd șapte (sau mai multe) din următoarele simptome de neatenție au persistat cel puțin 6 luni într-un grad care este dezadaptativ și discrepant în raport cu nivelul de dezvoltare:

Pentru neatenție:

- eșuează, adesea, în a da atenția cuvenită detaliilor ori face erori prin neglijență în efectuarea temelor școlare, la serviciu sau în alte activități;
- adesea, are dificultăți în susținerea atenției asupra sarcinilor sau a activităților de joc; adesea, pare a nu asculta cînd i se vorbește direct;
- adesea, nu se conformează instrucțiunilor și este incapabil să-și termine temele pentru acasă, sarcinile casnice, obligațiunile la locul de muncă (nedatorate comportamentului opoziționist sau incapacității de a înțelege instrucțiunile);
- adesea, are dificultăți în organizarea sarcinilor și a activităților;
- adesea, evită, are aversiune, nu este dispus să se angajeze în sarcini care necesită un efort mental susținut (cum ar fi efectuarea temelor în clasă sau acasă);

- adesea, pierde lucrurile necesare pentru diverse sarcini sau activități (de ex.: jucării, teme pentru acasă, creioane, cărți, instrumente);
- adesea, este ușor distras de stimuli irelevanți;
- adesea, este uituc referitor la activitățile cotidiene.

Pentru hiperactivitate:

- adesea, se joacă cu mâinile sau picioarele sau se foiește pe scaun;
- adesea, își lasă locul în clasă sau în alte situații în care este de dorit să rămână așezat;
- adesea, aleargă în jur sau se cațără excesiv de mult, în situații în care acest lucru este inadecvat (la adolescenți sau la adulți, poate fi limitat la senzația subiectivă de neliniște);
- adesea, este în continuă mișcare sau acționează ca și cum „ar fi împins de un motor”;
- adesea, vorbește excesiv de mult.

Pentru impulsivitate:

- adesea, „trânțește” răspunsuri, înainte ca întrebările să fi fost complet formulate;
- adesea, are dificultăți în a-și aștepta rîndul;
- adesea, întrerupe sau deranjează pe alții (de ex., intervine în activitățile altora).

După datele acumulate în urma anamnezelor, a interviurilor clinice, unele simptome de neatenție sau de hiperactivitate-impulsivitate, care au cauzat deteriorarea dezvoltării copilului, erau prezente *înainte de vârsta de 7 ani*; totodată, s-a stabilit că, din cele șapte simptome (sau mai multe), simptomele de hiperactivitate-impulsivitate au persistat *timp de cel puțin 6 luni* într-un grad care este dezadaptiv și în contradicție cu nivelul de dezvoltare a școlarului mic. Multe informații au fost culese de la părinți, copii, învățători. Accentuăm că instrumentul DSM-IV este adaptat și disponibil în limba română. Din acest instrument, mai frecvent, am folosit modulele care coincid sindromului ADHD, dar totodată, am urmărit și simptomele asociate cu ADHD. A fost determinat gradul de satisfacție a criteriilor ADHD și prezența lor în populația cercetată. Utilizarea interviului clinic semistrukturat pentru DSM-IV, realizat de psihoneurolog (doctorandă), a arătat că eșantionul selectat satisface criteriile sindromului ADHD. Despre datele totale, obținute la interviul clinic pentru DSM-IV, ne informăm din prezentarea lor în Tabelul 2.1.

Tabelul 2.1. Frecvența criteriilor diagnostice pentru ADHD conform DSM-IV (2007)

Criteriile pentru diagnostic	Frecvența la copiii cu ADHD, (%)	Frecvența la copiii cu DN, (%)	Coeficientul Alpa Cronbach
Neatenția			
Nu acordă atenție cuvenită detaliilor sau face greșeli nepermise la școală.	93,6	6,7	0,91
Are, adesea, dificultăți în susținerea atenției, în muncă sau în activități recreative (jocuri) ; adeseori, pare că nu ascultă atunci când i se vorbește.	87,2	5,8	0,90
De multe, ori nu urmează instrucțiunile și nu poate duce la bun sfârșit temele sau îndatoririle la locul de muncă.	87,2	8,1	0,90
Are, adesea, dificultăți în organizarea muncii (îndatoririlor) și a activităților.	84,0	12,1	0,85
Evită, dezaprobă sau este refractant la propunerile de implicare în activități care necesită susținere mentală (cum ar fi temele sau lucrul suplimentar).	85,6	13,7	0,92
Adesea, pierde lucruri absolut necesare pentru îndeplinirea îndatoririlor și a activităților (jucării, obiecte școlare, creioane, cărți sau unelte).	95,2	5,4	0,96
Este, adesea, foarte ușor distras de stimulii externi.	90,4	9,6	0,95
Uită lucruri simple, legate de activitățile zilnice.	87,2	5,4	0,94
Hiperactivitate			
Își agită mâinile sau picioarele sau se foiește pe scaun.	96,8	4,8	0,96
Adesea își părăsește locul din clasă sau nu stă așezat în situații în care trebuie să aștepte.	85,6	6,4	0,88
De obicei, aleargă sau se cațără în situații în care este neadecvat un asemenea	95,2	8,0	0,96

comportament (în adolescență sau la maturitate, acest comportament poate fi interpretat ca o consecință a lipsei de stare).			
Are dificultăți la implicarea în jocuri sau activități ce trebuie făcute în liniște.	88,8	6,4	0,90
Este tot timpul pe fugă sau se comportă, ca și cum ar fi motorizat.	92,6	4,8	0,94
De obicei vorbește în exces.	87,2	6,4	0,88
Impulsivitate			
Obișnuiește să răspundă înainte de terminarea întrebării.	85,6	9,6	0,86
Are dificultăți în așteptarea rîndului.	90,4	6,4	0,91
Adesea, întrerupe pe ceilalți, întrerupe conversațiile, intervine în jocuri.	96,8	4,8	0,95

După cum vedem din Tabelul 2.1, *frecvența simptomelor ADHD* este foarte înaltă (de la 85,6% până la 96,8% în lotul cu această tulburare). Unii copii dezvoltați normal au demonstrat (în 3,2-9,6 cazuri) mărimi de fidelitate scăzută, adică sub limita unui sindrom ADHD, prevăzut de DSM-IV. Calcularea coeficientului Alpa Cronbach ne-a demonstrat că el este destul de înalt și ne vorbește despre o consistență internă relevantă pentru deciziile diagnostice. Datele ne informează că, destul de informativ, s-a demonstrat interviul clinic conform simptomelor ADHD pentru *delimitarea subtipurilor* acestei tulburări. Rezultatele cercetării din Figura 2.3, cu referire la lotul analizat în funcție de subtipurile de ADHD, demonstrează că subtipul combinat predomină asupra celorlalte subtipuri. O posibilă explicație a acestui tablou ar fi că depistarea copiilor cu un grad mare de neatenție, hiperactivitate și impulsivitate a fost mai ușoară, deoarece aceste comportamente sunt mai repede percepute de părinți și învățători. Datele DSM și alte studii clinice ulterioare arată că tipul combinat predomină, față de tipul cu tulburare de atenție sau hiperactivitate; în medie, raportul constituie – 4:2:1. Totuși, din cauza că subtipul cu tulburări de atenție are cea mai mare probabilitate de a fi subdiagnosticat, prevalența acestuia nu poate fi dedusă din loturi clinice.

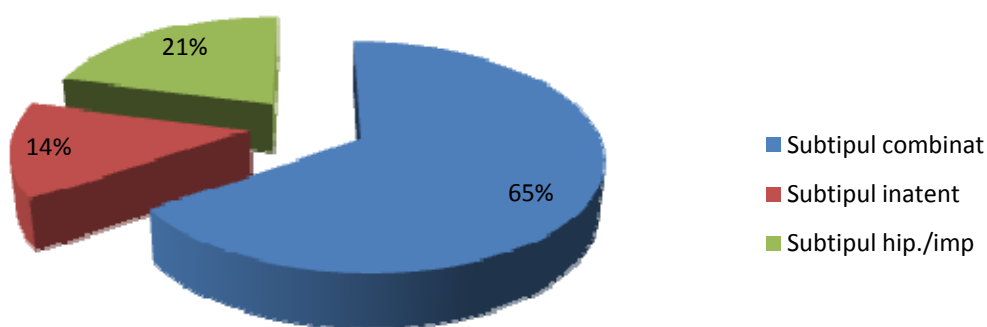


Fig.2.3. Repartiția cazurilor ADHD în funcție de subtipuri

Rezultatele noastre sunt aproape cu cele din literatură. Despre aceasta, ne relatează V.Purcea, care a stabilit 70,3% de ADHD combinat, 11,2% neatent și 18,5% hiperactiv. Subtipul combinat a apărut la 61% din cazurile identificate, în comparație cu 30% pentru subtipul neatent și de 9% pentru subtipul hiperactiv impulsiv. Din afecțiunile comorbide întâlnite la copiii cercetați conform DSM-IV, se constată unele simptome de tulburări de opoziție, tulburări de învățare, tulburări de conduită. Aceste simptome sunt mai des întâlnite, dar nu ating nivelul de comorbiditate. Bineînțeles că evaluarea sindromului ADHD conform DSM-IV este obiectivă, dar, pentru un diagnostic și o evaluare clinică validă, avem nevoie și de rezultate prin probe psihologice, care măsoară factorii psihologici de influență și particularitățile psihologice, apărute în urma influenței acestora. Destul de valoroase în această direcție pentru evaluarea sindromului ADHD sunt scalele Achenbach. În Anexa 7, sunt prezentate sindroamele care pot fi evaluate și itemii corespunzători fiecărui factor colectat prin aplicarea acestui instrument [19]. Cercetarea realizată de noi nu a avut scopul de a stabili eficiența scalelor pentru diagnosticarea tuturor sindroamelor psihopatologice, dar, pentru comparație, am încercat să analizăm și unele sindroame pentru delimitarea cu sindromul ADHD. Am stabilit: coeficientul Alpha Cronbach, este destul de mare, demonstrând potențialul diagnostic valoros al acestui instrumentariu de evaluare în caz de ADHD. Analizând valorile coeficientului Alpha Cronbach, acumulate în urma folosirii scalelor Achenbach (Tabelul 2.2) [83], am stabilit diferențe așteptate între lotul ADHD și DN și între ADHD și alte sindroame.

Tabelul 2.2. Valorile coeficientului Alpha Cronbach între loturile cu ADHD și DN

Tulburarea (derivate empirice)	DN	ADHD
Anxietate / Depresie	0,16	0,32
Însingurare / Depresie	0,17	0,40

Probleme somatice	0,14	0,37
Probleme de relaționare socială	0,39	0,41
Cogniții disfuncționale	0,21	0,19
Probleme de atenție	0,32	0,91
(Hiperactivitate / Impulsivitate)	0,25	0,96
Violarea regulilor	0,54	0,61
Comportament agresiv	0,32	0,44
Derivate pe baza DSM		
Tulburări afective	0,16	0,42
Tulburări anxioase	0,31	0,48
Tulburări somatice	0,14	0,22
ADHD	0,24	0,92
(Neatenție)	0,41	0,90
(Hiperactivitate / Impulsivitate)	0,40	0,94
Tulburări de tip opozițional	0,14	0,36
Tulburări de conduită	0,33	0,44

Valorile obținute de subiecții din grupul DN îi plasează în cadrul populației generale printre cei care nu au probleme psihopatologice. Aceste rezultate sunt apropiate în evaluarea realizată de părinți sau pedagogi. În grupul DN, valorile pe care le-au reprezentat arată că niciun subiect nu are o tulburare sau că iese din sfera valorilor normalității. Toate valorile prezentate sunt considerate că fac parte din „normalitate” și reprezintă valoarea sub care se situează majoritatea populației. Scorurile prezentate de sindromul ADHD definesc o intensitate substanțială a simptomelor ADHD și sunt considerate de o intensitate clinică specifică pentru ADHD. Investigația realizată de A. Dobrea [20] demonstrează valorile coeficienților Alpha Cronbach pentru scalele Achenbach cu referire la ADHD. Aceste valori sunt aproape de rezultatele noastre și constituie 0,91 pentru neatenție, 0,89 hiperactivitate, 0,91 impulsivitate. Ceea ce este important de menționat este faptul că scalele stabilesc nu numai sindromul ADHD, dar adesea ne demonstrează simptomele altor tulburări, care pot exista paralel cu ADHD. Din Tabelul 2.2, putem observa că există suficiente dovezi, pentru a ridica un semn de întrebare asupra unor tulburări apropiate de ADHD. Pe baza valorilor medii calculate, putem spune că cele mai frecvente simptome întâlnite alături de ADHD sunt cele caracteristice pentru tulburări de conduită, tulburări anxioase, tulburări afective. Scalele Achenbach oferă valori pentru unele sindroame similare, însă este important de menționat faptul că aceste scoruri nu sunt echivalente

cu diagnosticul de sindrom, pentru că, în cercetarea noastră lotul studiat a fost apriori determinat de sindromul ADHD. Scalele obținute demonstrează cât de departe se găsește scorul unui copil cu sindromul ADHD comparativ cu scorul obținut pe un eșantion din populația de copii în dezvoltare normală. Scorul simptomelor la deficit de atenție la copiii cu ADHD este de 23,6; hiperactivitate – 24,4; impulsivitate – 22,4; iar la copii cu DN consecutiv – 1,06; 1,21; 1,08.

După cum am mai relatat, scopul studiilor realizate a fost acela de a oferi modele de evaluare folosite, care sunt recunoscute și utilizate pe plan internațional în evaluarea sindromului ADHD și care pot fi adresate părinților și pedagogilor din țara noastră pentru realizarea în folosul tuturor. Evaluările realizate de părinți corespund celor realizate de pedagogi, pentru că valorile medii ale coeficienților de corelație obținuți indică faptul că, pentru sindromul ADHD, comportamentul copiilor este stabil dezorganizat, semnificația + 4,2, $p < 0,01$. Diferențele obținute de noi între grupul cu ADHD și copiii normali în privința scorurilor la scalele Achenbach sunt semnificative. Valorile de corelație sunt adecvate pentru relația dintre Scalele Achenbach și diagnosticul comparat cu DSM-IV, valorile acestea sunt mari, fiind cuprinse între + 3,7 și + 4,9, $p < 0,01$. Pe baza acestor rezultate, putem spune că acest instrument poate fi utilizat în evaluarea ADHD. Proprietățile psihometrice ale Scalelor Achenbach obținute în studiile realizate sunt similare cu cele obținute în alte culturi. Scalele Achenbach pot fi utilizate în procesele de evaluare și diagnostic, fiind complementare altor instrumente sau metode de evaluare. Deosebit de necesare sunt aceste scale pentru monitorizarea eficacității unui tratament (fie psihologic, fie medicamentos). Considerăm că scalele Achenbach ca instrument de evaluare și diagnostic sunt foarte importante, dar nu sunt singure în modalitatea de diagnostic a ADHD.

Paradigma evaluării complexe propune și alte instrumente pe larg folosite în patopsihologie pentru diagnosticul sindromului ADHD. Acest instrument este Scala Vanderbilt (Anexa 3), cu ajutorul căreia am stabilit diferențele între copii cu DN și ADHD, tipurile predominante ale acestei tulburări, diferențele între evaluările realizate de părinți și pedagogi, ș.a. Scalele de evaluare Vanderbilt ca și scala precedentă includ o fișă de răspuns pentru părinte și o fișă de răspuns pentru cadrul didactic cu grilă de evaluare inițială a comportamentului copilului care corespunde criteriului DSM-IV pentru sindromul ADHD, precum și o examinare a simptomelor pentru dispoziție și anxietate, randament școlar și relaționare în cadrul familiei, școlii și comunității. Scalele de evaluare Vanderbilt (Anexa 3) se punctează de la 0 (nici o dată) la 3 (foarte des) pentru 5 aspecte: lipsă de atenție; hiperactivitate / impulsivitate; combinat (lipsă de atenție și hiperactivitate / impulsivitate); comportament opoziționist-sfidător și tulburări de conduită; anxietate și simptome depresive.

Pentru compararea datelor colectate ca și în cazul Scalei Achenbach, am folosit criteriile Cronbach alfa. Criteriul are o marjă de variație între 0 și 1. O scală, pentru a fi considerată consistentă, trebuie să atingă o valoare a indicelui Cronbach alfa cât mai aproape de cifra 1, nivelul de 0,70 fiind acceptat, prin convenție, ca prag minim. Oricum, pentru un instrument consistent, valoarea lui Cronbach alfa nu poate fi mai mică de 0,60; iar o valoare cât mai mare este întotdeauna de dorit. Conform datelor acumulate, putem spune că instrumentul Vanderbilt este orientat spre stabilirea simptomelor ADHD și aduce un aport important în colectarea datelor comportamentale ce vizează simptomatologia ADHD, testul este bine fundamentat științific pentru stabilirea tipurilor dominante ale ADHD și pentru delimitarea acestui sindrom de alte tulburări patopsihologice, ș.a.

Din datele acumulate observăm (Figura 2.4) că subtipurile dominante ale sindromului ADHD au aproximativ aceleași valori ca cele determinate cu Scala Achenbach.

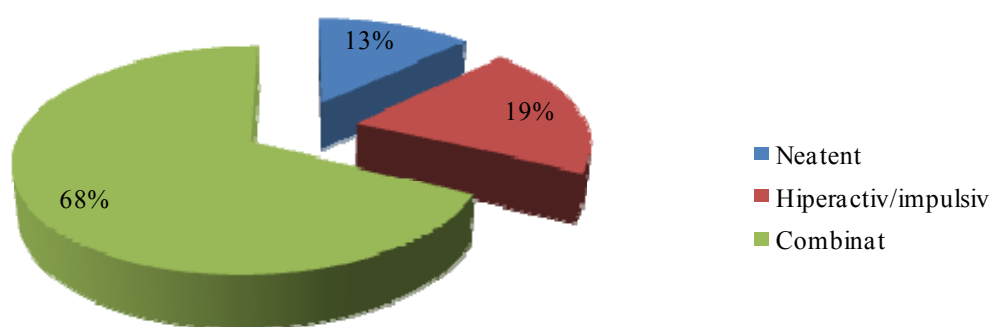


Fig. 2.4. Repartizarea tipurilor dominante de ADHD în urma evaluării cu Scala Vanderbilt

Tabelul 2.3. Frecvența tipurilor dominante și valorile simptomatice

Subtipul dominant ADHD	Frecvența ADHD %	Valoarea simptomelor ADHD, M±m	Valoarea simptomelor DN, M±m	Valoarea coeficientul Alpha Cronbach	
				ADHD	DN
Neatent	13,0	18,2±2,9	0,23±0,02	0,78	0,11
Hiperactivitate	19,0	18,9±3,5	0,23±0,02	0,76	0,11
Combinat	68,0	37,1±4,8	0,23±0,02	0,82	0,11

După cum observăm din Figura 2.4 și Tabelul 2.3, ca și în cazul instrumentului de evaluare Achenbach, subtipul neatent a fost stabilit numai la 13,0%. Diferența scorurilor medii

dintre ADHD și DN este semnificativă, $p < 0,01$; coeficientul Alpha Cronbach demonstrează un înalt potențial de diagnosticare cu scala Vanderbilt.

Testul propus a arătat un potențial de diagnosticare înalt în cazul măsurării fiecărui simptom al ADHD în parte. În Tabelul 2.4, prezentăm rezultatele acumulate cu acest instrumentariu cu referire la subtipurile dominante de ADHD și nivelul prezenței simptomelor caracteristice sindromului ADHD sau altor tulburări.

Tabelul 2.4. Valorile simptomatice la subtipurile dominante ale ADHD

Subtipul dominant neatent	Valorile simptomatice	DN	Coeficientul Alpha Cronbach
Nu este atent la detalii sau face greșeli din neatenție.	18,76	0,26	0,75
Are dificultăți în menținerea atenției asupra a ceea ce trebuie făcut.	18,92	0,51	0,76
Nu pare să asculte când i se vorbește direct	18,91	0,63	0,76
Nu urmează instrucțiunile și nu reușește să finalizeze activitățile.	18,95	0,34	0,79
Întâmpină greutăți în organizarea sarcinilor și a activităților.	18,86	0,55	0,76
Evită, nu-i plac sau ezită să inițieze sarcini care necesită efort mintal susținut.	18,40	0,48	0,77
Pierde lucrurile necesare îndeplinirii sarcinilor și a activităților.	19,20	0,16	0,79
Este ușor de distras de zgomote sau alți stimuli.	18,85	0,22	0,74
Este uituc în activitățile zilnice.	18,91	0,48	0,74
Subtipul dominant hiperactiv-impulsiv	Valorile simptomatice	DN	Coeficientul Alpha Cronbach
Se frământă cu mâinile, cu picioarele sau se agită în bancă.	18,69	0,30	0,82

Își părăsește locul în clasă.	19,01	0,74	0,80
Fuge și se cațără excesiv în situații în care trebuie să rămână la locul său	18,92	0,51	0,85
Întâmpină dificultăți în a se juca sau în a iniția activități liniștite de joc.	18,80	0,35	0,84
Este mereu în mișcare.	18,69	0,71	0,86
Vorbește excesiv.	18,58	0,61	0,83
Răspunde grăbit, înainte de a se încheia întrebarea.	18,37	0,29	0,83
Întâmpină greutăți, când trebuie să aștepte la rând.	18,95	0,40	0,85
Îi întrerupe sau intervine peste alții în conversație și / sau jocuri.	18,62	0,61	0,86
Subtipul dominant (combinat)	Valorile simptomatice	DN	Coeficientul Alpha Cronbach
Nu este atent la detalii sau face greșeli din neatenție, cum ar fi la temele pentru acasă.	38,54	2,1	0,89
Are dificultăți în menținerea atenției asupra a ceea ce trebuie de făcut.	39,53	1,3	0,89
Nu pare să asculte când i se vorbește direct.	39,82	1,2	0,88
Nu urmează instrucțiunile și nu reușește să finalizeze activitățile (nu din cauză refuzului sau a neînțelegerii cerințelor).	39,96	0,9	0,89
Întâmpină greutăți în organizarea sarcinilor și activităților.	39,78	1,8	0,88
Evită, nu-i plac sau ezită să inițieze sarcini care necesită efort mintal susținut.	39,74	1,6	0,87
Pierde lucrurile necesare îndeplinirii sarcinilor și a activităților (jucării, notițe	39,86	0,7	0,87

de școală, creioane sau cărți).			
Este ușor distras de zgomote sau alți stimuli.	39,96	0,7	0,88
Este uituc în activitățile zilnice.	39,92	0,9	0,89
Se frământă cu mâinile, cu picioarele sau se agață în bancă.	39,52	1,4	0,87
Își părăsește locul în clasă sau în alte situații, când trebuie să rămână la locul său	39,45	1,4	0,85
Fuge și se cațără excesiv în situații în care trebuie să rămână la locul său.	39,96	0,8	0,89
Întâmpină dificultăți în a se juca sau în a iniția activități de joc.	39,74	1,0	0,84
Este mereu în mișcare sau se comportă, ca și cum ar fi acționat de un motor.	39,62	1,7	0,84
Vorbește excesiv.	39,77	1,2	0,87
Răspunde grăbit, înainte de a se încheia întrebarea.	39,81	1,5	0,84
Întâmpină greutăți, când trebuie să aștepte la rând.	39,74	0,8	0,89
Îi întrerupe sau intervine peste alții în conversații și / sau jocuri.	39,65	1,7	0,89

După cum vedem din tabel, frecvența simptomelor ADHD este destul de înaltă la fiecare subtip dominant. Pentru toți copiii incluși în lotul celorla cu sindromul ADHD, sunt stabilite mai mult de 6 simptome caracteristice subtipurilor de ADHD, cu valorile de apreciere 2-3. Unii dintre copii cu DN demonstrează, uneori, câte 1-3 simptome ale ADHD, însă ele au o valoare de 1-2 puncte. Diferența dintre lotul ADHD și DN este semnificativă ($p < 0,01$), ce demonstrează că scala Vanderbilt are un mare potențial diagnostic în cazul acestei tulburări. Evaluarea ADHD cu acest instrument arată și un nivel înalt al coeficientului Cronbach (de la 0,75 până la 0,86).

Prezintă interes diferențierea sindromului ADHD de la alte tulburări de limită, de aceea cu ajutorul scalei Vanderbilt, am delimitat sindromul ADHD de tulburările de conduită și tulburarea anxioasă (Tabelul 2.5).

Tabelul 2.5. Valorile simptomelor caracteristice pentru alte tulburari acumulate cu scala Vanderbilt

Tulburare de conduită	Valorile simptomatice ADHD	DN	Valoarea coeficientului Alpha Cronbach
Îi terorizează, amenință sau intimidează pe alții.	1,56	0,24	0,32
Începe ciocniri fizice.	1,81	0,22	0,21
Minte în scopul de obține avantaje.	1,22	0,30	0,18
Absentează nemotivat de la școală (chiulește).	1,49	0,31	0,20
Este nemilos fizic cu oamenii.	1,56	0,18	0,24
A furat lucruri valoroase.	1,69	0,12	0,15
Distruge bunurile altora în mod voit.	1,35	0,21	0,24
A folosit o armă care poate cauza răni grave (bătă, cuțit).	1,44	0,12	0,11
E nemilos fizic cu animalele.	1,32	0,33	0,17
A incendiat în mod voit, pentru a distruge.	1,52	0,20	0,27
A intrat fără permisiune în casă, firmă sau mașina altcuiva.	1,19	0,20	0,22
A rămas afară peste noapte fără permisiune.	1,12	0,10	0,15
A fugit de acasă peste noapte.	1,09	0,08	0,21
Anxietate, depresie			
Este infricoșat, neliniștit sau îngrijorat.	1,30	0,42	0,29
Se teme să încerce lucruri noi, ca să nu greșească.	1,76	0,37	0,16
Se simte inutil sau inferior.	1,41	0,38	0,22
Se învinovățește pentru probleme; se simte vinovat.	1,11	0,48	0,16
Se simte singur, nedorit sau neiubit; se plînge că „nimeni nu-l iubește”.	1,08	0,54	0,25
Este trist, nefericit sau deprimat.	0,85	0,51	0,28
Este timid sau ușor de intimidat.	1,25	0,35	0,18

Din datele acumulate, concluzionăm că toți copiii cu sindromul ADHD, incluși în experiment, au și simptome caracteristice sindroamelor - tulburare de conduită sau tulburarea anxietate / depresie, însă majoritatea simptomelor caracteristice acestor tulburări au o valoare de

la 0,85 până la 1,80; valori mult mai joase decât cele demonstrate în cazul acestei tulburări. Indicele Cronbach este destul de mic, ceea ce ne dovedește că diagnosticarea sunt afectați de sindromul ADHD, și nu de tulburarea de conduită sau tulburarea anxioasă. Totodată, rezultatele evaluării ne demonstrează că, la copiii cu ADHD, simptomele de anxietate, comportamentul deviant sunt mult mai frecvent întâlnite decât la copiii cu DN. Prezența acestor simptome în situația sindromului ADHD presupune un conținut al strategiilor de ameliorare, care ar include activități speciale pentru micșorarea anxietății și a eficientizării comportamentului. Comparând valorile coeficientului Alpha Cronbach, dobândite cu Scala Vanderbilt, cu valorile acestui coeficient pentru scala Achenbach și simptomele DSM-IV, vedem că ele sunt destul de apropiate, constituind 0,87-0,91. Astfel, subliniem că scalele Achenbach și Vanderbilt au un potențial destul de înalt de evaluare a subtipurilor comportamentale la copiii cu ADHD.

2.4. Caracteristici ale comportamentului și ale personalității la copiii cu ADHD.

În complexul de evaluare, sunt deosebit de necesare datele cu referire la procesul educațional, la interacțiunea elevului mic cu mediul natural. Literatura de specialitate oferă diferite informații mai cu seamă despre analiza principalelor variabile pentru observarea comportamentului. Astfel, cele mai frecvente sunt: incapacitatea de a aștepta [90; 184], incapacitatea de a se comporta într-o manieră *dezirabilă social* în lipsa unor constrângeri externe. Deosebit de atractivă pentru cercetarea comportamentului este impulsivitatea. Impulsivitatea pentru ADHD este un construct complex, multidimensional, care nu poate fi analizat pe baza unei singure paradigme [189]. Astfel, o serie de studii aduc date empirice, conform cărora una dintre subcomponentele impulsivității la copii este controlul inhibitor, care poate fi analizat relativ independent de celelalte componente ale comportamentului impulsiv. Controlul inhibitor se referă la capacitatea unui copil de a rezolva o sarcină într-o manieră planificată, respectiv la capacitatea de a inhiba comportamentele neadecvate în conformitate cu cerințele activității. Această componentă s-a dovedit a fi relativ independentă calitativ de alte forme ale impulsivității, cum ar fi rapiditatea inițierii unui răspuns [170; 209], rezistența la frustrare [170] sau incapacitatea de a amâna o recompensă imediată [189].

Impulsivitatea și neatenția cu statut de construcție comportamentală sunt *investigate prin observație*, dar și prin alte modalități. Alessandri, S.M. [85] propune de observat participarea copilului la o activitate cu reguli. Marcovitz, S.E., Campbell S.B [180; 113] vizează caracterele de observare ale comportamentului: mișcări repetitive ale trunchiului, membrilor, degetelor, ridicarea de pe scaun; orientarea atenției spre alte aspecte decât cele relaționate cu sarcina. Întreruperea colegilor sau a educatorului, vorbirea în timpul realizării unei activități,

nerespectarea cerințelor formulate de educator sunt criteriile de observare comportamentală, înaintate de Abikaff, H.B. et al. [82]. Schachar, R. Et al. [215] orientează spre observarea mișcărilor motorii fine, a mișcărilor motorii grosiere, interacțiunea negativă cu colegii sau pedagogii, alocarea resurselor spre alte aspecte decât cele relaționate cu sarcina. Aceste modalități de operaționalizare ale comportamentului sunt folosite pe larg în această cercetare. Realizarea sarcinilor individuale (teme, lucrări de control) poate constitui o sursă de informație a analizei comportamentale. Avantajele acestui tip de evaluare îl constituie simplitatea modului de colectare a datelor, iar analiza produselor activității unui copil se poate realiza atât la început, cât și la finalizarea unei unități de observație. *Procedura observației exprimă frecvența de apariție a unui comportament într-un interval de timp.* Este binevenită în complexul instrumentelor de evaluare a comportamentului și cronometrarea timpului ocupat în diferite activități, acțiuni ale copilului. *Înregistrarea duratei* este extrem de utilă, atunci când nu doar frecvența, dar și desfășurarea în timp a comportamentului constituie variabile semnificative ale analizei.

Observarea comportamentului ne permite să stabilim caracteristicile interacțiunii acestuia în situații concrete. În acest context, se pot înregistra: manifestările și schimbările poziției corporale, ale posturii, ale manipulării propriilor părți ale corpului, ale gesturilor, ale fixării vizuale, ale activității de joc sau manifesta lipsa de joc etc. Destul de informativă este observarea comportamentului, atunci când copilul își schimbă mediile, așa ca adaptarea către școală sau implicarea în condiții necunoscute, pentru a realiza o activitate. Deosebit de efective în evaluarea comportamentului sunt rezultatele măsurării produselor activității, fie cantitative, fie calitative, realizate de elev.

Noi, în studiul comportamentului copiilor cu sindromul ADHD, am folosit, pe larg, analiza produselor activității. Pentru aceasta, s-a organizat un experiment care constă în următoarele: elevilor, li s-a propus în timp de 10 minute a pregăti, cu ajutorul foarfecelor, figuri (pătrate și triunghiuri) din hârtie de diferite culori (verde, albastră și roșie). La sfârșitul unei unități de observație (10 minute) a fost înregistrat modul de realizare a sarcinii: suma produselor realizate (a triunghiurilor, a pătratelor), consecutivitatea realizării, culorile folosite, etc. Rezultatele pentru copiii cu ADHD și DN sunt prezentate în Tabelul 2.6.

Tabelul 2.6. Produsele activității realizate în timp

Produsele, unitățile convenționale	ADHD, M±m	DN, M±m	t	P >,<
Pătrate	5,2±0,9	8,4±0,6	1,4	<0,01
Triunghiuri	3,9±0,6	6,7±0,7	0,8	<0,01
Alte forme	1,2±0,3	-	0,04	-
Total	9,7±0,5	15,1±0,6	2,24	<0,01

Utilizarea acestei proceduri de măsurare a demonstrat că toți copiii cu sindromul ADHD realizează mult mai puține produse în activitatea propusă. Elevii în dezvoltare normală, după audierea instrucțiunii, și-au construit un plan de realizare, care prevedea schimbarea consecutivă a pregătirii produsului (pătrat și triunghi). Copiii cu ADHD au început activitatea, fără a se pregăti pentru aceasta, nu au realizat sarcina prin aplicarea principiului consecutivității pregătirii produsului (pătrat, triunghi). Acești copii, mai întâi, au produs 3-4 pătrate, apoi, au trecut la realizarea triunghiurilor, iar, deseori, încep pregătirea unui produs și, nefinisându-l, trec la altul. Se grăbesc, se mișcă să se informeze ce fac alți colegi, etc. Influența deficitului de atenție, percepția timpului inadecvat sarcinii au impact negativ asupra performanței elevilor cu sindromul ADHD. Aceste date observaționale ale comportamentului ne-au demonstrat că procesul operaționalizării activității la copiii cu sindromul ADHD au particularități specifice acestei stări (număr mai mic de produse realizate, alocarea unui timp mai îndelungat pentru realizarea unui produs, schimbarea formei produsului, etc.). Prezenta procedură de măsurare ne-a dat posibilitatea să stabilim și variantele de schimbare a consecutivității culorilor produsului realizat de copiii cu ADHD și DN. Copiii cu DN au realizat produse în toate cele 3 culori propuse, iar copiii cu ADHD au folosit, cel mai frecvent, o culoare și, numai uneori, două. Această situație, după părerea noastră, este dependentă de transferul deficitar de atenție al copiilor cu sindromul ADHD. Copiii cu ADHD obolesc în primele minute ale activității și, astfel, pentru a micșora această stare încep elaborarea altor forme de produse.

Pentru cercetarea comportamentului, sunt propuse diferite variante de măsurători. Cel mai frecvent [85; 114; 233; 93; 121], în evaluarea sindromului ADHD este folosită *înregistrarea unor comportamente nerelaționate cu activitatea*. Copiilor, li se propune să participe la o activitate organizată în baza unor cerințe, reguli: să stea așezați pe scaun, să asculte atent, să înșire pe hârtie cuvintele în scris, pronunțate de experimentator. Activitatea se realizează într-un

interval temporal de 10 minute. Rezultatele au demonstrat că grupul de copiii cu ADHD și DN s-au inclus în activitate la momentul propus pentru începere, ceea ce demonstrează că sindromul ADHD nu provoacă schimbări în perioada incipientă de includere în activitate, însă, după 2,1-2,3 minute de activitate conform regulilor, copiii cu sindromul ADHD au început să realizeze mișcări ale corpului 82%, ale membrelor – 78%, să se ridice de pe scaun – 62%, să vorbească în timpul realizării activității – 74%, să interacționeze negativ cu colegii – 54%, să nu respecte cerințele formulate de învățător – 94%. Pe parcursul studiului, s-a cronometrat durata comportamentelor nerelaționate cu activitatea propusă. Am stabilit ca, pentru copiii cu sindromul ADHD, durata comportamentelor neraționale este de 5-6 minute, iar DN – 0,5-1,5 min. din perioada activității de 10 minute. S-a cronometrat durata timpului în care copilul nu este așezat pe scaun și ea constituie 4,2-5,5 minute pentru ADHD și 0,2 minute pentru DN. Destul de frecvent, copiii cu ADHD deranjează colegii. Această variabilă include discuțiile copilului cu cei din jur în timpul activității, distragerea atenției celorlalți prin vocalizări, ridicarea mâinilor, loviri și atingeri. Copiii cu sindromul ADHD deranjează colegii în medie de 12 ori în 10 minute, în timp ce copii DN – de 1-2 ori. Aceste rezultate ne demonstrează că copiii cu ADHD au incapacitatea de a se comporta într-o activitate și dificultatea de a inhiba stimulii exteriori, care pot interfera cu activitatea. Pentru acești copii, este caracteristică o mai mică durată a atenției susținute.

Datele colectate de noi arată că copiii cu ADHD sunt atenți timp de 3-4 minute din cele zece ale duratei activității. Acești copii excelează, se focalizează pe alți stimuli decât cei relevanți pentru activitate. Copii cu DN sunt atenți 8-9 minute în activitatea de 10 minute. O altă variabilă cercetată, așa ca ridicarea de pe scaun, este printre cele care apar sistematic la copiii cu sindromul ADHD, în special, atunci când aceștia desfășoară o activitate care solicită resurse atenționale și de autoreglare. Copiii cu sindromul ADHD au o rezistență mai scăzută la distractori, o mai mică durată a atenției susținute și deranjează permanent colegii în procesul realizării sarcinii. Rezultatele obținute demonstrează că există o serie de variabile caracteristice comportamentului copiilor cu sindromul ADHD, variabile care necesită a fi incluse în modelul complex de evaluare a acestora.

În acest scop, conform paradigmei de evaluare a copiilor cu sindromul ADHD, compartimentul a fost cercetat și în aspect pedagogic. Prin evaluarea pedagogică, s-a măsurat frecvența comportamentelor nerelaționate cu activitatea, durata acestora, lipsa atenției vizuale, susținute spre învățător, durata lipsei atenției vizuale susținute, mișcarea membrelor corpului pe scaun ș.a. Am comparat rezultatele în cele două eșantioane de copii cu ADHD și DN (Tabelul 2.7).

Tabelul 2.7. Diferențele în comportamentul copiilor cu ADHD și DN

Variabila indicator	DN	ADHD	t	P < >
Frecvența comportamentelor nerelaționate cu activitatea	2,76	17,0	1,5	P<0,06
Durata rateurilor (în sec.)	3,44	13,7	1,3	P<0,01
Ridicarea de pe scaun	3,83	12,8	0,7	P<0,01
Durata în care copilul nu era așezat (în sec.)	3,51	13,8	1,2	P<0,01
Numărul de figuri corect realizate	18,6	1,32	0,9	P<0,01

Comparațiile realizate între copiii cu ADHD și DN indică diferențe semnificative statistic la toate variabilele dependente. Includerea în modelul complex a procedurilor de observație comportamentală va da posibilitatea de a diferenția copiii cu sindromul ADHD de cei cu DN. După cum ne-am așteptat, copiii cu ADHD au manifestat mult mai multe comportamente nerelaționate cu activitatea pe care o aveau de realizat, respectiv, demonstrând o hiperactivitate accentuată și o rezistență mai scăzută la distractori. Probabil că factorii interindividuali, care au fost cercetați de noi (dezvoltarea motricității, coordonarea mișcărilor, percepția timpului, oboseala cronică), ar fi putut influența performanța copiilor cu sindromul ADHD. Posibil, nu mai puțin însemnătate în apariția acestor comportamente o au relațiile dintre atenție și canalele senzoriale, nivelul de dificultate al sarcinii și durata acesteia. Sarcinile realizate de copii au fost simple, desfășurate timp de 10 minute, nesolicitând resurse majore de organizare cognitivă ale subiecților. Credem că, în sarcini mai dificile, cu un grad mai mare de încărcare cognitivă, o să regăsim diferențe mult mai mari la nivelul performanțelor. Pierderea energiei psihomotore în urma acestor comportamente, lipsa unui control organizat al acestuia, rezistența joasă la distractori aduc la diferențe semnificative între copiii cu ADHD și cei cu DN.

Evaluarea particularităților de personalitate la copiii cu sindromul ADHD

Pentru a dispune de un tablou amplu și complex al particularităților psihologice ale copilului cu ADHD, este necesar să dispunem de informații cu referire la problemele dezvoltării personalității, a formațiunilor socio-emoționale la acesta categorie de copii. Este cunoscut faptul că trecerea la activitatea de instruire școlară reprezintă o perioadă vulnerabilă pentru toți copiii, dar, mai cu seamă, pentru cei cu sindromul ADHD. La această etapă, ei manifestă probleme socio-emoționale, reieșite din simptomele primare ale tulburării. *Studierea particularităților de personalitate* ale copiilor cu sindromul ADHD va permite să fundamentăm modele de condiții psihologice eficiente pentru micșorarea și ameliorarea nivelului de dezadaptare școlară și socială. Pentru cercetarea particularităților de personalitate s-a folosit metoda „Casă. Copac.

Om” (în continuare „C.C.O.”). În urma aplicării acestei probe, am colectat datele expuse în Tabelul 2.8 și Figura 2.6.

Tabelul 2.8. Valorile medii la scala „Casă. Copac. Om” pentru loturile cercetate

Variabile	DN-M±m	ADHD-M±m	t	P: >; <
Lipsa de apărare	4,83±0,7	10,77±1,4	2,5	P<0,01
Anxietate	5,72±0,5	13,94±1,9	2,3	P<0,01
Neîncredere în sine	7,22±0,8	12,77±1,7	1,8	P<0,01
Sentimentul inferiorității	3,77±0,6	7,44±0,8	1,2	P<0,01
Agresivitate	3,27±0,6	14,00±1,8	2,5	P<0,01
Conflict, frustrare	4,16±0,5	16,94±1,7	2,7	P<0,01
Dificultăți de comunicare	2,72±0,4	10,72±0,9	1,6	P<0,01
Depresie	4,05±0,6	5,77±0,5	0,9	P>0,05

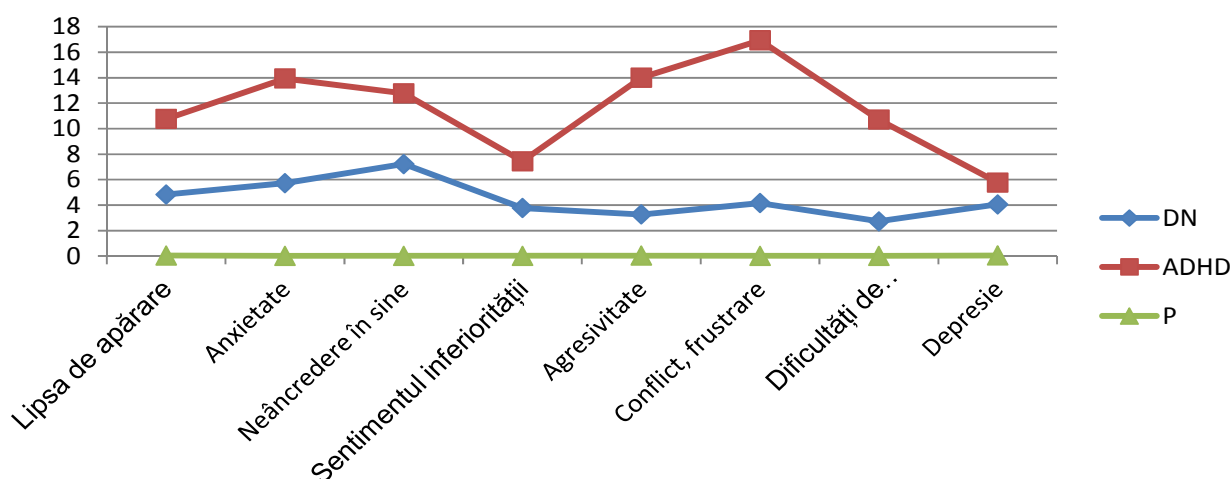


Fig. 2.5. Valorile medii la scalele „C.C.O.”

Rezultatele denotă indici net superiori la grupele de copii cu sindromul ADHD în comparație cu grupa de copii cu DN (Figura 2.5). Se constată că, între grupele de copii cu ADHD și DN, există diferențe semnificative la șapte din opt indici de măsurare. Astfel, nivelul de anxietate la ADHD este destul de înalt și este semnificativ accentuat în comparație cu DN. Acest fapt ne vorbește despre o stare vagă de neliniște a copiilor cu ADHD și ne confirmă rezultatele stabilite cu ajutorul scalelor Achenbach și Vanderbilt. Diferențe semnificative între ADHD și DN se constată la indicii de frustrare, agresivitate, dificultăți de comunicare ($p<0,01$). Posibil că dificultatea de a comunica generează obstacole în a înțelege și a fi înțeles, ceea ce conduce la starea de frustrare, care conform teoriei lui Dollard J. și Miller N. E. [125], este una din condițiile / sursele comportamentului agresiv. Competența redusă de a se proteja, apăra de

influențe, atacuri nefaste, de întrebări multiple accentuează anxietatea și frustrarea copiilor cu ADHD. Respectiv stări psihoafective și comportamentale accentuate transpar în calitate de bariere în dezvoltarea optimă a personalității copiilor cu ADHD. În Tabelul 2.9, sunt prezentate date despre modul de repartizare pe nivele a variabilelor „C.C.O.”, caracteristice copiilor cu sindromul ADHD și celor cu DN.

Tabelul 2.9. Repartizarea copiilor cu ADHD și DN pe nivele de prezență a variabilelor probei „C.C.O.”

Variabilele	ADHD	DN
1. Lipsa de apărare		
Nivelul superior	13,3	-
înalt	16,7	-
mediu	44,4	27,8
sub mediu	15,6	11,1
reduc	10,0	61,1
2. Anxietate		
Nivelul superior	55,6	-
înalt	16,7	-
mediu	27,8	16,3
sub mediu	-	33,3
reduc	-	50,4
3. Neîncredere în sine		
Nivelul superior	50,0	-
înalt	38,9	-
mediu	11,1	27,8
sub mediu	-	22,2
reduc	-	50,0
4. Sentimentul inferiorității		
Nivelul superior	43,3	-
înalt	22,2	-
mediu	22,2	38,9
sub mediu	6,7	50,0
reduc	5,6	11,1
5. Agresivitate		
Nivelul superior	71,7	-

înalt	15,0	-
mediu	13,3	5,6
sub mediu	-	33,3
reduc	-	61,1
6. Conflict, frustrare		
Nivelul superior	38,9	-
înalt	22,2	-
mediu	26,7	22,2
sub mediu	12,2	50,0
reduc	-	27,8
7. Dificultăți de comunicare		
Nivelul superior	33,3	-
înalt	36,4	-
mediu	27,1	11,1
sub mediu	3,2	38,9
reduc	-	50,0
8. Depresie		
Nivelul superior	15,6	-
înalt	27,8	10,5
mediu	40,0	31,2
sub mediu	11,1	34,1
reduc	5,6	24,2

După cum observăm, majoritatea variabilelor la copiii cu ADHD au un nivel superior și înalt, iar pentru copiii cu DN, prezența simptomelor se situează la nivel redus sau sub mediu.

Pentru o caracteristică mai amplă a personalității, s-a cercetat *sfera afectivă prin determinarea particularităților de manifestare emoțională*. În acest context, a fost aplicată scala de evaluare a manifestărilor emoționale (Anexa 2.8). Rezultatele dobândite în urma aplicării acestei scale sunt prezentate în Tabelul 2.10.

Tabelul 2.10. Manifestările emoționale la copiii ADHD și DN

Scala de evaluare a manifestărilor emoționale	ADHD	DN	t	P: >; <
	M ± m	M ± m		
Excitabil	4,9 ± 0,2	1,3 ± 0,1	0,7	<0,01
Capricios	3,8 ± 0,4	1,25 ± 0,4	0,5	>0,05
Timid	1,4 ± 0,4	0,16 ± 0,3	0,5	>0,05
Plângăreț	1,7 ± 0,4	0,15 ± 0,2	0,7	>0,05
Răutăcios	3,3 ± 0,1	0,62 ± 0,49	0,9	<0,01
Vesel	1,6 ± 0,3	1,7 ± 0,3	0,4	>0,05
Gelos	2,1 ± 0,2	1,0 ± 0,1	0,0	>0,05
Susceptibil	2,3 ± 0,3	1,7 ± 0,4	0,5	>0,05
Încăpăținat	4,2 ± 0,4	1,45 ± 0,5	0,8	<0,01
Dur	0,09 ± 0,2	0,14 ± 0,1	0,5	>0,05
Blînd	1,4 ± 0,1	2,04 ± 0,1	0,3	>0,05
Compătimator	1,08 ± 0,4	1,73 ± 0,4	0,3	>0,01
Îngîmfat	2,8 ± 0,4	1,11 ± 0,31	0,6	>0,05
Agresiv	4,2 ± 0,5	0,36 ± 0,5	0,7	<0,01
Nerăbdător	4,8 ± 0,3	2,0 ± 0,1	0,8	<0,01

Datele ne demonstrează un tablou de exprimare al emoțiilor diferit între grupele ADHD și DN. Atunci când comparăm valorile (excitabilitate, răutate, încăpăținare, compătimitoare, agresivitate, nerăbdare) vedem că ele au o diferență semnificativă între ADHD și DN ($p < 0,01$). Acest fapt ne vorbește despre nivelul jos de exprimare emoțională, caracteristic evident, copiilor cu sindromul ADHD. Manifestările emoționale la copiii cu ADHD demonstrează un nivel jos de reglare afectivă și controlul emoțiilor la acești copii. Copiii din grupa DN la indicele compătimator demonstrează valori mai înalte.

Unele caracteristici ale comportamentului defensiv și anxios, ezitant și astenic, cu dificultăți de adaptare școlară și socială le întâlnim și la copiii cu DN, însă ele pot fi considerate normale și explicabile în copilărie. Majoritatea sunt determinate de temperamentul hipertonic, nesiguranța de sine, complexe de inferioritate și alte variabile de dezvoltare a personalității copiilor cu sindromul ADHD.

Atît metoda „C.C.O.”, cît și scalele manifestării emoționale justifică particularități specifice în dezvoltarea personalității copiilor cu sindromul ADHD. Aceste particularități,

probabil, sunt influențate de temperamentul copiilor, de factorii prezenți în procesul educației, dar prioritară influență o are tulburarea ADHD.

2.5. Evaluarea funcțiilor cognitive și a comunicării verbale la copiii cu ADHD

Dacă scalele de evaluare ne oferă percepții ale părinților sau pedagogilor asupra simptomelor ADHD, probele cognitive operaționalizează principalele caracteristici ale funcționării cognitive în această stare și oferă, în mod direct, analiza eficacității unor programe de intervenție (fie medicamentoase, fie psihosociale). Modelul complex de evaluare a sindromului ADHD pe baza unor sarcini cognitive este orientat spre diagnosticarea nivelului intelectual general și evaluarea neuropsihologică. Disfuncțiile cognitiv-executive - controlul inhibitor, capacitatea de amânare a răspunsului imediat, alocarea resurselor atenționale, planificarea și flexibilitatea cognitivă sau a memoriei de lucru sunt cercetate de mulți autori [190; 194; 205; 235], punând la bază modele teoretice, care demonstrează deficitele executive existente în cazul ADHD. În general, evaluarea nivelului intelectual în sindromul ADHD este necesară pentru a construi planuri educaționale individualizate, pentru a obține informații despre discrepanța dintre nivelul dezvoltării intelectuale și performanța școlară, pentru a realiza un diagnostic diferențial cu alte tulburări, în special la tulburările de învățare.

Cel mai frecvent utilizată în *măsurarea inteligenței* la copiii cu vârsta cuprinsă între 6 și 18 ani este proba WISC-IV [238]. Acest instrument măsoară capacitatea individului de a acționa eficient, de a gândi rațional și de a se confrunta adaptiv la mediu. În cercetările întreprinse de noi, am folosit *scala WISC-IV* (Anexa 6), tradusă și adaptată în limba română [20] și cu succes folosită în evaluarea copiilor de vârsta cuprinsă între 6 și 16 ani. Ea cuprinde 15 subscale, dintre care 10 sunt obligatorii pentru calcularea IQ-lui, celelalte fiind suplimentare. Conținutul subscalelor sunt prezentate în Anexa 8. În procesul analizei rezultatelor pentru stabilirea coeficientului de inteligență generală s-a propus structurarea factorială WISC-IV, care include patru factori: 1) inteligența verbală (similarități, vocabular, înțelegere verbală, informații generale); 2) memoria de lucru (secvențe litere-cifre, aritmetica); 3) raționamentul perceptiv (cuburi, concepte figurale, matrici, completare de imagini); 4) viteza de procesare (codaj, căutare de simboluri, baraj). Conform testului, coeficientul mediu de inteligență (pentru WISC-IV) este 100, iar abaterea standart este 15; scorurile medii ale coeficienților de inteligență vor fi situate, astfel, în intervalul 85-115 IQ.

Evaluarea realizată de noi cu ajutorul testului WISC-IV indică o performanță puțin mai mică a copiilor cu sindromul ADHD, iar coeficientul de inteligență generală este tot mai mare la copiii cu DN. Diferențele stabilite nu sunt semnificative ($p > 0,05$). Nivelul mai mic la scala de

inteligență la copiii cu ADHD este datorat unui nivel real mai scăzut al abilităților intelectuale, dar, posibil, această situație este efectul deficiențelor memoriei de lucru, respectiv, și nivelul reglării resurselor atenționale. După cum observăm din analiza rezultatelor (Tabelul 2.11), nivelul coeficientului de inteligență generală este puțin mai scăzut la lotul de ADHD, constituind 98,7, iar la lotul de DN = 105,7. Aceste diferențe nu sunt semnificative statistic ($p > 0,05$) între grupul de copii cu ADHD și DN. După cum observăm din tabel, se menține aproape aceeași diferență între coeficientul general, coeficientul de inteligență verbală și cel de performanță.

În mai multe studii [200; 220], se indică un scor mai mic (dar în jurul mediei) la inteligența verbală comparativ cu inteligența generală la copiii cu sindromul ADHD, respectiv, scoruri mai scăzute la indexul Înțelegere Verbală. Acest tablou este stabilit și în cercetarea noastră, IQ menținându-se în jurul mediei 97,3 la copiii cu ADHD, dar este mai mare la DN ($p < 0,04$). Datele dobândite pe eșantionul nostru sunt foarte aproape de cercetările altor autori [150; 178; 182; 197; 237; 218]. Realizând analiza subscalelor testului, așa ca indexul memoriei de lucru, am stabilit că valoarea acestui indice este mai scăzută la copiii cu ADHD decât la cei cu DN, dar valorile memoriei de lucru se situează în jurul mediei generale (Tabelul 2.11), dar, statistic, sunt mai joase ($p < 0,01$) decât la copiii cu DN.

Tabelul 2.11. Performanțele copiilor cu ADHD și DN la WISC-IV

IQ	ADHD	DN	t	P
IQ general	98,7	105,2	3,4	>0.05
IQ performanță	97,2	103,4	3,7	>0.05
IQ verbal	96,5	102,4	3,3	>0.05
Înțelegere verbală	97,3	103,8	2,9	>0.05
Procesare perceptivă	98,7	104,4	3,1	>0.05
Memorie de lucru	94,2	102,6	4,2	<0.01
Viteza procesării	96,4	103,7	4,0	<0.01

Din datele măsurărilor IQ, observăm că ADHD are impact și asupra vitezei procesării ($p < 0,01$). Această situație este justificată și prin alte rezultate ale cercetării. Posibil, deficitul de atenție, hiperactivitatea formează niște mecanisme de compensare, orientate spre micșorarea numărului reacțiilor la diferiți stimuli, sincronizarea perioadelor de percepție a timpului în activitate, etc. Concluzionând, putem afirma că ADHD are impact asupra inteligenței, schimbând diferit factorii constituenți ai acesteia, iar memoria de lucru este formațiunea afectată mai frecvent și mai semnificativ la copiii cu sindromul ADHD.

În complexul de evaluare a sindromului ADHD, promovînd măsurarea nivelului intelectual, ne-am propus să analizăm și alte disfuncții cognitive. Majoritatea evaluărilor neuropsihologice, realizate în patopsihologie, cel mai frecvent, sunt orientate spre stabilirea disfuncțiilor executive. Reieșind din patopsihologia copiilor cu sindromul ADHD, în special din teoria disproporționalității dezvoltării acestei categorii de copii, am propus să includem, în modelul complex de evaluare, și *diagnosticarea controlului inhibitor*, a capacității de amînare a răspunsului imediat, a alocării resurselor atenționale, a planificării și flexibilității cognitive [190; 205; 99]. *Funcțiile executive* sunt procese de control și implică abilitatea de a menține un set mental de strategii rezolutive pentru atingerea unui scop. Ca măsători ai funcțiilor executive și ai constructelor acestora (inhibiție, planificare, flexibilitate interferentă), au fost incluse, în modelul de evaluare, probele Stroop, proba Statuiei, turnul Londrei, fluența verbală, codajul, etc. Procedura de aplicare a probei de măsurare a funcțiilor executive „Stroop” este prezentat în Anexa 5.

Rezultatele evaluării funcțiilor executive la copiii cu ADHD și DN sunt prezentate în Tabelul 2.12.

Tabelul 2.12. Performanțele la variabilele funcțiilor executive

Proba	ADHD	DN	t	P: >; <
	M ± m	M ± m		
1. Stroop				
Corecte lista 1	35,8	47,1	2,2	p<0,01
Corecte lista 2	23,6	30,5	2,7	p<0,01
Erori lista 1	1,8	0,7	0,4	p<0,01
Erori lista 2	3,1	1,7	0,5	p<0,01
2. Proba statuiei	22,3	56,1	2,8	p<0,01
Scor 1 (corect)	18,5	43,1	3,0	p<0,01
Scor 2 (corect)	37,3	51,7	3,1	p<0,01
Scor total				
3. Turnul Londrei	13,5	18,4	1,2	p<0,01
Item corect rezolvați				

4. Fluența verbală Exemplare denumite	14,9	25,8	1,7	p<0,01
5. Codaj Corect identificate	17,4	26,5	1,9	p<0,01
Erori	0,3	0,1		p<0,01

Controlul inhibitor, proba „Stroop”, evaluat prin numărul de răspunsuri corecte, oferite la lista 1 (sarcina de a citi congruent stimulii) și, respectiv, numărul de răspunsuri corecte, oferite la lista 2 (sarcina de a citi incongruent stimulii) este mult mai mic la subiecții cu sindromul ADHD $p<0,01$. În cazul răspunsurilor corecte, copiii cu DN oferă mai multe răspunsuri corecte comparativ cu cei ADHD, într-un interval de timp dat. Numărul de erori la lista 1 este mai mare la copiii cu ADHD, însă valoarea medie este comparativ mică. Situația observată de noi este în acord cu cea stabilită în literatura de specialitate [144; 164].

Performanțele de autocontrol și inhibiție comportamentală în cazul probei Statuiei a înregistrat valori mult mai mici la cei cu ADHD – 22,3, $p<0,01$. Cei doi distractori, intenționat provocați pe parcursul probei, au o influență negativă asupra performanței în situația ADHD. Numărul total de mișcări, vocalize, alte acțiuni pe care copiii le-au realizat pe parcursul probei, în ciuda instrucțiunii de a ignora orice stimul și de a rămâne nemișcat este mult mai mică la copiii cu ADHD. Analiza comportamentului pe tot parcursul sarcinii ne atenționează că toți copiii cu sindromul ADHD au o capacitate de inhibiție comportamentală mai mică decât cei cu DN și reușesc să reziste mult mai puțin la interferența cu stimulii (instrucțiunea) neadecvați. Concluzie: copiii cu sindromul ADHD rezistă pînă la 18,5 secunde, iar copii cu DN pînă la 43,1 secunde.

Performanțele la Proba Turnul Londrei (Anexa 5) la copiii cu ADHD sunt mult mai mici decât la cei cu DN. Rezultatele obținute exprimă competențe de planificare a acțiunilor slab dezvoltate la copiii cu ADHD. Rezultatele obținute de noi sunt în acord cu o serie de alte studii care au obținut efecte similare [100; 195; 224]. Proba de fluență verbală, ca una reprezentativă pentru flexibilitate, demonstrează că subiecții sunt capabili să treacă de la o amorsă care determină activitatea unor exemplare dintr-o categorie la altă amorsă. Generarea mai multor exemplare la categorie, trecerea de la o categorie la alta este semnificativ mai joasă la copiii cu ADHD, $p<0,01$. Observăm că numărul de cuvinte generate dintr-o categorie este 14,9 pentru ADHD și 25,8 pentru DN.

Numărul de stimulatori identificați conform probei Codaj (Anexa 5) este mai mic la copiii ADHD – 17,4 comparativ cu 26,5 la DN, $p<0,01$. Copiii cu ADHD au o capacitate mult

mai scăzută la influența distracțiilor. Rezultatele obținute la majoritatea sarcinilor de evaluare a funcțiilor executive sunt semnificative dintre grupele ADHD și DN, $p < 0,01$. Compararea dintre cele două loturi indică faptul că toți copiii cu sindromul ADHD prezintă deficiențe la nivelul sarcinilor care evaluează controlul inhibitorilor (Proba Stroop, Proba statuii), capacitatea de planificare (Turnul Londrei), flexibilitatea (fluente verbală), și rezistența la distractori (proba de Codaj).

Rezultatele stabilite în cercetare demonstrează o performanță scăzută a copiilor cu ADHD la probele de evaluare a controlului executiv. Un șir de cercetători susțin prezența deficitelor la nivelul ariilor implicate preponderent în controlul executiv [113; 194]. Evaluarea complexă trebuie realizată prin analiza tuturor acestor componente ale controlului executiv, pentru că ADHD este asociat cu un șir de probleme la nivelul memoriei de lucru.

Mariani M. A. și Barkley R. A. [179], Hughes și alții [158] au stabilit performanțe mai slab la copiii cu ADHD decât grupul de copii în dezvoltare normală la sarcini care vizau planificarea, inhibiția și flexibilitatea atenției. Performanța la aceste sarcini a fost, deseori, asociată cu manifestările de agresivitate. Merită atenție cercetările lui Sonuga-Bake E. J. [224], care au investigat relația dintre abilitățile de planificare, memoria de lucru și inhibiție, ca și componente ale funcțiilor executive și diferențele individuale în manifestarea ADHD. În cercetările realizate de noi, s-a observat că sindromul ADHD se asociază, mai frecvent, cu deficite specifice ale controlului inhibitor și cu deficite generale ale funcțiilor executive. O metaanaliză realizată în domeniul funcțiilor executive conchide că ADHD prezintă deficite clare ale acestora [194; 135], iar cele mai consistente și robuste deficite sunt constatate, în principal, în sarcinile de control inhibitor motor. Rezultatele obținute de noi sunt în acord cu studiile teoretice din literatura de specialitate și pun în evidență deficitul executiv drept caracteristică primordială a sindromului ADHD. Astfel, considerăm că este necesar de a fi utilizate, atunci când ne dorim să realizăm un diagnostic de calitate a ADHD, probele pentru identificarea funcționării executive.

Luând în considerație mecanismele neuropsihologice ale ADHD, exprimate prin deficitele funcțiilor inhibitorii prefrontale, disfuncția memoriei de lucru și a atenției selective, deficitul motor sau de timing, deficitul statusului energetic, deficitul primar al răspunsurilor inhibitorii, care afectează toate funcțiile executive, am propus, în complexul de evaluare, *măsurarea însușirilor atenției*. Mai cu seamă, doar neatenția este asociată cu afectări neuropsihologice semnificative, iar simptomatologia de neatenție este mai mult legată de aspecte cognitive și are un mare grad de iritabilitate. Funcția cognitivă este influențată și depinde de particularitățile atenției. De, aceea în complexul de evaluare, am prevăzut cercetările însușirilor

atenției cu ajutorul probei „Corectura” (Anexa 9). Pentru analiza diferitor particularități ale atenției, am colectat unii indici prin folosirea metodelor statistice.

Indicatorii de bază calculați:

1. Viteză efectuării testului

$$V = \frac{\sum_{i=1}^n x_i}{n}, \text{ unde}$$

n – numărul semnelor,

x_i – cantitatea semnelor prelucrate.

2. Indicator al concentrării atenției:

$$K = \frac{V - a}{V} \cdot \frac{\sum_{i=1}^n y_i}{n}, \text{ unde}$$

v – viteza,

a – media greșelilor în rând,

n – numărul de rânduri în lucru,

y_i – cantitatea de greșeli în rând.

3. Stabilitatea vitezei în timp:

$$\sigma_v = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (x_i - V)^2}{n - 1}}$$

n – numărul de rânduri de lucru,

x' – cantitatea semnelor tratate într-un rând,

y' – cantitatea de greșeli pe rând.

4. Stabilitatea atenției:

$$\Sigma_a = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (y_i - a)^2}{n - 1}}$$

a – media cantității de greșeli într-un rând,

v – viteza medie.

Rezultatele cu referire la particularitățile atenției stabilite cu ajutorul testului „Corectura” sunt prezentate în Tabelul 2.13.

Tabelul 2.13. Însușirile atenției la copiii cu ADHD și DN

Scalele testului	ADHD, M±m	DN, M±m	t	P
V – viteza	32,35±9,9	42,79±8,9	4,3	<0,01
C – concentrarea	0,64±0,07	0,96±0,03	0,2	<0,01
S – stabilitatea	1,43±0,8	3,40±0,9	0,3	<0,01

Viteza este măsurată pentru a demonstra starea memoriei de lucru, a gândirii vizuale, a montării personalității. Pe parcursul experimentului, am observat că copiii cu sindromul ADHD încep activitatea pentru îndeplinirea sarcinii la fel ca și copiii cu DN, chiar, deseori, cu o viteză mai mare, însă, după 10-20 secunde, viteza realizării probei se micșorează și rămîne mult mai mică pînă la sfîrșitul probei; totodată, după cum observăm din tabel, indicele vitezei în grupa cu ADHD este mai mic, fiind influențat de distragerea indusă a acestora și de montajul deficitar pentru realizarea activității. Copiii cu sindromul ADHD au o perioadă foarte mică de intrare în muncă. Copii cu DN analizează, privesc proba și, mai apoi, încep activitatea, iar copiii cu ADHD au un alt model de activitate. Lipsa răbdării acestora îi face să înceapă activitatea îndată, fără a-și organiza acțiunile necesare pentru îndeplinirea probei, deseori, fără a asculta instrucțiunea la probă pînă la sfârșit. Copiii cu ADHD se sustrag de la realizarea probei, pentru a observa semenii din jur; uneori acțiunile lor sunt aritmice, se uită ce fac semenii lor etc.

După cum am și prognozat, destul de mici sunt indicii concentrării atenției la copiii cu ADHD – 0,64, în comparație cu indicii celor cu DN – 0,96, $P < 0,01$. Copiii cu ADHD se caracterizează printr-un cîmp îngust, volum mic și transfer înalt al atenției. Indicatorii concentrării și ai stabilității atenției la copiii cu sindromul ADHD sunt influențați de stabilitatea emoțională a acestora. Stabilitatea emoțională deficitară la copiii cu ADHD determină o stabilitate comparativ joasă a stabilității atenției. Dacă la copiii cu DN stabilitatea este de 3,4, atunci la copiii cu ADHD – 1,43; $p < 0,01$.

Mecanismele dezvoltării disproporționale a psihicului caracteristice pentru sindromul ADHD provoacă reținerea componentelor reglatorii ale personalității, demonstrate prin schimbarea atenției, prin prezența comportamentului impulsiv etc. Devierile observate de noi în dezvoltarea atenției copiilor cu ADHD sunt confirmate și de alți autori [20; 2]. Tot ce se întîmplă la copiii cu sindromul ADHD e legat de fluctuațiile de dispoziție, care au avut impact direct asupra calității realizării testului. Rezultatele obținute arată că particularitățile specifice ale atenției acestor copii au influență și asupra indicilor capacității de muncă. Stabilitatea atenției la copiii cu ADHD este mult mai mică decât la cei cu DN, dacă o analizăm în dinamică. Pentru aceasta, am măsurat viteza concentrării și stabilitatea atenției la începutul activităților în clasă, după prima lecție și la sfîrșitul lecțiilor. Pentru a realiza aceste măsurări, am organizat o grupă de 15 copii cu ADHD din clasa întâi și 15 copii din aceeași clasă cu DN. Prin rezultate se confirmă capacitatea de muncă joasă care se manifestă la copiii cu ADHD. Dacă viteza la începutul lecțiilor era de 35,5 unități, atunci, după lecția a doua, 30,4 unități, iar la sfîrșitul lecțiilor numai – 18,2 unități. Acești copii sunt supuși oboselii care, pe parcursul lecțiilor, se acumulează provocînd o oboseală cronică. Deosebit de negative sunt schimbările concentrării atenției. La

începutul lecțiilor, copiii cu ADHD au demonstrat concentrare de atenție la nivelul 0,84; după lecția a doua, la nivelul 0,67; iar la sfârșitul lecțiilor, 0,48; $p < 0,01$. Deosebit de brusc se schimbă stabilitatea atenției, demonstrând un nivel de 1,43 la începutul lecțiilor; 0,82 după lecția a doua și 0,55 la sfârșitul lecțiilor. Pentru copii cu DN, sunt caracteristice niveluri mult mai favorabile. De exemplu, la sfârșitul lecțiilor, la acești copii, viteza este la nivelul 36,4; concentrarea – la nivelul 0,88 și stabilitatea – la nivelul 2,95. Observăm o mică micșorare a capacității de muncă și la acești copii, însă ea este mult mai mică decât la copiii cu ADHD. Rezultatele cu referire la însușirile atenției, ale capacității de muncă sunt deosebit de necesare pentru a stabili, în procesul evaluării copiilor cu sindromul ADHD, simptomele dominante acestei stări. Totodată, ele arată vectorul influențelor psihoterapeutice, necesare pentru ameliorarea simptomelor neatentei.

Particularitățile comunicării verbale la copiii cu sindromul ADHD

Este bine cunoscută dependența dintre gândire, motricitate și vorbire. Schimbarea unei structuri în acest lanț are consecințele sale asupra alteia, uneori, devenind primară în apariția tulburării. O evaluare complexă prevede stabilirea relațiilor dintre ADHD și *comunicarea verbală* a copiilor, stabilirea nivelului comunicării ca bază pentru elaborarea și înaintarea unor programe de evaluare a comunicării. Drept ipoteză de lucru la acest compartiment al cercetării, se prezumă faptul că, între comunicarea școlarului mic cu DN și cea a școlarului mic cu sindromul ADHD, există diferențe semnificative; limitarea și fragilitatea comunicării verbale a copiilor cu ADHD se reflectă în manifestarea comportamentului agitat, hiperkinetic, cu deficit de atenție. Aceste diferențe specifice dintre ADHD și DN vor prezenta o sursă suplimentară de informație în situația evaluării copiilor cu ADHD și vor delimita această stare de alte tulburări. Pentru evaluarea complexă a comunicării verbale am folosit scala de disfazie; metoda completării lacunelor într-un text; proba pentru dezvoltarea limbajului [2]. Prin proba de fluență verbală [97], am stabilit că mulți copii cu tulburări de atenție au și mici tulburări la nivelul limbajului oral (Anexa 5). Ei prezintă, de exemplu, dificultăți de narare, le este greu să povestească o zi petrecută, un film. La nivelul narării, copilul poate să nu urmeze firul conducător al povestirii și, deseori, se pierde atunci când vorbește. Frazele lui sunt, uneori, prost construite, iar părinții trebuie să pună întrebări, pentru ca el să-și restructureze gândul și fraza. În acest caz, el poate să se piardă în amănunte și să nu urmeze corect povestirea. La nivel expresiv, este caracteristic faptul că unii copii cu ADHD vorbesc prea mult și prea repede, alții au dificultăți de a înțelege frazele lungi ale interlocutorului. Deseori, din cauza tulburărilor deficitare de atenție, copiii nu ascultă ce spun ceilalți, iar părinții sunt obligați să repete, de multe ori,

adresarea. Este, uneori, greu de înțeles copilul cu sindromul ADHD la telefon. Deseori copiilor cu ADHD le este greu să înțeleagă frazele lungi.

Datele obținute au evidențiat diferențe semnificative între copiii cu DN și cei cu ADHD. Comunicarea verbală a copiilor cu DN se caracterizează prin formularea de propoziții, fraze bine structurate, încheiate, sugestive pentru o activitate intelectuală de o anumită natură, calitate, structură. Aceștia au reușit performanțe în modul de enunțare integrală, clară a conținutului de idei, pe care au dorit să-l comunice. Numai 7 copii din grupul cu DN prezintă deprinderi și abilități verbale mai puțin structurate și dezvoltate. Prin comparație, copiii cu ADHD au dat dovadă de forme verbale mai puțin variate și complexe. Mai mult decât atât, dintre aceștia, 76.8% prezintă schimbări de limbaj și comunicare (Fig. 2.6).

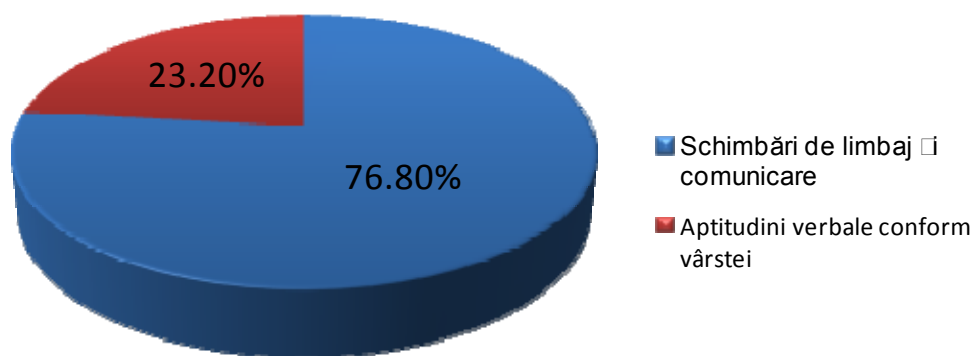


Fig. 2.6. Evaluarea comunicării verbale la lotul cu ADHD

Este bine știut faptul că tulburările limbajului influențează negativ comunicarea verbală, ca urmare a posibilităților reduse de exprimare, precum și a existenței unei oarecare temeri sau rețineri care îi împiedică pe copii să se desfășoare la nivelul posibilităților psihice reale. Am mai constatat faptul că ideile, gândurile, conținutul exprimărilor verbale ale copiilor cu ADHD, depind nu numai de gradul valoric al potențialelor intelectuale, ci și de capacitatea de concentrare a atenției, durata și calitatea acesteia, capacitatea de planificare, organizare, control al impulsurilor. De asemenea, 64% copii cu ADHD au prezentat un deficit de continuitate și capacitate de finalizare a sarcinii primite, fapt care determină transferarea atenției lor asupra altor sarcini. Printre copiii grupului cu ADHD, 23,2% prezintă aptitudini verbale conform vârstei în ceea ce privește complexitatea compozițiilor narative și capacitatea de a integra elementele lipsă textului vorbit. Conduita verbală a acestor 23,2% copii s-a dovedit a fi de nivel asemănător cu cea a copiilor cu DN. Competențele de înțelegere a cuvintelor, a propozițiilor sau a frazelor, capacitatea de a recepta un mesaj simplu sau mai complex sunt puțin dezvoltate la copiii cu

ADHD. Acești copii au bine dezvoltate structurile comunicaționale simple, pe care le folosesc în relaționarea cu ceilalți. Datele respective confirmă faptul că posibilitățile de comunicare sunt în relație nemijlocită cu natura intelectului și cu gradul de dezvoltare al acestuia.

Binevenite în modelul de evaluare a copiilor cu ADHD sunt analiza formală a vorbirii și, mai cu seamă, însușirile de ordin fizic ale verbalizării: intensitatea medie a sunetelor (sonoritatea); fluența, debitul sau viteza, intonația, pronunția (și în legătură cu aceasta, eventualele defecțiuni / tulburări de limbaj). Aceste însușiri nu sunt lipsite de semnificație psihologică în legătură cu ADHD. Limitarea și fragilitatea comunicării verbale a copiilor cu ADHD se reflectă în manifestarea comportamentului agitat, hiperkinetic, cu deficit de atenție. Acești copii comunică mai mult pe plan atitudinal decât pe planul ideatic. Comunicarea lor este una laconică, deseori, însoțită de gestică [41].

Există momente frecvente, în care narațiunea nu se constituie ca structură unitară, apar o serie de greutăți în vorbirea copiilor cu ADHD, dificultăți care pun în pericol transmiterea coerentă a gândurilor proprii, dar și perceperea corectă a vorbirii acestor copii. Asemenea tulburări ale limbajului influențează, în mod evident, comportamentul copilului și conduita sa verbală. Copiii cu sindromul ADHD manifestă o labilitate importantă a atenției, a fixării și a menținerii / păstrării ei, motiv pentru care aceștia își întrerup expunerea, pentru a relata experimentatorului ceva auzit / văzut în clasă sau în timpul desfășurării experimentului.

Povestirile orale ale copiilor cu ADHD sunt, în general, scurte, fără nuanțări ale realității, însoțite de multe gesturi, mimică, pantomimică – 89%. Numărul de cuvinte folosite de copiii cu ADHD este diferit de cel al copiilor DN. Copiii cu ADHD pentru realizarea unei sarcini (redarea evenimentelor narate și auditive) folosesc în mediu, pe o perioadă de timp determinată, 74 cuvinte, ceea ce este mult mai puțin față de copiii cu DN – 102 cuvinte ($p < 0,01$). Comparând timpul necesar copiilor pentru alcătuirea povestirilor, am constatat că cei cu sindromul ADHD se rezumă la descrierea în cuvinte puține, nu sunt antrenați de firul logic al povestirii, trebuie mereu orientați către ceea ce au făcut, către cerințele sarcinii de îndeplinit. Acesta este motivul pentru care timpul folosit în expunerile lor este unul scurt. Timpul de expunere al copiilor cu DN este mai lung, deoarece acești copii apelează la un vocabular bogat, la idei diverse, fiind preocupați de calitatea expunerii lor. Timpul de redare la copiii cu ADHD a fost de 2,4 minute, iar la cei cu DN -10,5 minute ($p < 0,01$).

Sindromul ADHD merge în paralel cu frecvența ridicată a simptomelor de tulburări de limbaj (34,4%). Această stare este dobândită ca urmare a influenței condițiilor de afectare neuro-comportamentală, în special, ca urmare a afectării sferei psihomotore și a controlului inhibitor al impulsurilor.

Rezultatele cercetării ne demonstrează că respectiva metodologie de evaluare ar putea stabili specificul sindromului ADHD și ar putea asigura baza de plecare în proiectarea unui plan de intervenție comun tuturor actorilor implicați (părinți, cadre didactice, medici psihiatri și neuropsihiatri, psihologi, consilieri școlari, etc.). Totodată, arată ce este necesar în complexul de evaluare a sindromului ADHD: stabilirea probelor / scalelor de evaluare unitară a comunicării verbale a acestor copii; evaluarea comunicării verbale a copiilor cu ADHD pe domeniile fundamentale: lexical, sintactic, semantic și pragmatic; identificarea asemănărilor și / sau a deosebirilor dintre caracteristicile comunicării verbale ale copiilor obișnuți / normali și ale celor cu ADHD; identificarea asemănărilor și / sau a deosebirilor dintre particularitățile tulburărilor de limbaj la copiii obișnuți / normali și la cei cu ADHD; notarea performanțelor verbale reale ale școlarului mic cu sindromul ADHD.

Concluzionând, într-un mod succint, în procesul evaluării complexe a copiilor cu ADHD, am constatat că puține studii impun evaluarea sindromului ADHD la vârsta școlară mică din mai multe perspective, mai cu seamă, din perspectiva dezvoltării limbajului, sau definesc, în complex, comportamentele verbale, motrice, afective, cognitive în caz de sindrom ADHD. Aceste aspecte sunt prezentate, pentru prima dată, de noi în modelul complex propus.

2.6. Evaluarea sferei psihomotrice

Modelul de evaluare, conform paradigmei înaintate, prevede *cercetarea sferei psihomotrice* la copiii cu sindromul ADHD. Este cunoscut că, analizatorilor optic, auditiv și motor, le revine un rol deosebit în asigurarea comportamentelor primare ale procesului instructiv (însușirea condițiilor psihomotore ale articulării sunetelor, a comunicării mimico-gesticulare, activitatea instrumental-operațională și de orientare spațială). Totodată starea sferei psihomotore ne informează despre relațiile stabilite între analizatori și alte structuri ale sistemului nervos central. Cercetările realizate presupun că tulburările ADHD micșorează controlul inhibiției psihomotore, realizat de sistemul nervos central. Posibil că aceste schimbări aduc, la rândul lor, la micșorarea reacțiilor motorii, la comportamentul motor dezorganizat, la incapacitatea de a controla emoțiile, sentimentele etc. Cunoașterea indicilor inițiali ai stării funcționale a analizatorilor este oportună din punct de vedere al determinării influențelor stimulativ preconizate, al ordonării procesului de învățământ pentru acești copii și al stabilirii posibilelor tulburări în aceste formațiuni. Analizatorii optic, auditiv, motor sunt principalii furnizori de informații la nivelul structurilor cerebrale superioare. Mai mult decât atât, paralel cu atenția, acestora, le revine funcția de recepționare a vorbirii, control și orientare în spațiu și în timp, etc.

Astfel, evaluarea complexă a acestor canale senzoriale este destul de efectivă, pentru a stabili specificul prelucrării informației în aceste canale în caz de sindrom ADHD.

Unul dintre cei mai informativi indici ai stării de percepție și prelucrare a informației senzoriale în structurile corticale este *timpul reacției*. Metoda dată a fost practică pe larg [9; 4]. Capacitatea de sensibilizare a stimulului optic sau auditiv într-un anumit interval de timp a fost determinată cu ajutorul neurocronometrului. În conformitate cu datele obținute (Tabelul 2.14) observăm că timpul reacției optico-motore la copiii cu ADHD se deosebește de cei cu DN. Diferența medie între indicii prezentați în grupele cercetate alcătuiește 80-150 ms ($P < 0,01$). Timpul reacției are o dependență directă de subtipul ADHD, fiind cel mai îndelungat la copiii cu ADHD, subtipul deficit de atenție ($p < 0,01$).

Tabelul 2.14. Timpul reacției optico-motore (ms)

Subtip dominant	ADHD (M±m)	DN (M±m)	t	P
Deficit de atenție	420±8,2	270±15,4	6,8	<0,01
Hiperactiv	349±18,5	270±15,4	5,1	<0,01
Combinat	391±17,1	270± 15,4	7,4	<0,01

Astfel, rezultatele cercetării confirmă datele din literatura de specialitate [10; 68], ce denotă o perioadă de latență a timpului reacțiilor mai îndelungată la copiii în dificultate comparativ cu semenii lor cu DN. Trebuie să menționăm că timpul reacțiilor optice cu o durată mai lungă decât la copii în dezvoltare normală este una din legitățile dezvoltării observate la copiii cu dizabilități [9; 68]. Informațiile prezentate cu referire la starea analizatorului optic și auditiv la copiii cu ADHD sunt deosebit de necesare pentru diagnosticarea acestei stări. Particularitățile relevate privitor la starea analizatorului optic trebuie folosite atât la diferențierea condițiilor și a sarcinilor didactice, cât și la modelarea activității instructiv-educative în întregime a copiilor cu ADHD.

Programul de cercetare este fundamentat pe ideea că și alte canale senzoriale au includere specifică în controlul reacțiilor. În această direcție, a fost întreprins studiul analizatorului audio-motor, efectuat tot cu ajutorul cronoreflexometrului. Dimensiunile schimbării acestui analizator sunt aproape de cele observate la analizatorul optico-motor (Tabelul 2.15).

Tabelul 2.15. Timpul reacției audio-motore (ms)

Subtipul	ADHD, M±m	DN, M±m	t	P
Deficit de atenție	463±12,5	324±16,2	6,1	<0,01
Hiperactivitate	451±14,9	324±16,2	5,8	<0,01
Combinat	438±25,9	324±16,2	6,7	<0,01

La stimulatorii auditivi, reacția este mai îndelungată la ADHD subtipul predominant cu deficit de atenție. Constatăm unele diferențe între tipurile dominante, însă aceste diferențe nu sunt semnificative ($p > 0,05$). Mărirea timpului reacției audio-motorie este mai semnificativă la copiii cu sindromul ADHD decât la cei cu DN. Analizând datele cu referire la raportul dintre aceste două canale senzoriale, putem concluziona că sindromul ADHD este o stare sistemică, afectând mai multe structuri, în special, sistemul psiho-motor. Starea funcțională a analizatorului motor este necesară pentru evaluarea complexă a ADHD, mai cu seamă că el se implică în tot sistemul de coordonare psihomotorie. Angajarea analizatorului motor în realizarea instrumental-operațională a sarcinilor de învățămînt necesită cunoașterea mecanismelor de realizare a activității motorii, a capacităților elevilor de a însuși mișcarea și caracteristicile ei. Cunoașterea stării analizatorului motor la copiii cu ADHD are o importanță deosebită, luînd în considerație mecanismele motorizării și ale reglementării mișcărilor la copiii cu astfel de tulburări. Pentru o caracteristică mai amplă, s-au stabilit particularitățile acestui analizator cu ajutorul testului „typing”, prin înregistrarea numărului și a timpului reacțiilor simple și compuse. În urma măsurărilor, am stabilit că viteza, timpul reacțiilor acestui analizator, capacitatea funcțională la copiii cu ADHD au specificul lor. Această situație o observăm din Tabelul 2.15, care ne demonstrează că timpul reacțiilor este mult mai mare la ADHD.

Luînd în considerație că orice act motor necesită o funcționare concomitentă a mai multor analizatori [44], stabilim următoarele: capacitatea de control și reglementare a mișcărilor obiectual – instrumentale, sensibilitatea proprioceptiv-kinestezică determinate prin timpul reacțiilor sensorio-motore sunt reduse la copiii cu sindromul ADHD. Activitatea analizatorului motor este mai redusă decât la copii cu DN. În literatura de specialitate [10], se consemnează că, la copiii aflați în dificultate, dezvoltarea lor este încetinită, viteza îndeplinirii unor acțiuni și tempoul activității lor, în general, rămîn nedezvoltate. Posibil, micșorarea activității acestui analizator este un mecanism de compensare al controlului inhibitor, deficitar la copiii cu ADHD. Sindromul ADHD provoacă perturbări ale memoriei de lucru, ceea ce, posibil, se reflectă și

asupra memoriei motorii. Toate aceste schimbări le observăm din numărul și timpul reacțiilor stabilite la copiii cu ADHD și DN (Tabelul 2.16).

Prezintă interes și capacitatea copiilor cu ADHD de a produce *reacții simple și compuse* (Tabelul 2.16).

Tabelul 2.16. Numărul reacțiilor senzo-motorii (unități convenționale)

Subtip dominant	ADHD		DN		t	P
	Reacții simple M±m	Reacții compuse M±m	Reacții simple M±m	Reacții compuse M±m		
Deficit de atenție	55±3,6	24,5±1,5	68,5±6,2	37,9±4,2	4,4	<0,01
Hiperactivitate	47±2,9	19,7±2,0	68,5±6,2	37,9±1,3	3,1	<0,01
Combinat	51±4,1	22,2±2,4	68,5±6,2	37,9±1,3	3,3	<0,01

Numărul reacțiilor psihomotorii simple și compuse sunt mai puține în număr produse de copiii cu ADHD ($p < 0,01$). Dacă, în mijlociu, numărul reacțiilor simple la copiii cu ADHD este de 51 unități, atunci, la copiii cu DN, 68,5; $p < 0,01$. Același raport este stabilit și pentru numărul de reacții compuse consecutiv: 22,2 unități pentru ADHD și 37,9 unități pentru DN, $p < 0,01$. Este de menționat că la subtipul ADHD dominant hiperactiv, am stabilit un număr mai mic de reacții psihomotorii – 47,0, în comparație cu celelalte subtipuri. Deosebirile stabilite, probabil, sunt legate de capacitățile reduse ale sindromului ADHD de a organiza și a regla schemele logice ale praxiei corporale, manuale și orale, ceea ce se exteriorizează prin particularitățile actelor comportamentale. Hiperactivitatea nu aduce la mărirea numărului de reacții ale analizatorului motor. Indicii manifestați de copiii cu ADHD denotă o dependență a capacităților psihomotore de caracteristicile hiperactivității, dar, mai cu seamă, de cele ale atenției.

Datele experimentale conving că analizatorul motor, în condițiile ADHD, funcționează mai încet, influențând întregul sistem al complexului senzorial. Copiii cu sindromul ADHD încep activitatea de producere a reacțiilor simple în același tempou ca și copii cu DN, însă, după 10-15 secunde, acest proces se dezorganizează la copiii cu ADHD. Este clar că reacțiile psihomotorii la copii cu DN fie simple, fie compuse sunt mai puține și din cauza oboselii prezente în sistemul psihomotor.

Conform paradigmei în modelul de evaluare, o deosebită atenție pentru stabilirea diagnosticului ADHD o are nivelul de funcționare a *tonusului muscular*. Pentru a promova în modelul de evaluare complexă a criteriilor de funcționalitate a analizatorului motor, am măsurat tonusul muscular prin utilizarea metodei *tonuso-metriei musculare*. Sub influența factorilor mediului ambiant, tonusul muscular la copiii cu ADHD se dezvoltă prin aceleași legități ca și la DN, însă, pentru primii, dezvoltarea are unele particularități specifice. Astfel, la copiii cu

subtipul ADHD dominant hiperactiv, tonusul muscular este mult mai înalt (38,5) decât la copii cu DN (22,4), $p < 0,01$, date reflectate în Tabelul 2.17.

Tabelul 2.17. Valorile tonusometriei (Unități de rezistență) UR

Subtip dominant	ADHD, M±m	DN, M±m	t	P
Deficit de atenție	34,5±0,68	22,4±0,48	2,2	<0,01
Hiperactiv	38,5±0,62	22,4±0,48	2,4	<0,01
Combinat	35,7±0,59	22,4±0,48	2,5	<0,01

După cum observăm din Tabelul 2.17, puțin mai ridicat este tonusul muscular la subtipul hiperactiv în comparație cu subtipurile cu deficit de atenție și combinat 34,5; 35,7, $p > 0,05$. Destul de înalt este tonusul muscular la copiii cu ADHD în comparație cu al celor cu DN, consecutiv 36,2 și 28,4; $p < 0,01$.

Pentru stabilirea stării funcționale a psihomotricității în modelul de evaluare, a fost inclusă și măsurarea nivelului coordonării mișcării (*tremurometria*) [10]. Tremurometria apreciază coordonarea mișcării, exactitatea reproducerii mișcărilor active și orientarea lor spațială. Schimbarea evidentă a tremurului indică unele disonanțe funcționale nefavorabile în sistemul psiho-motor și în realizarea activităților școlare. Tremurul motor în cercetarea realizată a fost înregistrat prin utilizarea electrocronotremorometrului. Proba constă în parcurgerea șanțului labirintic propus, fără a atinge bordurile acestuia, testînd următorii parametri: timpul parcurgerii traiectoriei date, numărul greșelilor comise (coeficientul erorilor) în stare dinamică și statică. Rezultatele atestate în Tabelul 2.18 ne demonstrează o frecvență diferită a *tremurului static și dinamic* între grupele cercetate. Numărul greșelilor pentru sindromul ADHD la îndeplinirea exercițiilor dinamice în timp de 45 sec este esențial mai mare decât la cei cu DN. Cea mai mare frecvență a tremurului dinamic se manifestă la copiii cu subtipul dominant hiperactiv – 43,3 atingeri, cu tendință spre o mică micșorare la celelalte tipuri de ADHD ($p > 0,05$). La copiii cu DN, tremurul dinamic este mult mai mic 19,2 ($p < 0,01$). Tremurul static comparativ cu cel dinamic are valori mai mici, însă diferența între grupe se păstrează, numărul greșelilor la copiii cu ADHD se plasează între 24-29 atingeri în mediu și, respectiv, 16,8 la DN ($P < 0,01$).

Tabelul 2.18. Tremurul dinamic și static (frecvența atingerilor)

Subtipul dominant	ADHD, M±m		DN, M±m		t	P
	Dinamic	Static	Dinamic	Static		
Deficit de atenție	36,7±1,55	24,2±1,32	19,2±1,46	16,8±1,28	1,7	<0,01
Hiperactivitate	43,3±1,51	29,2±1,30	19,2±1,46	16,8±1,28	1,3	<0,01

Combinat	38,7±1,48	26,6±1,28	19,2±1,46	16,8±1,28	1,4	<0,01
----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----	-------

Numărul atingerilor într-o limită de timp dat (45 sec.) este un indice semnificativ în raport cu capacitățile motorii. Copiii cu sindromul ADHD parcurg linia tremometrului mult mai rapid, dar și comit mai multe greșeli. Copiii cu DN trec șanțulețul labirintic în 19-22 sec., iar cei cu ADHD, în 17-20 sec., $P>0,005$, iar greșelile produse sunt de 39 pentru copiii cu ADHD și de 19,2 pentru cei cu DN, $p<0,01$. Datele obținute cu referire la sistemul psihomotor ne demonstrează că procesele coordonării, ale concentrării și ale executării mișcărilor este mai redus și mai dezorganizat la copiii cu ADHD, iar efectul „conexiunii” inverse este întârziat. Prelucrarea informației privitor la îndeplinirea și corectarea mișcării, precum și la optimizarea mișcărilor următoare necesită, de la copiii cu ADHD, intervale suplimentare de timp. Lipsa de răbdare este una din caracteristicile prioritare ale copiilor cu ADHD, care, la rândul său, are influență negativă asupra coordonării mișcărilor.

Particularitățile funcționale ale sferei psihomotorii, manifestările acesteia influențează dezvoltarea , expresia verbală și grafică, calitățile relațiilor sociale și, în consecință, dezvoltarea personalității copiilor cu sindromul ADHD. Conform rezultatelor obținute, cercetarea sferei psihomotore trebuie să devină prioritară în modelul complex de evaluare a copiilor cu ADHD.

2.7. Concluzii la capitolul 2

1. ADHD are un impact major asupra dezvoltării psihofizice, constituind un factor care provoacă dificultăți în procesul de adaptare școlară și socială a școlarului mic; respectiv, însoțește anormalitatea în dezvoltarea personalității acestora. În situația copiilor cu ADHD, o deosebită însemnătate are evaluarea complexă a acestora pentru cunoașterea particularităților de dezvoltare și trasarea vectorului intervenției efective.

2. Paradigma evaluării acestei tulburări constituie o integrare comprehensivă a acțiunilor de diagnostic, bazate pe date complexe despre copiii cu sindromul ADHD; incluzând momente de management și organizare a procesului de identificare a caracteristicilor distinctive ADHD și taxonomia informațiilor definitorii pentru diferențierea acestui tip de tulburare. Modelul medico-psihopedagogic de evaluare este orientat spre specificarea explicită a structurilor implicate în proces, a acțiunilor, a metodelor, a instrumentelor, a probelor necesare pentru diagnostic, identificarea simptomelor primare și asociate cu alte tulburări.

3. Combinarea surselor complexe de evaluare, prevăzută de model, decelează un patern stabil al simptomelor în cazul ADHD și demonstrează potențialul acestuia în delimitarea de alte sindroame clinice. Modelul propus poate fi utilizat pe larg în practica clinică, pedagogică, psihologică, de evaluare și diagnostic a sindromului ADHD, luând în considerație elementele

constituente ale acestuia: evaluarea comportamentală, cercetarea nivelului intelectual, evaluarea neuro-psihologică, examenul psihomotricității, analiza comunicării, cercetarea disfuncțiilor executive, atenției și a impulsivității ș.a.

4. Complexul de diagnostic propus stabilește nivelurile dominante ale sindromului ADHD, reprezintă simptomele ADHD în comparație cu alte comorbidități; determină simptomele caracteristice tulburărilor de conduită și anxietate la copiii cu ADHD; stabilește particularitățile funcțiilor cognitive; ale controlului executiv; ale vitezei, ale concentrării, ale stabilității atenției; evidențiază caracteristici specifice sferei psihomotorii, capacității de planificare, etc. Evaluarea cu ajutorul modelului de diagnosticare propus stabilește starea de asinhronie în dezvoltarea funcțiilor psihice la copiii cu sindromul ADHD, mai cu seamă cele care au impact asupra formațiunilor responsabile de programare, reglare și control, prezentându-se prin comportament impulsiv, hiperactiv. Modelul complex de evaluare stabilește particularitățile de dezvoltare ale elevului mic cu ADHD, în special, caracteristicile comportamentului, emoțiilor, ale disfuncțiilor cognitiv-executive, ale însușirilor atenției, ale comunicării verbale, ale angajării psihomotore ș.a. Aceste stări apar, probabil, în urma dezvoltării întârziate a sferei emoțional-volitive la această categorie de copii. Tulburarea ADHD provoacă la școlarul mic schimbări de personalitate de tip negație, minciună, agresie, deseori fiind folosite ca forme de compensare comportamentală, care au impact semnificativ asupra vieții de familie, a relațiilor sociale, a sănătății mentale și a achizițiilor academice.

5. Modelul de evaluare propus este destul de informativ și efectiv pentru diagnosticarea sindromului ADHD, stabilește complexe simptomatice și mecanismele apariției acestei tulburări. Pentru implementarea diagnosticării ADHD pe larg în practică, am propus următorul model:

- Detectarea simptomatologiei ADHD.
- Stabilirea certitudinii simptomelor sunt prezente, excluzând ipoteza dificultăților obișnuite de somn sau tulburări de comportament.
- Realizarea examenului fizic complet, pentru a exclude o afecțiune fizică.
- Descrierea istoricului comportamentului copilului, obținut de la părinți, profesori și aparținători.
- Colectarea informațiilor de la grădiniță și școală.
- Realizarea interviului clinic cu părinții.
- Realizarea interviului cu copilul axat pe relațiile lui în familie, în școală, cu copiii de vîrsta lui.

- Analiza documentelor medicale și școlare.
- Observarea în dinamică a comportamentului copilului de către părinți, pedagogi.
- Evaluarea ADHD cu ajutorul scalelor Vanderbilt, Achenbah, DSM-IV ș.alt.
- Evaluarea activităților independente (comportamentului).
- Evaluarea particularităților de dezvoltare a personalității.
- Evaluarea manifestărilor emoționale.
- Evaluarea funcțiilor cognitive.
- Evaluarea funcțiilor executive.
- Evaluarea particularităților atenției.
- Evaluarea comunicării verbale.
- Evaluarea sferei psihomotrice.

Diagnosticarea complexă cu modelul experimentat demonstrează părinților și pedagogilor dificultățile cu care se confruntă copiii și necesitatea de acordare a îngrijirii și a atenției speciale.

Pentru verificarea semnificației rezultatelor obținute în urma cercetării, au fost folosite metode statistico-matematice de măsurare, de stabilire a semnificației diferențelor între grupe, compararea mediilor t-Student, a cotelor procentuale etc.

3. MODELE DE INTERVENȚIE COMPLEXĂ PENTRU PSIHOCORECȚIA SINDROMULUI ADHD LA ȘCOLARUL MIC

3.1. Fundamente teoretice și praxiologice pentru promovarea modelelor de intervenție

Asincronia în dezvoltarea funcțiilor psihice de reglare și control, nedezvoltarea sferei emoționale și volitive, particularitățile specifice de personalitate caracteristice sindromului ADHD, stabilite de noi, sunt schimbări sistemice și au nevoie, pentru normalizarea lor, de intervenții polimodale (medicale, sociale, psihologice, pedagogice).

Programul de intervenție înaintat se bazează pe un șir de fundamente teoretice și praxiologice, care orientează spre o influență complexă în situația copiilor cu sindromul ADHD.

Corecția și dezvoltarea copiilor cu ADHD, prevăzute de program, sunt fundamentate pe: abordările sistemice ale dezvoltării copiilor [50; 67; 81; 72]; conceptul activității de joc [81]; teoriile activității orientative, planificate și realizate în etape [50]; metodologiile teoriei de joc [49; 56; 74; 58]; ideile trainingului comportamental [90; 69] teoria însoțirii psihologice sistemice [45; 46; 51]; teoria abordării multimodale [64] ș.a. Ne-am convins și din datele literaturii de specialitate în aspectul că eficacitatea susținerii psihologice a copiilor depinde de influența și organizarea mediului înconjurător. Astfel, succesele pot fi așteptate atunci când se implementează un program complex de însoțire și influență psihologică [45; 46; 51].

Reieșind din abordările teoretice ale sindromului ADHD cu referire la mecanismele și simptomatologia acestei tulburări, datele diagnosticării, a devenit clar că ameliorarea acestei stări poate fi atinsă numai în complex, prin promovarea terapiei medicamentoase, psihoterapiilor și terapierilor pedagogice. Conform unor autori [78], tratamentul complex în cazul copiilor cu ADHD influențează mai multe nivele neuro-psihofuncționale.

Noi am propus un program complex polimodal. Acest program este polimodal, pentru că implică în tratament mai multe nivele vitale: a) metabolic – *influența medicamentoasă*; b) neuropsihologic – *corecția atenției, organizarea activității psihomotore*, etc. [72, 62]; c) sindromal – *influența izolată a complexelor de terapii dezvoltative asupra diferitor elemente ale sindromului* [78]; d) comportamental – *influența diferitor psihoterapii de corecție comportamentală*; e) personal – *ameliorarea conflictelor, creșterea personală, eficientizarea relației dintre copil și adult*.

Programul de intervenție este fundamentat pe ideea că, fiecărui copil cu sindromul ADHD, trebuie să-i găsim modalitatea de a-i asigura progresul necesar în dezvoltarea psihosocială. De aceea, programul susține că toți copiii au nevoie de o încurajare constantă, de mai multe explicații a elementelor noi, pînă ce el asimilează, de un mod de a lucra deosebit prin

inhibarea impulsivității. Pentru ameliorarea tulburării ADHD programul a fost construit reieșind din problemele pe care le poate avea un copil cu ADHD, stabilite în procesul experimentului de constatare. În acest context, cele mai frecvent întâlnite schimbări caracteristice acestei tulburări sunt:

- activitatea video-motorie dezorganizată și întârziată;
- disfuncții în activitatea proceselor cognitive executive;
- viteza mare a reacțiilor psihomotore la începutul activității, micșorarea bruscă pe parcursul celorlalte etape (pierderi mari de timp);
- dezechilibru motor, orientare și coordonare optico-spațială defectuoasă;
- perturbarea reproducerii unor perioade de timp, performanțele joase în calcularea timpului;
- modificarea compensator -funcțională a canalelor senzoriale;
- dezordine în înțelegere, greșeli la sarcini care necesită atenție selectivă, greșeli în transmiterea seturilor cognitive;
- dezadaptarea școlară și socială;
- oboseala psihică cronică;
- reținerea în dezvoltarea vorbirii;
- transfer de la o activitate la alta fără orientare, planificare și control al acesteia;
- întârzieri în dezvoltarea emoțională
- dezordine în procesele de autoreglare;
- dificultățile în concentrarea, repartizarea, transferul atenției;
- tonusul muscular ridicat;
- lipsa controlului inhibitor al mișcărilor, etc.

Programul prevede construirea unui mediu ambiant și educațional, care să favorizeze dezvoltarea armonioasă a copiilor afectați de sindromul ADHD. Nu în ultimul rând programul ține cont de trăsăturile principale ale sindromului ADHD: deficit de atenție, hiperactivitate, impulsivitate. Acțiunile terapeutice, folosite de noi, sunt adresate particularităților principale ale sindromului ADHD: dificultății de concentrare a atenției; agitației permanente, mișcărilor dezordonate, lipsei de răbdare; excitației și anxietății mărite; trecerii nemotivate de la o activitate la alta; integrări școlare și sociale întârziate, nerespectarea regulilor, comunicarea neefectivă în grup.

Programul complex propus este orientat spre psihocorecția acelor caracteristici psihologice ale copiilor cu sindromul ADHD, care necesită o corectare inevitabilă: imaginea de sine scăzută, sentimentele de inferioritate, datorate dificultăților pe care le întâmpină la școală și

în societate, slaba experiență senzorial-motrică, lipsa parțială de control al comportamentului, construcția deficitară a unor deprinderi necesare activităților de zi cu zi, carențele în dezvoltarea abilităților și a deprinderilor școlare și sociale corecte.

Pentru a promova un program de intervenție efectiv, au fost luate ca fundamente și barierele întâlnite în calea învățării: copiii cu ADHD nu acordă atenția necesară detaliilor și, de aceea, fac greșeli în activitatea școlară, muncă, teme; nu au răbdare și recepționează incorect cerințele; întâmpină dificultăți în organizarea și rezolvarea propriei activități; evită sarcinile care necesită efort mental susținut; își pierde obiectele necesare efectuării sarcinilor; finalizează cu greu sarcinile sau le întrerup ș.a.

Astfel, programul terapeutic pentru copiii cu sindromul ADHD este riguros structurat, precizează o ordine strictă a tehnicilor de intervenție, furnizează terapii multimodale pentru tratarea acestei tulburări. Programul ia în considerație valorile culturale ale mediului în care trăiește copilul, evenimentele și persoanele cele mai importante din viața lui etc.

Programul ia în considerație diferite tipuri de tratamente în relație cu particularitățile psihologice ale copilului și ale familiei lui, în relația simptomelor ADHD cu alte comorbidități. Intervențiile, pentru copiii cu sindromul ADHD, prevăzute de program sunt orientate spre îmbunătățirea controlului în situații sociale provocative, dezvoltarea strategiilor specifice pentru controlul reacțiilor agresive nepotrivite.

Programul influențează copilul cu sindromul ADHD, creîndu-i condiții clinice, psihopedagogice, psiho-terapeutice, care contribuie la susținerea procesului de adaptare, recuperare și dezvoltare.

Implementarea programului de intervenție este un proces dinamic și integrat, realizat de părinți, de pedagogi, de alți actori incluși în acest proces. Componentele programului înaintat sunt interrelaționate între ele, promovînd:

- Supravegherea sistematică și în dinamică a dezvoltării psihice a copilului.
- Asigurarea conduitelor social-psihologice pentru dezvoltarea copilului în relație cu mediul.
- Asistența psihologică acordată copiilor cu sindromul ADHD (consilierea corectă, susținerea psihologică).
- Ajutorul psihologic sistematic oferit familiilor copiilor cu sindromul ADHD.
- Ajutorul psihologic acordat pedagogilor claselor primare, care se confruntă cu mai mulți copii cu sindromul ADHD.
- Organizarea activității copilului în socium în dependență de potențialul psihologic și fizic.

Programul complex de intervenție în cazul sindromului ADHD este construit în baza următoarelor principii:

- Asigurarea confortului psihologic pentru realizarea potențialului copilului.
- Stabilirea și susținerea funcțiilor puternic pozitive în dezvoltarea copilului.
- Complexitatea realizării activităților.
- Abordarea sistemică a activităților.
- Respectarea etapelor de bază în dezvoltarea copiilor.
- Individualizarea și diferențierea acțiunilor de program, motivarea pentru succes.
- Prevenirea și ameliorarea riscurilor de complicare a stării de ADHD.
- Atitudinea emoțional-individuală față de fiecare copil.
- Promovarea influenței activității dominante asupra dezvoltării psihice a copilului.
- Promovarea, în dezvoltarea copilului, a nivelului actual și a celui potențial de dezvoltare a fiecărui copil.
- Evaluarea și influența terapeutică în dinamică.

În ansamblu, intervențiile prevăzute de program au, ca scop planificat, ameliorarea simptomelor tulburării, ameliorarea influenței asupra mecanismelor de dezvoltare a simptom-complexului ADHD, formarea părinților, a pedagogilor și a psihologilor pentru activitatea orientată spre ameliorarea tulburării, valorificarea diferitor metode și combinații de metodologii de influență terapeutică în caz de sindrom ADHD; promovarea, în practică, a celor mai eficiente și efective măsuri de corecție și dezvoltare a școlarului mic cu ADHD.

Experimentul pe care l-am planificat și realizat a avut *scopul de a stabili eficiența unui demers psihoterapeutic complex pentru tratamentul sindromului ADHD*. Acest demers este polimodal, pentru că include combinarea terapiei medicamentoase, a psihoterapiilor, a terapiilor corecționale, a terapiilor pedagogice etc. Experimentul a fost planificat pentru câteva etape, dar ele nu sunt stricte pentru realizarea terapiilor individuale. La început, a fost necesar să informăm părinții, pedagogii și psihologii școlari despre activitatea pe care ne o planificăm, să-i asigurăm cu informații complete despre această categorie de copii, despre posibilitățile diferitor terapii în tratamentul tulburării. *La această etapă am propus un șir de training-uri de formare a părinților și pedagogilor*. Pe larg au fost folosite *metodele consultării familiei* [59; 63; 79; 70]. Consultările au fost realizate cu scopul de a schimba percepțiile părinților despre copiii cu sindromul ADHD, de a transforma opiniile părinților în abordarea acestor copii. Consultarea părinților s-a realizat *în baza interviului orientat și concentrat pe client* [42], care prevede: stabilirea contactului

emoțional, colectarea informației despre copil și a rezultatelor așteptate, alternativele în hotărârea problemelor copiilor, constituirea unui plan de acțiuni corecționale.

În a doua etapă, părinții și învățătorii observă amănunțit comportamentul copilului acasă și la școală: mai întâi, se întâlnesc și discută despre ce au observat la copil și evidențiază lucrurile îngrijorătoare cu privire la acesta; tot la această etapă, se inițiază un interviu structurat pentru factorii implicați în program: părinți, copil, învățător; din care se obțin date referitoare la istoricul educațional și medical al copilului. *La a treia etapă*, s-a elaborat un plan de intervenție centrat pe ariile de intervenție, stabilite împreună cu părinții, pedagogii, medicul-psihoneurolog. *La a patra etapă*, pedagogul, psihologul, părinții și medicul psihoneurolog monitorizează programul de intervenție și evoluția copilului. *La a cincea etapă*, s-a lucrat asupra analizei rezultatelor implementării și ale promovării programului pentru practica largă a intervențiilor în caz de sindrom ADHD.

Caracteristicile eșantionului implicat în experiment: subiecți – **11 pedagogi** (*din școlile în care învață copii cu sindromul ADHD*); **42 părinți** ai copiilor cu sindromul ADHD; **40 elevi** cu ADHD, repartizați în **4 grupe**:

- prima grupă – **9 copii** cu sindromul ADHD, neimplicați nici într-o activitate de tratament (*grupul de control – GC*);
- a 2-a grupă – **11 copii** cu sindromul ADHD, implicați în terapia medicamentoasă (GTM);
- a 3-a grupă – **11 copii** implicați în psihoterapii, influențe logopedice și ai căror părinți și pedagogi au fost formați pentru activitatea cu așa categorie de copii (GPTLF);
- a 4-a grupă – **9 copii** implicați într-un model complex integrat, care integrează toate tipurile de terapii: *medicamentoasă, psihoterapia, influențe logopedice, formarea părinților și pedagogilor pentru activitatea cu copiii cu sindromul ADHD (GCI)*.

3.2. Conținutul modelelor de influență terapeutică

Metodele de terapie au fost alese și aplicate după prezența deficitului atențional, a hiperactivității și a impulsivității, folosind pentru copiii cu aceeași tulburare, exact aceleași tehnici, printr-o schemă terapeutică riguros respectată.

Terapiile au fost stabilite individual, după simptomele existente, după tabloul clinic și în funcție de condițiile de viață ale copilului cu sindromul ADHD. Ca terapie să aibă succes, s-a urmărit necesitatea toleranței față de forma aleasă; doar în acest mod este posibilă stabilizarea personalității copilului și normalizarea relațiilor sale cu mediul exterior. Pentru a atinge succesul, a fost necesară pregătirea copilului pentru terapie, motivarea acestuia să o urmeze și ajutarea să conștientizeze situația în care se află, problemele pe care le are, pentru a le putea înțelege și

pentru a fi deschis strategiilor de rezolvare lor. Un rol important în terapie îl joacă deschiderea copilului la terapie, poziția sa față de aceasta. O supunere forțată a copilului la terapie poate avea ca urmare înrăutățirea simptomelor ADHD. Terapiile promovate de program sunt orientate spre a schimba atitudinea părinților față de copiii cu sindromul ADHD. Astfel, integrarea părinților în formele de terapie, la care participă copilul, este foarte importantă. Este nevoie, pentru succesul terapiei, să fie formulate reguli clare pentru părinți, copii și respectarea lor; să fie lăudat copilul chiar și pentru cele mai mici succese; să se evite activitățile care nu pot fi realizate de copil; să conștientizeze că sunt persoane de încredere pentru copil; să ajungă la o stabilitate emoțională puternică, pentru a putea fi un sprijin de nădejde pentru copil.

Intervențiile comportamentale implementate de noi includ acțiuni din psihoterapia comportamentală, managementul comportamental și intervențiile cognitiv-comportamentale. Psihoterapia comportamentală implică pregătirea părinților și a pedagogilor cu scopul implementării programelor de management al comportamentului cu copiii și consultarea cu învățătorul copilului în acest scop. Psihoterapia constă în ședințe săptămânale cu părinții și întâlniri săptămânale cu învățătorul. Psihoterapeutul a asigurat părinții cu materiale informative și acestora li se cultivă tehnici comportamentale – standart. Conform programului, învățătorul a fost ajutat să implementeze modele speciale de management în clasă și fișe de urmărire zilnică, cu scopul de a asigura părinților feedback-ul cu privire la performanța școlară a copilului. Managementul comportamental prevede intervenții directe și intensive, care sunt implementate de psihoterapeut la întâlnirile cu fiecare copil.

În programul complex de intervenții, am inclus metode de terapie folosite frecvent în cazul sindromului ADHD: terapia medicamentoasă; terapia psihopedagogică, sprijinind dezvoltarea personalității copilului cu ADHD și relația acestuia cu mediul în care trăiește; terapia familiei; terapia cognitiv-comportamentală; psihoterapia; terapia prin joc, prin muzică; secvențe din terapia gestaltică; terapii prin activitate fizică; terapii de îmbunătățire a atenției și a puterii slabe de concentrare; gimnastica medicală; relaxarea progresivă, etc. Aplicarea metodelor combinate de terapie ne-au dat posibilitatea să ameliorăm simptomele caracteristice ADHD, dar și să prevenim instalarea urmărilor negative, pe care le poate avea acest sindrom asupra dezvoltării personalității copilului. În complexul terapeutic, un loc deosebit l-a ocupat terapia cognitiv-comportamentală, menită să-l ajute pe copil să învingă dificultățile comportamentului. Programul prevede repetarea și menținerea intrărilor pozitive ca reacție la stimuli în procesul terapierilor. Reacțiile urmate de consecințe negative sunt reduse până la dispariție.

Pentru realizarea programului de intervenție, am mizat pe o *echipă complexă*, care poate desfășura o activitate curativ-educativă, corecțională, care prevede formarea unor capacități

empatice și a unor aptitudini de relaționare corectă, ca, mai apoi, acestea să se instituie ca mijloace de reducere sau înfrînare a tendințelor agresive / impulsive ale elevilor cu sindromul ADHD.

Astfel, am definitivat componența echipei de lucru în cadrul programului de intervenție psihopedagogică (părinții copiilor, pedagogi de contact, psihologi școlari). Ne-am străduit ca majoritatea copiilor incluși în experiment să fie din orașul Chișinău, și să organizăm mai eficient relațiile de asistență și control cu părinții, pedagogii și psihologii.

Pentru desfășurarea experimentului, după cum am relatat, am implicat 40 de școlari mici cu ADHD, la care a fost stabilit tipul combinat de ADHD. Copiii cu tipul dominant neatent sau hiperactiv nu au luat parte în experimentul de implementare a programului. Credem că, pentru viitor, este necesar de cercetat problema și de identificat terapii specifice pentru aceste două categorii de copii cu ADHD.

Famiile copiilor au demonstrat interesul ridicat pentru dezvoltarea bio-psiho-socială a copilului, dorința colaborării cu școala și interes înalt pentru implicarea în programul psihopedagogic complex de intervenție. Învățătorii au manifestat interes pentru aplicarea unor tehnici individualizate elevilor diagnosticați cu sindromul ADHD din clasa sa și dorința de a realiza activitățile propuse de experimentator pentru includerea copiilor cu ADHD în colectivele școlare. Părinții elevilor au fost contactați în cadrul întâlnirilor și informați asupra scopului, a obiectivelor și a strategiilor de desfășurare a programului și asupra responsabilităților educaționale, pe care ar trebui să și le asume aceștia în cadrul programului. De asemenea, aceste întâlniri au permis evaluarea interesului și a resurselor familiei pentru educația copilului în general și pentru propunerea de implicare într-un program educațional, în mod special. Am avut posibilitatea să completăm grupe mici de elevi cu sindromul ADHD, care învață în clasele întâi și a doua din liceul „M. Sadoveanu” și din alte două internate pentru copii cu dezvoltare normală, dar în care se află și copii cu sindromul ADHD, din orașul Chișinău. În cadrul convorbirilor cu învățătorii, ei au fost informați despre scopul, obiectivele și strategiile de desfășurare a programului, despre responsabilitățile educaționale, pe care ar trebui să și le asume. Toți învățătorii solicitați au răspuns afirmativ și și-au exprimat poziția de susținători activi ai programului.

Parcursul completă a etapelor programului de intervenție a avut loc în perioada *septembrie 2012 - iunie 2013 pe parcursul unui an școlar*, implicând, la diferite etape de timp noi metodologii de influență. Pentru ameliorarea comportamentului copiilor cu sindromul ADHD, a fost necesar de format o echipă funcțională din cadrul didactic, copil și părinte, care trebuie să

îndeplinească anumite condiții, cum ar fi: asigurarea unui climat favorabil, de apreciere, acceptare și încurajare; stabilirea și negocierea unor reguli: seriozitate, confidențialitate, punctualitate, răbdare, respect față de celălalt, sinceritate, dreptul la propria părere. S-a accentuat asupra existenței unor calități proprii cadrului didactic (acesta îndeplinește rolul de moderator): responsabilitate, cunoaștere de sine și maturitate emoțională, deschidere către noi experiențe, dorința de a ajuta pe alții, acceptarea unor stiluri de viață și valori diferite, încredere în eficiența unor metode și a lucrului în echipă, inventivitate, simțul umorului, curajul de a-ți accepta propriile vulnerabilități etc.

Obiectivul formativ general al experimentului este favorizarea dezvoltării copiilor cu sindromul ADHD, incluși în program, care prevede crearea unui mediu psiho-socio-educativ, adaptat cerințelor specifice acestora.

Pentru a atinge obiectivul major, ne-am străduit să asigurăm sprijinul informațional și formativ necesar părinților care au copii afectați de sindromul ADHD, să facilităm optimizarea profesională a învățătorilor care lucrează cu copiii afectați de ADHD, să facilităm corecția funcțiilor deficitare în dezvoltarea copiilor afectați de tulburarea ADHD prin implementarea terapiilor complexe, să integrăm activitățile desfășurate de membrii echipei de intervenție într-un parteneriat coerent de educație și formare a copiilor beneficiari ai programului.

Una din terapiile aplicate a fost *formarea părinților și a pedagogilor*. Aceasta este o activitate destul de complicată și de lungă durată. Pentru început, am informat părinții și pedagogii cu referire la nivelul cunoștințelor și al deprinderilor de lucru cu această categorie de copii.

Cei 42 părinți ai copiilor incluși în experimentul de formare ne-au informat (100%) că ei nu au participat niciodată la formări pentru cunoașterea activității de lucru cu copii cu sindromul ADHD. Unii dintre aceștia (41%) ne-au relatat că, de sine stătător, au citit unele informații despre sindromul ADHD, dar nu cunosc metodologiile de intervenție complexă, terapiile aplicate, posibilitățile de lucru pentru ameliorarea tulburării.

În baza constatărilor realizate, experimentelor din alte state, am propus formarea părinților și a pedagogilor pentru implementarea programului de intervenție, folosind programe de formare din România (A. Dobrea et.al.) [20], adaptate de noi. Programele de formare a cunoștințelor și a competențelor de intervenție pentru părinții și învățătorii copiilor incluși în program au un mare potențial de autoformare; pe de altă parte, programele creează o colaborare între membrii echipei în activități coerente și organizate individual sau de grup cu copiii beneficiari ai programului. Sesiunile de formare a părinților și pedagogilor au fost conduse de doctorandă cu implicarea psihologilor școlari. Aceste formări s-au realizat în cadrul Institutului

de Științe ale Educației, dar și individual în formă de convorbiri cu durată de câte cel puțin o oră pentru ședință. Principalele aspecte vizate în programul de formare pentru părinți (Anexa 3.1) au fost: oferirea de informații cu privire la caracteristicile simptomatologiei ADHD, cu aplicație la școlarul mic; dezvoltarea abilităților observaționale prin utilizarea unui set de instrumente de observare obiectivă a comportamentelor copiilor cu ADHD: grila de evaluare și analiză a comportamentului, fișa de observație zilnică, fișa de observare și analiză a programului zilnic; dezvoltarea abilităților de elaborare a unor strategii educative și de stimulare coerente, care să aibă, la bază, principii și reguli care să țină cont de particularitățile profilului psiho-socio-afectiv a copilului cu sindromul ADHD. Programul de formare a părinților a însumat, în total, un număr de 10 ședințe formative (săptămânale), organizate în grup și individual. *Programul pentru formarea părinților copiilor cu ADHD include următoarele obiective* (conținuturile ședințelor sunt prezentate în Anexa 10):

1. Familiarizarea părinților cu particularitățile hiperactivității cu deficit de atenție la copilul din perioada școlarității mici; problematica tulburării ADHD, informații legate de natura psihologică și criteriile de diagnostic la particularitățile și dificultățile pe care copii le întâmpină în procesul de învățare și dezvoltare (în planul comportamental și al integrării sociale și școlare).
2. Observarea și evaluarea comportamentului copilului; conștientizarea de către părinți a greșelilor educative în corectarea comportamentului copilului cu sindromul ADHD.
3. Îmbunătățirea atmosferei familiale; ascultarea activă; comunicarea emoțională; comunicarea părinte – copil.
4. Modalități de întărire a relațiilor părinte-copil; focalizarea pe aspectele pozitive ale copilului; acceptarea necondiționată; timpul destinat copilului.
5. Însușirea de către părinți a noțiunilor de management comportamental; metode și tehnici comportamentale de disciplinare pozitivă.
6. Recompensarea atitudinilor pozitive; întocmirea unui plan comportamental viabil; tipuri de recompense; rezolvarea situațiilor problemă.
7. Cooperarea cu învățătorul copilului; cardurile de monitorizare a comportamentului; planul zilnic.
8. Familiarizarea părinților cu un set de intervenții la nivel comportamental; însușirea tehnicilor comportamentale și aplicarea lor corectă. Intervențiile comportamentale au ca obiective specifice pentru un copil cu sindromul ADHD: a) dezvoltarea abilităților de organizare și planificare; b) dezvoltarea abilităților de minimizare a distractorilor; c)

restructurarea cognitivă; d) managementul furiei; e) dezvoltarea abilităților sociale și emoționale.

9. Creșterea stimei de sine a copilului; dezvoltarea încrederii în forțele proprii; evidențierea lucrurilor pozitive; conștientizarea diferenței dintre comportamentul și persoana copilului.
10. Influența jocului în terapia copiilor cu sindromul ADHD; dezvoltarea abilităților de socializare; tipurile potrivite de jocuri și jucării.

În același mod au fost formați și pedagogii care activează cu copiii cu sindromul ADHD. Formările au fost realizate la Institutul de Științe ale Educației cu durata de o săptămână. Principalele aspecte vizate de programul pentru învățători (Anexa 11) presupun: oferirea de informații cu privire la caracteristicile simptomatologiei ADHD, cu aplicație la școlarul mic; dezvoltarea abilităților observaționale prin utilizarea unui set de instrumente de evaluare obiectivă a comportamentelor copiilor cu sindromul ADHD - grila de evaluare și analiză a comportamentului, fișa de observație zilnică; elaborarea unor strategii educative și de stimulare coerente, care să aibă, la bază, principii și reguli care să țină cont de particularitățile profilului psiho-socio-afectiv al copilului cu tulburarea ADHD. Mai detaliat, conținutul programului de formare a pedagogilor este prezentat în Anexa 11.

Curriculumul pentru formarea pedagogilor include cunoștințe și competențe de lucru cu copii cu sindromul ADHD și însumează un număr de 7 ședințe formative pe parcursul unei săptămâni. Curriculumul formării pedagogilor în problemele copiilor cu sindromul ADHD include următoarele obiective:

1. Familiarizarea învățătorilor cu particularitățile hiperactivității cu deficit de atenție la copilul din perioada școlarității mici. Informarea acestora despre problematica tulburării ADHD prin oferirea de informații legate de natura psihologică și criteriile de diagnostic, la particularitățile și dificultățile pe care copiii le întâmpină în procesul de învățare și de dezvoltare (în plan comportamental și al integrării sociale și școlare).
2. Instruirea școlară; intervenții comportamentale; acomodarea școlară.
3. Structură și rutină bine stabilite; folosirea sistemului gradual de structurare a clasei; cei trei „R”: rutină, regularitate și repetiție; monitorizarea atentă a comportamentului; controlul clasei.
4. Însușirea de către învățători a unor principii și reguli ergonomice, capabile a oferi copilului cu sindromul ADHD un mediu ambiant securizat, însușirea metodologiilor de cercetare a comportamentului copilului, analiza comportamentului în diferite situații ale copiilor (clase, grădinițe, școală) etc.

5. Lecții cât mai atractive, implicarea copilului într-un grup de lucru; interacțiunea dintre copil și învățător; combinarea indicațiilor verbale cu demonstrațiile practice.
6. Identificarea problemelor comportamentale; sistemul de management comportamental al clasei; recompensele pentru o sarcină bine făcută.
7. Parteneriatul între copii; reguli clar definite; învățarea prin cooperare; timpul de joacă și socializare, învățarea metodologiei de cronometrare a timpului.

După cum am subliniat, scopul programului este destul de larg și orientat spre armonizarea procesului de dezvoltare a personalității copilului. Prin sarcinile complexe înaintate părinților în procesul formării, ne-am dorit să înlăturăm crizele familiale, să schimbăm montajul părinților și percepția vinovăției față de copiii lor.

Pe parcursul întregului demers intervențional, s-au desfășurat activități de consiliere psihopedagogică (pentru părinți și învățători) cu scopul de a oferi acestora un sprijin, un suport necesar consolidării relației pozitive cu fiecare copil, iar, în paralel cu programele de formare pentru părinți și învățători, s-a desfășurat o gamă largă de intervenții psihopedagogice pentru copiii beneficiari. Desfășurarea acestui program a început în momentul în care părinții și învățătorii au parcurs ședințele de abilitare observațională, urmând a le parcurge pe cele de corectare a stilurilor parentale, a elaborării de strategii educaționale și de stimulare a copiilor cu ADHD. *După parcurgerea completă a programelor de formare a agenților educaționali*, aceștia au avut de aplicat informațiile și abilitățile dobândite în planul educativ concret al copilului. Astfel, abilitățile dobândite în cadrul cursurilor de formare au fost puse în practică într-un mod organizat, fiecare dintre agenții educativi construindu-și planuri de intervenție individualizate, care au fost continuu evaluate și modificate în cadrul acestor întâlniri în echipă. Rezultatele cercetării demonstrează că aspectul formării părinților și cadrelor didactice pentru activitatea cu copiii cu sindromul ADHD este unul decisiv în asigurarea succesului terapeutic.

Multimodalitatea programului de influență, propus de noi, este exprimată și prin implicarea psihoterapeutică a diferitor modele de prevenire și ameliorare a dezadaptării comportamentale, de lărgire a interacțiunilor sociale, de dezvoltare a atitudinilor adecvate către sine și către cei care îl înconjoară pe copilul cu ADHD. În acest context, în programul de intervenție, a fost prevăzută desfășurarea activităților de consiliere și de stimulare a copiilor prin jocuri didactice. Pedagogii au fost pregătiți pentru aceste activități, desfășurate zilnic, incluzând ședințe de terapie individuală și de grup. Programul de stimulare a copiilor, care a început în momentul când părinții și învățătorii au trecut de ședințele de abilitare observațională, urmând a le parcurge pe cale de corectare a stilurilor parentale și elaborare a strategiilor educaționale / de stimulare a copiilor cu sindromul ADHD. În cadrul acestor ședințe, s-au exersat abilitățile de

relaționare în grup și de valorificare a experienței senzoriale. Cîteva dintre aceste exerciții stimulative și de socializare și orientare spre dezvoltarea senzo-motorie, atenției, memoriei etc. includ:

- Exercițiu văz-spirit de observație: Se prezintă copilului un lucru mai puțin uzual, fiind invitat să-i identifice, mintal, forma, textura, culoarea, mărimea printr-un proces de interacțiune activă cu acesta: privindu-l cu atenție, atingîndu-l, manipulîndu-l. După o perioadă de explorare activă, obiectul este ascuns privirii și copilul este solicitat să facă verbal o descriere cât mai amănunțită a acestuia.
- Exercițiu auz-atenție distributivă: Unul din copii se leagă la ochi. La un semn al conducătorului grupului (consilier / învățător), ceilalți coechipieri produc, timp de aproximativ jumătate de minut (simultan / succesiv), diferite sunete (se ciocnesc două pahare, se scrie cu creta pe tablă, se rupe o hîrtie, etc.). După epuizarea timpului, copilul legat la ochi trebuie să identifice, cel puțin, trei din sunetele produse de colegi și poate desemna un alt jucător în locul său.
- Exercițiu coordonare motrice-atenție concentrată-memorie-imaginație: Coordonatorul grupului repartizează fiecărui copil o acțiune pe care trebuie să o interpreteze mimico-gestual (vorbitul la telefon, mersul pe bicicletă, scrisul pe tablă, etc.). În continuare, copiii se vor organiza într-un cerc, și, pe rînd, fiecare vine în centru pentru a-și interpreta rolul. Primul dintre copii, care ghicește despre ce este vorba, primește un punct. În final, cîștigă cel care acumulează mai multe puncte.
- Exercițiu coordonare motrice-atenție concentrată: Coordonatorul grupului execută, alături de copii, mișcări de gimnastică (nu mai multe de cinci). Copiii sunt așezați în cerc. La semnalul conducătorului, primul jucător execută o mișcare la alegere. Al doilea, repetă mișcarea și execută încă una. Al treilea participant repetă cele două mișcări în ordine și o adaugă pe a treia. Primului îi revine sarcina să repete cele trei mișcări și să adauge încă una și așa mai departe. Jocul continuă, pînă unul dintre copii greșește ordinea exercițiilor. El va primi o poruncă amuzantă și jocul se va relua.
- Exercițiu coordonare motrice-spirit de ordine: Fiecare membru al grupului primește cîte o pungă ce conține diferite obiecte de îmbrăcăminte. La semnalul coordonatorului, trebuie să îmbrace hainele într-un timp cît mai scurt, apoi să se dezbrace și să aranjeze lucrurile înapoi în pungă. Cîștigă cel care termină primul de introdus obiectele de îmbrăcăminte în pungă.

Informațiile despre comportamentul copilului, starea emoțională, personalitate, istoria copilului, nivelul cultural și mediul în care trăiește au o valoare deosebită în înțelegerea mai completă a copilului. În baza lor, consilierul formulează ipotezele preliminare cu privire la problemele pe care le are copilul, regulile de comportament bază astfel, încât copilului să-i fie clar ceea ce-i este permis și ce nu. De asemenea, copilul trebuie să știe că îi este permis să se exprime în orice mod în care se simte confortabil – în cadrul constrângerilor impuse de reguli – și că i se permite să dezvăluie lucruri personale și confidentiale. Crearea unei relații care satisface nevoile copilului, astfel încât acesta să se simtă suficient de confortabil pentru a se angaja cu toate forțele în procesul terapeutic. Consilierul invită copilul să dezvăluie ceea ce dorește și îi permite să-și prezinte problemele; totodată, îl acompaniază atât într-o călătorie de explorare, cât și în procesul de rezolvare a problemelor înaintate. Consilierul urmează a-l ajuta pe copil să lucreze asupra unor probleme particulare (neatenție, impulsivitate, hiperactivitate) în mod direct astfel, încât acesta să nu mai aibă dificultăți majore.

Obiectivele menționate ale programului le-am realizat prin intermediul jocului, prin utilizarea abilităților de consiliere, cu ajutorul unui material educativ. O componentă importantă a intervențiilor în această activitate sunt așa numitele *teme de acasă*, ținute pentru realizarea lor cu părinții.

Deosebit de larg în procesul consilierii copiilor cu sindromul ADHD au fost folosite *fișele de lucru*. Fișele au îmbrăcat diferite forme, incluzând răspunsuri la întrebări, găsire de cuvinte, unirea punctelor, observarea diferențelor dintre imagini, găsirea lucrurilor ascunse din imagini, etc. Deseori, pentru această activitate, am folosit metodele, tehnicile aplicate la etapa diagnosticării. Important pentru consiliere este ca fișele să fie folosite ca punct de plecare pentru dialog, deoarece ele îl pot face pe copil să se focalizeze asupra anumitor probleme și comportamente. Fișele pot fi folosite la diferite etape ale procesului de consiliere. La începutul ședinței, o fișă poate ajuta copilul să cerceteze și să exploreze problemele principale. Când ședința se sfârșește, fișele pot fi folosite pentru a întări ideile, credințele și comportamentele dobândite recent, să-l ajute să-și consolideze abilitățile de rezolvare de probleme. Fișele au fost folosite individual pentru: construirea stimei de sine; antrenarea abilităților sociale; educarea comportamentelor.

Pentru a ridica stima de sine a unui copil, el trebuie să se descopere pe sine însuși, astfel încât să aibă o imagine de sine realistă; să recunoască și să înțeleagă punctele tari, dar și slăbiciunile sale; să stabilească scopuri pentru viitor și să fie capabil să elaboreze un plan, pentru a le atinge. Pentru aceasta, am folosit fișe de lucru: „*Descoperă-te pe tine însuși*”, „*Pot să fac*

orice”, (Anexa 12) „*Forțe și limite*”, „*Saltul peste obstacole*”, (Anexa 12) „*Scopuri pentru viitor*”, „*Acestea sunt dorințele mele*”, (Anexa 12).

Antrenamentul abilităților sociale ocupă un loc central în procesul consilierii. Pentru dezvoltarea abilităților sociale destul de deficitară la copiii cu sindromul ADHD, am identificat modul de exprimare a sentimentelor, comunicarea cu ceilalți, stăpânirea de sine. Pentru antrenarea abilităților sociale, am folosit fișele: identificarea propriilor sentimente – Fișa de lucru: „*Emoții*” (Anexa 12), Fișa de lucru: „*Stările mele sufletești*” (Anexa 12); comunicarea cu ceilalți – Fișa de lucru: „*Începuturi de conversație*” (Anexa 12); stăpânirea de sine – Fișa de lucru: „*Privește înainte de a sări*” (Anexa 12).

Pentru dezvoltarea înțelegerii limitelor, a comportamentelor adecvate, luării deciziilor, am folosit fișe de lucru: înțelegerea limitelor adecvate – Fișa de lucru: „*Locul meu, spațiul meu*” (Anexa 12); fixarea limitelor adecvate – Fișa de lucru: „*Dacă—atunci—dar*” (Anexa 12) etc.

Pentru formarea relațiilor interpersonale, a atitudinilor pozitive, pentru mobilizarea personală am dezvoltat capacitatea de toleranță, folosind un șir de exerciții. Foarte eficient în psihoterapiile folosite pentru copiii cu sindromul ADHD în aceste scopuri sunt exercitiile de *spargere a gheții*, care pot fi utilizate la începutul orelor de către pedagogi sau de câte ori e necesar a fi îndeplinite de părinți. În toate cazurile de ADHD cercetate de noi, copiii frecventează școala generală, de aceea, pedagogul poate organiza aceste exerciții și pentru elevii cu DN. Toate aceste exerciții, împreună, pot ajuta la acceptarea copilului cu sindromul ADHD, urmată de socializarea lui și înlăturarea etichetărilor.

Un alt aspect al programului de intervenție este dedicat formării competențelor de relaxare (Anexa 13). Relaxarea este fundamentală pentru copiii cu ADHD, pentru că această terapie dezvoltă competențe de mobilizare și programare a activităților, ajută la inhibarea impulsurilor, ameliorează reacțiile de stres, micșorează intensitatea stărilor fobice [60]. Pentru a realiza aceste activități, am informat și am folosit metode de relaxare în diferite situații. Pedagogii, părinții în urma formării posedă metode de autoprogramare și autotraining, metode de înlăturare a stărilor de stres, metode de antrenare în relaxarea musculară.

În acest scop, s-au folosit fragmente din instrumentele: montarea psihologică „*Somn sănătos*” [76]; tehnicile relaxării „*Palming*”, „*Valurile*” [43], exerciții respiratorii [65; 77]; Metoda Djecopson, care se bazează pe relaxarea etapizată a mușchilor [61]. Selecția metodelor de relaxare s-a realizat în dependență de particularitățile individuale ale copiilor, capacitatea părinților de a le implementa, montajul față de așa tip de terapii. Pentru început, părinții și copiii sunt familiarizați cu *metodele de relaxare*, însemnătatea și necesitatea lor în tratamentul sindromului ADHD.

În context s-au propus training-uri pentru formarea, la copiii cu sindromul ADHD, a deprinderilor de *respirație corectă* [71; 73], *învățarea modurilor de extindere în mișcarea naturală* [57], *extinderea musculară*. Complexul de exerciții propus de mai mulți autori [65; 50] este orientat spre asimilarea deprinderilor de învățare a fazelor de liniște, repaos, extinderea mușchilor mâinilor, ai picioarelor, ai abdomenului, ai gâtului.

Reieșind din rezultatele experimentului de constatare, determinînd că, în ansamblu copiii cu sindromul ADHD manifestă unele particularități specifice de personalitate, și anume: anxietate, agresivitate, frustrare, neîncredere în sine, depresie, etc.; am înaintat un obiectiv pentru programul complex, privitor la *formarea personalității* acestora. În experimentul de formare, am acționat asupra acestor particularități specifice de personalitate, ameliorându-le, și facilitând dezvoltarea abilităților necesare pentru adaptarea școlară și socială.

O deosebită atenție a fost concentrată la trăsăturile pozitive, păstrate la acești copii, iar acțiunile de intervenție, prevăzute de program, au inclus: psihocorecția prin intermediul activităților de joc (*jocuri de reducere a agresivității, ameliorare a frustrării, a anxietății, jocuri de ridicare a stimei de sine și de formare a încrederii în sine*); psihogimnastica; activități de formare a abilităților comportamentale conform instrucțiunilor verbale. Pentru a începe activitățile de psihocorecție, s-a stabilit contactul emoțional – pozitiv cu copiii (ședințe individuale) și s-au inclus jocuri de cunoaștere și de formare a unor relații de încredere între facilitator și copil, convorbiri cu copiii despre sine, despre familie, despre activitățile lor zilnice și petrecerea zilelor de odihnă. Pe larg s-a folosit jocul „*Cum ți-ar plăcea să fii numit*”, „*Întîlnirea secretă*”. Jocurile permit de a forma o punte de colaborare între copil și facilitator. Jocul „*Întîlnirea secretă*” constă în descrierea proprie a copilului, ca și cum ar vorbi cu cineva necunoscut la telefon, înțelegându-se pentru o întîlnire.

Activitățile de psihocorecție pe care le-am realizat, cel mai frecvent, au fost individuale în dependență de necesitățile, starea și dispoziția copiilor. Am lucrat la reducerea agresivității în direcțiile: lucrul cu furia, formarea abilităților de exprimare prin diferite mijloace acceptabile; formarea abilităților de control și stăpînire a furiei; formarea capacităților de empatie, încredere, compătimire și compasiune. Este cunoscut că copiii cu sindromul ADHD se caracterizează prin niveluri înalte ale furiei, furia fiind sentimentul de indignare, revoltă puternică, susținut de pierderea controlului asupra sa. Pentru ameliorarea furiei, am folosit exercițiile: „*Sacul cu strigăte*” (uneori, „*Paharul cu strigăte*”), jocul cu ziarele, diverse estafete sportive. Jocul „*Sacul cu strigăte*” îl desfășuram la începutul activității, unde fiecare copil striga în sac, astfel eliberîndu-se de strigăt pe tot parcursul activității. La final, copiii lasă facilitatorului conținutul „*săculețului*” drept memorie. Deseori, copiii își pun în acțiune pumnii sau inventează diferite

cuvinte supărătoare. S-au organizat diferite estafete, competiții cu alergări, sărituri, aruncarea mingii. Am folosit ziare, pe care copiii le boțeau sau le rupeau - toate aceste exerciții diminuau încordarea emoțională și musculară. Foarte necesare în activitățile corecționale cu copiii cu sindromul ADHD sunt activitățile de formare a abilităților de control și de stăpânire a furiei. Nu întotdeauna un copil agresiv va recunoaște că este agresiv. Mai mult ca atât, în adâncul sufletului, el consideră că toți în jurul lui sunt agresivi. Din păcate, acești copii nu întotdeauna pot să-și aprecieze adecvat starea lor și, mai ales, starea celor din jur. Copiii agresivi pot să numească, dificil, stările emoționale de bază, cât despre existența altora (sau nuanțele stărilor emoționale) nici nu presupun.

Pentru antrenarea recunoașterii stărilor emoționale, am folosit tabele și imagini cu diferite stări emoționale (*planșa emoțiilor*). La începutul activității, copiii arătau starea lor pe planșă. Alteori, aplicăm o procedură inversă: copiii singuri numeau stările emoționale, redate pe desen, învățau să descrie ceea ce simt: (*ne aranjam în fața oglinzii și menționam ce simțim noi: „inima bate tare, în gât simt încordare și vreau să strig, obrajii sunt roșii și fierbinți, palmele mă mănâncă, ...”*).

Pe lângă mijloacele de lucru deja descrise, am mai folosit desenul, discuții cu copilul și, desigur, jocul. Unul din jocuri este „*Petricica din pantof*”. Acest joc îl foloseam, când cineva era supărat, jignit, când se apropia un conflict în grupă sau conflict cu părinții. Fiecare participant avea posibilitatea de a se exprima verbal, de a comunica despre starea sa celor din jur. Când copilul a învățat să recunoască propriile emoții, pedagogii treceau la formarea capacităților de empatie, încredere, compătimire și compasiune. Luând în considerație că copiii cu sindromul ADHD, de regulă, posedă un nivel scăzut de empatie, una din formele de lucru alese a fost jocul pe roluri, unde copilul are posibilitatea de a fi în locul altuia, de a aprecia comportamentul său dintr-o parte. S-a realizat această activitate prin jocurile „*Tăierea lemnelor*”, „*Lupta*”, „*Ruperea hîrtiei*”, „*Doi berbeci*”.

Activitățile pentru *reducerea anxietății* au fost orientate spre: ridicarea stimei de sine; dezvoltarea abilităților de autocontrol în situații concrete, care îl emoționează cel mai mult; diminuarea încordării musculare. Pentru stabilirea și ridicarea stimei de sine copiii au participat la jocurile: „*Complimente*”, „*Sunt mîndru, deoarece ...*”, „*Mama mă dezmiardă*”, „*Eu sunt ...*”, „*Eu astăzi am făcut un lucru bun*”.

Dezvoltarea abilităților de autocontrol la copiii cu sindromul ADHD în situații care îl emoționează cel mai mult s-a relatat prin includerea lui în discuții comune a problemei, discuții despre emoțiile și trăirile în situațiile emoționale. Activitățile pentru a-l învăța pe copil autodirijarea în situații concrete emoționale au inclus tehnicile „*Pleacă, neplăcere*”, ș.a.. Pentru

scoaterea încordării musculare, jocurile: „Încăierarea”, „Mingea și pompa” ș.a. În activitățile orientate spre formarea stimei de sine și a încrederii în sine, s-au folosit jocurile: „Eu sunt ...”, „Astăzi, am făcut o faptă bună”, „Sunt mîndru ...”.

Cu scop psihocorecțional, pe larg, în complexul terapiilor, a fost promovată psihogimnastica (20 de activități adaptate după metoda E. И. Алябьева, 2003). Această activitate a fost prognozată în program pentru dezvoltarea abilităților de exprimare a emoțiilor; pentru reglarea comportamentului, pentru formarea abilităților de autorelaxare. Psihogimnastica include 20 de activități a câte 15-20 minute, pe parcursul cărora, copiii trebuie să însușească noțiuni legate de trăirea emoțiilor de bază și închipuiri ce apreciază calitățile personale ale omului. Etapele și conținutul activității de psihogimnastică sunt prezentate în Anexa 14.

Părinților și pedagogilor li s-a propus un șir de activități cu copiii, orientate spre dezvoltarea relațiilor integrative a analizatorilor. Destul de esențiale și instructive, după părerea noastră, sunt exercițiile cu potențial integrativ de tipul Proba „Corectura”, „Algoritm”, „Reflexia”, ș.a.

Pe parcursul intervențiilor, deseori, ne-am adresat la *terapiile cognitiv-comportamentale*. De exemplu, prin învățarea strategiilor și a metodelor de rezolvare a problemelor, copilului i se oferă șansa de a diminua discrepanța dintre propriul comportament necontrolat și cerințele care i se impun din partea mediului, pentru a-și putea dezvolta, din propriul potențial, capacități de acțiune conform situației date. Prin terapia cognitiv-comportamentală, am urmărit îmbunătățirea autocontrolului copilului în domeniului comportamental și al impulsivității cognitive (manifestate în exterior). Copilul învață strategii cognitive, care îl vor ajuta să reflecteze înainte de a lua decizia să acționeze, să depășească momentul neputinței *manevrării impulsivității*, să-și mărească capacitatea de concentrare a atenției și să-și optimizeze perioadele de lucru, pentru a putea învăța eficient. Copilului i se oferă posibilitatea unei confruntări între mediul exterior și problemele proprii. Terapia cognitiv-comportamentală în situația copiilor cu sindromul ADHD este benefică pentru: micșorarea neatenției și ridicarea efortului sau a străduinței; neputința înăbușirii reacțiilor impulsive (impulsivității); neputința adaptării propriului nivel de activitate la cerințele impuse. Segmentele terapiei cognitiv-comportamentale aveau începutul de la analiza amănunțită a comportamentului copilului prin interviuarea și observarea comportamentului său în familie și în instituțiile în care este educat. Se urmăresc factorii care declanșează comportamentul hiperactiv și contextul în care se manifestă. Destul de frecvent, în cadrul terapiei cognitiv-comportamentale, a fost folosită metoda autoinstruirii. Copilului i se demonstrează că el poate controla comportamentul – problemă atât în timpul sarcinilor, al activităților desfășurate, cât și în contextul social.

Obiectivul de bază a autoinstruirii este de a învăța pe copil să gestioneze, eficient, o situație conflictuală prin intermediul unor formule învățate. Împreună cu psihologul sau pedagogul, copilul cu sindromul ADHD parcurge un program de autoinstruire, pe care îl aplică, mai apoi, în situațiile problematice, cum ar fi, de exemplu, deficitul atențional. În acest aspect am folosit metoda lui Palkes, care prevede ședințe de 30 minute cu ajutorul unor imagini alese de copil să se autoinstruiască la temă („*Uită-te și reflectează înainte să răspunzi!*”). S-au folosit teme din testul „*Porteus Labyrinth-Test*”.

Autoinstruirea s-a realizat în felul următor:

1. Pedagogul, părintele prezintă, în cadrul terapiei cognitiv-comportamentale, o anumită sarcină. Ei explică acțiunile pe care le desfășoară într-un mod clar și îi vor da și copilului instrucțiuni.
2. Copilul repetă sarcinile într-un mod clar, după instrucțiunile pe care i le-a dat pedagogul sau părintele.
3. La o nouă prelucrare a temelor, copilul își dă singur, clar și cu voce tare, instrucțiuni; și își va comenta acțiunile.
4. La cel de-al patrulea pas, copilul va repeta, în șoaptă, instrucțiunile.
5. La ultima etapă, copilul va desfășura o autoinstruire însoțită de instrucțiuni și comentarii.

Se demonstrează destul de efectivă, în combinație cu alte terapii, *medierea artistică*. Această terapie formează condiții pentru: dezvoltarea și menținerea capacității de concentrare a atenției (ascultarea activă a muzicii); dezvoltarea stimei față de alții, comunicând cu aceștia prin intermediul muzicii și a dialogului pe cale orală.

Meloterapia, ca formă specifică de psihoterapie prin mediere artistică, se include în proiectul personalizat de susținere psihologică și psihopedagogică. Prin muzică, orice copil are posibilitatea să cunoască diferite moduri de exprimare, poate simți intensitatea emoțiilor și flexibilitatea lor. În acest mod, el își poate întări încrederea în sine, poate învăța să fie deschis și receptiv față de cei din jur. Datorită terapiei prin mediere artistică, indiscutabil, copiii învață să-și exprime mai ușor, pe cale nonverbală, prin intermediul muzicii, sentimentele, dorințele, problemele, conflictele; învață să găsească alternative, să descopere și să perceapă modalitățile verbale și nonverbale de exprimare, ceea ce va duce la stabilizarea „Eului”, la creșterea stimei de sine, la o atitudine pozitivă față de sine. Noi am promovat forma receptivă a terapiei prin muzică, terapie care presupune ascultarea muzicii influențând copilul, provocându-i reacții emoționale și fizice.

Programul pentru reducerea simptomelor ADHD-ului a prevăzut și unele combinații dintre muzică și terapia prin mișcare, pentru că transmiterea impulsurilor motrice prin muzică ajută la îmbunătățirea controlului motrice. De aceea în complexul propus, am folosit modelul elaborat de G. Orff (1963), care are, la bază, ideea că, împreună cu copilul, se creează un „mod muzical”, în cadrul căruia el poate să se exprime, poate practica și audia muzica. În cadrul primei întâlniri, se stabilește legătura de încredere cu copilul. Primii pași ai terapiei trebuie să includă o observare exactă a reacțiilor vizuale, acustice și sociale ale copilului la stimuli. Observarea acestor reacții se face cu scopul de a stabili un plan individual de terapie, care să fie compatibil cu nevoile copilului. Începând cu cea de-a doua ședință terapeutică, la sigur, copilul se va simți deja familiarizat cu mediul și cu materialul propus pentru lucru. Datoria terapeutului este de a menține o anumită tensiune pozitivă, de a crea un mediu interesant, în care, elementelor deja cunoscute, li se vor adăuga altele noi. Pe parcursul viitoarelor ședințe, psihologul, pedagogul se vor orienta în funcție de rezultatele ședințelor anterioare și ei trebuie să observe atent evoluția copilului pe parcursul fiecărei ședințe, pentru a putea planifica pașii pe care îi va parcurge în ședința următoare. Părintele, pedagogul, psihologul pot propune unele metode noi, prin folosirea unor combinații terapeutice.

Stimularea capacităților și a potențialului copilului este unul din cele mai importante scopuri ale terapiei complexe. După părerea noastră, programul nu va avea efect pozitiv, dacă, în el, nu vor fi incluse activitățile de intervenție psihomotorie.

În complexul terapeutic propus, am folosit *modelul intervenției psihomotirii*, care prevede *training-ul comportamental* pentru modelarea impulsurilor, scăderea hiperactivității și se realizează în șase faze:

1. *Prima fază* include acțiuni motrice simple, care, la copiii hiperactivi, stimulează, de cele mai multe ori, sistemul vestibular deficitar (*sistem senzorial, care controlează mișcările corpului și orientarea în spațiu*). Aceste stimulări vestibulare au, ca rezultat, o scădere considerabilă a hiperactivității și o creștere a capacității de concentrare a atenției. „Atunci când copiii hiperactivi arată preferințe pentru diverse mișcări ale corpului, rostogoliri, sărituri, legănări, cu o intensitate deosebită, ei nu fac nimic altceva decât să-și stimuleze sistemul vestibular deficitar, care răspunde, în cazul lor, doar la aceste impulsuri exagerate”, E. J. Kiphardt, 1989. Copilul hiperactiv se va putea manifesta liber, nefiind supus limitelor impuse de ceilalți. Libertatea de mișcare și acțiune din cadrul activităților motrice vestibulare duce la preluarea inițiativei de către copil în a-și planifica mișcările în direcția satisfacerii curiozității tipice copilăriei.

2. *Dezvoltarea capacității de coordonare a mișcării.* Această fază cuprinde canalizarea și structurarea treptată a activității motrice a copilului (a mișcării pînă atunci nelimitate). Trecerea la această fază se face într-un mod lent, progresiv și, în nici un caz, prematur, presupunînd, din partea terapeutului, o observare atentă a comportamentului infantil. Obiectivul acestei faze este de a-i sugera copilului că deține capacitatea de a-și înăbuși impulsul și că își poate controla și coordona mișcările. Copilul va învăța să-și conducă, imaginar, corpul cu ochii închiși într-o încăpere, fără să deschidă ochii în timpul exercițiilor. Acest exercițiu de învățare a controlului asupra propriilor mișcări, ca prim pas în autocontrol, poate fi integrat în jocurile simple de mișcare.

3. *Faza a treia vizează îmbunătățirea puterii de concentrare a copilului,* avînd ochii închiși. În această fază, se va antrena, în primul rînd, simțul tactil. Acest lucru se face cu ochii închiși, copilul începînd, astfel, să perceapă stimulii prin intermediul simțului acustic și al celui tactil. În cadrul exercițiului, se va pune accentul, mai întîi, pe simțul tactil. Apoi, se va introduce experimentarea spațiului, prin atingerea unor puncte din încăperea în care se lucrează, mergînd „în patru labe” sau normal, dar cu ochii închiși. La începutul acestei faze, activitățile motrice vor fi combinate cu activitățile de percepție (experiențele anterioare).

4. *Faza a patra vizează antrenarea atenției vizuale.* Atenția vizuală va fi antrenată prin stimuli externi, dar și cu ajutorul motivației intrinseci a copilului. Antrenarea atenției vizuale începe după o perioadă de relaxare, deoarece activitatea fizică din faza anterioară poate influența negativ, mai ales, în cazul copiilor hiperactivi, capacitatea de percepție pe cale vizuală.

5. *Faza a cincea vizează depășirea impulsivității.* În această fază folosim următoarea formulă: „*Stop!, UITĂ-te! ASCULTĂ! GÂNDEȘTE-te!*”. Cu ajutorul acestei formule, copiii hiperactivi reușesc să-și planifice acțiunile și strategiile într-un mod acceptabil. La primirea comenzii „STOP”, copiii învață să facă o pauză în mișcările lor sau să reflecteze asupra situației. Semnalul „UITĂ-TE” îi va stimula pe copiii hiperactivi ca, după această pauză, să se concentreze asupra percepțiilor optice. La enunțarea comenzii „ASCULTĂ”, copiii vor fi atenți. La enunțarea comenzii „GÂNDEȘTE-TE”, copiii vor trebui să realizeze încă o dată asupra situației. Se urmărește fixarea formulei: „STOP!, UITĂ-TE! ASCULTĂ! GÂNDEȘTE-TE!” în memoria copilului. La începutul fazei a cincea, formula trebuie repetată de către copil cu voce tare sau șoptită, iar după o anumită perioadă de exersare, va fi repetată de copil doar în minte.

6. *Atingerea nivelului de autodisciplină,* prin intermediul activităților sportive, fizice. În faza anterioară, s-a ajuns deja la controlul impulsului și la planificarea acțiunilor. În faza a șasea, se vor practica activitățile sportive după interesele copilului hiperactiv. Colaborarea și comunicarea permanentă dintre copilul hiperactiv, familia acestuia și pedagogul pe parcursul

întregii terapii, stă la baza succesului intervenției. Obiectivul terapiilor care includ stimularea psihomotricității este orientat spre a oferi copilului sentimentul responsabilității acțiunii sale motrice. Copiii cu sindromul ADHD, din punct de vedere motrice, au un șir de particularități: mișcărilor sunt prea rapide și prea numeroase; prezintă un exagerat impuls verbal (hiperactivitate verbală); performanțele motricității fine sunt nesatisfăcătoare; controlul impulsului și organizarea acțiunilor sunt deficitare; neputința înăbușirii impulsului. Toate aceste particularități sunt observate în experimentul de constatare și au stat la baza terapiei prin mișcare, în cadrul careia copilul cu sindromul ADHD a fost stimulat să-și activeze și să-și folosească propriul potențial de vindecare, ceea ce îl ajută la îmbunătățirea imaginii de sine, a acceptării de sine, a autonomiei și a conștientizării celor trăite. Paralel cu intervențiile speciale orientate spre formarea capacităților de controlare și coordonare a mișcărilor, emoțiilor, comportamentului, am folosit un șir de activități logopedice, care prevăd susținerea acestor funcții, dar, totodată, promovarea acțiunilor de corecție a limbajului (exerciții pentru respirație, coordonarea mișcărilor, echilibrarea emoțiilor etc.)

Programul de intervenție include și terapia medicamentoasă, formă de terapie des folosită în cazul sindromului ADHD. Terapia medicamentoasă are o lungă tradiție în țări precum: SUA sau Germania, chiar dacă aplicarea tratamentului medicamentos la copiii cu sindromul ADHD este privită în mod critic. Comportamentul hiperactiv este o problemă medicală și, în același timp, psihosocială. Astfel, tratamentul medicamentos poate să reprezinte o necesitate, iar stabilirea aplicării tratamentului medicamentos este individuală. Abuzul medicamentos prezintă un pericol pentru copiii cu sindromul ADHD, iar susținerea altor tipuri de tratament cu cel medicamentos, deseori, este cel mai eficient. În acest context, tratamentul medicamentos este recomandat ca măsură complementară de terapie, care vine în sprijinul copilului cu ADHD și al mediului acestuia, în vederea rezolvării conflictelor și a problemelor existente. Tratamentul medicamentos în terapia copiilor ADHD are rolul de a reduce neliniștea motorie, activitatea motorie excesivă și de a îmbunătăți comportamentul social și capacitățile intelectuale de învățare ale copilului cu ADHD. Noi promovăm ideea că terapia ADHD-ului, trebuie însoțită de intervenții psihopedagogice, logopedice, etc., dar și susținute la nivel medicamentos în situații indicate.

Experiența de lucru cu această categorie de copii ne-a demonstrat că medicația specifică este, în general, utilă în tratarea hiperactivității. În tratamentul medicamentos, sunt folosite doze mari de diferite vitamine, regim alimentar specific, hidroterapia, masajul și agenții medicamentoși (Metilfenidat (MPH), (exemple: Ritalin, Metadat, Concerta); Amfetaminele

(exemple: Dexedrine, Dextrostat)). Nu mai puțin necesare, pentru psihocorecția ADHD-ului, sunt activitățile pedagogice.

Programul complex propus ține cont de nivelul scăzut al performanțelor copiilor cu sindromul ADHD și, astfel, cuprinde un șir de acțiuni de influență pedagogică:

1. Reducerea factorilor disturbatori în clasă, prin așezarea unor elevi „liniștiți” în preajma elevului cu sindromul ADHD (elevii mai energici, mai activi, în timpul orelor, trebuie așezați la o anumită distanță de copilul cu sindromul ADHD);
2. Rezervarea unor spații speciale în clasă, unde copilul cu sindromul ADHD se poate mișca fără a deranja pe ceilalți;
3. Practicarea unor strategii eficiente de rezolvare a problemelor (situații conflictuale cotidiene).
4. Formularea, cu claritate și într-un mod simplu, a intervențiilor și a exigențelor.
5. Situarea capacităților și a aptitudinilor elevului cu sindromul ADHD pe primul plan în timpul desfășurării activităților.
6. Evitarea ironizării elevului și a folosirii afirmațiilor care se referă la persoana lui („eu cred că e mai bine așa!”, „părerea mea este că...”).
7. Redarea sarcinilor de lucru suplimentare.
8. Asigurarea cu materiale de învățare bine structurate, practicarea repetării sistematice și în cantități mici a materialului, pentru o asimilare optimă a acestuia.
9. Împărțirea și învățarea materialului în cantități mici, care nu necesită perioade îndelungate de concentrare.
10. Prezentarea unor imagini din materialul pentru învățare, ce poate spori interesul copiilor pentru studiu și poate ușura procesul învățării.
11. Crearea unui mediu liniștit și fără stimuli externi, care să distragă atenția copilului;
12. Stabilirea regulilor stricte în legătură cu modul, timpul și locul în care se vor face temele.
13. Stabilirea, în prealabil, împreună cu copilul, a cantității materialului care trebuie învățat sau scris.
14. Repetarea celor învățate la anumite intervale de timp.
15. Prezentarea bine organizată a materialelor de studiu.
16. Promovarea unor metode mai eficiente de învățare (vizuale, acustice, etc.).
17. Planificarea pauzelor suplimentare.
18. Implicarea părinților sau a unei persoane neutre în procesul educațional.
19. Managementul timpului, respectând vârsta copilului.
20. Evitarea vizionării programelor la televizor și a folosirii jocurilor la calculator.

Pedagogii, în procesul formării pentru implementarea programului de intervenție, au fost asigurați cu un șir de recomandări metodice pentru optimizarea procesului instructiv-educativ al copiilor cu ADHD, organizarea și realizarea terapierilor psihopedagogice. Procedurile folosite pentru terapie și corecție a copiilor cu ADHD au avut, cu preponderență, caracter individual, fiind realizate de psihoneurolog (doctorandă), pedagogi, psihologi, școlari, părinți. Terapiile de grup, deseori, s-au efectuat în prezența părinților cu ajutorul pedagogilor. După parcurgerea perioadei alocate experimentării obiectivelor stabilite de programul de intervenție, școlarii cu sindromul ADHD li s-au aplicat aceleași instrumente de evaluare ca și în situația experimentului de constatare, comparându-se rezultatele dintre starea inițială și cea ulterioară aplicării programului. Pe baza analizei statistice, cantitative și calitative și a interpretării datelor obținute, s-a constatat nivelul reușitei experimentului și verificarea ipotezelor.

3.3. Rezultatele implementării modelelor de intervenție

O dată construite cele patru modele experimentale, s-a încercat să se realizeze o evaluare cât mai complexă a acestora, din cât mai multe perspective și în cât mai multe contexte posibile, încercînd să se confirme sau să se infirme premisele inițiale că terapia complexă diminuează și ameliorează, semnificativ, simptomatologia sindromului ADHD. Pentru stabilirea eficienței fiecărui model în parte, am asigurat evaluarea lor cu un șir de metode folosite în procesul evaluării de constatare. Principiul de bază al alegerii testelor de evaluare a fost completarea între ele pentru compensarea insuficienței fiecărui test luat în parte și abordarea rezultatelor din diferite unghiuri și din diferite perspective. Între aplicarea diferitelor probe, s-au fixat unele mici pauze din cauza vîrstelor mici ale subiecților, dar și datorită hiperactivității excesive a unora dintre copii. Majoritatea evaluărilor sunt individuale și realizate cu implicarea părinților, pedagogilor, psihologilor și coordonate de către doctorandă.

Pentru evaluarea rezultatelor influenței diferitor modele terapeutice, am oferit următoarele instrumente:

- a) evaluarea realizată de părinți și de profesori cu ajutorul scalei Vanderbilt;
- b) cercetarea sferei psihomotrice (perioadele de latență la stimulii optici, auditivi, timpul reacțiilor motorii, intensitatea tremorului dinamic și static);
- c) evaluarea particularităților atenției (viteză, concentrare, transfer);
- d) evaluarea memoriei cifrelor la subscală a WISC-IV;
- e) evaluarea disfuncțiilor cognitive (inhibiție, planificare, flexibilitate, interferență);
- f) evaluarea particularităților de personalitate (anxietate, afectivitate, conflict);
- g) evaluarea manifestărilor emoționale (scala de evaluare a manifestărilor emoționale).

Prezintă interes rezultatele evaluării personalității în urma influenței complexului de terapii. Conform datelor din Tabelul 3.1 și Figura 3.1, fiecare terapie are influență pozitivă în ameliorarea simptomelor ADHD. Influența medicamentoasă, de sine stătător, micșorează unii indici nesemnificativ ($p > 0,05$). Terapiile psihologice, pedagogice, logopedice au un efect mult mai palpabil și diminuează, evident, simptomele de anxietate, agresivitate, conflict, neîncredere. Pentru aceste variabile, schimbările sunt semnificative ($p < 0,01$).

Paticularitățile de personalitate și relațiile interpersonale testate prin metoda „Casă. Copac. Om”, sunt deosebit de calitative în urma influenței tuturor terapiilor în complex. Influența terapiilor în complex, integrat reduce semnificativ nivelul anxietății, ale neîncrederii în sine, ale sentimentului inferiorității etc. ($p < 0,01$). Terapiile promovate ameliorează schimbările de personalitate la copiii cu sindromul ADHD, dar nu ajung pînă la cele stabilite la copiii cu DN. Pentru aceasta, este nevoie de insistență și timp.

Tabelul 3.1. Valorile medii la scala „Casă. Copac. Om” pentru modelele experimentale

Variabile	GC	GTM	GPTLF	GCI
Lipsa de apărare	10,77	9,11	8,06	6,52
Anxietate	13,94	11,72	9,22	7,27
Neîncredere	12,77	10,66	8,78	6,38
Sentimentul inferiorității	7,44	6,42	5,07	4,39
Agresivitate	14,00	13,05	10,01	8,14
Conflict, frustrare	13,94	12,88	9,14	7,28
Dificultăți de comunicare	10,72	9,11	7,14	6,02
Depresie	5,77	5,64	4,90	4,48

Ilustrarea rezultatelor în Figura 3.1 ne demonstrează că, în terapia sindromului ADHD, avem nevoie de intervenție complexă polimodală pentru frînarea acestei tulburări.

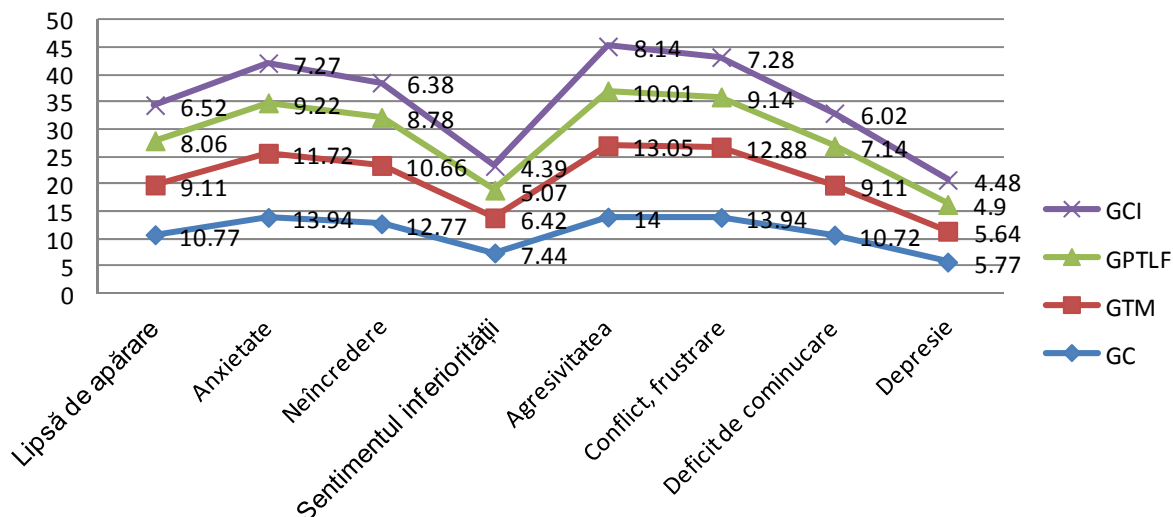


Fig. 3.1. Valori medii la scala "C.C.O" pentru modelele experimentale

Rezultatele denotă diminuarea simptom-complexelor după terapiile promovate, dar, mai cu seamă, atunci când ele sunt aplicate integrat, în complex. Diferențe semnificative pozitive sunt caracteristice pentru toți indicii măsurați atunci când sunt implementate terapiile în complex. În acest caz, diferențele și semnificația este următoarea: lipsă de apărare: $t=4,26$; $p<0,01$; anxietate: $t=4,62$, $p<0,01$; neîncredere în sine: $t=3,47$, $p<0,01$; sentimentul inferiorității: $t=2,91$, $p<0,01$; agresivitate: $t=-2,71$, $p<0,01$; conflict / frustrare: $t=-3,44$, $p<0,002$; dificultăți de comunicare: $t=-3,14$, $p<0,03$; depresie: $t=3,83$, $p<0,02$. Aceste date, încă o dată, ne vorbesc despre o diferență considerabilă pozitivă dintre grupele de copii care au participat la program și grupul de control. Schimbările de personalitate, în special, după implicarea în terapii complexe, arată că, efectiv, copiii au devenit mult mai comunicativi, au o mai mare încredere în sine, pot să-și coordoneze și să-și planifice activitățile, sunt mai puțin supuși frustrării, anxietății.

Sunt afirmate aceste schimbări și prin rezultatele obținute ca urmare a aplicării scalei manifestărilor emoționale. Prelucrarea și procesarea datelor din Tabelul 3.2 demonstrează că scorurile obținute diferă în experimentul de constatare și în experimentul de formare. În ceea ce privește scala excitabilității, vedem că valoarea calculată pentru grupurile experimentale este mult mai mică ($p<0,01$). Trebuie să subliniem că excitabilitatea se micșorează în urma influenței medicamentoase $t= 3,6$, ($p<0,01$), dar, semnificativ, diminuează acest simptom sub influența terapiilor psihopedagogice și, mai cu seamă, a implicării în complex a tuturor terapiilor.

În ceea ce privește scala „agresivitate”, valorile calculate pentru cele două grupuri (control și influența) medicamentoasă demonstrează o diferență semnificativă. Sunt

semnificative diferențele între grupul de control și grupul cu influențe medicamentoase și la scala plîngăreț ($p < 0,01$).

Astfel, putem conluziona că terapiile medicamentoase micșorează excitabilitatea, agresivitatea și plaxivitatea, rămînînd aproape neschimbate celelalte manifestări emoționale. În ceea ce privește valorile calculate pentru grupele de control și de influență a psihoterapiilor cu formarea părinților, pedagogilor și a acțiunilor acestora sunt mai mici, arătând că există o diferență semnificativă între cele două grupuri. Totodată, unele scoruri rămîn schimbate nesemnificativ la scala „vesel”, „susceptibil”, „blînd”, $p > 0,05$. Putem relata că influența întregului complex de terapii este mult mai mare, provocînd diferențe semnificative între grupuri în ceea ce privește scorurile obținute la această scală. Însă, după cum observăm din Figura 3.2, rămîne neschimbată și sub influența întregului complex de terapii, manifestarea emoțiilor - vesel, blînd, susceptibil. Deci toate terapiile în complex, propuse pentru tratamentul sindromului ADHD, aduc schimbări pozitive în scalele: excitabilitate, capricios, timid, încăpățînat, agresiv, nerăbdător - simptome caracteristice tulburării ADHD.

Tabelul 3.2. Manifestările emoționale în modelele experimentale

Manifestările emoționale	GC	GTM	GPTLF	GCI
Excitabil	4,9	3,6	3,2	2,5
Capricios	3,8	3,7	2,9	2,0
Timid	1,4	1,4	0,8	0,5
Plîngăreț	1,7	0,9	0,7	0,5
Răutăcios	3,3	3,0	2,6	1,8
Vesel	1,6	1,5	1,5	1,6
Gelos	2,1	2,0	1,4	0,9
Susceptibil	2,3	2,1	2,0	1,8
Încăpățînat	4,2	3,9	3,1	2,2
Dur	0,09	0,09	0,05	0,0
Blînd	1,4	1,5	1,4	1,6
Compătimitor	1,08	1,1	1,3	1,3
Înfumurat	2,8	2,7	1,9	1,1
Agresiv	4,2	3,5	3,0	2,1
Nerăbdător	4,8	4,4	3,6	2,8

Astfel, tabloul clinic și psihologic prezentat ne vorbește despre o mare posibilitate a complexului de terapii propuse pentru ameliorarea simptom-complexelor stabilite în cazul ADHD.

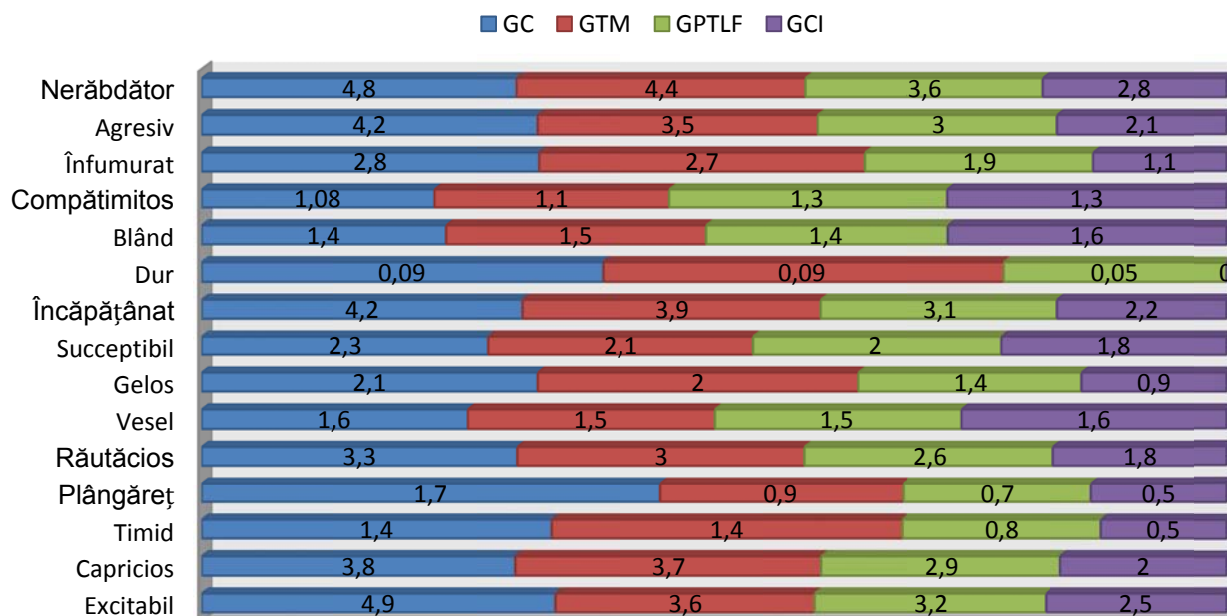


Fig.3.2. Manifestările emoționale în modelele experimentale

Luând în considerație frecvența și intensitatea simptomelor psihomotorii caracteristice tulburării ADHD, în complexul de terapii, am promovat și măsuri care au influență directă asupra acestei sfere. Pentru a stabili influența acestor măsuri între grupul de control și cel experimental, am măsurat aceiași indicatori ca și în procesul de constatare, relațiați în Tabelul 3.3.

Tabelul 3.3. Valorile sferei psihomotorii pentru modelele experimentate

Valorile sferei psihomotorii	GC	GTM	GPTLF	GCI
Timpul reacției optico-motorii	391,9	382,5	310,7	283,5
Timpul reacției audio-motorii	438,6	420,7	391,4	364,9
Timpul reacției psihomotorii simple	305,4	297,6	282,2	274,6
Timpul reacției psihomotorii compuse	676,3	659,8	602,4	584,4
Numărul reacțiilor psihomotorii simple	51,6	53,5	58,7	59,8
Numărul reacțiilor psihomotorii compuse	22,5	23,9	26,9	28,4
Tonusul muscular	35,7	34,3	28,5	29,3
Tremorul static	26,6	25,3	22,2	18,5

Tremorul dinamic	38,7	36,4	31,4	30,2
------------------	------	------	------	------

Analiza statistică (Tabelul 3.3) a datelor a scos în evidență prezența diferențelor la probele de măsurare a psihomotricității. Programul de recuperare a influențat, esențial, asupra dezvoltării tuturor proceselor psihomotirii ale copiilor cu sindromul ADHD. Schimbările survenite în particularitățile sferei psihomotorii ale copiilor cu sindromul ADHD au fost confirmate de către pedagogi și părinți, a căror opinie cu privire la aceste schimbări sunt pozitive. Ei ne-au relatat că, în linii generale, copiii au devenit mai coordonați în mișcărilor lor, au dispărut multe mișcări inconștiente, s-a schimbat ritmul mișcărilor etc. În ceea ce privește valorile calculate pentru două grupuri de control și de influență medicamentoasă, am stabilit schimbări mici, ceea ce înseamnă că nu există o diferență semnificativă între cele două grupuri în ceea ce privește scorurile obținute la aceeași scală. Influențele medicamentoase ameliorează puțin indicii psihomotricității, dar aceste schimbări nu sunt semnificative ($p > 0,05$). În urma prelucrărilor statistice realizate, am observat clar că există diferențe semnificative între evaluările grupei de control și grupele în care au fost pregătiți părinții și profesorii, s-a influențat cu terapii psihopedagogice și logopedice. Dacă privim cu atenție rezultatele obținute (Tabelul 3.3), vom constata că: se micșorează timpul reacțiilor la stimulii optici și auditivi; devine mai mic atât tremorul static, cât și cel dinamic; se mărește numărul reacțiilor psihomotorii și, în paralel, se micșorează timpul unei reacții; se stabilește o tendință continuă de micșorare a tonusului muscular. Astfel, datele demonstrează că problemele frecvente, pe care le întâmpină un copil hiperactiv, diagnosticat cu sindromul ADHD, pot fi hotărâte cu ajutorul acțiunilor propuse. Terapiile implementate micșorează numărul impulsurilor motorii, o situație deosebit de dificilă pentru copiii cu sindromul ADHD. Între grupele de control și grupul de influență a terapiilor în complex există diferențe semnificative; timpul reacțiilor optico-motorii ($t = -6,089$; $p < 0,01$), audio-motorii ($t = -4,597$, $p < 0,01$), timpul reacțiilor motorii simple ($t = 3,379$, $p < 0,02$), timpul reacțiilor motorii compuse ($t = -3,594$, $p < 0,01$), numărul reacțiilor psihomotore simple ($t = 4,164$, $p < 0,001$), numărul reacțiilor psihomotore compuse ($t = -4,34$, $p < 0,001$), tonusul muscular ($t = 3,62$, $p < 0,01$), tremorul dinamic ($t = 3,84$, $p < 0,01$), tremorul static ($t = 4,68$, $p < 0,01$). Aceste date ne vorbesc despre importanța mediului organizat pentru copiii cu sindromul ADHD și despre terapiile în complex, care au influențat destul de pozitiv toți indicii psihomotricității. Acest fapt este ilustrat în Figura 3.3.

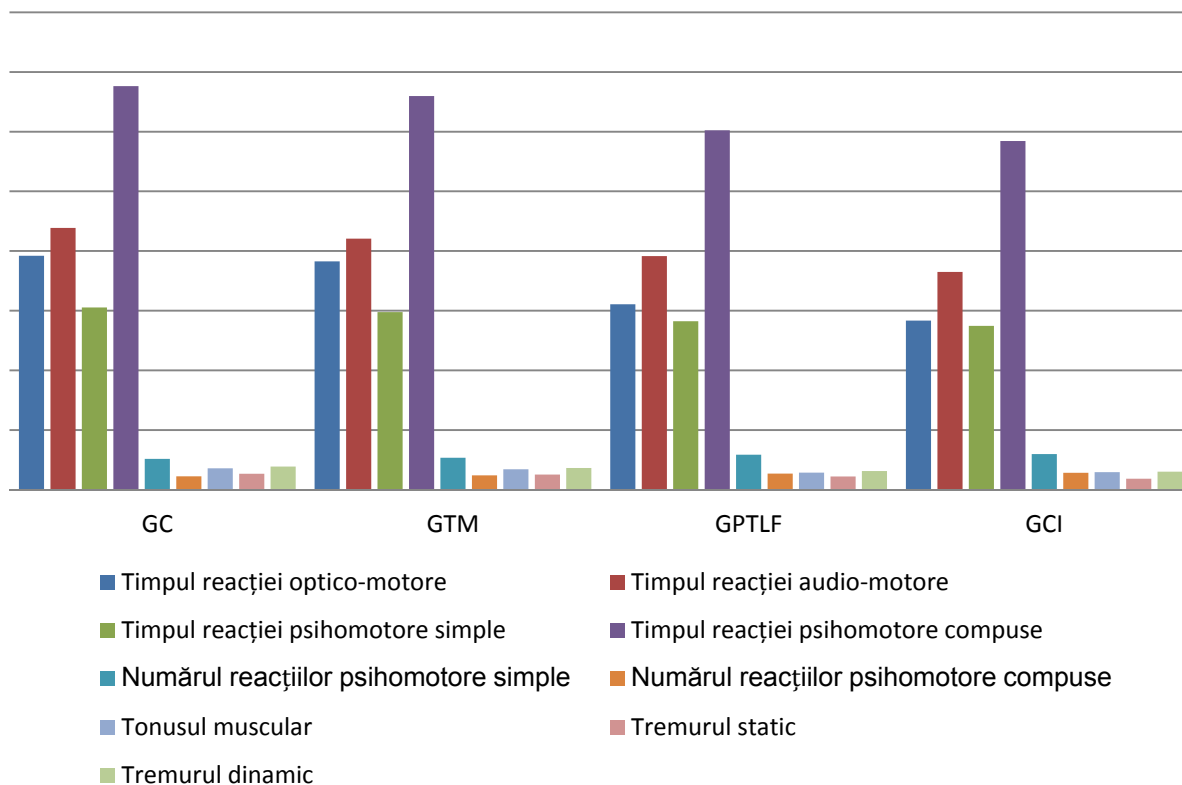


Fig.3.3. Valorile sferei psihomotorii pentru modelele experimentate

În concluzie, putem constata că manifestările comportamentale concrete ale copilului cu sindromul ADHD diferă în mod semnificativ în mediul în care sunt implementate programe corecte de intervenție și prevenire a tulburării. Prin urmare, diferențele semnificative în ce privește valorile motricității la copiii cu sindromul ADHD confirmă că această formațiune psihică este deficitară la copiii cu ADHD, însă terapiile complexe, corect realizate, pot diminua, semnificativ, schimbările atestate.

Pentru a aprecia eficacitatea programului de intervenție psihopedagogică în activitatea copiilor cu sindromul ADHD, am evaluat și unele variabile care au avut nivel mai scăzut la acești copii. Una din acestea este memoria de lucru, măsurată cu scala „memoria de lucru”VISC-IV. Memoria de lucru la copiii cu sindromul ADHD este mai mică și constituie 94,2, $p < 0,01$, spre deosebire de copiii cu DN. Schimbările acestei variabile sub influența terapiilor propuse de program sunt demonstrate în Tabelul 3.4:

Tabelul 3.4. Valorile memoriei de lucru în modelele experimentate

Variabile	GC	GTM	GPTLF	GCI
Memoria cifrelor	94,4	94,8	96,6	97,1
Secvențe litere, cifre	95,1	95,7	97,2	97,5
Aritmetica	93,5	94,4	96,8	97,7
Memoria de lucru	94,2	94,9	96,4	97,6

Analiza rezultatelor ne demonstrează că terapia medicamentoasă nu schimbă, semnificativ, memoria de lucru. Diferențele sunt foarte mici dintre grupul de control și grupul implicat în experimentul de formare, $p=0,2$; memoria de lucru se mărește semnificativ $p<0,05$, sub influența terapiilor psihopedagogice, a optimizării formării profesionale a părinților și a pedagogilor în problema copiilor cu sindromul ADHD, sub influența intervențiilor logopedice. Valorile calculate pentru eșantioanele: grupul de control și grupul aflat sub influența terapiilor complexe, demonstrează o diferență semnificativă între cele două grupuri în ceea ce privește scorurile obținute la această scală. Prezentarea grafică (Figura 3.4) confirmă eficacitatea terapiilor propuse pentru mărirea memoriei de lucru, demonstrând că, în activitatea copiilor cu sindromul ADHD sunt necesare influențe terapeutice complexe polimodale.

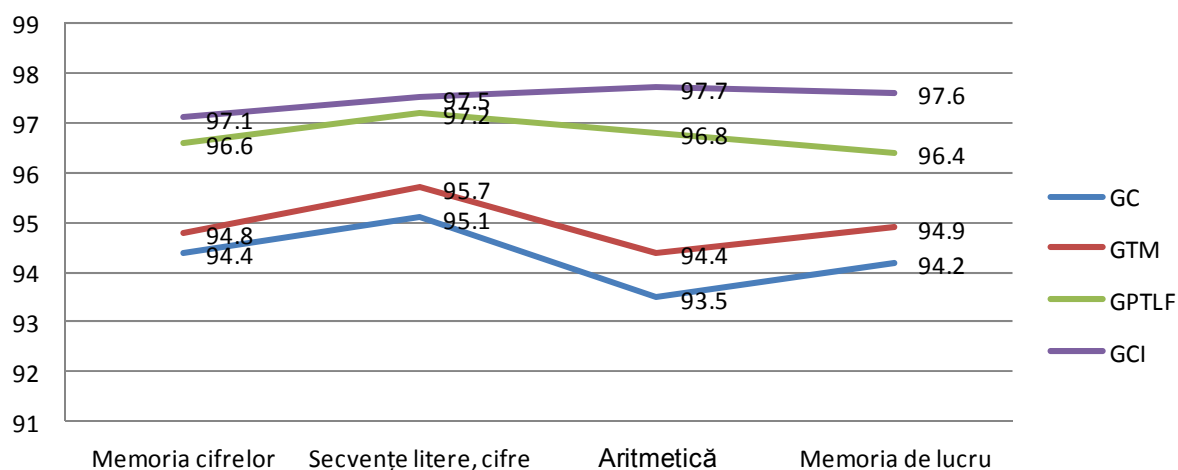


Fig. 3.4. Valorile memoriei de lucru în modelele experimentate

În cercetarea de constatare, am observat că, la copiii cu sindromul ADHD, semnificativ joase sunt valorile funcțiilor executive. Astfel, am măsurat valorile funcțiilor executive și am stabilit influența diferitor terapii asupra acestora.

În Tabelul 3.5, sunt prezentate rezultatele la un șir de probe care examinează valorile funcțiilor executive în diferite condiții de influență terapeutică.

Tabelul 3.5. Valorile funcțiilor executive pentru modelele experimentate

Proba	GC	GTM	GPTLF	GCI
1. „Stroop-ul”				
corecte lista 1	35,8	37,4	42,7	44,5
corecte lista 2	23,6	22,5	27,1	28,6
erori lista 1	1,8	1,9	1,5	1,1
erori lista 2	3,8	3,7	2,2	1,44
2. „Statuia”				
scor 1 (corect)	22,3	28,8	3,64	47,4
scor 2 (corect)	18,5	22,5	25,1	32,2
scor total	20,3	26,4	29,9	40,1
3. „Turnul Londrei”				
itemii corect rezolvați	13,5	14,1	16,6	17,4
4. „Fluența verbală”				
exemplare „da” numite	14,9	14,7	16,4	18,7
5. „Codajul”				
corect identificate	17,4	18,9	21,8	24,4
erori	0,34	0,31	0,29	0,14

După cum observăm din tabel, terapia medicamentoasă provoacă schimbări pozitive, însă ele sunt semnificative numai în cazul probei „Statuiei”. Posibil, tratamentul propus pentru copiii cu ADHD îmbunătățește controlul inhibitor, inhibiția și flexibilitatea atenției, dar nu are influențe semnificative ($p > 0,2$). Valorile calculate pentru cele două eșantioane (grupul de control și grupul unde s-a influențat cu un șir de terapii psihopedagogice, unde au fost formați părinții și pedagogii pentru activitatea cu copiii cu sindromul ADHD și unde s-a influențat cu terapii logopedice) arată existența diferențelor semnificative între cele două grupuri la toți indicii măsurați ($p < 0,05$).

Astfel, s-a dovedit că mediul de viață, influența părinților, organizarea eficientă a procesului educațional sunt condiții dominant pozitive ale succesului în tratamentul copiilor cu sindromul ADHD. Cele mai reușite rezultate se observă în eșantionul supus corecției cu un complex integrat de terapii. În această situație, terapiile propuse ameliorează controlul inhibitor, capacitatea de amânare a răspunsului imediat, susțin resursele atenționale, planificarea și flexibilitatea cognitivă.

Destul de impunător este demonstrat acest fapt în Figura 3.5 prin ilustrarea grafică a rezultatelor deținute în urma influenței programului polimodal asupra funcțiilor executive.

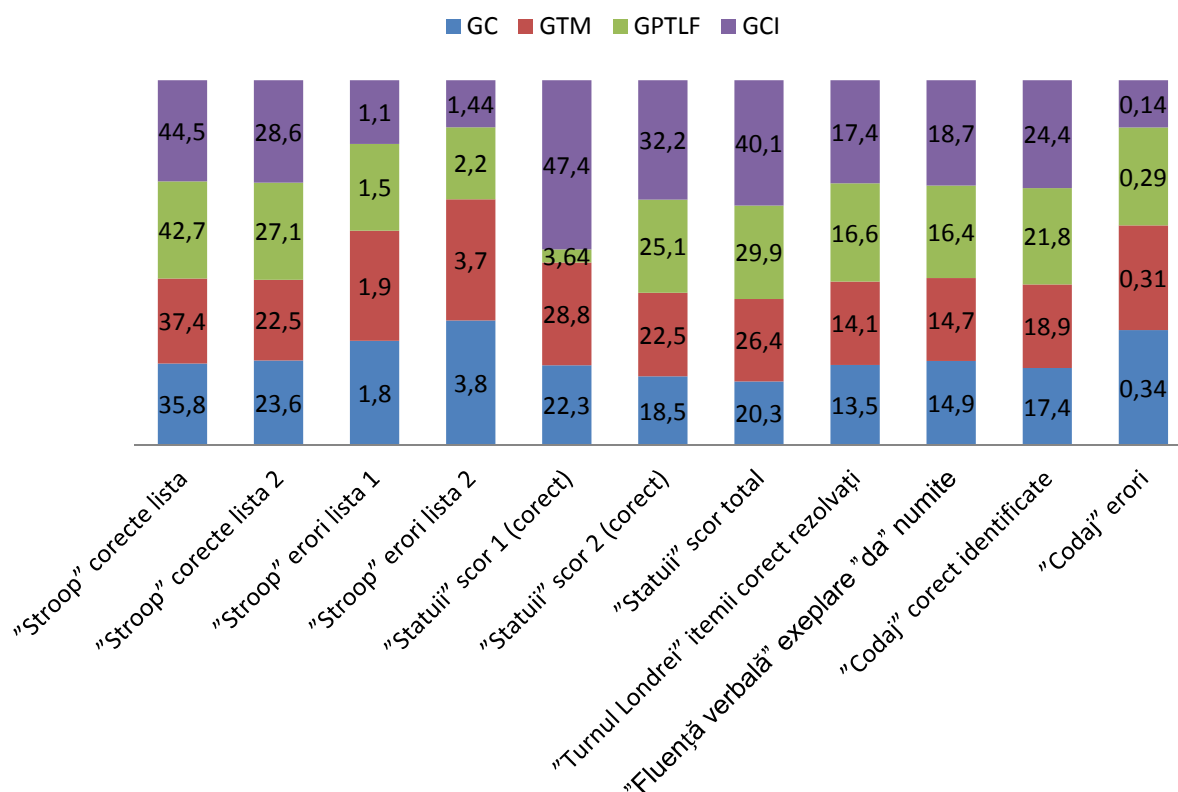


Fig. 3.5. Valorile funcțiilor executive pentru modelele experimentate

În complexul simptomelor caracteristice ADHD, deficitul atenției este unul de bază; astfel, promovând diferite terapii, ne-am străduit să le direcționăm și spre eficientizarea resurselor atenției. Multe probe folosite de noi pe parcursul evaluării atenției au devenit și mijloace de acțiune în complexul terapeutic. În Tabelul 3.6, sunt prezentate datele cu referire la influența diferitor terapii asupra însușirilor atenției.

Tabelul 3.6. Rezultatele influenței diferitor terapii asupra variabilelor atenției

Variabile	GC	GTM	GPTLF	GCI
Viteza	35,0	35,4	38,2	40,7
Concentrarea	0,84	0,86	0,91	0,95
Stabilitatea	1,43	1,46	2,04	2,86

Conform tabelului, valoarea calculată pentru cele două eșantioane (grupul de control și grupul terapiei medicamentoase) nu arată existența diferențelor semnificative ($p > 0,3$). Influența este pozitivă, însă ea este minimă. Diferențe semnificative am stabilit în viteza și stabilitatea

atenției. Scorurile obținute la evaluarea grupului de control și a grupului care a urmat terapii psihopedagogice, prin formarea părinților și pedagogilor, prin influența logopediei, sunt prezentate în tabel. Schimbările au caracter pozitiv și la scala „concentrarea atenției”, dar valorile lor sunt ne semnificative. Terapia complexă ameliorează semnificativ indicii atenției, $p < 0,01$, arătând un nivel satisfăcător al montării personalității și micșorării distragerii induse a atenției, stabilizează transferul ei.

După cum am demonstrat prin rezultatele cercetării, subiecții cu sindromul ADHD au mai frecvent tulburări emoționale decât copiii care nu suferă de această afecțiune, având permanente dificultăți în stabilirea de contacte sociale profunde, fiind respinși și stigmatizați de către anturaj, iar în domeniul școlar, au permanente eșecuri în ciuda abilităților deținute. Tulburarea evaluată are impact direct asupra calității atenției. Modelele curative s-au răsfrâns asupra însușirilor atenției, îmbunătățindu-le. Terapiile implementate au schimbat pozitiv rezultatele caracteristicilor atenției, ilustrate grafic (Fig. 3.6.).

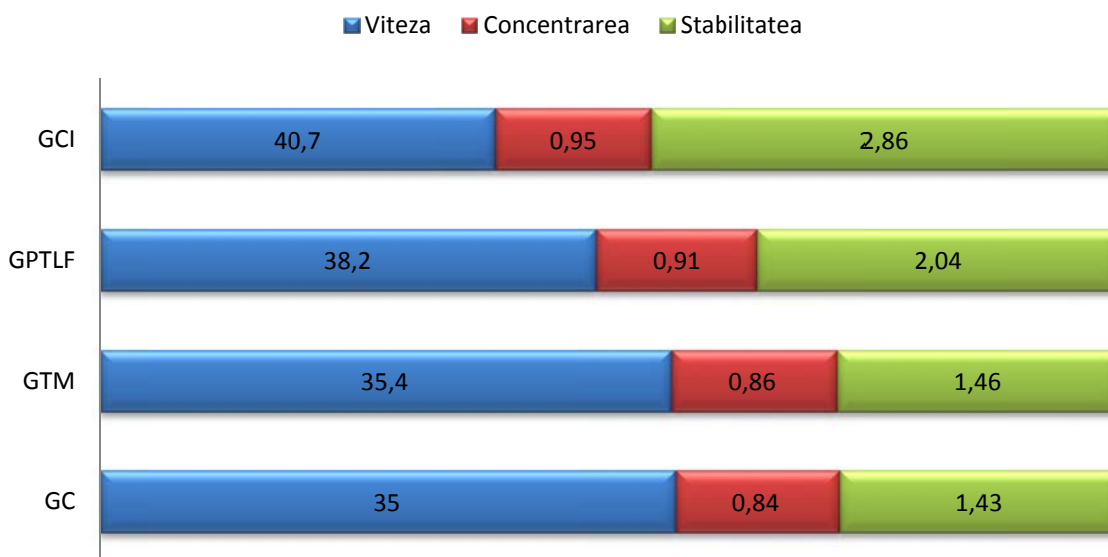


Fig. 3.6. Influența diferitor terapii asupra însușirilor atenției

Indicator deosebit de util, în cazul evaluării copiilor cu sindromul ADHD, se prezintă particularitățile comportamentului în diferite situații. Pentru analiza comportamentului realizat în situația influenței diferitor terapii, am folosit mai multe instrumente. Antecedentele și consecințele comportamentului s-au măsurat prin numărul de obiecte produse, frecvența și durata comportamentelor nerelaționale ș.a.

În Tabelul 3.7, demonstrăm rezultatele caracteristice pentru grupurile care au participat în experiment.

Tabelul 3.7. Caracteristicile comportamentului pentru modelele experimentale

Caracteristicile comportamentului	GC	GTM	GPTLF	GCI
Numărul de figuri realizate în 10 minute:				
- pătrate,	5,2	5,4	7,0	7,6
- triunghiuri,	3,3	3,6	5,4	6,8
-alte forme,	1,2	1,2	-	-
- total	9,7	10,2	12,4	14,4
Durata (din 10 minute) în care copilul este așezat pe scaun.	4,7	5,1	6,8	8,1
Durata ridicării copilului de pe scaun (din 10 minute).	5,3	4,8	3,2	1,9
Frecvența comportamentelor nerelaționale (în 10 minute).	12,4	10,8	5,9	4,1
Durata comportamentelor nerelaționale (în 10 minute).	6,7	5,9	3,4	2,7

Cea mai calitativă influență terapeutică o are terapia complexă. După cum observăm din Figura 3.6, comportamentul se stabilizează prin micșorarea frecvenței și a duratei acțiunilor nerelaționate. Probabil că influența acestor terapii aduce la apariția mai multor mecanisme neuropsihologice care ameliorează funcțiile inhibitorii prefrontale, disfuncția memoriei de lucru, a atenției selective, deficitul motor, deficiența statusului energetic și a trăsăturilor de personalitate.

Profesorii și părinții trebuie să înțeleagă faptul că dificultățile școlare la copiii cu sindromul ADHD se datorează, în primul rând, consecințelor comportamentale, prezentate prin simptome de neatenție, hiperactivitate sau impulsivitate, dar nu incapacității intelectuale.

Terapiile educaționale propuse în sistemul de psihocorecție sunt foarte utile pentru reducerea inabilităților la nivelul memoriei de lucru și al schimbării comportamentului. Astfel, putem conchide că există diferențe semnificative, $p < 0,01$; în ceea ce privește scorurile obținute de către cele două grupuri (de control și terapii complexe). Copiii cu sindromul ADHD înregistrează eșec în a se concentra asupra detaliilor, sunt neglijenți în efectuarea sarcinilor; activitatea lor este, deseori, dezorganizată, realizată fără un plan bine gândit în rezolvarea sarcinilor, trec de la o activitate la alta, fără să o termine, eșuează în a-și termina sarcinile, sunt ușor distrași de stimuli irelevanți și întrerup frecvent sarcinile în curs de desfășurare, pentru a se ocupa de lucruri banale, sunt uituci în activitățile cotidiene. Terapia complexă polimodală ameliorează majoritatea simptomelor sus-numite.

În baza analizei rezultatelor experimentului, putem conchide că diferențele între grupe sunt semnificative în ceea ce privește scorurile obținute de către copii după aplicarea complexului de terapii. Existența sindromului ADHD, imaturitatea și impulsivitatea specifice acestor copii se ameliorează mai puțin în urma terapiei medicamentoase cu semnificația de la $p > 0,2$, pînă la $p < 0,05$. Copiii cu sindromul ADHD au probleme în stabilirea de contacte autentice atît la școală, cît și în familie. Datorită impulsivității și chiar agresivității excesive, copiii sunt percepuți negativ de către colegi și chiar de către membrii familiei, sunt marginalizați și izolați. În acest context, deosebit de efective sunt terapiile psihopedagogice, formarea pedagogilor și a părinților pentru activitatea cu acești copii.

Terapiile aplicate în complex provoacă diferențe semnificative, schimbări pozitive în ce privește scorurile obținute de către grupele cu sindromul ADHD supuse acestor intervenții. Observațiile noastre, ale pedagogilor și ale părinților arată că terapiile complexe au schimbat spre bine multe comportamente ale copiilor cu ADHD. S-a ameliorat respectarea regulilor principale de conviețuire, s-au micșorat dificultățile în interacțiunile cu părinții sau cu profesorii, copiii au devenit mai disciplinați, ei își realizează mai sînguincios temele pentru acasă, respectă pauzele corespunzătoare, sunt mai puțin agresivi atît cu ai lor colegi, cît și cu profesorii, își controlează reacțiile și comportamentele în mediul familial, au mai puține conflicte cu părinții sau cu alte persoane adulte semnificative, precum și cu frații sau cu alte persoane din afara familiei, sunt mai puțin agitați. În urma implementării terapiilor complexe propuse, s-a micșorat agresivitatea copiilor cu sindromul ADHD, mult mai reduse au devenit tulburările de comportament, s-au micșorat crizele de furie, s-au îmbunătățit performanțele, s-a schimbat însușirea limbajului și capacitatea de a comunica verbal.

3.4. Concluzii la capitolul 3

1. Evaluarea complexă a oferit posibilitatea de a construi profilul psihologic al copiilor cu sindromul ADHD, iar în baza acestui profil, s-au elaborat modele de intervenție, care dezvoltă un șir de comportamente pozitive, în special, de autoreglare și control. Modelele de terapie propuse oferă părinților și pedagogilor abilități de interacțiune eficiente, potrivite pentru copiii care prezintă comportamente ADHD și îmbunătățesc interacțiunile dintre părinți, educatori și copii.

2. Sunt propuse modele de intervenție complexe pentru psihocorecția sindromului ADHD la școlarul mic:

- modelul de terapie medicamentoasă;
- modelul de psihoterapie, influență logopedică, de formare psihopedagogică a părinților și a pedagogilor pentru activitatea cu copiii afectați de sindromul ADHD;

- model complex integru, care include terapia medicamentoasă, psihoterapie, logoterapie, formare psihopedagogică a părinților și pedagogilor.

3. Pentru ameliorarea tulburării ADHD, demersul terapeutic este multidimensional incluzând un complex de tehnici psihoterapeutice eficiente așa ca: terapia relaxării, terapia cognitiv-compensatorie, stimularea psihomotorie, exercitarea respiratorie și multe alte terapii, deja controlate în parte, în terapia cu copiii și în abordarea particulară a hiperactivității cu deficit de atenție. Pe larg, pot fi folosite tehnicile exercițiilor de mișcare, de joc, segmente din gestaltterapie, muzterapie. Modelele de intervenție propuse sunt bine structurate și orientează spre ameliorarea comportamentului copilului cu sindromul ADHD prin mai multe contexte, iar beneficiarii acestor modele sunt copilul, părinții, pedagogii direct implicați în activitatea numeroșilor copii afectați de sindromul ADHD.

4. Rezultatele demonstrează că un copil diagnosticat cu sindromul ADHD obține rezultate mult mai bune în anumite condiții strict controlate și acest lucru se întâmplă atunci când sunt corect organizate intervențiile de psihocorecție. Nu putem conta numai pe terapia medicamentoasă, deși ea puțin ameliorează starea ADHD, este necesară implicarea terapiilor pedagogice, a psihoterapiilor, a intervențiilor logopedice, optimizarea formării părinților și a pedagogilor, eficientizarea procesului instructiv-educativ, care în complex devine condiția de bază în tratamentul copiilor cu ADHD.

5. Prin modelele terapeutice propuse, am dezvoltat, abilități speciale părinților, pedagogilor și copiilor în cauză, astfel încât, împreună, aceștia să devină capabili a rezolva o parte din problemele cu care se confruntă copilul sau, cel puțin, să le poată evita dacă e posibil.

CONCLUZII GENERALE

Prin cercetarea efectuată s-a valorificat, cu o viziune de ansamblu, problema școlarului mic cu ADHD și, în mod concludent, prin modelele de evaluare și psihocorecție a acestei tulburări.

1. Sindromul ADHD este considerat a fi una din cele mai prevalente tulburări ale copilăriei, care afectează de la 3% până la 10% din copiii de vîrstă școlară mică (American Psychiatric Association, 2000), prezentînd o afecțiune definită absolut prin comportament, cu vizibile caracteristici distribuite în mod continuu în mijlocul populației și fără să aibă un marker biologic specific, devenind o provocare pentru copil, familie, educatori, caracterizată prin limitarea inadecvată pentru vîrstă a atenției susținute, asociată cu impulsivitate și hiperactivitate.

2. Cele mai evidente dificultăți caracteristice copiilor cu sindromul ADHD se manifestă în procesul de adaptare la activitatea școlară, performanțele lor școlare nefiind la nivelul vîrstei și al capacităților lor intelectuale. Astfel, dacă problemele acestor copii nu sunt observate și nu se propune rezolvarea lor, ei vor prezenta performanțe școlare slabe, care nu reflectă inteligența și aptitudinile reale ale acestora.

3. Sindromul ADHD are un impact semnificativ asupra vieții de familie, a relațiilor sociale, a sănătății mintale, a achizițiilor academice și de muncă ale adultului, fiind o afecțiune cu multiple consecințe sociale, economice, medicale și în plan academic atît pentru pacient, cît și pentru familia sa, se impune problema abordării complexe a procesului de evaluare, pentru a determina modele efective de diagnostic și intervenție.

4. S-a conceptualizat, elaborat și implementat modelul complex de evaluare / diagnosticare a copiilor cu sindromul ADHD, care demonstrează importanța evaluării pe baza scalelor comportamentale, dar neapărat însoțită de evaluări complementare, care vizează aspecte psihologice semnificative.

5. Evaluările copiilor cu sindromului ADHD au stabilit unele comorbidități, care pot apărea pe parcurs la acești copii, iar cele mai ușor observabile se dovedesc tulburările de conduită, agresivitatea și comportamentul antisocial, anxietatea și chiar depresia. Comorbiditățile stabilite au un nivel nepronunțat, dar sunt mult mai frecvente decît la copiii în dezvoltare normală. Comorbiditatea puțin ridicată poate duce la creșterea riscului apariției problemelor emoționale și comportamentale, cărora sunt deja supuși acești copii.

6. În funcție de subtipurile dominante ale sindromului ADHD, s-a confirmat predominanța subtipului combinat, acesta fiind urmat de subtipul hiperactiv / impulsiv, consecință, probabil, a recunoașterii mai facile a acestor simptome decît a celor de neatentie.

7. Sunt stabilite noi particularități psihologice, caracteristice copiilor cu sindromul ADHD și consecințele acestora asupra formațiunilor reglatoare ale funcțiilor comportamentale centrale. Printre acestea sunt următoarele: timpul reacțiilor psihomotorii la stimuli optici și acustici, mult mai îndelungat; tremorul motoriu în stare statică și dinamică mult mai înalt; tonusul muscular, mult mai frecvent, rămas în stare de excitație; nivel mediu și jos al angajării funcțiilor executive; frecvența dificultăților de comunicare mai înaltă; memoria de lucru, comparativ, demonstrează valori mai joase; nivel scăzut de concentrare a atenției; procesarea informației în sarcinile cognitive mai lentă.

8. Datele demonstrează existența mai multor mecanisme neuro-psihologice, candidate în apariția noilor particularități caracteristice pentru ADHD. Printre acestea: deficitul funcțiilor inhibitorii, disfuncția memoriei de lucru și a atenției selective, deficitul motor sau de timing, deficiența statusului energetic sau a trăsăturilor particulare de personalitate etc. Cel mai important deficit al copiilor cu sindromul ADHD, probabil, ar fi dereglarea în funcționarea executivă, care, la rândul său, influențează nivelul general al inteligenței, aici referindu-ne la capacitatea de a lua decizii prompte, abilitatea de identificare și organizare a informațiilor relevante, la selectarea unor planuri de acțiune, la alegerea unor moduri și strategii de lucru, la acuratețea și viteza de reacție, la separarea, analiza și sinteza efectelor în cauză sau la monitorizarea soluțiilor.

9. Particularitățile de personalitate și mecanismele esențiale, derivate din structurile de bază ale dezvoltării copilului cu sindromul ADHD, sunt luate, ca bază, pentru elaborarea modelelor psihopedagogice corespunzătoare terapiei acestei categorii de copii.

10. Modelele psihopedagogice propuse nu tind a fi o formă rigidă, fixă de intervenții, dar trasează liniile generale de abordare, fiind deschise la adaptări conjuncturale, modificări sau îmbunătățiri, lăsând loc creativității și aportului personal al psihologului, al părintelui sau al cadrului didactic. Astfel, s-au propus diferite modele de influență terapeutică, în general, intervențiile clinice, psihopedagogice în forme combinate, după nevoile individuale ale copiilor, care pot duce la ameliorarea tulburării sindromului ADHD.

11. Diferitele variante de intervenție psihopedagogică, aplicate în mod constant și într-o strânsă colaborare cu familia, școala sau grădinița, pot ameliora, simțitor, comportamentele nedorite. Prin abordarea de natură psihopedagogică a sindromului ADHD, se poate obține o îmbunătățire a calității vieții copiilor cu această tulburare, care, din păcate, sunt prea des catalogați ca fiind bolnavi și cărora le sunt aplicate tratamente medicamentoase. Tratarea copilului în exclusivitate medicamentos duce, în unele cazuri, la o ameliorare rapidă a simptomelor, dar nu ajută pe termen lung și nu pregătește persoana pentru perioada din viață, în

care tratamentul nu va mai fi aplicat. Terapia complexă psihopedagogică și medicală a sindromului ADHD trebuie efectuată într-o strânsă legătură fără eliminare reciprocă. Simptomele ADHD-ului, care duc la tulburarea comportamentului școlarului mic, în mare măsură, pot fi reduse prin implementarea complexului terapeutic integrat, polimodal, asigurând o tendință de armonizare a personalității școlarului mic.

12. Destul de importantă este formarea și sensibilizarea părinților, a cadrelor didactice în diminuarea tulburării ADHD, în vederea înțelegerii problemelor copiilor care suferă de această afecțiune și în favoarea integrării lor cât mai eficiente în mediul educațional. Formarea părinților, a cadrelor didactice, în sensul cunoașterii și abordării adecvate a problematicii copiilor cu ADHD și a includerii lor adecvate în sistemul educațional și în societate, demonstrează eficiența activităților de evaluare și intervenție polimodală.

RECOMANDĂRI

Sindromul ADHD, fiind o afecțiune cronică, însoțită de multiple consecințe sociale, economice, medicale atât pentru pacient, cât și pentru familia sa, impune continuarea cercetărilor sub aspectele epidemiologiei, al caracteristicilor psihologice și al tratamentului sindromului ADHD în diferite grupe de populație din Republica Moldova.

Copilul cu sindromul ADHD nu trebuie considerat bolnav și trebuie evitată stigmatizarea. Problema lui se datorează unor modificări chimice în funcționarea neurotransmițătorilor din creier. Intelectual, tulburarea ADHD nu afectează copilul – potențialul lui variază de la normal, dotat, foarte dotat. Astfel, copilul diagnosticat cu sindromul ADHD este la fel de inteligent ca și ceilalți copii, numai că acesta are nevoie de un program diferențiat, pentru a-și concentra aptitudinile și posibilitățile intelectuale.

Evaluările sindromului ADHD trebuie realizate de persoane diferite: părinți, pedagogi, psihologi, medici, având avantajul să ofere informații despre aceleași comportamente, dar care nu se suprapun și promovând o relevanță mai mare a datelor informative despre copil.

Sindromul ADHD are un impact semnificativ asupra vieții de familie, a relațiilor sociale, a sănătății mintale, a achizițiilor academice și a puterii de muncă a adultului, de aceea, acești copii trebuie supravegheați și la etapele maturizării.

În perioada școlară mică, apar cele mai multe dificultăți de învățare și relaționare, de aceea, se cer cercetate problemele conectate cu tulburarea ADHD, beneficiarii fiind nu doar copilul hiperactiv, dar și familia acestuia, precum și societatea în ansamblul ei.

E inevitabilă dezvoltarea unor abilități pentru părinți, copii și pedagogi, astfel încât aceștia să devină capabili de a rezolva o parte din problemele cu care se confruntă copilul dominat de

sindromul ADHD sau, cel puțin, să le poată evita, dacă este posibil, și dacă este necesar, să devină scop permanent al profilaxiei sindromului ADHD.

Terapia comportamentală, aplicată de către părinți, rămîne un element de bază al abordării copilului cu sindrom ADHD și, de aceea, este necesară elaborarea unui ghid pentru părinții copiilor cu sindromul ADHD, care poate pregăti și instrui părinții în tehnici simple și utile de terapie comportamentală. Sunt necesare programe speciale de asistență medicală, psihologică și pedagogică vizînd pregătirea persoanelor care se ocupă de educația copiilor cu tulburarea ADHD (părinți, pediatri, psihologi, educatori, pedagogi, etc.), pentru a face față, cu succes, problemelor generate de acest sindrom.

Pentru o activitate de succes, este necesar de popularizat problema persoanelor cu sindromul ADHD în societate, prin promovarea programelor complexe de evaluare, formarea inițială și continuă a cadrelor medicale, psihologice, pedagogice în problema, implementarea experiențelor și a succeselor prezente în alte țări, implicarea sistemelor informaționale, pentru a forma cultura cunoașterii persoanelor cu sindromul ADHD.

Rezultatele obținute generează direcții importante de cercetare, ce rezidă în: necesitatea extinderii cadrului de cercetare prin îmbogățirea modelului propus cu noi rezultate; dezvoltarea / amplificarea suportului instrumental pentru psihologi și cadrele didactice implicați în psihocorecția sindromului ADHD la copii.

Limitele cercetării se regăsesc în următoarele **sugestii pentru studiile viitoare** și rezultă din instrumentele utilizate, caracteristicile subiecților, potențialul uman implicat în intervențiile formative: a) validarea unor instrumente noi de cercetare pentru copii de diferită vîrstă din R. Moldova care ar permite aprofundarea diagnosticului ADHD; b) elaborarea, experimentarea unor programe formative pentru copii de diferită vîrstă, în special pentru preșcolari; c) recomandăm implicarea în viitoarele programe de intervenție psihopedagogică a cadrelor de psihologi, psihopedagogi, cadrelor medicale etc. pentru a facilita procesul de diminuare a sindromului ADHD la copii de diferită vîrstă.

BIBLIOGRAFIE

1. Andronache N. Bazele metodologice ale psihopedagogiei speciale. Chișinău, 1997. 198 p
2. Baicoianu C. M. Comunicarea verbală a copiilor școlari mici cu ADHD. Rezumat Teza de doctor. 2012, 44 p.
3. Bîrsanu T. Influența stimei de sine asupra comportamentului timid al școlarului și adaptarea socială. Conferința națională a psihologilor școlari (cu participare internațională). Ediția a IV-a. Parteneriatul familie-grădiniță-școlară: locul psihologului școlar. ISSN 2344-407X. Băile Felix, România. 25-26 octombrie 2013.
4. Bodorin C. Metode stimulativ-compensatorii de stimulare a capacității de muncă a elevilor surzi. Ghid metodologic. Chișinău: Ed. UPS „Ion Creangă”, 2002. 68 p.
5. Bodorin C. Surdopsihologia. Chișinău: Ed. Valinex, 2006. 156 p.
6. Bodrug O. Modele psihopedagogice de dezvoltare a limbajului la copiii cu reținere în dezvoltare psihică. Autoref. tezei de dr. psihol. Chisinau, 2001. 23 p.
7. Bolboceanu A. Suflete instituționalizate. În: Didactica Pro, nr.2 (24), 2004. p. 15-22.
8. Borozan M. Teoria și metodologia dezvoltării culturii emoționale a cadrelor didactice. Teza de doctor habilitat în pedagogie. Chișinău, 2011. 385 p.
9. Bucun N., Glavan A. Particularități psihologice ale copiilor cu ADHD. În: Univers Pedagogic. 2013, nr.3 (39). p.3-13.
10. Bucun N., Rusnac V., Paladi O. Metodologia de evaluare complexă a copiilor cu cerințe educaționale speciale. Ch.: 2012, 68 p.
11. Călin A., Mircea T. Profilul psihopedagogic al familiilor copiilor diagnosticați cu ADHD. Revista Societății de Neurologie și Psihiatrie pentru Copii și Adolescenți din România, vol. II, 1999. p. 31-34.
12. Ciobanu A. Diagnosticarea și diferențierea copiilor cu diferite forme de reținere în dezvoltarea psihică. Autoreferatul tezei de doctor în psihologie. Chișinău, 2003. 24 p.
13. Cucer A. Psihocorecția tulburărilor de limbaj prin acțiuni de terapie complexă. Coord. șt.: Bucun, N. Ch.: Print-Caro, SRL, 2010, 110 p.
14. Cucu-Ciuhan G. Eficiența psihoterapiei experiențiale la copilul hiperkinetic. Ed. SPER, 2006. 227p.
15. Cucuruz L. Program de intervenție psihopedagogică la elevi cu deficit de atenție și hiperactivitate. Cluj-Napoca. 2013, 29 p.
16. Danii A., Racu A. Educația terapeutică complexă și integrată. Chișinău: Ed. Univers pedagogic, 2006. 208 p.

17. David D. Psihologie clinică și psihoterapie Iași: Editura Polirom, 2006. p. 21.
18. David D. Tratat de Psihoterapii Cognitive și Comportamentale. Iași: Editura Polirom 2006.
19. Dicționarul explicativ al limbii române, Academia Română, Institutul de Lingvistică „Iorgu Iordan”, Editura Univers Enciclopedic, 1998. 1194 p.
20. Dobrean A, ș.a. Adaptarea în limba română a bateriei de inteligență Wechsler pentru copii, WISC-IV. Cluj Napoca:Editura RTS, 2009.
21. Domuța A., Crețiu M. Memoria implicită perceptuală și conceptuală la copiii cu ADHD. În: Cognitie, Creier, Comportament, Vol. VI, 2002.
22. Domuța, A., Crețiu, M. Memoria implicită perceptuală și conceptuală la copiii cu ADHD. In Cognitie, Creier, Comportament, vol. VI, 2001.
23. Gînu D. Copii cu cerințe educative speciale. Chișinău: Editura Pontos, 2002. 68 p.
24. Grigoroș-Serbănescu M., Christodorescu D., Canttili L., Jost L., Nedelcu L. Epidemiologia tulburărilor psihice și neurologice la copii și adolescenți în România, Proiectul Centaur, Revista română de psihiatrie, vol III, nr. 1-2. 2001. p.66-76.
25. Iftene E. Relația copilul cu tulburare hiperchinetă și deficit de atenție: relația părinte-copil-educator din perspectiva psihiatrică și psiho-socială. Universitatea de Medicină și Farmacie „Iulia Hațieganu” Cluj Napoca. 2003.
26. Iftene E. Relația părinte-copil-educator din perspectiva psihiatrică și psiho-socială. UMF Cluj, Cluj Napoca. 2003.
27. Ionescu G. Psihoterapie, Editura Științifică, București, 1990. p. 12 – 35.
28. Jelescu P. Geneza negării la copii în perioada preverbală, (studiu teoretic experimental). Chișinău, 1999. 248 p.
29. Losfi E. Specificul manifestării și modalității de diminuare ale comportamentului agresiv la preadolescenții contemporani. Chișinău: UPS „Ion Creangă”, 2004. 148p.
30. Maximciuc V. Modele psihopedagogice de dezvoltare a sferei emoțional-volitive la copiii cu reținere în dezvoltarea psihică. Autoreferatul tezei de doctor în psihologie. Chișinău, 2012. 30 p.
31. Mitrofan I. Cursa cu obstacole a dezvoltării umane. Iași: Ed. Polirom, 2003. p.111-112.
32. Negreanu B., Negreanu R. Evaluarea mecanismelor de inhibiție cognitivă, prin paradigma uitării intenționate, în cazul ADHD, Revista Societății de Neurologie și Psihiatrie pentru Copii și Adolescenți din România, vol. 3, 2000, p. 53-63.
33. Olărescu V. Corecția psihomotricității și instabilității capacității de muncă la copiii cu reținere în dezvoltarea psihică. Chișinău: Elena -VI., 2008. 128 p

34. Olărescu V. Tulburări psihice - consecință a abuzului și neglijării copilului. În: Revistă științifico-practică Psihologie. 2013, nr. 2, p. 91-95.
35. Perjan, C. Dezvoltarea afectivității la copiii preșcolari educați în situații sociale de dezvoltare diferite. Teza de doctor. Chișinău: UPS "I.Creangă", 2001, 145 p.
36. Racu A., Popovici D.V., Dانی A., Crețu V. Intervenția recuperativ – terapeutică pentru copii cu dizabilități multiple. Ediția a doua revizuită și adăugită substanțial. Chișinău: Editura Ruxanda, 2009. 375 p.
37. Racu I. Psihologia conștiinței de sine. Chișinău, 2005. 233 p.
38. Rusnac V. Asistența copiilor de vîrta fragedă marcați de devieri de dezvoltare. Psihologia secolului XX: probleme vechi, noțiuni noi. Chișinău: Culegere de articole, 2001.
39. Verdeș A. Dezvoltarea afectivității la preadolescenții educați în situații sociale de dezvoltare diferite. Teza de doctor în psihologie. Chișinău, 2009. 163 p.
40. Verza E. Conduita verbală a școlărilor mici. București: Editura Didactică și Pedagogică, 2004. 156 p.
41. Verza E., Verza F.E. Tratat de psihopedagogie specială, București: Ed. Universității din București, 2011.
42. Айви А., Айви М., Саймек-Дайнинг Л. Консультирование и психотерапия - М., 1987 - с.43-61.
43. Андреев О.А., Хромов Л.Н. Тренировка внимания. - Мн.: Университетское, 1997 - 206с.
44. Анохин П.К. Функциональная система как основа физиологической архитектуры поведенческого акта /Избранные труды. - М.: Наука, 1979,- с. 13-99.
45. Барднер Г., Ромазан И., Чередникова Т. Психологическое сопровождение естественного развития маленьких детей. Кишинёв; СПб., 1993.
46. Битянова М. Р. Организация психологической работы в школе. М., 1997.
47. Брызгунов И.П., Касатикова Е.В. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей. М.: Медпрактика-М., 2002. с. 38–39, 48–53
48. Волкова Г.А. Логопедическая ритмика.- М.: Просвещение, 1985. с. 23-182.
49. Выгодская, И.Г. Устранение заикания у дошкольников в игровых ситуациях / И.Г. Выгодская, Е.Л. Пеллингер, Л.П.Успенская. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Просвещение, 1993. 223с.
50. Выготский Л. С. Принципы воспитания физически дефективных детей // Собр. соч. в 6 т. Т. 5. Основы дефектологии / Под ред. Т. А. Власовой, Москва, 1983, 368 с.

51. Галиахметов Р.Р., Лихтарников А. Л. Выявление - прогноз сопровождение. - СПб, 1998. с 27- 48.
52. Гальперин П.Я. Поэтапное формирование как метод психологических исследований//Гальперин П.Я., Запорожец А.В., Карпова С.Н. Актуальные проблемы возрастной психологии. М., 1987. с.97-98.
53. Дубровинская Н.В. Психофизиология ребенка. Учебное пособие для вузов. Владос, 2000. р. 144.
54. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте - М.: Академия, 2005. 256 с.
55. Заваденко Н.Н., Суворинова Н.Ю., Григорьева Н.В. Гиперактивность с дефицитом внимания у детей: современные подходы к фармакотерапии. Психиат и психофармакотер 2000; с. 47—55.
56. Захаров А.И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. Л.: Медицина, 1982. 215 с
57. Зуев Е.И. Волшебная сила растяжки. М.: Советский спорт, 1993, 63с.
58. Карабанова, О.А. Игра в коррекции психического развития ребенка. М., Российское педагогическое агентство, 1997. 190 с.
59. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. – М.: Медицина, 1985. 304 с.
60. Каструбин Э.М. Ключ к тайнам мозга. М.: Стандарт, 1994.140с.
61. Кондрашенко В Т., Донской Д.И. Общая психотерапия: Учеб. Пособие - 2-е изд. - Мн.: Высшая школа, 1997.-С.98-100, 116-129.
62. Корсакова Н.К., Московичюте Л.И. Клиническая нейропсихология М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1988, 89 с.
63. Кулаков С.А. На приёме у психолога - подросток: Пособие для практикующих психологов. - СПб.: Изд-во РГПУ им А.И Герцена; Изд-во «СОЮЗ», 2001,- с.206-220.
64. Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия. СПб.: Речь, 2001. 256 с.
65. Лапп Д. Улучшаем память в любом возрасте. М.: Мир, 1993. 239с.
66. Левис Ш., Левис Ш.К. Ребёнок и стресс. СПб.: Питер Пресс, 1996. 206с.
67. Леонтьев А. А. Психология общения. Москва, 1999.
68. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. -М: Педагогика, 1989,- 104с.
69. Мейер В., Чессер Э. Методы поведенческой терапии. - СПб.: «Речь», 2001. 256 с.
70. Рахматшаева В.А. Грамматика общения. Три ступени взросления. М., 1995, 188с.

71. Рождественская В.И. Индивидуальные различия работоспособности. М.: Педагогика, 1980. 151 стр.
72. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога. — М.: АРКТИ, 2003. 116 с.
73. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. М: Издательский центр «Академия», 2002. 232 с.
74. Столин В. В. Само-сознание личности. Изд. Московского Университета, 1983.
75. Сулова Г.А. Научное обоснование организации медицинской помощи детям с нарушениями психосоциального развития (на примере ММД). Диссертация д-ра мед. Наук. 2001.
76. Сытин Г.Н. Животворящая сила или помощи себе сам. СПб.: Лейла, 1993. 406 с.
77. Цзен Н.В., Пахомов Ю.В. Психотренинг: игры и упражнения. М.: ФИС, 1988. 273с.
78. Шевченко Ю.С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психоподобным синдромом: Практ. руководство для врачей, психологов и педагогов,- М.: Вита-Пресс, 1997. 52с.
79. Эйдемиллер Э.Г. Семейная психотерапия. Хрестоматия СПб: Речь, 2007.400 с.
80. Эйдемиллер Э.Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия. СПб: Речь, 2006. 342 с.
81. Эльконин, Д.Б. Избранные психологические труды/Д.Б. Эльконин. - М.: Педагогика, 1989. 560 с.
82. Abikoff H., Gittelman. R. Hyperactive children treated with stimulants: Is cognitive training a useful adjunct? Archives of General Psychiatry. 1985. p. 953-961.
83. Achenbach T. M., Rescorla L. A. Manual for the ASEBA School-age Forms and Profiles. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families. 2007.
84. Alessandri S. M. Attention, play and social behavior in ADHD preschoolers. Journal of Abnormal Child Psychology, 20, 1995. p. 289-302.
85. Alessandri S. M. Mother-child interactional correlates of maltreated and nonmaltreated children's play behavior. Development and psychopathology, 4, 1992. p. 257-270.
86. American Psychiatric Association, Manual de diagnostic și statistic a tulburărilor mentale, ediția a patra revizuită- DSM-IV-TR 2000. București: Ed. Asociațiilor psihiatrilor liberi din România, 2003.

87. Applegate B., Lahey B., Hart E., et al. Validity of the age of onset criterion for ADHD: a report from the DSM-IV field trials. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36, 1997. p. 1211-1221.
88. Archibald S.J., Kerns K.A. Identification and description of new tests of executive functioning in children. *Child Neuropsychology*, 5(2), 1999. p.115-129
89. Atkins M.S., Pelham W.E. School based assessment of attention deficit hyperactivity disorder. In B. Shaywitz & S. Shaywitz (Eds.) *Attention Deficit Disorder, Special Issue of Journal of Learning Disabilities*, 24, 1991. p.197-204.
90. Barkley R. A. *ADHD and the nature of self-control*. New York: The Guilford Press. 1997.
91. Barkley R. A. *ADHD in adults [A manual and videotape]*. New York: Guilford Press.1994.
92. Barkley R. A. *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guildford Press, 1998.
93. Barkley R. A. Constructing a unifying Theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 1997. p. 65-94.
94. Barkley R. A. Genetics of childhood disorders. XVII. Part I: The executive function and ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39, 1997. p. 1064–1068.
95. Barkley R. A. Issues in the diagnosis of attentions-deficit/hyperactivity disorder in children. *Brain and Development. Psychological Bulletin*, 2002.
96. Baugman F. ADHD: exposing the fraud of ADHD and ADD. 2005.www.adhdfraud.com.
97. Baumesiter J. J., Bird H.R., Canino G., Rubio-Stipec M., Bravo M., Algeria M. Dimension of ADHD: findings from teachers and parent reports in a community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 24, 1995. p. 264-271.
98. Bender L. Post-encephalitic behavior disorders in children. In J. B. Neal (Ed.), *Encephalitis: A clinical study*. New York: Grune & Stratton. 1942.
99. Benton, A.L., & Hamsher, K. *Multilingual Aphasia Examination (Manual, revised)*. Iowa City, IA: University of Iowa. 1978.
100. Berg W. K., Byrd D. L. The tower of London spatial problem – solving task: Enhancing clinical and research implemenetation. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, vol. 24, 2002. p. 586-604.

101. Biederman J., Faraone S.V., Doyle A.E., Lehman B.K., Kraus I., Perrin J., Tsuang M.T. Convergence of the child behavior checklist with structured-interview based psychiatric diagnoses of ADHD children with and without comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 34, 1993. p. 1241-1251.
102. Biederman J., Newcorn J., Sprich T., et al. Comorbidity of adhd with conduct, depressive, anxiety and other disorder, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 148, 1993. p. 564-576.
103. Blau A. Mental changes following head trauma in children. *Archives of neurology and psychiatry*, 35, 1936. p. 722-769.
104. Bobinski M., de Leon M. J., Convit A., De Santi S., Wegiel J., Tarshish C. Y., et al. MRI of entorhinal cortex in mild Alzheimer's disease. *Lancet*, 1999. p. 38-40.
105. Bodreault M., Thivierge J., Cote R., Boutin P., Julien J., Bergeron S. Cognitive Development and Reading Achievement in Pervasive-ADD and Control Children, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol.29, nr.5.1988.
106. Bond E. P., Partridge C. E. Post encephalitic behavior disorders in boys and their management in the hospital. *American Journal of Psychiatry*, 6, 1926. p. 103
107. Bratton S. C., Ray D., Rhine T., Jones L. The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 2005. p. 376-390.
108. Breen M. J., Barkley R. A. Child psychopathology and parenting stress in girls and boys having attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Pediatric Psychology*, 13, 1988. p. 265-280.
109. Brown R. T., Abramowitz A. J., Madam-Swain A., et al. ADHD gender differences in a clinic referred sample. Paper presented at the annual meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, New York, 1989.
110. Brown T. E. Attention deficit disorder: The unfocused mind in children and adults. New Haven, CT: Yale University Press. Burgess, P. W., 1997.
111. Burns. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) Attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people: a national clinical guideline (Edinburgh, SIGN), 2001.
112. Campbell S. B. Early identification and follow-up of parent – referred hyperactive toddlers. In L.M. Booming (Ed.) *Attention deficit disorder: identification course and treatment rationale*. New York: Spectrum Publication, 1985.

113. Campbell S. B. Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 36, 1995. p. 113-149.
114. Campbells. B. The socialization and social development of hiperactive children. New York: Guilford Press, 2001. p.7, 77-91.
115. Cantwell D. Foreword. In R. A. Barkley, *Hiperactive children: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press, 1981.
116. Cantwell D. Genetics of hiperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychistry*, 16, 1975. p. 261-264.
117. Carlson C., Mann M., Alexander D. Effects of reward and response cost on theperformance and motivation of children with ADHD. *Journal of child psychology andpsychiatry* 24, 2000. p. 87-98.
118. Castellanos F. X., Lee PP, Sharp W et al. Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA* 288, 2002. p. 1740-1748.
119. Chen J., Milberger S., Warbourton S., Tsuang MT. Genetic heterogeneity in ADHD: gender, psychiatric comorbidity and parental illness. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34, 1995. p. 334-335.
120. Chess S. Diagnosis and treatment of the hyperactive child. *New York State Journal of Medicine*, 60, p. 2379 -2385.
121. Christensen A., Margolin G., Sullaway M. Interparental agreement on child behavior problems. *Psychological Assessment*. 1992. p. 419–425.
122. Coleman J.S., Campbell E.Q., Hobson I.J., McPartland J., Mood A. M., Weinfeld F. D., York R. L. *Equality of educational opportunity*. Washington: U.S. Government Printing Office. 1966.
123. Cruikshank BM, Eliason M, Merrifield B. Long-term sequelae of cold water near-drowning. *Journal Pediatrics Psychololy* 1988; p. 379-388.
124. Denckla M. B. A theory and model of executive function: A neuropsychological perspective. In G. R. Lyon & N. A. Krasnegor (Eds.), *Attention, memory, and executive function*. 1996.p. 263–277.
125. Dollard J., Miller N.E. *Personality and psychotherapy*. New York: McGraw-Hill. 1950.
126. Dopfner M., Schurmann S., Lemkuhl G. *Copil hiperactiv și încăpățînat*. Editura ASCR, Cluj Napoca, 2006.

127. Douglas V.I. Higher mental processes in hyperactive children: Implications for training. In R. Knights & D. Bakker (Eds). Treatment of hyperactive and learning disordered children. Baltimore: University Park Press, 1980.p. 65-92.
128. Dunn FM, Howell RJ. Relaxation training and its relationship to hyperactivity in boys. *J Clin Psychol* 1982; p.92-100.
129. DuPaul G. J., Anastopoulos A. D., Kwasnik D., Barkley R. A., McMurray M. B. Methylphenidate effects on children with attention deficit hyperactivity disorder: Self-report of symptoms, side-effects, and self-esteem.*Journal of Attention Disorders*, 1, 1996. P.3-15.
130. Dykman R.A., & Ackerman P.T. Attention deficit disorder and specific reading disability: Separate but often overlapping disorders. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 1991. p. 96-103.
131. Ebaugh F. G. Neuropsychiatric sequelae of acute epidemic encephalitis in children. *American Journal of Diseases of Children* 25, 1923. p. 89–97.
132. Elliott S., Kratochwill T.R., Cook J.L., Travers J.F. Educational Psychology. Effective Teaching, Effective Learning. The McGraw-Hill Comp. 2000.
133. Epstein M. A., Shaywitz S. E., Shaywitz B. A. Woolston J. L. The boundaries of attention deficit disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 1991. p. 8-87.
134. Eslinger P. J. Conceptualizing, describing, and measuring components of executive function, a summary. In G. R. Lyon & N. A. Krasnegor (Eds.), *Attention, memory and executive function*. London: Paul H. Brookes. 1996.p. 367-396.
135. Espy KA, Kaufmann PM, Glisky ML, McDiarmid MD. New procedures to assess executive functions in preschool children. *Clin Neuropsychol* 15.2001. p. 46-58.
136. Farrington D.P., Loeberg R., Van Kammen W. B. Long term criminal outcomes of ADHD and conduct disorder in children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*35, 1999.
137. Ferrier D. The function of the brain. New York: Putnam, 1876.
138. Firestone P., Kelly M., Goodman J. T., & Davey, J. Differential effects of parent training and stimulant medication with hyperactives. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 20, 1981. p.135-147.
139. Fish M.C. Relaxation Training for Childhood Disorders, in“*Innovative Interventions in Child and Adolescent Therapy*”, Wiley Interscience, New York, USA, 1988.
140. Frock P. J., Lahey B. B. The Nature and Characteristics of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, *School Psychology Review*, 20, 1991. p.163-173.

141. Fuster J. M. The prefrontal cortex: Anatomy, Psysiology, and Neuropsychology of the Frontal Lobe, 2nd ed. New York: Raven Press, 1989.
142. Gardner R. A. MBD: The family book about minimal brain dysfunction. New York: J. Aronson. 1973.
143. Gaub M., Carlson C. L. Gender differences in ADHD: A meta-analysis of analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1997. p. 1036-1045.
144. Gerstadt C., Hong Y., Diamond A. The relationship between cognition and action: performance of children 3-7 years old on a Stroop like day-night test. *Cognition*: 53, 1994. p.129-153.
145. Gilbert P. Copiii hiperactivi cu deficit de atenție. Ed. Polimark, București, 2000. p. 48, 57,65, 82.
146. Gillberg C., Carlstrom G., & Rasmussen P. Hyperkinetic disorders in seven-years-old children with perceptual, motor and attention defecits. *Journal of Child psychology and Psychiatry*, 54, 1983. p. 415-426.
147. Gillberg C., Rasmussen P. Perceptual, motor and attentional deficits in seven-year-old children: background factors. *Development medicine and child neurology*, 24, 1982. p. 752-770.
148. Glosser G., Goodglass H. Disorders in executive control functions among aphasic and other brain damaged patients. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 12, 1990. p. 485-501.
149. Goldman L. S., Genel M., Bezman R. J., Slanetz P.J. Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *Journal of the American Medical Association*, 297, 1998. p. 1100-1107.
150. Goldstein H. S. Cognitive development in inattentive, hyperactive, and aggressive children: two-to- year follow-up. *Journal of the americacan acedemy of children and adolescent psychiatry*, 26, 1987. p. 219-221.
151. Gomez R., Burns G. L., Walsh J. A., Moura M. A. Trait, source, and error variance in ADHD symptoms in Australian and Brazilian children: Amultitrait- multisources confirmatory factor analytic approach to the construct validity of ADHD rating scales. *Psychological Assement* 15, 2003. p. 3-16
152. Goodman, R. & Stevenson, J. A twin study of hyperactivity-II. The etiological role

153. Gordon M., Oshman H. Rorschach indices of children classified as hyperactive. *Perceptual and Motor Skills*, 52, 1981. p.703-707.
154. Goyette C., Conners C., Ulrich R. Normative data on revised Conners parents and teacher rating scales. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 1978. p. 221–236.
155. Green S. M., Loeber R., Lahey B.B. Stability of mothers' recall of the age of onset of their child's attention and hyperactivity problems. *Journal American Academy Child and Adolescent Psychiatry* 30, 1991. p. 135–137.
156. Harpin V., Weiss M. Lets help the children with ADHD. In: ADHD medical conference, 18 february 2006, Barcelona, Spain.
157. Hinshaw S.P., Owens E.B., Sami N., Fargeon S. Prospective follow-up of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder into adolescence: evidence for continuing cross-domain impairment. *J Consult Clin Psychol.*; 2006. p. 489–99
158. Hughes L., Cooper P. *Understanding and Supporting Children with ADHD: Strategies for Teachers, Parents and other Professionals*. London: Paul Chapman, 2006.
159. Hunt R. Attention Deficit disorder and Hiperactivity. In: „Handbook of Clinical Assessment of Childrens and Adolescents” 1988.
160. Hunt R. Nosology, neurobiology, and clinical patterns of AD/HD in adults. *Psychiatry Annals*, 27, 1997. p. 572-581.
161. Hutt S. J., Jackson P. M., Belsham A., & Higgins, G. Perceptual-motor behaviour in relation to blood phenobarbitone level: A preliminary report. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 10, 1968. p.626-632.
162. Idol-Maestas L. A teacher training model: The resource/ consulting teacher. *Behavioral Disorders*, 6, 1981. p. 108-121.
163. James W. *The principles of psychology*. London: Dover. 2010.
164. Jerger S., Martin R. C., Pirozzolo F. J. A developmental study of the auditory Stroop effect. *Brain and Language*, 35, 1988. p. 86–104.
165. Kalff A. C., Hendriksen J. G. M., Kroes M., et al Cognitive performance 6-11 year old children wgo met criteria for ADHD, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 20. 2003. p. 589-598.
166. Kalverboer A.F. A neurobehavioural study in preschool children. In *clinics in development medicine*, 54, London: Heineman/Spastics Society.1975
167. Kendall P.C., Flannery-Schroeder E., Panichelli-Mindel S.M., Southam-Gerow M., Henin A., Warman M. Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65:3, 1997. p.366-380.

168. Kessler J. W. History of minimal brain dysfunction. In H. Rie & E. Rie (Eds.), *Handbook of minimal brain dysfunctions: A critical view* New York: Wiley, 1980. p. 18-52.
169. Klein S. A., & Deffenbacher J. L. Relaxation and exercise for hyperactive impulsive children. *Perceptual and Motor Skills*, 45, 1977. p.1159-1162.
170. Kochanska G., Murray K., Jacques T.Y., Koenig A.L., Vandegest K.A. Inhibitory control in young children and its role in emerging internalization. *Child Development*. 1996;p.490–507.
171. Korkman M., Kirk U., Kemp S. NEPSY- Evaluarea neuropsihologică a dezvoltării. Cluj-Napoca: Ed. ASCR, 2007. p. 10-12, 15-16.
172. Kuhne M., Tannok R. Impact of comorbid Oppositional or Conduct problem on ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1997. p. 1715-1725.
173. Lahey B. B., Carlson, C. L. Validity of the diagnostic category of attention deficit disorder without hyperactivity: A review of the literature. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 1991. p.110-120.
174. Levin P. M. Restlessness in children. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 1938. p. 764-770.
175. Levy F., Hay D.A., et al. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: a category or a continuum? Genetic analysis of a large-scale twin study// *J.Am. Acad. Child. Adol. Psychiatry*, 1997. p. 737-744.
176. Lezak M. *Neuropsychological assessment*. New York: Oxford. 1995.
177. Liu X., Guo C., Okawa M., Zhai J., Li Y., Uchiyama M., et al. Behavioral and emotional problems among Chinese children of divorce. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 2000. p. 896–903.
178. Loney J., Milich R. ADHD and aggression in clinical practice. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 43, 2000. p. 735-742.
179. Mariani M. A., Barkley R. A. Neuropsychological and academic functioning in preschool boys with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 44, p. 111-129.
180. Markovitz, P. Pharmacotherapy. In: W.J.Livesley (red.). *Handbook of personality disorders: theory, research and treatment*, New York: Guilford Press.2001.p. 475-493.

181. Martinussen R., Hayden J., Hogg-Johnson S., Tannock R. A meta-analysis of working memory impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 44, 2005. p. 377-383.
182. McGee, R., Feehan, M., Williams, S., Partridge, E, Silva, E A., & Kelly, J. (1990). DSM-111 disorders in a large sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, p.611-619.
183. Meltzer H. Childhood mental disorders in Great Britain: A epidemiological perspective. *Child Care in Practice*. 2007.
184. Mischel W., Shoda Y., Rodriguez M.L. Delay of gratification in children. *Science*, 244, 1989. p. 933–938.
185. Nigg, J.T., Goldsmith, H.H., & Sachek, J. (2004). Temperament and attention-deficit /hyperactivity disorder: The development of a multiple pathway model. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 42-53.
186. Nigg, J.T., Goldsmith, H.H., & Sachek, J. Temperament and attention-deficit /hyperactivity disorder: The development of a multiple pathway model. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 2004. p. 42-53.
187. O'Brien M.A., Obruzut J.E. Attention deficit disorder with hyperactivity: A review and implications for the classroom. *The Journal of Special Education*, 20, 1986. p. 281-297.
188. Of genes, family relationships and perinatal adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 691-709.
189. Olson R. K., Wise B., Conners F., Rack J., Fulker D. W. Specific deficits in component reading and language skills: Genetic and environmental influences. *Journal of Learning Disabilities*, 22. 1989. p. 339-348.
190. Ozonoff S. Components of executive function in autism and other disorders. In: J. Russell (Ed.), *Autism as an executive disorder* Oxford, England: Oxford University Press, 1997. p. 179–211.
191. Parker H. *The attention deficit disorder workshop for parents, teachers and kids*. Plantation, FL: Impact Publications. 1988
192. Pasamanick B., Rogers M., Lilienfeld A. M. Pregnancy experience and the development of behavior disorders in children. *American Journal of Psychiatry* 112, 1956. p. 613–618.
193. Pelham W. E., Hinshaw S. P. Behavioral intervention for attention-deficit hyperactivity disorder. In S. M. Turner, K. S. Calhoun, & H. E. Adams (Eds.), *Handbook of clinical behavior therapy*, 2nd ed., New York: Wiley. 1992. p. 259–283.

194. Pennington B.F., Ozonoff S. Executive functions and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 1996. p. 51–87.
195. Perner J., Kain W., Barchfeld P. Executive control and higher-order theory of mind in children at risk of ADHD. *Infant and Child Development*, 11, 2002. p. 141–158.
196. Pillow D. R., Pelham W.E., Hora B., Molina B. S.G., Stulz C.H. Confirmatory factor analyses examining attention deficit behaviors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 63, 1998. p. 737-748.
197. Pineda DA, Restrepo MA, Sarmiento RJ, Gutierrez JE, Vargas SA, Quiroz YT, et al. Statistical analyses of structural magnetic resonance imaging of the head of the caudate nucleus in Colombian children with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Child Neurol* 17, 2002. p.97–105.
198. Power T. J, Karustis J. L, Habboushe D. Homework success for children with ADHD: A family-school intervention program. New York: Guilford, 2001.
199. Pressman L.J., Loo S.L., Carpenter E.M., Asarnow J., Lynn D., McCracken J., McGough J., Lubke G., Yang M.H., Smalley S.L. Effects of family environment and parental psychopathology on impairment in ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 2006. p.346-354.
200. Prifitera A., Dersh J. Base rates of WISC-III diagnostic subtest patterns among normal, learning-disabled, and ADHD samples. *Journal of Psychoeducational Assessment, WISC-III Monograph*, 1993. p.43-55.
201. Purvis K. L., Tannock R. Language abilities in children with attention deficit hyperactivity disorder, reading disabilities, and normal controls. *Journal of Abnormal Child Psychology* 25, 1997. p.133-144.
202. Quay H. C. Attention deficit disorder and the behavioral inhibition system: The relevance of the neuropsychological theory of Jeffrey A. Gray. In L. M. Bloomingdale & J. Sergeant (Eds.), *Attention deficit disorder: Criteria, cognition, intervention* Oxford, England: Pergamon, 1988. p. 117-125.
203. Rappaport J.L., Benoit M. The relation of direct home observations to the clinic evaluation of hyperactive school age boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 16, 1975. p. 141.
204. Rappley M. Attention deficit-hyperactivity disorder. *The New England Journal of Medicine*, nr.2, 2005. p. 165-173.

205. Reader M. J., Harris E.I., Schuerholz L. J., Denckla M. B. Attention deficit hyperactivity disorder, and executive dysfunction. *Developmental Neuropsychology*, 10, 1994. p.493-512.
206. Rogers, C. R. *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy.* Boston. 1961
207. Rohde L.A., Bierdeman J., et al. ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions and impairments. *Journal American Academy Child and Adolescent Psychiatry* 38, 1999. p. 716-722.
208. Rosen L.A., O'Leary S.G., Joyce S.A., Conway G., Pfiffner, L.J. The importance of prudent negative consequences for maintaining the appropriate behavior of hyperactive students. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 12(4), 1984. p.581-604
209. Rothbart M. K., Ahadi S. A. Hershey K. Temperament and social behavior in children. *Merrill-Palmer Quarterly*, 1994. p.21-39.
210. Rowland A. S., Lesesne C. A., Abramowitz A. J., *The Epidemiology of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). A Public Health View. Mental Retardation and Developmental Disabilities. Research Reviews*, 8. 2002. p. 162-170.
211. Rutter M. L. Motivation and delinquency. In *Nebraska Symposium on Motivation* vol. 44, Lincoln: University of Nebraska Press, 1997. p. 73.
212. Satterfield J. H., Cantwell D. P., Satterfield B. T. Multimodality treatment: A one-year follow-up of 84 hyperactive boys. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1979. p. 965-974.
213. Satterfield J. H., Satterfield B. T., Cantwell D. P. Three-year multimodality treatment study of 100 hyperactive boys. *Journal of Pediatrics*, 98, 1981. p. 650-655
214. Satterfield J.H., Hoppe C., Schell A. Prospective study of delinquency in 110 children with ADHD and 88 normal boys, *Journal of Abnormal Psychology* 139, 1992. p. 795-798.
215. Schachar R. J., Tannock R., Logan G. Inhibitory control, impulsiveness, and attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 13, 1993. p.721-740.
216. Schachar, R.J. & Wachsmuth, R. Family dysfunction and psychosocial adversity: Comparison of attention deficit disorder, conduct disorder, normal and clinical controls. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 23, 1991. p. 332-48.
217. Schaffer D., Fisher P., Dulcan M., Davies M., Piacentini J., Schwab-Stone M., et al. The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3. Description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1996. p. 865-877

218. Schaughency E.A., Hynd G.W. Attention and impulse control in attention deficit disorders (ADD): Neural control systems *Learning and Individual Differences*, 1, 1989. p. 423–449.
219. Scholte E. M., van Berckelaer-Onnes I. A., van der Ploeg J. D. DSM-IV related ADHD symptom ratings by professional caretakers in residential treatment centres. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42, 2001. p. 341-346.
220. Schwann V.L., Saklofske D.H., et al. WISC-III performance of ADHD children *Journal of Psychoeducational Assessment*, WISC-III. Monograph, 1993. p.56-70.
221. Semrud –Clikerman S., Biederman J., Sprich S., Krifcher B., Noeman D., Faraone S. Comorbidity between adhd and learning disability-a review and report in a clinical referred sample, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 31, 1992, p. 439-448.
222. Shaywitz S.E., Shaywitz B.A. Attention deficits disorder: Current perspectives. A report to the Congress of the United States presented to the national Conference on Learning Disabilities, Bethesda, MD: National Institute of Child and Human Development (NIH). 1987.
223. Smith, M. L., & Glass G. V. Research and evaluation in education and the social sciences. 1987. p. 322.
224. Sonuga-Barke E.J. Psychological heterogeneity in AD/HD-a dual pathway model of behaviour and cognition. *Behav Brain Res* 130, 2002. p.29-36.
225. Spencer T., Biederman J., Wilens T., et al. Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder across the life cycle. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 1996. p.409-432.
226. Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M. First MB The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID), In: history, rationale and description. *Arch Gen Psychiatry* 49, 1992. p.624–629
227. Stewart M. A. Hyperactive Children. *Scientific America*, 222, 1970. p. 94-98.
228. Still G. F. Some physical conditions in children. *Lanset*, 1, 1902. p. 1008- 1012, 1077-1082, 1163-1168.
229. Strecker E., Ebaugh F.G. Neuropsychiatric sequelae cerebral trauma in children. *Archives of neurology and psychiatry*, 12, 1924. p.443-453.
230. Stryker S. B. Encephalitis lethargica-The Behavior residuals. *The Training School Bulletin* 22, 1925. p.152–157.
231. Stuss D. T., & Benson D. F. The frontal lobes. New York: Raven Press, 1986.

232. Sullivan, M. A., & O'Leary, S. G. Maintenance following reward and cost token programs. *Behavior Therapy*, 21, 1990. p.139-149.
233. Tannock R. Attention deficit hyperactivity disorder: advances in cognitive, neurobiological, and genetic research. *Journal of child psychology and psychiatry* 39,1998. p. 65-99.
234. Taylor E., Sandberg S., Thorley G., et al. *The Epidemiology of Childhood Hyperactivity*. Oxford: Oxford University Press. 1991.
235. Tranel D., Anderson S.W., Benton A. Development of the concept of executive function and its relationship to the frontal lobes. In F. Boller & J. Grafman (Eds.), *Handbook of neuropsychology* Amsterdam: Elsevier Science.1994.p. 125–148.
236. Tredgold A.F. *Mental deficiency (amentia)*. New York: Wood.1908.
237. Tripp, G., Wickens, J. Neurobiology of ADHD. *Neuropharmacology* 57, 2009. p.579–589.
238. Wechsler D. *Wechsler Individual Achievement Test (2nd ed.)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation,2003.
239. Wilson M., Marcotte A. Psychosocial adjustment and educational outcome in adolescents with a childhood diagnosis of Attention Deficit Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996. p. 579–587.
240. Witt, J. C. Teachers' resistance to the use of school- based interventions. *Journal of School Psychology*, 24,1986. p. 37-44.

ANEXE

DSM-IV (1994) – Criteriile diagnostice pentru ADHD. Anexa 1

A. Fie (1) sau (2)

- (1) șase (sau mai multe) din următoarele simptome caracteristice **neatenției** au fost persistente în ultimele 6 luni, fiind inconsistente cu nivelul de dezvoltare:

Neatenție

- (a) Incapabil de a da atenția cuvenită detaliilor ori face erori prin neglijență în efectuarea temelor școlare, la serviciu sau în alte activități.
 - (b) Adesea are dificultăți în susținerea atenției în cadrul activităților sau în timpul jocului.
 - (c) Adesea, când i se vorbește direct, pare că nu ascultă.
 - (d) Adesea, are dificultăți în a urma cerințele altora respectiv nu termină activitățile, cum ar fi temele, sarcinile școlare sau cele de la locul de muncă (nedatorate unui comportament negativist sau neînțelegerii acestora).
 - (e) Adesea are dificultăți în organizarea sarcinilor și activităților.
 - (f) Adesea evită, are aversiune sau nu este dispus să se angajeze în activități care necesită un efort mental susținut (cum ar fi efectuarea temelor în clasă sau acasă).
 - (g) Adesea își pierde lucrurile necesare pentru diverse sarcini sau activități (ex.: jucării, creioane, cărți, etc.).
 - (h) Adesea este ușor distras de stimulii irelevanți.
 - (i) Este uituc în activitățile zilnice.
- (2) șase (sau mai multe) din următoarele simptome caracteristice **hiperactivității - impulsivității** au fost persistente în ultimele 6 luni, fiind inconsistente cu nivelul de dezvoltare:

Hiperactivitate

- (a) Adesea își mișcă mâinile sau picioarele sau se agită când stă așezat.
- (b) Adesea se ridică de pe scaun în clasă sau în alte contexte în care trebuie să stea așezat.
- (c) Adesea aleargă sau se cațără excesiv în situații în care acest lucru este neadecvat (în cazul adolescenților sau adulților acestea se pot limita la trăiri subiective de neliniște).
- (d) Adesea are dificultăți atunci când trebuie să se joace în liniște sau când trebuie să se implice în activități liniștite.
- (e) Este mereu în mișcare sau adesea se comportă de parcă ar fi „condus de un motor”.
- (f) Adesea vorbește excesiv.

Impulsivitate

- (g) Adesea răspunde la întrebări fără a aștepta ca acestea să fie complet formulate.
 - (h) Adesea are dificultăți în a-și aștepta rândul.
 - (i) Adesea îi întrerupe pe alții.
- B. Simptomele care sunt identificate să fie prezente înainte de vârsta de 7 ani.
- C. Unele simptome să fie prezente în două sau mai multe contexte (ex.: la școală [sau locul de muncă], și acasă).
- D. Simptomele trebuie să determine dificultăți de intensitate clinică în funcționarea academică, socială sau la locul de muncă
- E. Simptomele nu trebuie să fie datorate tulburărilor pervazive de dezvoltare. Schizofreniei, sau altor tulburări psihotice și să nu poată fi puse pe seama altor tulburări mintale (ex.: tulburări afective, anxietate, tulburare disociativă sau tulburare de personalitate)

Tipuri:

ADHD, **tip combinat**: dacă atât criteriile A₁ cât și A₂ sunt prezente.

ADHD, **predominant Neatent**: dacă criteriile specificate la A₁ sunt prezente, dar nu și cele de la A₂.

ADHD, **predominant Hiperactiv-Impulsiv**: dacă criteriile specificate la A₂ sunt prezente, dar nu și cele de la A₁.

Notă: Pentru persoanele (în special adolescenți sau adulți) care au simptome ce nu corespund în totalitate criteriilor, se v-a specifica “în remisie parțială”.

Scala Achenbach – Forma pentru părinți (categoria de vârstă 6-18 ani). Anexa 2

Numele și prenumele copilului			Profesia părinților (menționați chiar dacă părinții nu lucrează în prezent; exemple: profesor, vânzător, ofițer, laborant, etc.)		
Sexul copilului:	Vârsta:	Etnia:	Profesia tatălui: _____		
<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> F			Profesia mamei: _____		
Data completării chestionarului:		Data nașterii copilului (dacă știți):		Acest chestionar este completat de (vă rugăm să vă notați numele complet):	
Ziua ___ Luna ___ Anul ___		Ziua ___ Luna ___ Anul ___		_____	
				Sexul Dvs: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> F	
Clasa	Vă rugăm să completați acest chestionar conform aprecierii Dvs. despre comportamentul copilului, chiar dacă alte persoane nu sunt de acord. Puteți să oferiți informații suplimentare sau comentați lângă fiecare item sau în spațiul de la pagina 2. Vă rugăm să răspundeți la toate întrebările.			Poziția dvs. în școală:	
<input type="checkbox"/> Nu merge la școală				<input type="checkbox"/> Profesor/învățător <input type="checkbox"/> Profesor de sprijin <input type="checkbox"/> Psihopedagog <input type="checkbox"/> Administrator <input type="checkbox"/> Consilier <input type="checkbox"/> Alta (specificați)	

I. Vă rugăm să notați sporturile preferate, practicate de copilul dvs. (ex.: înot, patinaj cu roțile, mers pe bicicletă, pescuit, etc.).

Nici unul

- a. _____
 b. _____
 c. _____

Comparativ cu cei de vârsta lui, cam cât timp dedică fiecărui sport?

Mai puțin La fel Mai mult Nu știu

-

Comparativ cu cei de vârsta lui, cât de bine practică el/ea sportul respectiv?

Mai puțin La fel Mai mult Nu știu

-

II. Vă rugăm să notați hobiurile, activitățile sau jocurile preferate ale copilului dvs., altele decât sporturile (ex.: să colecționeze timbre, păpuși; să citească, să cânte, mașinile, vapoarele, calculatoarele, etc.). Nu includeți hobiuri TV sau radio.

Nici unul

- a. _____
 b. _____
 c. _____

Comparativ cu cei de vârsta lui, cam cât timp dedică fiecărui hobby?

Mai puțin La fel Mai mult Nu știu

-

Comparativ cu cei de vârsta lui, cât de bine se descurcă în fiecare?

Mai puțin La fel Mai mult Nu știu

-

II. Notați mai jos organizațiile, cluburile, echipele sau grupurile din care face parte copilul dvs.

Nici unul

- a. _____
 b. _____
 c. _____

Comparativ cu cei de vârsta lui, cât de activ este în fiecare?

Mai puțin La fel Mai mult Nu știu

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

IV. Notați mai jos sarcinile sau activitățile pe care le are de făcut copilul dvs. (de exemplu: să aibă grijă de copiii mici, să facă patul, să lucreze în grădină; includeți atât cele plătite, cât și cele neplătite).

Nici unul

- a. _____
 b. _____
 c. _____

Comparativ cu cei de vârsta lui, cât de bine le îndeplinește?

Mai puțin La fel Mai mult Nu știu

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

V. 1. Aproximativ câți prieteni apropiați are copilul dvs.? (nu includeți frații sau surorile)

- Nici unul/una 1 2 sau 3 4 sau mai mulți

2. Cam de câte ori pe săptămână se întâlnește copilul dvs. cu prietenii pentru diferite activități, în afara școlii? (nu includeți frații sau surorile)

- Mai puțin de o dată o dată sau de două ori trei sau mai multe ori

VI. Comparativ cu cei de vârsta lui:

- | | Mai rău | La fel | Mai bine | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| a. Cât de bine se înțelege cu frații/surorile sale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Este singur la părinți |
| b. Cât de bine se înțelege cu ceilalți copii | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| c. Cu se comportă cu părinții | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| d. Cum se descurcă când se joacă sau lucrează singur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

VII. 1. Performanța școlară prezentă

Nu merge la școală deoarece

Disciplina școlară	Mult sub medie	Sub medie	Mediu peste	Medie
a) Româna/citire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Istorie sau științe sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Aritmetică sau matematică	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Științe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alte discipline – de exemplu: cursuri de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

calculator, limbi străine, economie (nu includeți educația fizică, școala de șoferi sau alte activități extrășcolare).				
e) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Copilul dvs. este încadrat într-un program de educație specială sau este inclus într-o etapă specială sau școlară ajutătoare?

Nu Da – specificați la ce disciplină

3. Copilul dvs. a rămas repetent vreodată?

Nu Da – specificați la ce disciplină

4. Copilul dvs. a avut probleme școlare sau de alt tip în școală? Nu Da – specificați

Când au început aceste probleme? _____

Au luat sfârșit? Nu Da – când?

Copilul dvs. suferă de o boală sau are o deficiență anume (fizică sau mentală) Nu Da
(descrieți)

Ce vă îngrijorează mai mult la acest copil?

Vă rugăm descrieți aspectele pozitive ale copilului.

Menționați orice observație în legătură cu munca, activitatea, comportamentul, potențialul copilului utilizând alte pagini dacă este necesar.

Mai jos aveți o listă care descrie comportamentele copilului. Pentru fiecare descriere care caracterizează copilul acum sau ultimele două luni încercuiți cifra 2 dacă descrierea este întotdeauna sau adesea adevărată. Încercuiți 1 dacă uneori adevărată și 0 dacă nu este adevărată. Răspundeți la toate afirmațiile cât de bine puteți, chiar dacă unele nu se aplică și copilului dvs.

0=FALS**1=ÎNTRUCÂTVĂ ADEVĂRAT****2=FOARTE ADEVĂRAT**

0 1 2 1. Se comportă imatur pentru vârsta lui/ei.	0 1 2 32. Crede că trebuie să fie perfect.
0 1 2 2. Consumă alcool fără acordul părinților (descrieți).	0 1 2 33. Crede sau se plânge că nimeni nu îl/o iubește.
0 1 2 3. Se ceartă adesea.	0 1 2 34. Are impresia că ceilalți au ceva cu el.
0 1 2 4. Nu termină ceea ce a început.	0 1 2 35. Se simte inferior sau fără valoare.
0 1 2 5. Se bucură de puține lucruri.	0 1 2 36. Se rănește des, este predispus la accidente.
0 1 2 6. Are crampe.	0 1 2 37. Adesea se bate cu ceilalți.
0 1 2 7. E lăudăros, se dă mare.	0 1 2 38. Este deseori tachinat.
0 1 2 8. Nu se poate concentra, nu își poate menține atenția mult timp.	0 1 2 39. Își petrece timpul cu persoane care intră în necazuri, buclucuri.
0 1 2 9. Nu își poate scoate din minte anumite lucruri.	0 1 2 40. Aude sunete sau voci care nu există (descrieți).
0 1 2 10. Nu poate sta liniștit, este neastâmpărat/ă, hiperactiv/ă.	0 1 2 41. Este impulsiv/ă, acționează fără să gândească.
0 1 2 11. Se „agață” de adulți, tot timpul este prea dependent.	0 1 2 42. Preferă să fie singur/ă, decât în compania celorlalți.
0 1 2 12. Se plânge de singurătate.	0 1 2 43. Minte sau înșală.
0 1 2 13. E confuz, pare a fi „în ceață”/dezorientat.	0 1 2 44. Își roade unghiile.
0 1 2 14. Plânge mult.	0 1 2 45. Este nervos/ă, iritabil/ă sau tensionat/ă.
0 1 2 15. Se poartă crud cu animalele.	0 1 2 46. Are coșmaruri.
0 1 2 16. Este crud, rău, îi terorizează pe alții.	0 1 2 47. Se conformează exagerat regulilor.
0 1 2 17. Visează cu ochii deschiși sau se pierde în gânduri.	0 1 2 48. Nu este plăcut/ă de ceilalți copii.
0 1 2 18. Se rănește intenționat sau încearcă să se sinucidă.	0 1 2 49. Este constipat.
0 1 2 19. Vrea să fie în centrul atenției.	0 1 2 50. Este fricos sau anxios.
0 1 2 20. Își distruge propriile lucruri.	0 1 2 51. Se simte amețit/ă sau zăpăcit/ă.
0 1 2 21. Distruge lucrurile altuia.	0 1 2 52. Se simte prea vinovat(ă).
0 1 2 22. E neascultător acasă.	0 1 2 53. Mănâncă prea mult.
0 1 2 23. E neascultător la școală.	0 1 2 54. Se simte obosit/ă fără motiv.
0 1 2 24. Nu mănâncă.	0 1 2 55. E supraponderal/ă.
0 1 2 25. Nu se înțelege cu alți colegi.	0 1 2 56. Are probleme fizice, fără cauze medicale, dureri (excluzând durerea de stomac sau durerea de cap)
0 1 2 26. Nu se simte vinovat/ă după ce a avut un comportament neadecvat.	0 1 2 a) dureri de cap
0 1 2 27. E gelos/geloasă.	0 1 2 b) greață, senzație de rău
0 1 2 28. Încalcă regulile de acasă, din școală și alte locuri.	0 1 2 c) probleme cu ochii (necorectate cu ochelarii)
0 1 2 29. Se teme de anumite situații, locuri (altele decât școala), animale (descrieți).	0 1 2 d) urticarie sau alte probleme dermatologice
0 1 2 30. Se teme să meargă la școală.	0 1 2 e) dureri de stomac
0 1 2 31. Se teme că ar putea gândi sau face ceva rău.	0 1 2 f) vomă
	0 1 2 g) altele (descrieți)

0=FALS

1=ÎNTRUCÂTVĂ ADEVĂRAT

2=FOARTE ADEVĂRAT

0 1 2 57. Atacă fizic alte persoane.	0 1 2 84. Se comportă ciudat (descrieți).
0 1 2 58. Se ciupește de nas, piele sau alte părți ale corpului (descrieți).	0 1 2 85. Are idei ciudate (descrieți).
0 1 2 59. Se joacă cu organele genitale în public.	0 1 2 86. E încăpățânat, morăcănos, iritabil.
0 1 2 60. Se joacă excesiv cu organele genitale.	0 1 2 87. Trece brusc de la o stare emoțională la alta.
0 1 2 61. Are performanțe școlare slabe.	0 1 2 88. Bombănește.
0 1 2 62. Are coordonare săracă, este neîndemânatic/ă.	0 1 2 89. E suspicios.
0 1 2 63. Preferă compania copiilor mai mari.	0 1 2 90. Înjură sau folosește cuvinte obscene.
0 1 2 64. Preferă compania copiilor mai mici.	0 1 2 91. Vorbește despre sinucidere.
0 1 2 65. Refuză să vorbească.	0 1 2 92. Vorbește sau merge în somn.
0 1 2 66. Repetă anumite activități, are compulsii (descrieți).	0 1 2 93. Vorbește prea mult.
0 1 2 67. Fuge de acasă.	0 1 2 94. Îi necăjește mult pe alții.
0 1 2 68. Țipă foarte mult.	0 1 2 95. Prezintă accese de furie, își pierde ușor cumpătul.
0 1 2 69. Are prea multe secrete.	0 1 2 96. Se gândește prea mult la sex.
0 1 2 70. Vede lucruri care nu există (descrieți).	0 1 2 97. Amenință oamenii.
0 1 2 71. Este autocritic.	0 1 2 98. Își sugerează degetul.
0 1 2 72. Incendiază.	0 1 2 99. Fumează, mestecă sau inhalează tutun.
0 1 2 73. Are probleme sexuale (descrieți).	0 1 2 100. Are probleme de somn (descrieți).
0 1 2 74. Bravează, face pe bufonul, se dă în spectacol.	0 1 2 101. Chiulește sau lipsește nemotivat de la școală.
0 1 2 75. E prea rușinos sau timid.	0 1 2 102. Este inactiv, se mișcă încet, îi lipsește energia.
0 1 2 76. Doarme mai puțin decât majoritatea copiilor.	0 1 2 103. E nefericit/ă, trist/ă sau deprimat/ă.
0 1 2 77. Doarme mai mult decât majoritatea copiilor, atât ziua, cât și noaptea (descrieți).	0 1 2 104. Vorbește prea tare.
0 1 2 78. E neatent sau ușor distras de stimulii din mediu.	0 1 2 105. Consumă medicale în scopuri non-medicale (descrieți – nu includeți tutunul și alcoolul).
0 1 2 79. Are dificultăți de vorbire (descrieți).	0 1 2 106. A comis acte de vandalism.
0 1 2 80. Privește în gol.	0 1 2 107. Face pipi pe el ziua.
0 1 2 81. Fură din casă.	0 1 2 108. Face pipi pe el în pat.
0 1 2 82. Fură din afara casei.	0 1 2 109. Se smiorcăie.
0 1 2 83. Păstrează o mulțime de lucruri de care nu are nevoie (descrieți).	0 1 2 110. Își dorește să aparțină sexului opus.
	0 1 2 111. Este retras, nu se implică.
	0 1 2 112. Își face prea multe griji.
	0 1 2 113. Vă rugăm notați alte probleme ale copilului, care nu au fost surprinse de afirmațiile anterioare.

Scala Achenbach* - Forma pentru profesori (categoria de vârstă 6-18 ani)

Răspunsurile dumneavoastră vor fi utilizate pentru a compara elevul cu alți elevi ai căror profesori au completat chestionare similare. Informațiile obținute din acest chestionar vor fi comparate cu alte informații despre elev. Vă rugăm să răspundeți cât de bine puteți, chiar dacă vă lipsesc informațiile complete. Scorurile de la itemi vor fi combinate în scopul identificării unor modele generale de comportament. Puteți face orice comentariu alăturat fiecărui item sau pe o pagină separată. Vă rugăm să răspundeți la toți itemii.

Numele și prenumele copilului			Profesia părinților (menționați chiar dacă părinții nu lucrează în prezent; exemple: profesor, vânzător, ofițer, laborant, etc.) Profesia tatălui: _____ Profesia mamei: _____
Sexul copilului: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> F	Vârsta:	Etnia:	
Data completării chestionarului: Ziua ___ Luna ___ Anul ___	Data Nașterii copilului (dacă știți): Ziua ___ Luna ___ Anul ___		Acest chestionar este completat de (vă rugăm să vă notați numele complet): _____
Clasa:	Numele și adresa școlii:		Sexul Dvs: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> F
			Poziția dvs. în școală: <input type="checkbox"/> Profesor/învățător <input type="checkbox"/> Profesor de sprijin <input type="checkbox"/> Psihopedagog <input type="checkbox"/> Administrator <input type="checkbox"/> Consilier <input type="checkbox"/> Alta (specificați)

I. De câte luni cunoașteți copilul? _____ luni

II. Cât de bine îl cunoașteți? Puțin Moderat Foarte bine

III. Cât timp petrece ceu dvs. (în clasă sau în afara clasei) pe săptămână? _____ ore

IV. Ce activitate desfășurați la clasă (învățător, diriginte, profesor de matematică, consilier?)

V. Copilul a fost propus pentru integrare în clasă specială sau în alte programe speciale?

Nu știu Nu Da (ce tip și când?)

VI. A repetat o clasă?

Nu știu Nu Da (ce clasă și de ce)

VII. Performanța școlară prezentă – menționați disciplinele școlare și specificați performanțele copilului pentru fiecare disciplină

Disciplina școlară	Mult sub medie	Sub medie	Mediu	Peste medie	Mult peste medie
1. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comparativ cu copii de aceeași vârstă	Foarte slab	Foarte puțin	Puțin	Mediu	Mult	Foarte mult	Foarte, foarte bine
1. Cât de mult muncește?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Cât de adevărat se comportă?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cât de mult învață?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cât de fericit este?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VIII. Cele mai recente rezultate la teste, teze (opțional)

Numele testului	Subiect	Data	Nota sau calificativul

IX. Rezultatele la teste de inteligență sau alte teste de aptitudini:

Numele testului	Data	Rezultat

X. Acest copil suferă de o boală sau are o deficiență (fizică sau mentală)?

Nu Da (descrieți)

XI. Ce vă înrijorează mai mult la acest copil?

XII. Vă rugăm descrieți aspectele pozitive ale copilului.

Menționați orice observație în legătură cu munca, activitatea, comportamentul, potențialul copilului utilizând alte pagini dacă este necesar.

Mai jos aveți o listă care descrie comportamente ale elevului. Pentru fiecare descriere care caracterizează elevul acum sau ultimele două luni încercuiți cifra 2 dacă descrierea este întotdeauna sau adesea adevărată. Încercuiți 1 dacă uneori adevărată și 0 dacă nu este adevărată. Răspundeți la toate afirmațiile cât de bine puteți, chiar dacă unele nu se aplică întocmai elevului.

0=FALS**1=ÎNTRUCÂTVĂ ADEVĂRAT****2=FOARTE ADEVĂRAT**

0 1 2 1. Se comportă imatur pentru vârsta lui/ei.	0 1 2 34. Are impresia că ceilalți au ceva cu el.
0 1 2 2. Murmură sau face zgomote ciudate în clasă.	0 1 2 35. Se simte inferior sau fără valoare.
0 1 2 3. Se ceartă adesea.	0 1 2 36. Se rănește des, este predispus la accidente.
0 1 2 4. Nu termină ceea ce a început.	0 1 2 37. Adesea se bate cu ceilalți.
0 1 2 5. Se bucură de puține lucruri.	0 1 2 38. Este deseori tachinat.
0 1 2 6. E sfidător, răspunde obraznic.	0 1 2 39. Își petrece timpul cu persoane care intră în neazuri, buclucuri.
0 1 2 7. E lăudăros, se dă mare.	0 1 2 40. Aude sunete sau voci care nu există (descrieți).
0 1 2 8. Nu se poate concentra, nu își poate menține atenția mult timp.	0 1 2 41. Este impulsiv/ă, acționează fără să gândească.
0 1 2 9. Nu își poate scoate din minte anumite lucruri.	0 1 2 42. Preferă să fie singur/ă, decât în compania celorlalți.
0 1 2 10. Nu poate sta liniștit, este neastâmpărat/ă, hiperactiv/ă.	0 1 2 43. Minte sau înșală.
0 1 2 11. Se „agață” de adulți, tot timpul este prea dependent.	0 1 2 44. Își roade unghiile.
0 1 2 12. Se plânge de singurătate.	0 1 2 45. Este nervos/ă, iritabil/ă sau tensionat/ă.
0 1 2 13. E confuz, pare a fi „în ceață”/dezorientat.	0 1 2 46. Face mișcări bruște sau smucite.
0 1 2 14. Plânge mult.	0 1 2 47. Se conformează exagerat regulilor.
0 1 2 15. Este agitat.	0 1 2 48. Nu este plăcut/ă de ceilalți copii.
0 1 2 16. Este crud, rău, îi terorizează pe alții.	0 1 2 49. Are dificultăți de învățare.
0 1 2 17. Visează cu ochii deschiși sau se pierde în gânduri.	0 1 2 50. Este fricos sau anxios.
0 1 2 18. Se rănește intenționat sau încearcă să se sinucidă.	0 1 2 51. Se simte amețit/ă sau zăpăcit/ă.
0 1 2 19. Vrea să fie în centrul atenției.	0 1 2 52. Se simte prea vinovat(ă).
0 1 2 20. Își distruge propriile lucruri.	0 1 2 53. Vorbește fără să își aștepte rândul.
0 1 2 21. Distruge lucrurile altuia.	0 1 2 54. Se simte obsesat/ă fără motiv.
0 1 2 22. Are dificultăți în a urma instrucțiunile.	0 1 2 55. E supraponderal/ă.
0 1 2 23. E neascultător la școală.	0 1 2 56. Are probleme fizice, fără cauze medicale, dureri (excluzând durerea de stomac sau durerea de cap)
0 1 2 24. Deranjează alți elevi.	0 1 2 a) dureri de cap
0 1 2 25. Nu se înțelege cu alți colegi.	0 1 2 b) greață, senzație de rău
0 1 2 26. Nu se simte vinovat/ă după ce a avut un comportament neadecvat.	0 1 2 c) probleme cu ochii (necorectate cu ochelarii)
0 1 2 27. E gelos/geloasă.	0 1 2 d) urticarie sau alte probleme dermatologice
0 1 2 28. Încalcă regulile din școală.	0 1 2 e) dureri de stomac
0 1 2 29. Se teme de anumite situații, locuri (altele decât școala), animale (descrieți).	0 1 2 f) vomă
0 1 2 30. Se teme să meargă la școală.	0 1 2 g) altele (descrieți)
0 1 2 31. Se teme că ar putea gândi sau face ceva rău.	
0 1 2 32. Crede că trebuie să fie perfect.	
0 1 2 33. Crede sau se plânge că nimeni nu îl/o iubește.	

0=FALS

1=ÎNTRUCÂTVĂ ADEVĂRAT

2=FOARTE ADEVĂRAT

0 1 2 57. Atacă fizic alte persoane.	0 1 2 84. Se comportă ciudat (descrieți).
0 1 2 58. Se ciupește de nas, piele sau alte părți ale corpului (descrieți).	0 1 2 85. Are idei ciudate (descrieți).
0 1 2 59. Adoarme în clasă.	0 1 2 86. E încăpățânat, morăcănos, iritabil.
0 1 2 60. E apatic/ă sau nemitovat/ă.	0 1 2 87. Trece brusc de la o stare emoțională la alta.
0 1 2 61. Are performanțe școlare slabe.	0 1 2 88. Bombănește.
0 1 2 62. Are coordonare săracă, este neîndemânic/ă.	0 1 2 89. E suspicios.
0 1 2 63. Preferă compania copiilor mai mari.	0 1 2 90. Înjură sau folosește cuvinte obscene.
0 1 2 64. Preferă compania copiilor mai mici.	0 1 2 91. Vorbește despre sinucidere.
0 1 2 65. Refuză să vorbească.	0 1 2 92. Nu muncește la potențialul pe care îl are.
0 1 2 66. Repetă anumite activități, este compulsiv (descrieți).	0 1 2 93. Vorbește prea mult.
0 1 2 67. Deranjează disciplina clasei.	0 1 2 94. Îi necăjește mult pe alții.
0 1 2 68. Țipă foarte mult.	0 1 2 95. Are accese de furie; își pierde ușor cumpătul.
0 1 2 69. Are prea multe secrete.	0 1 2 96. Pare preocupat de sex.
0 1 2 70. Vede lucruri care nu există (descrieți).	0 1 2 97. Amenință oamenii.
0 1 2 71. Este autocritic.	0 1 2 98. Întârzie la școală sau la ore.
0 1 2 72. Lucrează dezordonat.	0 1 2 99. Fumează, mestecă sau inhalează tutun.
0 1 2 73. Se comportă iresponsabil (descrieți).	0 1 2 100. Nu duce la îndeplinire sarcinile care i-au fost date.
0 1 2 74. Bravează, face pe bufonul, se dă în spectacol.	0 1 2 101. Chiulește sau lipsește nemotivat de la școală.
0 1 2 75. E prea rușinos sau timid.	0 1 2 102. Este inactiv, se mișcă încet, îi lipsește energia.
0 1 2 76. Are un comportament exploziv sau neprevăzut.	0 1 2 103. E nefericit/ă, trist/ă sau deprimat/ă.
0 1 2 77. Cerințele trebuie să-i fie îndeplinite, devine cu ușurință frustrat.	0 1 2 104. Vorbește prea tare.
0 1 2 78. E neatent sau ușor distras de stimulii din mediu.	0 1 2 105. Ia medicamente în scopuri non-medicale (descrieți – nu includeți tutunul și alcoolul).
0 1 2 79. Are dificultăți de vorbire (descrieți).	0 1 2 106. Este prea preocupat să facă plăcere celorlalți.
0 1 2 80. Privește în gol.	0 1 2 107. Nu-i place școala.
0 1 2 81. Se simte rănit/ă când este criticat/ă.	0 1 2 108. Îi este teamă să nu greșească.
0 1 2 82. Fură.	0 1 2 109. Se smiorcăie.
0 1 2 83. Păstrează o mulțime de lucruri de care nu are nevoie (descrieți).	0 1 2 110. Este neîngrijit.
	0 1 2 111. Este retras, nu se implică.
	0 1 2 112. Își face prea multe griji.
	0 1 2 113. Vă rugăm notați alte probleme ale copilului, care nu au fost surprinse de afirmațiile anterioare.

Scala de evaluare Vanderbilt – Fișa de răspuns pentru cadrul didactic
(Vanderbilt Parent Rating Scale)

Numele cadrului didactic _____

Durata orei: _____ Denumirea cursului: _____

Data: _____ Numele copilului: _____ Nivel
școlar _____

Instrucțiuni: Fiecare punctare trebuie să fie făcută în contextul specificului vârstei copilului dvs. La completarea acestui formular, aveți în vedere comportamentul copilului în ultimele **6 luni**. Această evaluare are la bază o perioadă în care copilul: era sub tratament medicamentos, nu era sub tratament medicamentos, nu sunt sigur (ă)?

Simptome	Niciodată	Uneori	Adeseori	Foarte des
1. Nu reușește să fie atent la detalii sau face greșeli din neatenție în activitățile școlare	0	1	2	3
2. Are dificultăți în menținerea atenției asupra sarcinilor sau activităților	0	1	2	3
3. Nu pare să asculte când i se vorbește direct.	0	1	2	3
4. Nu urmează instrucțiunile și nu reușește să finalizeze activitățile școlare (nu din cauză de comportament opoziționist sau neînțelegerea cerințelor)	0	1	2	3
5. Întâmpină dificultăți în organizarea activităților și sarcinilor.	0	1	2	3
6. Evită, nu-i plac sau ezită să se antreneze în sarcini care necesită efort mental susținut.	0	1	2	3
7. Pierde lucruri necesare îndeplinirii sarcinilor și activităților (notițe de școală, creioane sau cărți)	0	1	2	3
8. Este ușor de distras de stimuli externi	0	1	2	3
9. Este uituc în activitățile zilnice.	0	1	2	3
10. Se frământă cu mâinile sau picioarele, sau se agită în bancă	0	1	2	3
11. Își părăsește locul în clasă sau în alte situații când trebuie să rămână la locul său	0	1	2	3

12. Fuge sau se cațără excesiv în situații în care trebuie să rămână la locul său	0	1	2	3
13. Întâmpină dificultăți în a se juca sau a se antrena în activități liniștite	0	1	2	3
14. Este mereu în mișcare sau se poartă ca și cum ar fi acționat de un motor	0	1	2	3
15. Vorbește excesiv	0	1	2	3
16. Răspunde grăbit înainte de a se încheia întrebarea	0	1	2	3
17. Întâmpină greutăți când trebuie să aștepte la rând	0	1	2	3
18. Îi întrerupe sau intervine peste alții (de ex.: se bagă în conversații/jocuri)	0	1	2	3
19. Își pierde cumpătul	0	1	2	3
20. Încalcă conștient sau refuză să se conformeze cerințelor sau regulilor adulților	0	1	2	3
21. Este nervos sau nemulțumit	0	1	2	3
22. Este dușmănos sau răzbunător	0	1	2	3
23. Îi terorizează, amenință sau intimidează pe alții	0	1	2	3
24. Începe confruntări fizice	0	1	2	3
25. Minte în scopul de a obține bunuri pentru fapte bune sau pentru a se sustrage obligațiilor (adică, „nu eu”)	0	1	2	3
26. Este nemilos fizic cu oamenii	0	1	2	3
27. Și-a însușit bunuri de valoare	0	1	2	3
28. Distruge bunurile altora în mod deliberat	0	1	2	3
29. Este temător, neliniștit sau îngrijorat	0	1	2	3
30. Este timid sau ușor de stânjenit	0	1	2	3
31. Se teme să încerce lucruri noi ca să nu greșească	0	1	2	3

Simptome	Niciodată	Uneori	Adeseori	Foarte des
32. Se simte inutil sau infrior	0	1	2	3
33. Se învinovățește pentru probleme; se simte vinovat	0	1	2	3
34. Se simte singur, nedorit sau neiubit; se plânge că „nimeni nu îl/o iubește”	0	1	2	3
35. Este trist, nefericit sau deprimat	0	1	2	3

Randament Randament școlar	Excelent	Peste medie	Mediu	Oarecare probleme	Problematic
36. Citit	1	2	3	4	5
37. Matematică	1	2	3	4	5
38. Exprimare în scris	1	2	3	4	5

Randament comportamental în clasă	Excelent	Peste medie	Mediu	Oarecare probleme	Problematic
39. Relaționare cu colegii	1	2	3	4	5
40. Respectarea îndrumărilor	1	2	3	4	5
41. Întreruperea orei	1	2	3	4	5
42. Efectuarea temelor	1	2	3	4	5
43. Abilități de organizare	1	2	3	4	5

Comentarii:

Vă rugăm să returnați acest formular către:

Adresa de corespondență:

Nr. telefon/fax: _____

Doar pentru uzul specialistului

Total întrebări cu punctaj 2 sau 3 la întrebările 1-9: _____

Total întrebări cu punctaj 2 sau 3 la întrebările 10-18: _____

Scor total simptome pentru întrebările 1-18: _____

Total întrebări cu punctaj 2 sau 3 la întrebările 19-28: _____

Total întrebări cu punctaj 2 sau 3 la întrebările 29-35: _____

Total întrebări cu punctaj 4 sau 5 la întrebările 36-43: _____

Scor mediu de randament:

Scala de evaluare Vanderbilt – Fișa de răspuns pentru părinți
(Vanderbilt Parent Rating Scale)

Numele copilului _____ Data evaluării _____

Data nașterii _____ Vârsta _____ Clasa _____

Numele părintelui _____ Nr. telefon al părintelui _____

Instrucțiuni: Fiecare punctare trebuie să fie făcută în contextul specificului vârstei copilului dvs. La completarea acestui formular, aveți în vedere comportamentul copilului în ultimele **6 luni**. Această evaluare are la bază o perioadă în care copilul: era sub tratament medicamentos, nu era sub tratament medicamentos, nu sunt sigur (ă)?

Simptome	Niciodată	Uneori	Adeseori	Foarte des
1. Nu este atent la detalii sau face greșeli din neatenție, cum ar fi la temele pentru acasă	0	1	2	3
2. Are dificultăți în menținerea atenției asupra a ceea ce are de făcut	0	1	2	3
3. Nu pare să asculte când i se vorbește direct.	0	1	2	3
4. Nu urmează instrucțiunile și nu reușește să finalizeze activitățile (nu din cauză de refuz sau neînțelegerea cerințelor)	0	1	2	3
5. Întâmpină dificultăți în organizarea activităților și sarcinilor.	0	1	2	3
6. Evită, nu-i plac sau ezită să iniție sarcini care necesită efort mental susținut.	0	1	2	3
7. Pierde lucruri necesare îndeplinirii sarcinilor și activităților (jucării, notițe de școală, creioane sau cărți)	0	1	2	3
8. Este ușor de distras de zgomote sau alți stimuli	0	1	2	3
9. Este uituc în activitățile zilnice.	0	1	2	3
10. Se frământă cu mâinile sau picioarele, sau se agită în bancă	0	1	2	3
11. Își părăsește locul în clasă sau în alte situații când trebuie să rămână la locul său	0	1	2	3
12. Fuge sau se cațără excesiv în situații în care trebuie să rămână la locul său	0	1	2	3
13. Întâmpină dificultăți în a se juca sau în a iniția activități liniștite de joc	0	1	2	3
14. Este mereu în mișcare sau se poartă ca și cum ar fi acționat de un motor	0	1	2	3
15. Vorbește excesiv	0	1	2	3
16. Răspunde grăbit înainte de a se încheia întrebarea	0	1	2	3
17. Întâmpină greutăți când trebuie să aștepte la rând	0	1	2	3
18. Îi întrerupe sau intervine peste alții în conversații și/sau jocuri	0	1	2	3
19. Se ceartă cu adulții	0	1	2	3
20. Își pierde cumpătul	0	1	2	3

21. Încalcă conștient sau refuză să se conformeze cerințelor sau regulilor adulților	0	1	2	3
22. Enervează lumea în mod intenționat	0	1	2	3
23. Dă vina pe alții pentru greșelile sale sau pentru comportamentul său defectuos	0	1	2	3
24. Este iritabil sau ușor de enervat de către ceilalți	0	1	2	3
25. Este nervos sau nemulțumit	0	1	2	3
26. Este dușmănos și caută să se răzbune	0	1	2	3
27. Îi terorizează, amenință sau intimidează pe alții	0	1	2	3
28. Începe ciocniri fizice	0	1	2	3
29. Minte în scopul de a obține avantaje pentru fapte bune sau pentru a se sustrage obligațiilor (adică, „nu eu”)	0	1	2	3
30. Absentează nemotivat de la școală (chiulește)	0	1	2	3
31. Este nemilos fizic cu oamenii	0	1	2	3
32. A furat lucruri valoroase	0	1	2	3

Simptome	Niciodată	Uneori	Adeseori	Foarte des
33. Distruge bunurile altora în mod voit	0	1	2	3
34. A folosit o armă care poate cauza răni grave (bâta, cuțit, briceag, armă de foc)	0	1	2	3
35. E nemilos fizic cu animalele	0	1	2	3
36. A incendiat în mod voit pentru a distruge	0	1	2	3
37. A intrat fără permisiune în casa, firma sau mașina altcuiva	0	1	2	3
38. A rămas afară peste noapte fără permisiune	0	1	2	3
39. A fugit de acasă peste noapte	0	1	2	3

40. A forțat pe cineva să întrețină relații sexual	0	1	2	3
41. Este temător, neliniștit sau îngrijorat	0	1	2	3
42. Se teme să încerce lucruri noi ca să nu greșească	0	1	2	3
43. Se simte inutil sau inferior	0	1	2	3
44. Se învinovățește pentru problem; se simte vinovat	0	1	2	3
45. Se simte singur, nedorit sau neiubit; se plânge că „nimeni nu îl/o iuberște”	0	1	2	3
46. Este trist, nefericit sau deprimat	0	1	2	3
47. Este timid sau ușor de intimidat	0	1	2	3

Randament	Excelent	Peste medie	Mediu	Oarecare probleme	Problematic
48. Randament școlar general	1	2	3	4	5
49. Citit	1	2	3	4	5
50. Scris	1	2	3	4	5
51. Matematică					
52. Relaționare cu părinții					
53. Relaționare cu frați/surori					
54. Relaționare cu colegii					
55. Participarea la activități organizate (echipe)					

Comentarii:

Doar pentru uzul specialistului

Total întrebări cu punctaj 2 sau 3 la întrebările 1-9: _____

Total întrebări cu punctaj 2 sau 3 la întrebările 10-18: _____

Scor total simptome pentru întrebările 1-18: _____

Total întrebări cu punctaj 2 sau 3 la întrebările 19-26: _____

Total întrebări cu punctaj 2 sau 3 la întrebările 27-40: _____

Total întrebări cu punctaj 4 sau 5 la întrebările 41-47: _____

Scor mediu de randament:

Aceste scale NU se utilizează individual pentru stabilirea unui diagnostic. Trebuie luate în considerare informații din mai multe surse. Un scor de 2 sau 3 la o singură întrebare simptom indică doar un comportament frecvent. Scoruri de 4 sau 5 la întrebările de randament indică probleme legate de randament.

Scalele de evaluare inițiale, atât pentru părinte cât și pentru cadrul didactic, constau în două componente: evaluarea simptomelor și tulburare de randament. Atât pe scala inițială a părintelui cât și pe cea a cadrului didactic, evaluarea simptomelor examinează simptomele care corespund criteriilor ADHD cu neatenție (întrebările 1-9) și cu hiperactivitate (întrebările 10-18).

Pentru a îndeplini criteriile de diagnosticare stabilite prin *DSM-IV*, trebuie să existe cel puțin 6 răspunsuri pozitive fie la cele 9 simptome esențiale privind neatenția, fie la cele 9 simptome esențiale privind hiperactivitatea, ori ambele. Un răspuns pozitiv înseamnă 2 sau 3 (deseori, foarte adesea) (puteți trasa o linie până în josul paginii și să numărați răspunsurile pozitive din cadrul fiecărui sub-segment). Există un spațiu pentru înscrierea numărului de răspunsuri pozitive din fiecare sub-segment, precum și un spațiu pentru punctajul total corespunzător primelor 18 simptome (prin adunare).

Scalele inițiale cuprind examinări de simptome și pentru alte 3 afecțiuni concomitente - opoziție-sfidare, conduită și anxietate/depresie. Acestea se reflectă în numărul de răspunsuri pozitive din cadrul fiecăruia dintre segmentele delimitate prin „pătrățele”. Mai jos sunt prezentate seturile tipice de întrebări și numărul necesar de răspunsuri pozitive pentru fiecare set de examinare a simptomelor de afecțiuni concomitente.

Secțiunea a doua a scalei cuprinde o serie de măsuri de randament, punctate de la 1 la 5, unde 4 și 5 reprezintă o problemă/ridică probleme. Pentru a îndeplini criteriile de ADHD trebuie ca măcar la unul dintre întrebările din seria de randament copilul trebuie să aibă un punctaj de 4 sau 5; adică, trebuie să existe o tulburare, nu doar simptome care să corespundă criteriilor de diagnosticare. Fișa cuprinde și un spațiu pentru notarea numărului de răspunsuri pozitive (4, 5) precum și a unui scor mediu de randament - se adună și se împarte la numărul de criterii de randament la care s-a răspuns

Scala de evaluare pentru părinte	Scala de evaluare pentru cadrul didactic
<p>Subtipul predominant neatent</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trebuie să obțină un punctaj de 2 sau 3 la 6 din 9 dintre întrebările 1-9 <u>ȘI</u> ▪ Trebuie să obțină un punctaj de 4 sau 5 la oricare dintre întrebările de randament 48-55 	<p>Subtipul predominant neatent</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trebuie să obțină un punctaj de 2 sau 3 la 6 din 9 dintre întrebările 1-9 <u>ȘI</u> ▪ Trebuie să obțină un punctaj de 4 sau 5 la oricare dintre întrebările de randament 36-43
<p>Subtipul predominant hiperactiv/impulsiv</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trebuie să obțină un punctaj de 2 sau 3 	<p>Subtipul predominant hiperactiv/impulsiv</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trebuie să obțină un punctaj de 2 sau 3 la

<p>la 6 din 9 dintre întrebările 10-18 <u>ȘI</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trebuie să obțină un punctaj de 4 sau 5 la oricare dintre întrebările de randament 48-55 <p>ADHD combinat neatenție/hiperactivitate</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Este necesară îndeplinirea criteriilor de mai sus atât pentru neatenție, cât și pentru hiperactivitate/impulsivitate <p>Examinare pentru tulburări de opoziție-sfidare</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trebuie să obțină un punctaj de 2 sau 3 la 4 dintre cele 8 comportamente cuprinse în întrebările 19-26 <u>ȘI</u> ▪ Trebuie să obțină un punctaj de 4 sau 5 la oricare dintre întrebările de randament 48-55 <p>Examinare pentru tulburări de conduit</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trebuie să obțină un punctaj de 2 sau 3 la 3 dintre cele 14 comportamente cuprinse în întrebările 27-40 <u>ȘI</u> ▪ Trebuie să obțină un punctaj de 4 sau 5 la oricare dintre întrebările de randament 48-55 <p>Examinare pentru anxietate/depresie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trebuie să obțină un punctaj de 2 sau 3 la 3 dintre cele 7 comportamente cuprinse în întrebările 41-47 <u>ȘI</u> ▪ Trebuie să obțină un punctaj de 4 sau 5 la oricare dintre întrebările de randament 48-55 	<p>6 din 9 dintre întrebările 10-18 <u>ȘI</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trebuie să obțină un punctaj de 4 sau 5 la oricare dintre întrebările de randament 36-43 <p>ADHD combinat neatenție/hiperactivitate</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Este necesară îndeplinirea criteriilor de mai sus atât pentru neatenție, cât și pentru hiperactivitate/impulsivitate <p>Examinare pentru tulburări de opoziție-sfidare</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trebuie să obțină un punctaj de 2 sau 3 la 3 dintre cele 10 comportamente cuprinse în întrebările 19-28 <u>ȘI</u> ▪ Trebuie să obțină un punctaj de 4 sau 5 la oricare dintre întrebările de randament 36-43 <p>Examinare pentru anxietate/depresie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trebuie să obțină un punctaj de 2 sau 3 la 3 dintre cele 7 comportamente cuprinse în întrebările 29-35 <u>ȘI</u> ▪ Trebuie să obțină un punctaj de 4 sau 5 la oricare dintre întrebările de randament 36-43
---	---

A. Categoriile comportamentale relaționate cu „activitatea”			
	Definiție	Operaționalizare	Exemple
1. Mișcarea	Modalitatea în care se schimbă poziția în spațiu luând ca punct de referință podeaua (Hutt et al., 1965)	Numărul de unități acoperite	
2. Paternul locomotor	Orientări structurate ale capului, trunchiului și membrelor în timpul mișcării (Hutt et al., 1965, Kalverboer, 1975)	Frecvența unui patern de locomoție observat pe baza unei liste precodate a acestor paternuri	Mers, sărituri
3. Tipuri de locomoție/mișcare		Numărul tipurilor de mișcare observate	
4. Postura	Orientări specifice ale capului, trunchiului și membrelor în timp ce poziția spațială rămâne neschimbată	Frecvența tipurilor de postură observate pe baza unei liste precodate a acestor categorii	Ridicări în picioare, poziția de culcat
5. Tipuri ale posturii		Numărul tipurilor de mișcare observate	
6. Manipularea obiectelor din mediu	Contactul activ realizat cu mâinile, gura sau picioarele a oricăror elemente ale mediului, cu excepția propriilor părți ale corpului sau a hainelor. Atingerea, împingerea sau mișcarea obiectelor cu mâinile sau cu picioarele (Kalverboer, 1975)	Frecvența manipulării obiectelor din mediu	Lovirea caloriferului, manipularea ușilor mobilierului.
7. Manipularea propriilor părți ale corpului (îmbrăcămintea)	Mișcarea gurii sau a mâinilor în raport cu corpul (Kalverboer, 1975)	Frecvența manipulării	Strâmbături, atingerea nasului, căutarea în buzunare.
8. Gesticularea	Mișcări de comunicare care nu însoțesc verbalizarea (Kalverboer, 1975)	Frecvența gesturilor	Indicarea unor obiecte
9. Alte mișcări	Mișcarea membrelor, a capului sau a trunchiului, care nu constituie un patern locomotor, o postură	Frecvența mișcărilor	Balansarea mâinilor, rotiri
B. Categoriile comportamentale relaționate cu „atenția”			
	Definiție	Operaționalizare	Exemple
10. Fixarea vizuală	Privirea fixă spre un element al mediului fără a fi însoțit de o altă fixare a unui alt	Frecvența și durata cu care copilul privește un singur element al mediului chiar și dacă	

11. Scanarea vizuală	element (Hutt et al., 1965; Kalverboer, 1975) Investigarea mediului din jurul său, fără a se focaliza pe un aspect anume al acestuia (Hutt et al., 1965; Kalverboer, 1975)	este vorba de secundă Frecvența și durata cu care copilul privește, scanează mediului chiar și dacă este vorba de secundă	
12. Schimbări în tipul de joc pe care îl realizează		Frecvența cu care un tip de joc este schimbat cu altul	Se implică în jocul cu copiii, renunță fără a-l termina iar apoi se implică în jocul cu jucării
13. Schimbările ale nivelului de joc		Frecvența cu care o activitate de joc este înlocuită cu alta de un alt nivel	În cadrul jocului cu jucării, pentru scurt timp construiește cu ele, apoi iar trece la jocul simbolic
14. Cea mai lungă activitate de joc		Durata în secunde a celei mai lungi perioade de joc continuu din parcursul întregii perioade de observație	În cadrul unui joc simbolic nu rămâne la un anume personaj
15. Numărul de manipulări ale obiectelor în timpul jocului		Frecvența cu care copilul schimbă jucăriile în cadrul unei activități de joc	
16. Lipsa activității de joc		Frecvența și durata (în secunde) în care copilul nu este implicat în activități de joc	

„Stroop”

Sarcina este compusă din 2 pagini de stimuli constând din 9 rânduri de imagini cu „soare” și „lună” randomizate. În prima fază copiii trebuie să citească „soare” acolo unde imaginea arată un „soare” și „lună” acolo unde imaginea arată „luna”, cât de repede este posibil de-a lungul rândurilor timp de 45 de secunde. În total sunt 45 de stimuli. Dacă subiecții termină de citit pagina înainte de expirarea timpului aceștia sunt instruiți să citească de la început până sunt opriți. În faza a doua copii sunt instruiți să citească „lună” acolo unde imaginea indică „soare” și „soare” acolo unde imaginea arată „luna”. Scorul la interferență se calculează pe baza formulei 2.1 (Archibald & Kerns, 1999)

$$\frac{(\text{Nr. de stimuli direcți} - \text{Nr. de stimuli corecți})}{\text{Nr. de stimuli corecți}}$$

La realizarea probei „Turnul Londrei”, sarcina copilului este de a muta bilele pe trei tije de la o poziție de start dată la o poziție indicată de către experimentator, folosind un număr minim de mișcări. Instrucțiunea oferită copilului a fost următoarea:

„Aici este un suport. Acesta are trei tije de mărimi diferite. Aici sunt trei bile. Care este bila roșie (bila galbenă sau bila albastră)? Privește cu atenție; pe tija mică poate sta doar o singură bilă, pe tija mijlocie pot sta două bile, iar pe tija mare pot sta trei bile (demonstrează). Dacă muți o singură bilă o dată poți face diferite modele, vezi? Dar bilele trebuie să stea pe tije. Acum îți voi arăta un joc! Eu îți voi arăta câte o planșă, iar tu va trebui să ajungi la modelul de pe planșă, folosind suportul cu tije. Să nu uiți regulile jocului: poți să muți doar o singură bilă o dată și bilele trebuie ținute pe tije”.

În situația în care copilul este tentat să mute mai multe bile de-o dată i se va cere să își țină o mână la spate. Se notează din câte mișcări a rezolvat corect fiecare problemă. Pentru rezolvarea fiecărei probleme copilul a avut la dispoziție 45 de secunde. Dacă în 45 de secunde copilul nu rezolvă corect problema se trece la următoarea. Proba cuprinde 20 de probleme. În situația în care copilul nu rezolvă corect primele 2 probleme acestea vor fi rezolvate împreună cu experimentatorul până când copilul va reuși să-i rezolve. În funcție de **numărul minim de mutări** necesar pentru a atinge starea finală a problemei, cele 20 de probleme sunt prezentate în ordinea dificultății lor astfel: problemele 1-2 solicită o mutare, problemele 3-4 solicită 2 mutări,

problemele 5-7 solicită 3 mutări, problemele 8-10 solicită 4 mutări, problemele 11-13 solicită 5 mutări, problemele 14-17 solicită 6 mutări, problemele 18-20 solicită 7 mutări.

Pentru fiecare problemă a fost analizată măsura în care copilul a reușit să rezolve problema în timpul limită, respectiv a fost înregistrat și numărul de mutări utilizate în rezolvare. Pentru prima variantă scorul unui subiect putea lua valori între 2 (a rezolvat corect doar primele 2 probleme) și 20 (a rezolvat corect toate cele 20 probleme).

În complexul de evaluare a fost inclusă **„Proba de codaj”**, care este destinată pentru a evalua rezistența la interferență. Sarcina copilului este de a marca timp de 60 de secunde cât mai multe „fețe” asemănătoare cu cea prezentată ca și stimul țintă. În prealabil are loc o fază de antrenament (cu rol de înțelegere a sarcinii) în care copilul împreună cu experimentatorul marchează fețele asemănătoare cu stimulul țintă, după care se trece la faza de test. Subiectul primește o coală de hârtie pe care sunt desenate aleator 171 de fețe (19 rânduri de fețe a câte 9 fețe fiecare), iar acesta va trebui să marcheze în 60 secunde cât mai multe fețe care sunt identice cu stimulul țintă (reprezentat de o față care este așezată în partea de sus centru a paginii). Variabilele înregistrate sunt: numărul de itemi corect identificați (maxim 56) respectiv numărul de itemi greșit identificați.

„Proba statuii” măsoară preponderent controlul inhibitor motor. Sarcina copilului este aceea de a sta în picioare, cu ochii închiși, nemișcat timp de 75 de secunde. Înainte de a i se da instrucțiunea, examinatorul întreabă copilul dacă știe ce este o statuie, respectiv punctează faptul că orice se întâmplă în jurul acesteia, el rămâne permanent nemișcat; apoi copilul este anunțat că urmează un joc denumit „Statuia”. Instrucțiunea oferită copilului a fost următoarea:

„Când îți spun să începi, vreau ca tu să stai ca o statuie în picioare, ținând mâinile pe lângă corp și ochii închiși. Nu-ți mișca nici măcar degetele. Nu te mișca deloc, nu-ți deschide ochii și nu spune nimic, indiferent de ce s-ar întâmpla, până când îți spun: „Stop. Jocul s-a terminat!” Ești pregătit? Închide ochii! Ține-i închiși. Începe!”

Pe parcursul celor 75 de secunde examinatorul a provocat două zgomote, pentru a evalua capacitatea de inhibare a stimulilor irelevanți pentru sarcină: a lăsat să cadă un pix de pe masă (după 30 sec de la începerea probei) și apoi a bătut de două ori în masă (după 60 sec. de la începerea probei). S-a înregistrat de asemenea orice comportament pe care-l face copilul pe

parcursul desfășurării celor 75 de secunde (ex. dacă s-a mișcat, dacă a deschis ochii, dacă a spus ceva, dacă a râs, etc.).

„Proba de Fluență verbală” (Benton & Hamsher, 1978) este considerată o probă de limbaj, dar adesea măsurătorile fluenței sunt luate ca indicator al funcțiilor executive (Lezak, 1995), mai precis ca una care evaluează flexibilitatea. În studiul întreprins de noi această sarcină a fost analizată ca una executivă. Proba măsoară fluența verbală a subiecților. Fiecare copil a avut la dispoziție 60 de secunde să enumere cât de multe cuvinte care aparțin categoriilor animale și mâncare. Pentru itemul 1, cerința a fost să enumere cât mai multe animale (ex.: câine, șoarice, etc.). Pentru itemul 2, cerința a fost să enumere cât mai multe elemente ale categoriei mâncare (ex.: friptură sau lapte). Au fost cotate pentru fiecare item răspunsurile corecte, erorile și perseverările.

Subscala	Descriere
Cuburi	Substanța cuprinde 9 cuburi colorate pe care copilul trebuie să le aranjeze conform unui model prezentat.
Similarități	Subscala cuprinde o serie de perechi de cuvinte, sarcina copilului fiind aceea de a stabili asemănările dintre acestea.
Memoria cifrelor	Subscala cuprinde subserie de cifre pe care copilul trebuie să le memoreze și apoi să le redea fie în ordinea în care acestea i-au fost prezentate, fie în ordine inversă.
Concepte figurale	Scala cuprinde itemi a câte două sau a câte trei șiruri de imagini, sarcina copilului fiind aceea de a alege câte o imagine de pe fiecare și care să se potrivească pe baza unui criteriu comun cu cea (cele) de pe celalalt (e) șir (uri).
Codaj	Subscala cuprinde un set de imagini simple (Codaj A) sau numere (Codaj B), fiecăruia corespunzându-i un simbol, sarcina copilului fiind aceea de a completa fiecare formă cu simbolul corespunzător.
Vocabular	Subscala cuprinde o serie de cuvinte care îi sunt prezentate copilului oral și pe care acesta trebuie să le definească.
Secvențe litere și cifre	Subscala cuprinde serie de cifre și litere pe care copilul trebuie să le memoreze și apoi să le redea litere în ordine alfabetică și nemerele în ordine crescătoare.
Matrici	Subscala cuprinde o serie de imagini din care lipsește o parte, sarcina subiectului fiind aceea de a identifica partea lipsă.
Înțelegere verbală	Subscala cuprinde o serie de întrebări prin care se cere copilului să rezolve probleme cu care se întâlnește în viața de zi cu zi sau să explice sensul unor reguli sociale sau a unor concepte.
Căutare de simboluri	Sarcina copilului este aceea de a identifica existența unor simboluri într-i configurație dată.
Completare de imagini	Subscala cuprinde un set de imagini lacunare, sarcina copilului fiind aceea de a identifica partea care lipsește din fiecare.

Baraj	Sarcina cuprinde un câmp structurat respectiv unul nestructurat cu imagini, sarcina subiectului fiind aceea de a bara anumite imagini.
Informații generale	Subscala cuprinde un set de întrebări referitoare la o serie de cunoștințe generale despre obiecte, oameni, locuri.
Aritmetică	Subscala cuprinde o serie de probleme de aritmetică pe care copilul trebuie să le rezolve mintal, răspunzând oral la acestea.
Raționament verbal	Sarcina subiectului este aceea de a identifica un concept pe baza mai multor indicii (descrierii verbale)

Evaluarea diferitor tulburări și itemii corespunzători (A. Dobrean, 2009)

Scale	CBCL	TRF
Anxietate/Depresie (I)	14, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 45, 50, 52, 71, 91, 112	14, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 45, 50, 52, 71, 81, 91, 106, 108, 112
Însingurare/Depresie (II)	5, 42, 65, 69, 75, 102, 103	5, 42, 65, 69, 75, 102, 103
Probleme somatice (III)	47, 49, 51, 54, 56a, 56b, 56c, 56d, 56e, 56f, 56g	51, 54, 56a, 56b, 56c, 56d, 56e, 56f, 56g
Probleme de relaționare socială (IV)	11, 12, 25, 27, 34, 36, 38, 48, 62, 64, 79	11, 12, 25, 27, 34, 36, 38, 48, 62, 64, 79
Cogniții disfuncționale (V)	9, 18, 40, 46, 58, 59, 60, 66, 70, 76, 83, 84, 85, 92, 100	9, 18, 40, 46, 58, 66, 70, 83, 84, 85
Probleme de atenție (VI)	1, 4, 8, 10, 13, 17, 41, 61, 78, 80	
Neatenție	-	1, 4, 8, 13, 17, 22, 49, 60, 61, 72, 78, 80, 92, 100
Hiperactivitate/Impulsivitate	-	2, 7, 10, 15, 24, 41, 53, 67, 73, 74, 93, 109
Violarea regulilor (VII)	2, 26, 28, 39, 43, 63, 67, 72, 73, 81, 82, 90, 96, 99, 101, 105, 106	26, 28, 39, 43, 63, 82, 90, 96, 98, 99, 101, 105
Comportament Agresiv (VIII)	3, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 37, 57, 68, 86, 87, 88, 89, 94, 95, 97, 104	3, 6, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 37, 57, 68, 76, 77, 86, 87, 88, 89, 94, 95, 97, 104
Sindroame internalizate	Scalele I, II, III	Scalele I, II, III
Sindroame externalizate	Scalele VII, VIII	Scalele VII, VIII
DERIVATE PE BAZA DSM		
Tulburări afective	5, 14, 18, 35, 52, 54, 76, 77, 91, 100, 102, 103	5, 14, 18, 35, 52, 54, 60, 91, 102, 103
Tulburări anxioase	11, 29, 30, 45, 50, 112	11, 29, 30, 45, 50, 112
Tulburări somatice	56a, 56b, 56c, 56d, 56e, 56f,	56a, 56b, 56c, 56d, 56e, 56f,

	56g	56g
ADHD	4, 8, 10, 41, 78, 93, 104	4, 8, 10, 15, 22, 24, 41, 53, 67, 78, 93, 100, 104
Neatenție	-	4, 8, 22, 78, 100
Hiperactivitate/Impulsivitate	-	10, 15, 24, 41, 53, 67, 93, 104
Tulburări de tip opozițional	3, 22, 23, 86, 95	3, 6, 23, 86, 95
Tulburări de conduită	15, 16, 21, 26, 28, 37, 39, 43, 57, 67, 72, 81, 82, 90, 97, 101, 106	16, 21, 26, 28, 37, 39, 43, 57, 73, 82, 90, 97, 101

**CHESTIONAR PENTRU PĂRINȚI DESPRE COMPORTAMENTUL COPIILOR
(manifestări emoționale)**

Vă rugăm să bifați căsuța potrivită pentru fiecare din următoarele afirmații: Foarte adevărat, Mai mult sau mai puțin adevărat, Nu este adevărat. Ar fi de mare ajutor pentru noi dacă ați răspunde cât se poate de concret la toate afirmațiile, chiar dacă nu sunteți absolut sigur de ele. Vă rugăm să ne răspundeți la afirmații având în vedere comportamentul copilului din ultimele 6 luni sau din acest an școlar.

Numele copilului Băiat/Fată

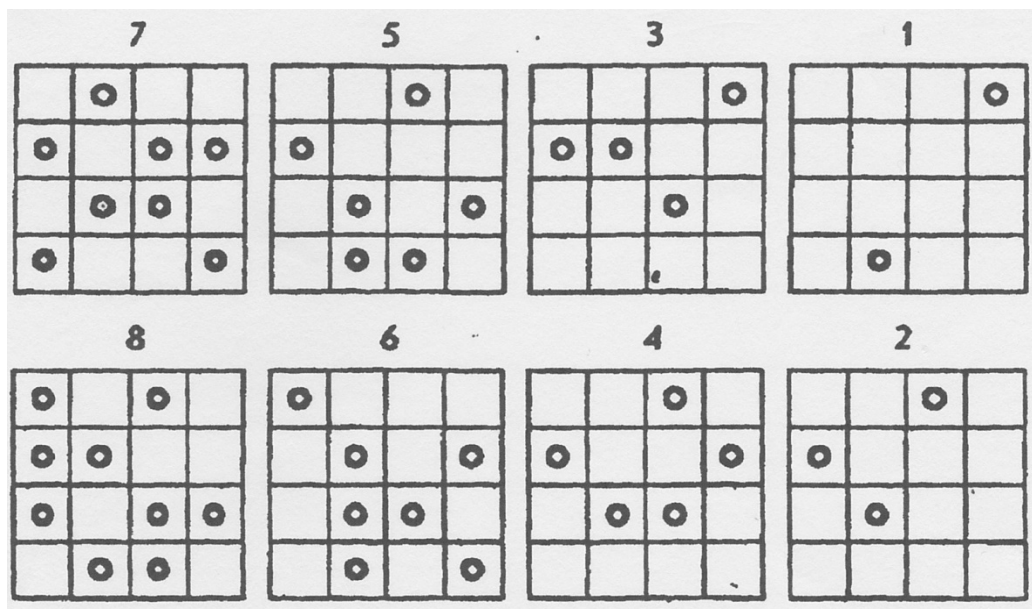
Data nașterii copilului

Nr. crt.	Itemi	Nu este adevărat	Mai mult sau mai puțin adevărat	Foarte adevărat
1.	Ține cont de sentimentele altor persoane.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Este neliniștit, nu poate sta locului mult timp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Se plânge deseori de dureri de cap.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Împarte ușor cu alții (mâncare, jocuri, creioane).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Se enervează ușor și adesea își pierde controlul.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Ținde să fie solitar/singuratic, preferă să se joace singur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	În general este ascultător, face de obicei ceea ce îi cer adulții.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Are multe griji, adesea pare îngrijorat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Sare în ajutor dacă cineva este rănit, trist sau se simte rău.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	De obicei este neastâmpărat, se foiește, își agită mâinile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Are cel puțin un bun prieten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Adesea se ceartă cu alți copii sau îi batjocorește.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Deseori este necăjit, nefericit, plângăreț.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Este în general plăcut de alți copii.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Este ușor distras, nu se poate concentra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	În situații noi devine nervos și alarmant, își pierde ușor încrederea în forțele proprii.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Este amabil cu copiii mai mici decât el/ea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Se contrazice adesea cu adulții.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Este hărțuit sau batjocorit de către alți copii.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Adesea se oferă voluntar să-i ajute pe alții (părinți, învățători, alți copii).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Gândește înainte de a acționa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Fură din casă, din școală sau din alte locuri.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Se înțelege mai bine cu adulții decât cu alți copii.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Se sperie ușor, este fricos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Are o atenție bună, duce lucrurile la bun sfârșit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

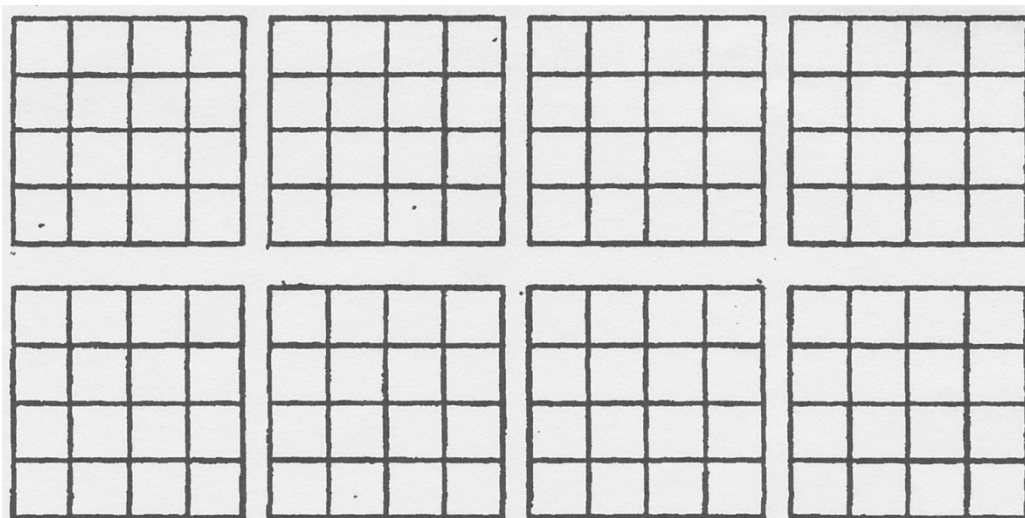
Semnătura

Data completării chestionarului

Profesor/Diriginte/Altă persoană (Vă rugăm specificați)



Materialul de stimulare pentru proba „Memorizează și aranjează punctele!”



Matricele pentru proba „Memorizează și aranjează punctele!”

Curriculumul pentru formarea părinților în activitatea cu copii ADHD.

Conținut: Conform Asociației Americane de Psihiatrie care a publicat manualul după care se stabilește diagnosticul, simptomele esențiale ale ADHD sunt: inatenția, impulsivitatea și hiperactivitatea. Este important de știut că: ADHD nu este o problemă de educație (deși copilul are probleme de comportament inadecvat); nu este o dizabilitate de învățare (dar afectează capacitatea copilului de a învăța); nu este o problemă de inteligență.

Sub denumirea de Attention Deficit-Hiperactiviz Disorder sau Tulburarea hiperkinetică cu deficit de atenție sunt grupate o serie de comportamente anormale ale copilului și, ulterior, ale adultului ce derivă din incapacitatea acestuia de a se concentra asupra activităților de zi cu zi. Este un sindrom a cărui cauză încă nu a fost elucidată, despre care se discută mult în ultima vreme și care afectează între 6-9% dintre copiii de vârstă școlară din România sunt diagnosticați cu sindrom ADHD, preponderent băieții (Tiberiu Mircea, Societatea de Neurologie și Psihiatrie a Copilului și Adolescentului din Romania). Acești copii par a acționa fără să gândească, sunt extrem de activi, mult peste nivelul obișnuit al unui copil sănătos și au mari dificultăți în a fi atenți la ceea ce au de făcut. Cu toate că înțeleg ce li se cere, nu duc activitățile la bun sfârșit pentru că nu reușesc să se concentreze și să fie atenți la detalii.

S-au descris trei „portrete” posibile ale acestor pacienți:

1. Tipul cu **deficit de atenție** pe care îl recunoaștem după:

- incapacitatea de a fi atent la detalii sau tendința de a face erori prin neglijență;
- dificultăți în a-și menține atenția asupra unor activități școlare sau chiar a jocurilor;
- aparente probleme de auz (de fapt nu are capacitatea de a se concentra asupra discursului);
- mari dificultăți în a urma niște instrucțiuni;
- incapacitatea de a se organiza;
- evitarea acțiunilor care presupun un efort mental mai intens;
- tendința de a pierde obiectele personale (jucării, caiete etc.);
- li se distrage ușor atenția și uită ușor ce au de făcut.

2. Tipul **hiperactiv** sau **impulsiv** îl recunoaștem după:

- zbânțuială și agitația permanente;
- nerăbdarea de a sta pe scaun;
- alergă, se cațără excesiv;
- nu se pot juca în liniște;
- mereu par a fi „pe fugă”;
- vorbesc în continuu;
- la școală se grăbesc să răspundă înainte să audă toată întrebarea;
- nu au răbdare să-și aștepte rândul la un joc sau la coadă;
- mereu intrerup sau intervin neinvitați într-o discuție.

3. Tipul **combinat** este cel mai frecvent. Aici regăsim elemente din ambele forme de ADHD descrise mai sus.

Cel mai important aspect obținut în cadrul acestei prime ședințe a fost acela de a modifica imaginea globală, pe care o aveau referitoare la copiii lor, cu una mai clară, care să înglobeze cele trei axe importante ale tulburării ADHD: deficitul de atenție, hiperactivitatea și impulsivitatea, cât și modalitățile concrete de manifestare a acestora în plan comportamental. Pornind de la o compartimentare didactică a simptomelor și formelor de manifestare concretă, s-a inițiat un proces de reconstrucție corectă a imaginii despre copil, a dificultăților pe care acesta le întâmpină în procesul de dezvoltare. Astfel, am atins indirect și un prim obiectiv în consilierea părinților, și anume: conștientizarea de către aceștia a faptului că insuccesele în educația copilului nu se datorează lipsei resurselor și potențialului parental, ci, a unei abordări mai puțin adecvate în raport cu particularitățile copiilor lor.

Cum putem să-i ajutăm pe copiii cu ADHD?

Obiectivul 2. Observarea și evaluarea a comportamentului copilului; conștientizarea de către părinți a greșelilor educative în corectarea comportamentului copilului cu ADHD.

Conținut: Copilul cu ADHD are nevoie de intervenții speciale acasă și la școală pentru a fi ajutat în ameliorarea comportamentului impulsiv, de a lucra structurat, de a-și îmbunătăți disciplina. Părinții pot să-și ajute copiii ținând cont de următoarele aspecte:

1. Să accepte limitele copilului. Să accepte faptul că copilul lor este activ și plin de energie și că probabil așa va fi pentru totdeauna. Hiperactivitatea nu este intenționată. Să nu aștepte să se elimine hiperactivitatea și mai bine să o aducă sub un control rezonabil. Orice critici sau încercări de a schimba un copil plin de energie într-un copil liniștit sau un copil model vor cauza mai mult rău decât bine. Nimic nu-l ajută mai mult pe un copil hiperactiv decât faptul de a avea un părinte tolerant și răbdător.

2. Să i se ofere o alternativă pentru energia în exces. Activitățile din afara casei, în aer liber, cum ar fi: alergatul, sportul, plimbările lungi sunt foarte bune pentru a elimina excesul de energie. Atunci când este vreme rea afară, copilul are nevoie de o cameră în care se poate juca cum îi place cu supraveghere și restricții minime.

Copilul nu trebuie să aibă foarte multe jucării. Aceasta poate duce la o distractibilitate ridicată din dorința de a se juca cu fiecare. Jucăriile trebuie să fie sigure și să nu se poată rupe ușor. Să fie încurajat să se joace cu o singură jucărie o dată.

3. Să urmeze o rutină zilnică. Rutina care se păstrează în casă îl ajută pe copilul hiperactiv să accepte mai ușor ordinea. Să păstreze aceeași oră de trezire, aceeași oră de masă, aceeași oră de somn cât de regulat este posibil. Mediul ambiant să fie relativ liniștit pentru a încuraja gândirea, ascultarea, citirea acasă. În general nu trebuie aprins radioul și televizorul.

Simptomele ADHD se înrăutățesc la deprivarea de somn sau foame. Părinții trebuie să se asigure că copilul a dormit suficient și a mâncat bine.

4. Să se evite extenuarea copilului. Când un copil hiperactiv este foarte obosit, autocontrolul acestuia scade drastic și hiperactivitatea se accentuează. Copilul trebuie să doarmă când este extenuat.

Pentru copiii care au probleme să adoarmă o lumină de veghe sau o muzică liniștitoare poate fi de ajutor. Disciplina trebuie menținută ferm. Sunt copii care au probleme uzual cu disciplina.

Ei au nevoie de mai multe planuri disciplinare față de ceilalți copii. Regulile trebuie făcute astfel încât să prevină posibilele răniri ale copilului sau ale altora.

Comportamentele agresive cum ar fi bătăile, lovirile, împinsăturile trebuie stopate, dar trebuie evitate regulile inutile sau imposibile. De exemplu: nu vă așteptați ca acest copil să-și țină mâinile și picioarele nemișcate. Copilul hiperactiv tolerează mai puține reguli față de ceilalți copii. Să fie formulate, aceste reguli, clar, consistent și să fie cu adevărat importante.

Să se evite comentariile negative, ca: „nu fă asta”, sau „încetează asta”. Este recomandat să se dezvolte anumite semnale cu mâna și mai bine le folosim pe acestea decât să spunem verbal copilului nostru să se potolească.

5. Regulii care să nu conțină pedepse fizice. Pedepsa fizică sugerează copilului că purtarea agresivă este bună.

Trebuie să învățăm copilul hiperactiv să fie mai puțin agresiv și de aceea acesta are nevoie de la adult de modele, de control și calm. Trebuie folosit un ton prietenos, fără a ridica vocea atunci când încercăm să disciplinăm copilul. Dacă țipăm, copilul ne va imita imediat. Copilul să fie pedepsit imediat pentru orice comportament inadecvat.

Când copilul încalcă o regulă, se folosește time-out-ul pentru a se arăta dezaprobarea.

6. Antrenarea atenției copilului. Chiar dacă nivelul atenției nu va fi niciodată la limite normale, el poate fi îmbunătățit.

Atenția poate fi îmbunătățită ajutându-i să persevereze la lecțiile și sarcinile de acasă, sau ajutându-i să se pregătească pentru școală. Coloratul cărților și pictatul trebuie încurajate. Jocurile, de asemenea, duc la îmbunătățirea atenției.

7. Din când în când părinții să petreacă o zi fără copil. Expunerea părinților 24 de ore din 24 la stresul provocat de comportamentul copiilor cu ADHD poate fi enervantă și dificilă. Câteva ore departe de copil, îl va ajuta pe părinte să se liniștească și să devină din nou tolerant.

Dacă tatăl lucrează el ar trebui să aibă grijă de copil când se întoarce acasă. Aceasta nu numai că-i oferă mamei o pauză bine meritată, dar poate înțelege prin ce trece aceasta o zi întreagă.

O dădacă, o dată pe săptămână, într-o seară, poate aduce o pauză binemeritată părinților.

8. Părinții trebuie să fie iertători. Aceasta este cea mai importantă regulă, dar deseori cel mai greu de urmat în viața de zi cu zi.

În fiecare seară, după ce copilul a fost dus la culcare, părinții trebuie să-și acorde un moment în care să revadă întreaga zi și să-și ierte copilul pentru greșelile făcute. Să lase furia deoparte, resentimentele, dezamăgirile, sau alte emoții negative, să se gândească că mâine începe o nouă zi.

Trebuie iertați deoarece ei nu sunt în stare și nu pot întotdeauna să controleze ceea ce fac. Să nu se înțeleagă greșit acest punct. Nu înseamnă că nu trebuie tras la răspundere pentru greșelile pe care le-a făcut, sau pentru un comportament greșit față de alții. De asemenea părinții trebuie să se ierte pe sine pentru greșelile proprii cu privire la copilul lor.

Acești copii au capacitatea de a scoate ce-i mai rău din părinți și aceasta se transformă în sentimente de vinovăție față de propriile erori de comportament.

Părinții și copii pot funcționa ca o echipă de succes

Obiectivul 3. Îmbunătățirea atmosferei familiale; ascultarea activă; comunicarea emoțională; comunicarea părinte – copil.

Conținut: Când un copil nu se descurcă bine deseori se pune în balanță funcționarea echipei (a familiei). Atmosfera emoțională care există între părinți și copii poate duce la rezultate constructive, la o conviețuire sănătoasă sau la o viață presărată de greșeli și obstacole.

Componentele esențiale pentru ca această echipă să funcționeze sunt:

- Ascultarea activă este imposibilă dacă părinții nu sunt în stare să-și regleze propriile emoții. De obicei, părinții și copiii știu foarte bine cum să-și mascheze emoțiile negative unii față de ceilalți. Aceste emoții interferează cu capacitatea individuală de a asculta activ.

Părinții și copiii fac des un schimb reciproc de emoții. Emoțiile sunt contagioase și se iau de la unii la ceilalți.

- Discuțiile cu copilul și comunicarea emoțională – Odată ce ascultarea activă și managementul emoțional, au fost parcurse, este timpul ca părintele să discute cu copilul lui despre ce poate să facă ca să-l ajute. Această discuție cu copilul, este calea cea mai logică de abordare a dificultăților apărute între părinte și copil.

Nu este important ce cuvinte folosim în această discuție, ci comunicarea emoțională, care va transmite mesajul. O bună comunicare emoțională necesită ca:

- Părintele să fii pe aceeași undă cu copilul. Aceasta înseamnă să permită sentimentelor copilului să îl copleșească, dar să nu se piardă în ele.

- Examinarea sentimentelor în ordine pentru a înțelege dilema copilului.

- Examinarea propriilor emoții și capacitatea de a recunoaște când nu sunt constructive.

- Evaluarea obiecțiilor copilului, discuții despre cum ar putea părintele să îndepărteze obstacolele din drumul copilului.

Părinții care acceptă un spectru larg de emoții și le modelează împreună cu copilul, devin parteneri plini de succes în relația cu acesta.

Construirea unei relații pozitive cu copilul

Obiectivul 4. Modalități de întărire a relațiilor părinte-copil; focalizarea pe aspectele pozitive ale copilului; acceptarea necondiționată; timpul destinat copilului.

Conținut: Un pas important în a face schimbări pozitive este găsirea unor căi de întărire a relațiilor părinte-copil. Mulți dintre copii își închipuie că „nu sunt buni” (auzind tot timpul despre ce ei nu fac bine) și încep să creadă acest lucru. Primul lucru pe care trebuie să-l facă părinții este să renunțe la așteptările înalte.

Copilul va continua să rupă lucruri, să arunce cu ele, să facă deranj. Dacă așteptările părinților sunt prea mari, copilul va deveni frustrat, descurajat și va renunța („Ce rost are, oricum, nu fac nimic bine”).

Un copil descurajat se simte ca și cum niciodată n-ar fi bun la nimic, așa că, la ce să mai încerce?

O relație pozitivă înseamnă ca părintele să-și accepte copilul necondiționat. Abia după aceea se poate ocupa de consolidarea unor comportamente. Acceptarea necondiționată a copilului nu înseamnă acceptarea necondiționată a unor comportamente.

Copilul trebuie să știe că este iubit, chiar dacă i se spune că are un comportament inacceptabil și că vor fi anumite consecințe pentru acest fapt. (Rief, 2003)

O relație pozitivă începe prin evidențierea comportamentelor pozitive și prin a-i face pe copii să vadă că părinții le-au observat și să petreacă timp împreună cu copilul. În loc să răspundă copilului numai când face ceva rău, să înceapă să depisteze acele momente când face ceva bine și apoi să-i spună „te joci frumos cu Ioana, bravo!” „Ți-ai amintit că ai de făcut teme, foarte bine, bravo!”.

Copiii cu ADHD au nevoie să audă mereu că fac lucruri bune. Timpul petrecut împreună cu copilul nu este numai necesar și recompensator, ci are și momentele lui critice.

Sunt indicate perpetuarea obiceiurilor și tradițiilor din familie, care să aibă însemnătate pentru toți membrii ei;

- Sărbătorirea zilelor de naștere și a sărbătorilor într-un mod special, propriu familiei. Copilul trebuie să participe activ în organizarea lor.

- Mesele de prânz să devină o prioritate de familie. A lua masa împreună, cu întreaga familie, oferă o ocazie foarte bună de a discuta lucruri importante pentru toți. Trebuie evitate discuțiile în contradictoriu sau neplăcute la masă.

Părinții pot folosi constructiv întâlnirile de familie. Chiar dacă mama și tatăl sunt factorii decizionali ai familiei, fiecărui membru trebuie să i se permită să-și spună părerea în legătură cu un lucru care este important pentru el. La aceste întâlniri se pot dezvolta planuri de viitor, reguli de familie etc.

- Este foarte importantă alocarea unui timp destinat jocului împreună cu copilul lăsându-l pe acesta să conducă și să organizeze desfășurarea acestuia.

- Mesele speciale, în afara casei, doar părintele cu copilul, sunt un bun prilej de a afla ce se întâmplă în lumea lui.

- Este important ca părinții să înțeleagă că nu este nevoie de timp cantitativ vorbind, ci calitativ. Acest timp de calitate petrecut cu copilul pot constitui baza și începutul unui parteneriat prin care să-l ajutăm pe copil să înțeleagă că îl iubim, și că îl susținem.

Managementul comportamental

Obiectivul 5: Însușirea de către părinți a noțiunilor de management comportamental; metode și tehnici comportamentale de disciplinare pozitivă;

Conținut: Managementul comportamental se bazează pe principiul că un comportament răsplătit este repetat, iar cele care sunt ignorate, nerăsplătite sau pedepsite, se vor opri. Continuăm să realizăm ceea ce ne face plăcere, ceea ce este recompensant, ce implică un răspuns pozitiv din partea altora (recunoaștere, acceptare, premii) și este conform credințelor și sistemului nostru de valori.

Copiii și adulții aleg modele sociale acceptabile sau inacceptabile ale celor din jur, dar de asemenea se vor comporta și în funcție de nevoile fundamentale, cum ar fi: a fi acceptat, iubit, realizat. Dar toate aceste acțiuni au și anumite consecințe – unele dintre ele sunt un rezultat normal, natural al unor comportamente, iar altele sunt consecințe logice ale acestora.

Managementul comportamentului presupune o varietate de tehnici de eliminare a comportamentelor nedorite și de dezvoltare a celor dezirabile prin utilizarea de recompense, de dezvoltare a abilităților copilului și de reorganizare a mediului de viață al copilului.

Trebuie să avem așteptări reale și încercăm schimbări treptate. De exemplu, dacă copilul are dificultăți să stea liniștit la masă, nu o să reușim să îl facem să stea liniștit pe perioada unei ore întregi, dar am putea încerca la început, pentru 15 minute.

Programele de management comportamental au mai multe șanse de reușită când părinții sunt pregătiți mintal și emoțional. Dacă atât mama cât și tatăl ajută la creșterea copilului, ei trebuie să fie doritori să lucreze împreună, să fie constanți și să se ajute reciproc.

Părinții care au un copil cu ADHD deseori se închid în anumite tipare de interacțiune cu copilul lor care cresc șansele ca acesta să nu mai reacționeze, ducând la deteriorarea relației părinte – copil.

„Disciplinarea este un proces de învățare a unui comportament adecvat care cere efort și răbdare, atât din partea copilului, cât și a părintelui. Metodele de disciplinare prezentate sunt specifice pentru următoarele trei categorii de situații:

- când copilul învață unui comportament nou
- când dorim să consolidăm un comportament
- când copilul nu este motivat, deci „nu vrea” să facă un anumit comportament

„Pentru a ajuta copiii să învețe mai ușor un comportament, este recomandat să se respecte următoarele etape:

a. Definirea clară comportamentul pe care copilul trebuie să-l învețe

Ex. spălatul pe mâini înainte de masă.

b. Descompunerea în pași mici a comportamentului respectiv

Când comportamentul care trebuie învățat este prea complex pentru a permite învățarea lui globală, se descompune în pași mai mici.

Ex. ridicarea mânecilor, pornirea robinetului, udarea mâinilor, săpunirea mâinilor, frecarea mâinilor, limpezirea mâinilor, ștergerea mâinilor, aranjarea mânecilor.

c. Folosiți îndrumarea

Îndrumarea constă în a ajuta copilul pe parcursul efectuării comportamentului în vederea facilitării însușirii acestuia. În funcție de tipul de comportament prin care se face îndrumarea, aceasta poate fi:

* Îndrumare fizică – atunci când trebuie învățat un comportament motor, cum ar fi scrisul în clasa I. În acest caz, părintele conduce mâna copilului, arătându-i cum să scrie o literă.

ex. Se iau mâinile copilului în mâinile părintelui și se execută mișcările necesare spălării mâinilor.

* Îndrumare verbală – constă într-o serie de mesaje verbale transmise înaintea sau în timpul manifestării unui comportament, legate de modul de execuție a unui comportament sau de etapele parcurse în realizarea lui.

d. Retragerea treptată a îndrumării

În momentul în care copilul se descurcă singur părintele trebuie să evite să-i mai spună ce să facă.

Ex. Dacă știe care sunt etapele spălării pe mâini părintele nu-i mai dă indicații. Astfel copilul va înțelege că părintele are încredere în el și că se poate descurca singur.

e. Recompensarea la intervale neregulate a comportamentul dobândit

Pentru a consolida un comportament e important să fie recompensat copilul doar din când în când, la intervale neregulate. Trebuie, însă ca părintele să se asigure că acest comportament a fost învățat, înainte de a trece la faza de consolidare.

Ex. Recompensarea efortul copilului de a se spăla pe mâini se va face din când în când.

Oferirea de compensații pentru comportamentul pozitiv al copilului

Obiectivul 6: Recompensarea atitudinilor pozitive; întocmirea unui plan comportamental viabil; tipuri de recompense; rezolvarea situațiilor problemă

Conținut: Pentru a putea vorbi despre efort și schimbare la copil, e necesar să clădim mai înainte de toate cu atenție, dragoste și perseverență „încrederea în propriile lui puteri”.

Fiecare gest sau comportament pozitiv al copilului trebuie recompensat cu mângâieri, aprecieri rostite cu voce caldă și egală ca tonalitate, într-un ambient securizat.

Copilul va înțelege că este iubit și important. Astfel format, se va adapta apoi mai ușor la reguli, constrângeri și tabieturi familiale. Acestea pot fi schimbate după explicații adaptate la nivelul lui de înțelegere. Încă de la începutul vieții, între copil și părinte începe să se formeze o relație firească de atașament. În funcție de tipul de atașament format, copilul va reacționa pozitiv sau nu la cerința sau sugestia părintelui de a face un efort pentru schimbare.

Efortul reprezintă un act voluntar, realizat doar la copilul învățat să tolereze o frustrare minimă. Un comportament preponderent pozitiv și valorizant al părintelui va avea ca efect o reacție pozitivă la copil.

Recompensa este necesară și poate constitui o regulă în familie. Recompensarea atitudinii pozitive a copilului duce la creșterea frecvenței comportamentului dezirabil.

Această metodă presupune încurajarea comportamentului dorit prin comentarii pozitive de genul „Ce bine că ți-ai strâns jucăriile! Bravo, ești un copil cuminte!” Gândește-te de la început la comportamentul pe care vrei să îl încurajezi, asigură-te că copilul a înțeles exact ce vrei de la el și laudă-l ori de câte ori observi că te-a ascultat.

Întocmirea unui plan comportamental viabil și implementarea lui în mod eficient presupune respectarea câtorva principii generale:

1. Specificarea clară a comportamentului dorit de la copil și asigurarea că acesta a înțeles ce se dorește de la el;

2. Așteptările pe care le avem de la copil să fie rezonabile și în acord cu vârsta copilului.
3. Nu se va urmări rezolvarea mai multor probleme dintr-o dată, ci focalizarea la început pe cele mai importante;
4. Copilul trebuie implicat în designul programului, lăsat să aleagă recompensele pe care le-ar putea primi.
5. Programul trebuie întocmit în așa fel încât copilul să aibă de la început șanse să obțină succes, urmând ca, pe măsură ce comportamentul i se îmbunătățește să creștem criteriile de obținere a recompensei.
6. Oferirea unei multitudini de recompense verbale în asociere cu cele tangibile.
7. Consecvență.

Tipuri de recompense:

- materiale: alimente preferate, cadouri, dulciuri, obiecte, bani etc.
- sociale: lauda, încurajarea, aprecierea, acceptarea de către ceilalți
- activități preferate: jocul pe calculator, vizionarea de filme sau desene animate, activități sportive etc.

Așadar, recompensa este o funcție pe care o are un anumit lucru la un moment dat. Prin urmare, nu este sigur că o situație este o recompensă decât după ce va fi aplicată și se constată efectul ei, și anume dacă a produs sau nu repetarea comportamentului.

Lauda și încurajarea ca recompense: Se pot oferi cadouri unui copil de fiecare dată când el realizează comportamentul dorit, dar în viața reală el se va întâlni foarte rar cu astfel de situații. În viața de zi cu zi suntem recompensați prin laude, aprobări sau dezaprobări, acordarea atenției, o atingere pe umăr, o strângere de mână, un zâmbet, un semn de amicitie etc. Cu cât sunt mai naturale recompensele utilizate, cu atât e mai mare șansa consolidării și persistenței comportamentului dorit. În cele ce urmează se va prezenta detaliat modul în care părinții pot folosi cel mai eficient recompensele naturale în relația lor cu copiii.

E important de reținut însă că acceptarea și prețuirea copilului trebuie să fie continue și necondiționate de performanța din diverse lui activități. Măsura în care lauda este sau nu una încurajatoare depinde de anumite detalii cum sunt:

- Intenția clară de a încuraja, nu de a controla copilul prin laudă.
- Motivația pentru care copilul se străduiește să realizeze ceva foarte bine. De exemplu, dacă el se străduiește să exceleze pentru a obține atenție, pentru a se răzbuna sau pentru a obține o poziție de putere, lauda poate provoca descurajarea copilului.

Combinarea laudei cu încurajarea: Lauda exagerată poate fi descurajatoare și nu ajută copilul prea mult în a-și crea o imagine bună despre sine. Ea trebuie astfel exprimată, încât să se adreseze eforturilor, progreselor și realizărilor copilului sub forma recunoașterii și aprecierii lor, în același timp cu exprimarea încrederii în capacitatea copilului de a face față schimbărilor vieții, oricare ar fi ele.

Limbaajul special al încurajării:

Este foarte important evitarea judecăților atunci când se evaluează eforturile copilului, pentru că ele exprimă mai mult valorile și ideile părinților și nu îl ajută pe copil să-și dobândească încrederea în el însuși. Astfel, este necesar efortul de a elimina din vocabular, în asemenea momente, orice judecată (ex. „bine”, „grozav”, „excelent”).

Este mult mai bine ca ele să fie înlocuite cu propoziții care exprimă un înțeles încurajator, cum ar fi:

Formulări care demonstrează acceptarea:

„Pare să-ți placă activitatea aceasta”.

„E frumos că-ți face plăcere să înveți.”

„Se vede că-ți place foarte mult să faci asta”.

Formulări ce exprimă încrederea:

„Cunoscându-te, sunt sigur(ă) că ai să reușești.”

„Ai să reușești!”

„Am încredere în tine că vei ști ce să faci.”

„Nu-i ușor deloc, dar cred că ai să reușești.”

„Ai s-o scoți la capăt.”

Formulări care subliniază contribuțiile și aprecierile:

„Mulțumesc, a fost de mare ajutor ce ai făcut.”

„A fost o idee bună din partea ta să...”

„Mulțumesc, chiar apreciez ce ai făcut, pentru că mi-a ușurat mult munca.”

„Am nevoie de ajutorul tău pentru...”

Către toată familia: “ Chiar am petrecut un timp bun astăzi! Mulțumesc.”

„Știu că te pricepi la... Ai vrea să faci tu acest lucru pentru noi?”

Formulări prin care este recunoscut efortul și progresul:

„Chiar că ai muncit mult pentru asta!”

„Mi se pare că ai petrecut mult timp gândindu-te la acest lucru.”

„Observ că progresezi.”

„Uită-te cât ai progresat!”

„E clar că ai devenit mai îndemânat în...”

„Pari cam nemulțumit, dar uită-te cât de mult ai progresat...”

Cuvintele de încurajare pot avea un efect invers asupra copilului, chiar de descurajare, dacă sunt motivate de dorința părintelui de a permanentiza un comportament pe care îl consideră „bun” sau dacă exprimă o atitudine de genul: „Ți-am spus eu!”. De aceea, trebuie evitate comentariile moralizatoare sau care îl „califică” pe copil, ex.: „Pare că ai muncit, nu glumă...”,

„... de ce nu poți face asta tot timpul?”; „...era și timpul!”; „...vezi ce poți face dacă te străduiești?”, ș.a.m.d.

Fișă de lucru:

Situații problemă

1. Băiatul dumneavoastră este îngrijorat că nu va avea o prezentare bună la lecția deschisă la care trebuie să participe.
2. Fiica dumneavoastră tocmai s-a întors de la un concurs de eseuri, unde și-a dat toată silința să câștige, dar a pierdut.
3. În clasa copilului dumneavoastră au fost alegeri. El a fost nominalizat alături de alți doi colegi, dar până la urmă n-a fost ales și acum este foarte descurajat.

- Ce ar putea gândi despre sine?

- Cum ați încerca să-l încurajați?

Școala și temele pentru acasă

Obiective 7: Cooperarea cu învățătorul copilului; cardurile de monitorizare a comportamentului; planul zilnic;

Conținut: Cei mai mulți părinți ai copiilor cu ADHD spun că școala și lecțiile pentru acasă sunt cele mai dificile probleme de rezolvat. Pentru aceasta părinții trebuie să privească în mod constructiv și să coopereze cu învățătorul copiilor, pentru succesul școlar al acestora.

Copilul nu învață numai să citească, să scrie sau să socotească, el învață multe lucruri despre el însuși și despre cum să-și găsească locul în lume.

„Întotdeauna greșesc. De ce să mai încerc mereu?”

„Copiii nu vor să se joace cu mine. Probabil că nu mă plac.”

„Vreau să învăț, dar nu mă pot concentra destul. Probabil că sunt prost.”

Aceste mesaje interne, pe care le gândește copilul, nu influențează numai abilitățile de a face față școlii, dar au un impact asupra viitoarelor succese din viața de adult.

Cel mai important pas pe care-l poate face părintele este să se decidă să se implice. Această implicare constă în stabilirea unei relații de muncă și parteneriat cu învățătorul copilului.

Părintele, împreună cu copilul, trebuie să stabilească recompensele sau pedepsele.

Un mod simplu de a avea o monitorizare a progresului copilului este de a nota într-un caiet. Să se discute toate acestea cu învățătorul în timpul anului școlar. Aceasta constituie un vizibil indicator pentru învățătorul copilului, că se ia în serios educația și rezultatele școlare ale copilului și că părinții muncesc, de asemenea, pentru succesul copilului lor. Acest caiet trebuie arătat și copilului.

Este bine ca acesta să știe că familia și școala colaborează împreună pentru a-l ajuta.

Copilul este important să știe că a făcut progrese și că familia și școala se implică nu din cauza problemelor pe care le are, ci din grija pe care o au pentru el.

În ce privește lecțiile pentru acasă, sunt indicați câțiva pași pe care trebuie să-i urmeze:

- să asculte temele pe care le primește pentru acasă;
- să înțeleagă ce are de făcut;
- să-și amintească să aducă temele acasă;
- să-și amintească să-și facă temele;
- să ceară ajutor când nu se poate descurca singur;
- să încerce să le facă cât mai bine;
- să nu uite temele acasă.

Fiecare pas, din cele prezentate mai sus, reprezintă o încercare majoră pentru copil. Pentru ca acesta să reușească, părinții îl pot ajuta astfel:

- Copilul trebuie învățat să-și facă temele în ordine, una după alta, și nu la două materii deodată, pentru a proteja supraîncărcarea.
- Să se înceapă cu temele ușoare și după aceea cu temele grele.
- O temă grea să fie împărțită în bucăți mai mici pentru a putea fi rezolvată mai ușor.
- Folosirea creioanelor colorate ajută mai bine la vizualizarea aspectelor mai importante.
- Folosirea recompenselor este binevenită pentru orice sarcină îndeplinită de copil cu succes.
- Planul de recompense poate include și sistem de puncte, în care, copilul va primi puncte pentru sarcinile îndeplinite sau neîmplinite, de peste zi.
- Dacă lucrurile nu merg bine, este indicată metoda „time-out”, care trebuie să dureze doar atât cât îi ia copilului să se liniștească și să-și poată controla comportamentul.

Dar pentru ca un copil să devină capabil să-și atingă obiectivele pentru propria-i satisfacție, există o singură cale: să se dezvolte în siguranță, afecțiune și disciplină.

Strategii comportamentale de intervenție

Obiectivul 8: Familiarizarea părinților cu un set de intervenții la nivel comportamental; Însușirea tehnicilor comportamentale și aplicarea lor corectă.

Intervențiile comportamentale au ca obiective specifice pentru un copil cu ADHD:

- a) dezvoltarea abilităților de organizare și planificare;
- b) dezvoltarea abilităților de minimizare a distractorilor;
- c) restructurarea cognitivă;
- d) managementul furiei;
- e) dezvoltarea abilităților sociale și emoționale

Conținut: **Antecedentele** se referă la situația sau stimulii care imediat preced comportamentul sau sindromul țintă (unde, când, cu cine apare / nu apare un comportament; ce se întâmplă imediat înainte de inițierea comportamentului respectiv, în plan mintal sau în realitatea fizică, care sunt expectanțele subiectului, convingerile, scopurile, interesele și planurile sale) (Miclea, 2004). De exemplu, comportamentul de hiperactivitate este mult mai intens în anumite situații

(antecedente): când copilul este obosit, plictisit, îi este somn sau foame sau nu a avut o structurare a contextului.

Copilul cu ADHD are nevoie de rutine și structuri ceea ce înseamnă un bun control al stimulilor, a antecedentelor comportamentelor lui. Recomandarea pentru părinți este să identifice acele situații, contexte care cresc intensitatea comportamentului hiperactiv și să intervină la nivelul lor prin reducerea sau eliminarea acelor stimuli. De exemplu, nu mergem la cumpărături într-un supermarket atunci când copilul este obosit sau îi este foame. De asemenea, copilul cu ADHD are nevoie în mod frecvent să îi fie reamintite regulile de comportament în diverse contexte „Acum intrăm în magazin. Te rog să stai aproape de mine.”

Consecințe. Relațiile dintre un comportament și efectele sale, care exercită o funcție de întărire sau penalizare a comportamentului respectiv se numesc contingente.

O mare parte din comportamentele noastre sunt determinate de contingente, de întăririle pozitive sau negative și de pedepse.

Întărirea pozitivă și întărirea negativă: O întărire este acea situație sau stimul care survine după executarea unui comportament și care îi crește frecvența acestuia.

Întărirea pozitivă vizează menținerea sau intensificarea unui comportament prin producerea sau prezentarea unei stimulări.

Întărirea negativă se referă la menținerea sau intensificarea unui comportament prin încetarea sau reducerea unei stimulări aversive.

Time-out sau excluderea:

Time-out-ul sau excluderea referă la scoaterea unei persoane care a efectuat un comportament indezirabil dintr-o situație care are funcție de recompensă pentru copil.

Când comportamentul copilului scapă de sub control, time-out-ul este o metodă eficientă de a rezolva problema.

Această metodă constă în izolarea copilului pe un scaun sau un colț al camerei unde să nu poată găsi ceva amuzant sau interesant. Locurile alese de părinte nu trebuie să fie traumatizante (debarale, dulapuri sau pivnițe). Scopul acestei metode este de a oferi copilului posibilitatea de a se liniști și de ași regăsi controlul.

Sancțiunea:

Se referă la retragerea unor întăriri de care a beneficiat cineva ca urmare a efectuării unui comportament indezirabil, cum ar fi de exemplu privilegiile.

Economia de jetoane:

Este o metodă ce combină sistemul de întăriri pozitive cu celelalte metode de modificare comportamentală. Copilul primește o recompensă sau un privilegiu dacă realizează comportamentul dorit și pierde un privilegiu sau o întărire dacă realizează un comportament nedorit.

Exemple:

Insuccesul școlar

Comportamentul greșit al părinților:

- Învinuiesc profesorii, școala;
- Îl acuză pe copil, îl etichetează, numindu-l cu cuvinte urâte;
- Fac reproșuri, țipă, îl brutalizează;

- Deseori aplică pedepse corporale.

Comportamentul corect al părinților:

- Asistă la lecții;
- Discută cu copiii și profesorii;
- Analizează calm și minuțios situația;
- Stabilesc cauzele insuccesului;
- Discută cu copilul deschis, calm, sincer,
- Acordă un ajutor real copiilor: întocmesc împreună cu aceștia un regim adecvat al zilei și al activităților; consultă un specialist, dacă starea copilului necesită lucrul acesta.

Neascultarea, încăpățânarea

Comportamentul greșit al părinților:

- Nu analizează obiectiv situația;
- Încep a striga, amenință, fac reproșuri;
- Etichetează copilul, îi aplică pedepse corporale;
- Nu ascultă explicațiile copilului;
- Fac generalizări și îi amintesc copilului de toate greșelile comise etc.

Comportamentul corect al părinților:

- Analizează împreună cu copilul starea acestuia;
- Discută calm și echilibrat;
- Dau dovadă de tact, empatie, obiectivitate, nu se agață de mărunțișuri;
- Se comportă corect, oferă modele comportamentale pozitive;
- Fac referință la situații concrete, nu judecă copilul, ci faptele lui;
- Arată exact asupra comportamentului care necesită îmbunătățire, modificare;
- Oferă propuneri concrete de funcționare, se înțeleg cu copilul asupra respectării regimului, anumitor cerințe exprimate de ei etc. Toate condițiile înaintate de către adulți trebuie să fie acceptate și înțelese de copil.

Exprimarea tendinței de autonomie, independență

Comportamentul greșit al părinților:

- Educația pe care o realizează părinții este axată adesea pe constrângeri, presiuni morale, abuzuri psihologice, pedepse corporale;
- Hipertutelarea copiilor, alintarea excesivă a acestora;
- Tonul frecvent moralizator în comunicarea cu copilul ;
- Reproșuri cu privire la erorile comportamentale ale copilului.

Comportamentul corect al părinților:

- Supraveghează permanent copilul, manifestând totodată și multă încredere în el;
- Îi explică copilului obligațiunile lui și ale celorlalți membri de familie;
- Îi explică copilului ce înseamnă un comportament bun și ce nu corespunde normelor etice;
- Manifestă încredere în copil, îl proiectează pozitiv, oferindu-i mai multă libertate în acțiuni;
- Îi sugerează copilului ideea despre cum e să fii deschis, receptiv, străduindu-se să-i servească acestuia drept model de comportare bună și colaborare eficientă cu cei apropiați.

Comportamentul greșit al părinților:

- Nu își analizează acțiunile, nu recunosc greșeala;
- Îl ignoră pe copil după aplicarea pedepsei;

- Fac abuz de muștrări și amenințări.

Comportamentul corect al părinților:

- Discută cu copilul pe marginea celor întâmplate și chiar îi cer scuze acestuia, dacă nu au avut un comportament corect;
- Discută cu copilul calm și îi explică pentru ce a fost pedepsit;
- Analizează și fac evaluarea propriilor lor acțiuni;
- Ambii părinți iau decizii asupra respectării unora și aceluiași cerințe față de copil și îi aduc la cunoștință acestuia modalitățile de aprobare și dezaprobare ce vor fi aplicate în cazul unei situații sau alta;
- Se străduie să nu comită în continuare abuzuri și greșeli, să-l facă pe copil să devină un aliat al lor.

Stima de sine

Obiectivul 9: Creșterea stimei de sine a copilului; dezvoltarea încrederii în forțele proprii; evidențierea lucrurilor pozitive; conștientizarea diferenței dintre comportamentul și persoana copilului.

Conținut: Nu se poate construi stima de sine a unui copil prin concentrarea asupra greșelilor și făcându-l să fie ceea ce nu este. Când copiilor le sunt amintite constant numai greșelile și eșecurile nu vor fi numai descurajați dar vor începe să creadă că sunt fără valoare.

Relațiile din cadrul propriei familii devin în mod automat oglinzi în care copilul se poate privi și înțelege.

Unii specialiști susțin că părinții crează statutul socio-afectiv al copilului prin relațiile pe care le induc din prima perioadă de viață, oglinzile parentale ajutându-l la autodefinire. (Grigore, 2002).

Din fericire, putem face multe lucruri pentru a crește stima de sine a copilului și a de a îndepărta sentimentele de eșec pe care le încearcă. Cu cât copilul are mai multă încredere în el, cu atât îi va fi mai ușor să facă față încercărilor ce i le pune în față ADHD.

Chiar și cel mai iubitor părinte mai „scapă” câte o dată expresii ca: „Adrian de ce poate și tu nu?” Copilul are nevoie ca părintele său să fie „cel mai înfocat” susținător al său nu numai ocazional, ci zi de zi, tot timpul. Copilul trebuie să știe cât de mult îl iubesc părinții iar aceștia trebuie să le-o spună cât se poate de des. Trebuie valorizat ca individualitate chiar dacă mai greșesc și se comportă nepotrivit. ***De reținut: Trebuie făcută distincția între comportamentul și persoana copilului!***

Copilul trebuie încurajat să vorbească și să asculte. Sarcinile pe care le primește să fie ușor de îndeplinit iar când nu reușește, trebuie încurajat. Putem să-l ajutăm să treacă peste un eșec făcându-l să înțeleagă ce nu a mers. Este important să învățăm copilul să analizeze de ce eforturile sale nu au fost încununate de succes: obiectivul a fost prea dificil? Ar fi putut să acționeze altfel? Se va evita mai ales formularea unor judecăți globalizante de tipul „ești un leneș”, care descalifică și umilesc copilul.

Jocul

Obiectivul 10: Influența jocului în terapia copiilor cu ADHD; dezvoltarea abilităților de socializare; tipurile potrivite de jocuri și jucării;

Conținut: Copilăria trebuie să aibă la bază jocul. Dar uneori, abilitatea de a se juca devine neplăcută și stresantă mai ales când copilul are ADHD.

Alegând contextul potrivit și cu o supraveghere atentă, jocul poate îmbunătăți abilitățile de concentrare a copilului și poate să-l ajute să înțeleagă mai ușor regulile de bază legate de socializare.

Părinții pot avea un rol important în a ajuta pe copiii să deprindă abilitățile de socializare. Iată câteva metode:

- Limitarea numărului de parteneri de joacă la unul singur o dată.
- Copilul trebuie lăsat să-și aleagă singur partenerul de joacă.
- Întâlnirile de joacă trebuie să fie scurte la început, iar după ce relația de prietenie devine mai puternică între cei doi copii, pot fi prelungite.
- Părinții pot să-l ajute pe copil să facă curat în camera de joacă înainte ca musafirul să sosească. De asemenea, părintele are grijă să înlăture jucăriile sau obiectele care s-ar putea sparge sau cu care copiii s-ar putea răni. Copilul trebuie informat că jucăriile aflate în camera de joacă sunt pentru a fi împărțite cu prietenul său.
- Dulciurile sau gustările care vor fi servite să fie alese sau pregătite de copil.
- Când musafirul sosește, părinții sunt cei care explică regulile casei.
- Părintele poate să observe comportamentul copilului în perioada în care acesta se joacă, pentru a putea determina mai târziu asupra căror probleme să mai insiste.

Atunci când copilul nu are prieteni în vizită, părintele se poate juca el cu copilul. Prin joc, părintele poate dezvolta anumite abilități ale copilului, cum ar fi: memoria, atenția, respectarea unor reguli.

Curriculumul pentru formarea pedagogilor în activitatea cu copii ADHD

Ce este ADHD?

1. Dificultăți de atenție și concentrare.

Se concentrează greu atât în cadrul unor activități impuse, trecând de la o sarcină la alta, dar și în cadrul unor activități pe care și le alege singur, renunțând ușor la ce și-a dorit initial și trecând la altă activitate. Vârsta la care dificultățile de concentrare sunt depistate depinde de disponibilitatea și interesul părinților care urmăresc evoluția psiho-comportamentală a copilului, vigilența și implicarea învățătorilor, comunicarea și schimbul permanent de informație între familie și cei care se ocupă de educația copilului.

2. Comportamente impulsive.

Copilul hiperactiv reacționează la primul impuls. Vrea ca ceea ce își dorește să se îndeplinească imediat. Nu ia în calcul consecințele faptelor sale, acționează fără să gândească. În conversație îi întrerupe des pe ceilalți, nu așteaptă să audă întrebarea, nu ascultă și nu ia în calcul răspunsurile celorlalți. În situații grave poate trece chiar la agresivitate fizică.

3. Hiperactivitate (agitație evidentă).

Acest comportament se observă mai ales în timpul orelor de curs, când trebuie să stea liniștit. El iese din bancă, se duce la colegi, îi deranjează, chiar îi șicanează. În pauze aleargă tot timpul, se cațără, ignoră pericolele. Dacă sunt atenționați se liniștesc pentru câteva momente, după care procedează în același fel. Uneori când sunt apostrofați devin impulsivi. Astfel de copii produc mari probleme școlilor în care învață și de aceea ei sunt greu acceptați, mai ales de părinții celorlalți copii. Efectuarea temelor acasă este o adevărată povară pentru părinți. Copilul hiperactiv nu observă detaliile, de cele mai multe ori când alții îi vorbesc dă impresia că nu ascultă, evită sau respinge activitățile sau temele care îi solicită I mintal. Pierde adesea obiecte, își mișcă mâinile și picioarele sau nu-și găsește locul pe scaun, nu își așteaptă rândul la joc sau la alte activități desfășurate în grup. Când manifestările comportamentale hiperactive sunt foarte pronunțate, vorbim de tulburarea de hiperactivitate.

Cauzele apariției ADHD sunt legate de o întrerupere în maturizarea cerebrală și un dezechilibru al unor substanțe chimice din creier.

Odată diagnosticată această tulburare trebuie și tratată. Îngrijirea și tratarea presupun o abordare multidisciplinară, articulată, coerentă și mai ales consecventă în care sunt deopotrivă implicați părinții, psihologul, logopedul, educatorii, profesorii și mai ales copilul însuși.

Observații: Se constată faptul că învățătorii nu considerau că acești copii au nevoie de o educație specială dar au evidențiat faptul că metodele educative obișnuite, chiar aplicate corect, nu au fost eficiente. Acest lucru se datorează, pe de-o parte, bibliografiei extrem de reduse referitoare la ADHD, cât și a tendinței de abordare a procesului instructiv-educativ conform principiilor învățării de masă, mai puțin individualizate, particularizate la nevoile speciale ale unor copii.

2. Strategii de succes în instruirea școlară a copiilor cu ADHD

Obiective: Instruirea școlară; intervenții comportamentale; acomodarea școlară.

Conținut:

Învățătorul combină practicile într-un program educațional individualizat pe care îl integrează cu activitățile educaționale ale celorlalți elevi din clasă. Cele 3 obiective ale strategiei școlare pentru copiii cu ADHD sunt următoarele:

- **Evaluarea nevoilor personale și a punctelor tari ale copilului.** Pentru îndeplinirea acestui obiectiv, învățătorul poate lucra cu o echipă multidisciplinară, și cu părinții. Astfel se pot lua în considerare atât nevoile școlare cât și cele comportamentale, folosind atât diagnosticul formal și informal cât și observațiile de la clasă. Observațiile, cum ar fi stilul de învățare poate fi folosit pentru a-l mobiliza pe copil să-și folosească abilitățile de care dispune. Contextul în care apar disfuncțiile comportamentale trebuie luate de asemenea în considerare.

- **Selectarea metodelor potrivite pentru instruirea școlară.** Determinarea căror metode vor veni în întâmpinarea nevoilor școlare și comportamentale ale copilului. Selectarea metodelor care sunt în acord vârsta sa, care să se potrivească cu nevoile sale și care să îi câștige atenția.

- **Combinarea metodelor de instruire școlară cu programul educațional personalizat al copilului.** Împreună cu psihologul școlar și cu părintele, poate fi creat un program educațional personalizat care să evidențieze obiectivele viitoare împreună cu ajutorul de care copilul are nevoie pentru a atinge aceste obiective.

Succesul unui program de intervenție psihopedagogică pentru copiii cu ADHD depinde de următoarele componente:

- Instruirea școlară
- Intervenții comportamentale
- Acomodarea școlară

3. ADHD și școala

Obiective: Structură și rutină bine stabilite; folosirea sistemului gradual de structurare a clasei; cei trei „R”: rutină, regularitate și repetiție; monitorizare atentă a comportamentului; controlul clasei.

Conținut:

1. Copiii cu ADHD au nevoie să fie plasați în echipe de lucru cu alți copii asemănători lor, nu ca educație sau performanțe școlare, ci ca nivel de maturizare. Copiii cu ADHD tind să fie mai imaturi decât alți copii de vârsta lor. Folosirea sistemului gradual de structurare a clasei este mai indicat pentru acești copii decât sistemul în plan deschis, deoarece acestora le este greu să facă față schimbărilor de nivel și intensitate a muncii școlare.

2. O structură dreaptă, dar fermă, este esențială în activitățile de fiecare zi și rutina trebuie păstrată cu strictețe. Aceasta ajută copilul să înțeleagă ce se așteaptă de la el și să știe că munca și comportamentul lui este atent monitorizat. Acești copii răspund foarte bine la cei trei „R”:

rutină, regularitate și repetiție. Foarte des, acești copii au o stimă de sine scăzută și de aceea au tendința să fie singuratici, izolați, ceea ce îi expune la riscul să fie victimizați de către alții. Pe de altă parte, unii pot să fie agresivi cu colegii și necesită o monitorizare atentă a comportamentului. În acest caz, distragerea copilului și implicarea lui în altă activitate, este cel mai bun mod de rezolvare a conflictelor. Abilitatea lor scăzută de a face față schimbărilor poate fi astfel folosită într-un mod pozitiv ajutându-i să iasă dintr-o potențială situație dificilă. Ei vor fi atât de ocupați să îndeplinească noua activitate primită, încât uită de orice conflict pe care l-au început. Această tactică oferă posibilitatea de a preveni potențialele probleme care pot să apară.

3. Profesorul trebuie să fie ferm și să dețină controlul clasei, dar totodată să fie o persoană apropiată și caldă. Copiii cu ADHD sunt, în general, foarte sentimentali și iubitori. Ei răspund bine la laude și la o atenție individuală crescută. Laudele trebuie să fie dese, pe tot parcursul zilei, și nu doar la sfârșitul zilei. Atitudinile negative din partea învățătorului pot dăuna acestor copii deoarece ei au deja o stimă de sine scăzută.

Acolo unde este posibil, este recomandat să se mențină același învățător pe tot parcursul anului școlar. Când învățătorul oferă instrucțiuni este important să stabilească cu copilul un contact vizual.

Dacă sarcinile de lucru sunt mai complexe, acestea trebuie împărțite în segmente mai mici și rezolvate una după alta.

4. Clasele cu număr mic de elevi sunt indicate pentru acești copii, deoarece, distractibilitatea este mai mică, și le oferă oportunități mai bune de a înnoda prietenii cu colegii și cu învățătorul. Este indicat să fie așezați în primele rânduri din clasă, sau mai aproape de perete, pentru a reduce distractibilitatea.

5. Tratatamentul medicamentos face parte din viața de zi cu zi a multor copii cu ADHD. Învățătorul trebuie să se asigure că și-a luat copilul medicamentele. Acest lucru trebuie făcut în particular și cu multă sensibilitate.

6. Mulți dintre copiii cu ADHD reușesc să îndeplinească mai bine sarcinile manuale sau în scris, decât cele orale. Implicându-i în sarcini manuale, stima lor de sine crește și permite sistemului nervos să se maturizeze.

4. Așezarea în clasă

Obiective: Învățarea de către învățători a unor principii și reguli ergonomice care să ofere copilului cu ADHD un mediu ambiant securizant.

În cadrul acestei ședințe li s-au furnizat învățătorilor cele mai importante informații referitoare la crearea unui mediu ambiant securizant fizic și emoțional și condiții de stimulare optimă (adică eliminarea potențialilor stimuli disturbatori): plasarea copilului în prima bancă, dispunerea lui lângă un coleg pe care să îl ia drept model, evitarea poziționării lui lângă fereastră sau în ultima bancă, etc.

Conținut:

Copiii cu ADHD li se potrivește regula „cu cât mai puține distrageri, cu atât mai bine”.

Chiar din prima zi, învățătorul trebuie să stabilească clar regulile clasei și să le transmită copilului împreună cu consecințele logice de pedeapsă sau de recompensă. Copilul trebuie așezat în bancă, ferit de elemente distractive, aproape de învățător, pentru a fi monitorizat și încurajat, sau lângă un copil, care este atent și concentrat.

1. Așezarea în bancă:

- elevul să fie așezat în față sau în centrul clasei;
- trebuie înconjurat cu colegi care pot constitui modele pentru acesta;
- nu trebuie așezat aproape de ușă sau ferestre;
- trebuie așezat în locul cu cele mai puține elemente care l-ar putea distra;

2. Elevul trebuie să aibă o structură predictibilă a orarului și trebuie atenționat înainte de schimbările din program:

- regulile clasei trebuie afișate iar învățătorul să verifice dacă au fost bine înțelese;
- poate fi afișat în clasă un calendar în care să se încercuiască datele în care elevii au teste scrise;

3. Momentele de trecere de la o temă la alta sunt dificile pentru elevul cu ADHD, de aceea copilul trebuie pregătit, printr-un avertisment.

4. În timpul sarcinilor dificile este indicată reducerea stimulilor auditivi și vizuali.

5. Este important să li se specifice de ce materiale au nevoie pentru îndeplinirea unei sarcini.

6. Prezența unui ceas pe perete oferă posibilitatea elevilor de a-și calcula timpul necesar îndeplinirii sarcinii primite. Distribuția timpului școlar în nivel macro (an, săptămână, zi) dar și micro (oră, secvență de lecție, episod instrucțional) condiționează eficacitatea actului didactic și deschide câmp larg desăvârșirii fiecărui individ în parte. (Cucoș, 2002).

7. Învățătorul îi poate încuraja pe acești copii să-și planifice activitățile folosind liste, calendare sau notițe.

5. Desfășurarea lecțiilor la clasă

Obiective: Lecții cât mai atractive, implicarea copilului într-un grup de lucru; interacțiunea dintre copil și învățător; combinarea indicațiilor verbale cu demonstrațiile practice.

Conținut:

Pe lângă implicarea în acțiune, este important să oferim copilului, ori de câte ori este nevoie, posibilitatea de a reveni la acțiunile concrete, dacă se obaservă deficiențe în procesarea informațiilor. În nacest mod, nu numai că se lucrează strict în zona dezvoltării proxime, dar construcția imaginilor mintale și interiorizarea operațiilor concrete vor constitui un suport solid în elaborarea noțiunilor și a raționamentelor.

La lecții să se folosească material didactic, dar materialul audio-vizual trebuie folosit cu atenție pentru a păstra capacitatea de distragere a atenției la minim. De exemplu, prezentările să conțină imagini și sunet care să aibă legătură directă cu materialul ce trebuie învățat.

Lecțiile să fie pe cât posibil concentrate, iar cele foarte lungi, să fie împărțite în segmente. Implicarea efectivă a elevului cu ADHD în timpul predării este bine venită. Acesta poate să scrie cuvintele cheie sau ideile principale pe tablă.

Acești elevi trebuie să fie încurajați să dezvolte imagini mintale ale conceptelor sau ale informațiile care le-au fost prezentate. Acești elevi trebuie solicitați să răspundă frecvent, în decursul orei.

Lecțiile trebuie să fie interesante pentru copil, pentru că așa el va învăța mai bine. Aceasta necesită ca învățătorul să se autoevalueze și să fie el însuși încântat și interesat de ceea ce predă. Folosirea învățării prin cooperare, implicarea copilului într-un grup de lucru, dându-i o sarcină specifică, crește stima de sine a acestuia și capacitatea de interrelaționare cu colegii. Interacțiunea dintre copil și învățător este benefică. Folosirea numelui copilului crește încrederea acestuia și facilitează comunicarea cu învățătorul.

Folosirea unui coleg ca meditator pentru copilul cu ADHD poate fi un pas spre succes. Învățătorul poate, de asemenea, să ofere elevului o listă cu conceptele cheie, sau cu cuvintele dificile și explicarea acestora, înainte de începerea lecției propriu zise. Schimbările de tonalitate a vocii captează atenția elevului la lecția predată.

Combinarea indicațiilor verbale cu demonstrațiile practice au rezultate deosebite la acești copii. După ce instrucțiunile au fost date clasei, elevul trebuie rugat să parafrazeze ceea ce a spus învățătorul. Această metodă va crește nivelul de înțelegere a elevului și va oferi posibilitatea de a verifica dacă a înțeles corect.

Elevul cu ADHD va fi tentat să dorească a fi printre primii care termină o sarcină. De aceea sunt indicate sarcini rezonabile, pe care să le poată realiza și pentru a reduce presiunea și stresul.

Elevul cu ADHD trebuie lăsat să lucreze în ritmul lui, să se evite presiunea privind viteza și corectitudinea cu care lucrează. Învățătorul poate să-l învețe cum să-și ia notițe la clasă, să-l ajute să facă trecerea de la limbajul oral la limbajul scris.

Pentru teste învățătorul poate folosi fișe redactate la calculator, deoarece copilul s-ar putea să nu înțeleagă scrisul de mână. Trebuie oferite indicații clare și simple. Elevul să folosească creioane colorate.

6. Probleme comportamentale

Obiective: Identificarea problemelor comportamentale; sistemul de management comportamental al clasei; recompensele pentru o sarcină bine făcută.

Conținut: La școală elevii cu ADHD au tendința să acționeze înainte să gândească. Comportamental, acest lucru se traduce prin imposibilitatea acestuia de a înțelege cauza și efectul.

Acești copii fac anumite lucruri fără să se gândească la consecințele acțiunii lor. Spun lucruri fără să se întrebe cum vor reacționa ceilalți. Numeroase cercetări evidențiază faptul că elevii cu ADHD verbalizează des regulile de comportament, dar au dificultăți cu internalizarea acestora, cu a le transpune în propriul comportament.

Cu ajutorul învățătorului și al colegilor, problemele care apar foarte des în comportamentul său pot fi identificate. Astfel putem găsi soluții ce se pot aplica înainte ca aceste probleme să apară. Un prieten apropiat îl poate ajuta în a-și îndeplini rolul de elev; elevii pot fi învățați să se „oprească și să gândească” înainte să vorbească. Aceasta îi poate ajuta să învețe să se liniștească

înainte să vorbească. Încurajarea răspunsului gândit, scade impulsivitatea. Regulile clasei trebuie să fie simple și clare; ele trebuie stabilite împreună cu clasa de elevi.

La nivelul clasei trebuie implementat un sistem de management al comportamentului. Comportamentele pozitive să fie recompensate și învățătorul să se concentreze mai ales pe aspectele pozitive; stabilind obiective pe perioade de ore, zile, săptămâni sau luni, ca elevii să primească feed-back atunci când progresează sau ating obiectivele propuse.

Pentru a îmbunătăți comportamentul elevilor se pot oferi recompense și pentru lucrurile bune și comportamentele pozitive observate de alți învățători sau angajați ai școlii. Învățătorul trebuie să specifice clar comportamentul pentru care oferă recompensa: „îmi place foarte mult cum ai scris și că ți-ai făcut tema corect”, decât „bravo, bun băiat”! Mergând de la o bancă la alta, de la un elev la altul, învățătorul îl poate surprinde pe elevul cu ADHD lucrând atent și concentrat la o sarcină primită. Îl poate recompensa cu un zâmbet și cu o vorbă bună: „Îmi place că lucrezi din greu”.

Copilului trebuie să i se acorde atenție, ascultându-l ce are de spus. Și el vrea să fie auzit, tratat cu respect. Învățătorul trebuie să creeze un mediu securizant pentru copil, să înțeleagă că învățătorul este lângă el ca să-l ajute. Nu trebuie certat în fața colegilor, iar ceilalți copii vor înțelege că și ei nu au permisiunea să-l certe. În loc să fie confruntat direct, atunci când activitățile sau comportamentele lui sunt inadecvate, învățătorul poate prezenta alternativa care rămâne valabilă. Acest lucru face ca așteptările să devină clare pentru elev și astfel să evite interpretarea negativă sau criticismul.

7. Îmbunătățirea abilităților de relaționare socială

Obiective: Parteneriatul între copii; reguli clar definite; învățarea prin cooperare; timpul de joacă și socializare.

Conținut:

Elevii cu ADHD pot trece prin multe dificultăți în zona socială în special cu colegii, cu relațiile de prietenie.

Grupurile mici de joacă cuprinzând doi sau trei elevi îl pot ajuta să dezvolte mai multe abilități sociale efective. Se va descurca mai bine dacă așteptările sociale sunt identificate și exersate înainte de activitatea propriu zisă. Un mod subtil pentru elevul cu ADHD de a învăța abilitățile sociale este de a se ghida și observa comportamentul colegilor în timpul jocului. Învățătorul îi poate însoți pe elevi în locurile de joacă și poate evidenția comportamentul elevilor care inițiază activități, cooperează la joc, sunt înconjurați de prieteni.

Pentru mulți dintre elevii cu ADHD 30 de minute la locul de joacă depășesc capacitatea lor de a menține relații prietenești cu colegii. Dacă este necesar trebuie redus timpul de joacă efectiv la 10 minute.

Pot să fac orice ...

Sunt uriașul Sfarmă Piatră.

Dintr-o lovitură fac să se clatine munții.

Sunt împărăteasa și sunt în stare să

Sunt înțeleptul numit și pot să

Sunt liniștitul poreclitși pot să

Sunt voinicul curajos pe care ei îl numesc

și sunt capabil să

Saltul peste obstacole

Să-ți schimbi părerea este în regulă!

A-ți schimba părerea înseamnă să descoperi obstacolele care te-au oprit să explorezi experiențe noi și diferite și de a face alegeri noi și diferite.

AI VREA MAI CURÂND să treci printr-un tunel lung și întunecat pentru a ajunge în cel mai grozav parc de distracții SAU să te joci cu un tigriprietenos?.....

.....

Cine sau ce ar trebui să te ajute astfel încât să-ți schimbi părerea?

.....

AI VREA MAI CURÂND să zbori cu avionul SAU să conduci o mașină de curse?.....

.....

Cine sau ce ar trebui să te ajute astfel încât să-ți schimbi părerea?

.....

Acestea sunt dorințele mele

Dorința 1, pentru azi.....

Dorința 2, pentru mâine.....

Dorința 3, pentru viitor

Emotions

My name is _____

Draw the faces



I'm happy



I'm sad



I'm sleepy



I'm afraid



I'm angry



I'm hot

STĂRILE MELE SUFLETEȘTI



ACESTE LUCRURI MĂ FAC FERICIT:



ACESTE LUCRURI MĂ ÎNTRISTEAZĂ:



ACESTE LUCRURI MĂ ENERVEAZĂ:

Începuturi de conversație

Alege începuturile de conversație care ar fi bine să fie folosite pentru a intra în contact cu ceilalți.

Nu te juca cu George! Este un prost!



Salut. Eu sunt Ana. Ești nou venit la această școală?

Nu știi cine predă la clasa noastră?



Sper ca nu ne va preda profesoarea asta urâtă!

Nu pune mâna! Este păpușa mea!



Vrei să ne jucăm împreună?

.....Ce este în neregulă în începuturile de conversație pe care nu le-ai ales?

Privește înainte de a sări

Adevărat

Fals

Uneori spun lucruri și apoi le regret.....

Uneori iau decizii fără să mă gândesc

Uneori nu țin cont de reguli

Uneori nu ascult instrucțiunile.....

Uneori nu țin cont de detalii.....

Uneori îmi lovesc colegii.....

Uneori deranjez orele de curs.....

Dacă răspunzi *adevărat* de cel puțin 5 ori atunci trebuie să folosești planul

OPREȘTE-TE. GÂNDEȘTE-TE. ACȚIONEAZĂ.



STOP – DESCOPERĂ CARE ESTE PROBLEMA SAU SARCINA

Gândește-te la trei lucruri pe care poți să le faci pentru a rezolva problema sau sarcina.

Acționează – Alege unul din aceste lucruri care este cel mai bun pentru tine.

Locul meu, spațiul meu

Testează-ți respectul față de intimitate încercuind răspunsurile adevărat sau fals la următoarele întrebări:

- Matei are 2 ani. Lui i se va permite să facă singur baie deoarece are dreptul la intimitate.

Adevărat

Fals

- Tina are 16 ani. Ei i se va permite să-și petreacă timpul singură în cameră dacă dorește.

Adevărat

Fals

- Răzvan are 9 ani. Dacă ușa de la dormitor este închisă, membrii familiei vor ciocăni înainte de a intra.

Adevărat

Fals

- Mama și tata trebuie să fie urmăriți întotdeauna de cineva când sunt împreună.

Adevărat

Fals

- Victor are 4 ani. Când el se joacă în fața porții, familia îl va lăsa singur.

Adevărat

Fals

Dacă – Atunci – Dar

Completează spațiile albe! Iată aici un exemplu:

Dacă ași fi luat bicicleta mamei fără să îi cer voie, **atunci** ași fi ajuns mai repede la magazin **dar** probabil că ași fi fost pedepsit toată săptămâna.

Dacă voi lipsi mâine de la școală, atunci.....dar.....

Dacă..... atunci.....dar.....

Dacă îl deranjez pe Ionuț.....atunci.....dar.....

Dacă ascult întrebarea.....atunci.....dar.....

Dacă îmi fac ordine pe birou.....atunci.....dar.....

Formarea competențelor de relaxare

„Plasa iubirii”(1)

Obiective:

La sfârșitul acestei activități elevii vor fi capabili:

- să-și optimizeze deprinderile de relaționare interpersonală;
- să sesizeze notele personale caracteristice;
- să adopte atitudini pozitive față de ceilalți: încredere, acceptare și deschidere.

Resurse:

un ghem de sfoară (de preferat mai groasă).

Etape ale activității:

- ✓ li se cere elevilor să formeze un cerc;
- ✓ cadrul didactic prinde capătul sforii de degetul arătător de la mâna sa dreaptă, iar ghemul, în desfășurare, îl aruncă unuia dintre elevi și îl roagă să se prezinte cu numele mic și să spună care crede el că este cea mai importantă trăsătură (calitate) a sa;
- ✓ acesta se prezintă, apoi își înfașoară sfoara în jurul degetului său arătător de la mâna dreaptă și derulează ghemul spre un alt coleg ales de el, cu aceeași rugămintă;
- ✓ pânza sau plasa iubirii se „țese,, astfel, ghemul trece de la un participant la altul, formând o rețea ce-i va lega pe toți;
- ✓ ghemul derulat ajunge din nou la cadrul didactic după ce fiecare s-a prezentat în mod personal și special;
- ✓ sfoara se reasează pe ghem făcând cale înapoi: fiecare elev adresează celui care-i urmează, un compliment privind trăsătura ce îi place/ce admiră cel mai mult la el.

„Candela aprecierilor”

Obiective:

La sfârșitul acestei activități elevii vor fi capabili:

- să descopere imaginea pe care o au colegii despre ei;
- să ofere feed-back-uri pozitive celorlalți.

Resurse:

- o candelă sau o lumânare,
- o cutie cu chibrituri.

Etape ale activității:

- ✓ elevii formează un cerc;
- ✓ cadrul didactic ține în mână lumânarea sau candela aprinsă și împărtășește grupului ce anume apreciază la un anumit membru, fără să specifice despre cine este vorba. Apoi, ofera lumânarea persoanei pe care tocmai a apreciat-o.
- ✓ acea persoană, la rândul ei, își împărtășește aprecierea față de altcineva din grup, fără să specifice numele colegului după care înmânează lumânarea celui apreciat;
- ✓ se continuă până ce fiecare elev a primit și oferit candela de cel puțin două ori;
- ✓ cadrul didactic este atent să aprecieze el copiii care riscă să rămână neapreciați!

„Prietenul secret”

Obiective:

În urma acestei activități elevii vor fi conștienți de plăcerea de a oferi și vor identifica rolul ei;

- să identifice valoarea relației de prietenie în dezvoltarea personală.

Resurse:

- hârtie, carioci, culori, reviste
- materiale pentru colaje,
- lipici, plastilina etc.

Etape ale activității:

- ✓ se desfășoară pe parcursul unui semestru / an școlar;
- ✓ se notează numele fiecărui elev pe câte un bilețel;
- ✓ se introduc toate bilețelele (care au aceeași dimensiune) într-o cutie;
- ✓ fiecare copil extrage câte un bilețel având grijă ca ceilalți să nu afle numele care este scris și nici să-și obțină propriul nume;
- ✓ se cere ca fiecare elev să se gândească la persoana a cărei nume l-a extras și la o modalitate prin care să-și exprime admirația/aprecierea față de aceasta folosind materiale cât mai diferite;
- ✓ se încurajează copiii să-și folosească imaginația și creativitatea;
- ✓ se lucrează acasă cu foarte multă grijă pentru a nu se afla pentru cine este cadoul;
- ✓ se stabilește un colț al cadourilor în care fiecare elev așează ce a realizat (împreună cu numele persoanei căreia îi este adresat) având mare grijă să nu fie descoperit;
- ✓ după ce toți elevii au primit cadoul se formează un cerc;
- ✓ fiecare participant trece în mijloc, iar „prietenul secret” se prezintă și spune care este trăsătura pe care o admiră cel mai mult la acesta;
- ✓ nu se încheie înainte de a mulțumi pentru colaborare și cadouri.

„Eroul preferat”(1)

Obiective:

La sfârșitul activității propuse elevii vor fi capabili:

- ✓ să sesizeze caracteristicile propriei persoane;
- ✓ să înțeleagă că specificul uman îl reprezintă îmbinarea corespunzătoare a calităților și defectelor.

Resurse:

- coli de hârtie A4,
- creioane, carioci, culori.

Etape ale activității:

- ✓ se solicită elevilor să împartă foaia în două jumătăți, pe verticală, cu creionul;
- ✓ fiecare participant este rugat să se gândească la personajul de desene animate care nu-i place deloc, care îl enervează la culme și să-l deseneze în jumătatea stângă a foii;
- ✓ apoi li se poate spune: „Va rog să vă gândiți și să notați trei motive pentru care nu vă place personajul respectiv, ce anume face el și nu vă place”;
- ✓ apoi, elevii sunt rugați să se gândească la eroul de desene animate care-i place, pe care la îndragit, să-l deseneze în jumătatea dreaptă a foii și să noteze trei motive care-l fac pe acesta simpatic sau plăcut;
- ✓ fiecare participant prezintă ce a realizat și motivele alegerilor.

„Cutia magică” (1)

Obiective:

- În urma acestei activități elevii vor fi capabili să înțeleagă faptul că specificul uman îl reprezintă îmbinarea corespunzătoare a calităților și defectelor.

Resurse:

- sala spatioasa.

Etape ale activității:

- ✓ li se spune elevilor că au acces la o cutie magică în care pot găsi orice calitate pe care și-o doresc și de care cred ei că au nevoie;
- ✓ această cutie e dispusă să primească și trasături umane pe care elevii consideră că le au și de care vor să scape;
- ✓ în final fiecare participant împărtășește grupului ce simte și cum gândește acum când a primit tot ceea ce și-a dorit și a aruncat tot ceea ce era rău sau de prisos.

„Lupta cu obstacolul” (1)

Obiective:

În urma acestei activități elevii vor fi capabili:

- să-și dezvolte capacitatea de toleranță la frustrare;
- să se transpună empatic în situația unui coleg aflat într-o situație problematică;
- să manifeste toleranță și spirit de echipă.

Resurse:

- sala spatioasa.

Etape ale activitatii:

- ✓ li se cere elevilor să realizeze un cerc ținându-se de mâini;
- ✓ un copil - care se oferă voluntar - iese din clasă și așteaptă;
- ✓ în acest timp, ceilalți (fără a-și da drumul la mâini) se combină astfel încât elevului de afară să-i fie cât mai greu să refacă cercul;
- ✓ la final, se discută cum s-a descurcat protagonistul, dacă au fost participanți care l-au susținut și mai ales în ce mod.

„Colajul aprecierilor”

Obiective:

La sfârșitul activității propuse elevii vor fi capabili:

- să descopere imaginea pe care o au colegii despre ei;
- să aprecieze obiectiv persoanele din jur;
- să ofere feed-back-uri pozitive celorlalți.

Resurse:

- coli de hârtie A3,
- carioci, culori,
- materiale pentru colaje, reviste,
- lipici, foarfeca.

Etape ale activității:

- ✓ se formează grupe de câte 6-8 persoane;
- ✓ cadrul didactic le spune participanților că vor avea ocazia să realizeze un colaj - pentru fiecare elev - care să descrie calitățile acestuia;

- ✓ se scrie numele fiecărei persoane din grupul format pe o coală de hârtie;
- ✓ copiii au un timp (5 minute) în care se gândesc la trăsăturile fiecărui coleg din grup, apoi decupează imagini și caută cuvinte pentru descriere;
- ✓ colile de hârtie cu numele pe ele sunt rotite (trec pe la fiecare participant din grup) pentru a fi lipite imaginile și scrise cuvintele potrivite;
- ✓ la sfârșit, toate colajele trec din mână în mână și fiecare elev explică contribuția adusă la întocmirea lui;
- ✓ colajele sunt dăruite posesorilor.

Activitățile de psihogimnastică

Etapa I. Exerciții mimice și pantomimice

Obiectivul: reprezentarea expresivă a stărilor emoționale legate de emoții de mulțumire și nemulțumire (bucurie, mirare, interes, furie, repulsie, ură, frică, etc) și a sentimentelor (mândrie, sfială, încredere, etc). Copiii însușesc mișcărilor de exprimare: mimica, gesturile, poziția, mersul.

Etapa II. Exerciții și jocuri de exprimare a diferitor calități ale caracterului și emoțiilor

Obiectivul: reprezentarea expresivă a calităților, produse de mediul social (zgârcenia, bunătatea, sinceritatea, etc), aprecierea lor morală. Cunoașterea cu comportamente-modele a personajelor cu diferite calități de caracter. Consolidarea și îmbogățirea informațiilor primite anterior, ce se referă la competența lor socială. Armonizarea personalității copiilor. La exprimarea emoțiilor se atrage atenția copiilor la toate componentele mișcărilor exprimate în același timp. Această etapă poartă un caracter de profilaxie.

Etapa III. Exerciții și jocuri cu orientare psihoterapeutică asupra unui copil sau a grupului

Obiectivul: corectarea dispoziției și trăsăturilor separate de caracter, training de modelare a situațiilor standarde.

Etapa IV. Antrenamentul psihomuscular

Obiectivul: scoaterea încordării psihoemoționale, insuflarea rezultatului, comportamentului, calităților dorite.

Structura activității de psihogimnastică:

1. *Înviorarea:*

Obiectivele: diminuarea încordării psihice și emoționale, normalizarea tonusului muscular, atragerea atenției copiilor către activitate, dispunerea copiilor la o activitate comună și contactarea unul cu altul.

Conținutul: câteva exerciții-jocuri de atenție și joc mobil.

Timp: 5-6 minute.

2. *Gimnastica:*

Obiectivele: oferirea copiilor a posibilității de a îndeplini diferite sarcinimusculare pe calea repetării imitate a unor exerciții; dezvoltare abilității de reținere a atenției asupra senzațiilor, a le deosebi și compara; dezvoltarea abilității copiilor de schimbare a mișcărilor, controlul senzațiilor musculare. Consecutivitatea exercițiilor e importantă prin respectarea schimbării și comparării mișcărilor diferite după caracter, prin:

Încordare-relaxare

Brusc-lent

Dese-rare

Fracționate - întregite
Mișcări abia vizibile - încremeniri
Rotiri ale corpului și sărituri
Mișcări libere în mediu și ciocniri cu obiecte.

Toate exercițiile sunt însoțite de schimbarea încordării musculare și relaxare. O asemenea schimbare a mișcărilor influențează armonizarea activității psihice ale activității creierului: are loc reglarea activității psihice și motore a copilului, se îmbunătățește dispoziția, dispare inertitatea.

La activitățile de psihogimnastică toți copiii reușesc: este corect totul ce fac, îndeplinind exercițiile în felul său, așa cum pot. O diferențiere și conștientizare a tuturor senzațiilor este imposibilă din partea copiilor, dar concentrarea atenției asupra măcar uneia la fiecare activitate e necesară.

3. **Însușirea emoțiilor:**

Obiectivul: Dezvoltarea abilității de a înțelege emoțiile proprii și străine, reprezentarea lor corectă și trăirea lor.

Emoțiile, stările, folosite în exerciții: interes-atenție/luare-aminte; bucurie-satisfacție-admirație-mirare/surprindere; nenorocire-desperare-suferință-compătimire; furie-ură-invidie; ofensă-necaz; dispreț-silă-dezgust; frică-spaimă; rușine-vină; anxietate-frustrare; compătimire-jale-gingășie; amărăciune-tristețe.

4. **Comunicarea:**

Obiectivul: dezvoltarea abilităților generale de influență asupra partenerului.

În exerciții sunt incluse schimbarea cu rolurile a partenerilor de comunicare, aprecierea propriilor emoții și ale partenerului. Exercițiile ajută copiii să depășească barierele în comunicare în viața reală.

5. **Comportamentul:**

Obiectivul: dezvoltarea abilităților copiilor de reglare a reacțiilor de comportament.

Demonstrarea și jucarea situațiilor tipice cu greutățile psihologice, evidențierea și cunoașterea formelor tipice a comportamentului adaptat și neadaptat; căpătarea și consolidarea stereotipelor de comportament și metodelor de rezolvare a conflictelor admisibile copiilor; dezvoltarea abilităților de alegere independentă și construire a formelor reale de reacții și acțiuni în diferite situații.

6. **Încheierea:**

Obiectivul: consolidarea efectului pozitiv, ce stimulează și reglează activitatea psihică și fizică a copilului, balansarea stării emoționale, îmbunătățirea dispoziției.

În timpul activităților au fost folosite imprimări pe banda de casetofon. Pentru relaxarea psihofizică au fost folosite imprimările „Sunetele pădurii”, „Zgomotul mării”.

Toate activitățile au fost petrecute numai pe material intuitiv, deoarece atributica sustrage atenția copiilor și prefăce psihogimnastica în joc, care trebuie să stea doar la baza ei.

DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII

Subsemnata, declar pe răspundere personală că materialele prezentate în teza de doctorat sunt rezultatul propriilor cercetări și realizări științifice. Conștientizez că, în caz contrar, urmează să suport consecințele în conformitate cu legislația în vigoare.

Glavan Aurelia

_____ 2015

CURRICULUM VITAE

Glavan Aurelia



Data și locul nașterii: 14.01.1965, Ocnîța, Verejeni

Starea civilă: căsătorită, 2 copii

Studii superioare:

1983-1989: Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, facultatea Medicină Generală

Calificarea: medic Neurolog

Experiența profesională:

1989 - 1990: Spitalul Clinic Republican Chișinău, internatura medic neurolog

1990 - 2002: Spitalul Clinic Municipal nr. 2 Chișinău, neurolog ordinator

2002 - prezent: Institutul de Medicină Urgentă, medic neurolog, categorie superioară

2010 - prezent: Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”, lector

Domeniile de activitate științifică:

2010 -2014: Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”, catedra Psihopedagogie Specială, doctorandă

Calificări specifice domeniului, perfecționări:

1999: Specializare Acupunctură, Auriculoterapie, Asociația Europeană de Acupunctură

2002: Îngrijiri paleative, Brașov, România

2003: Specializare Medicină de Urgență, București, România

2005: Specializare AVC-Stroke, Kiev, Ucraina

2008: Specializare Sistem Nervos Periferic, București, România

Participări la foruri științifice internaționale și naționale (ultimii 5 ani):

2014: EANS Annual Meeting, Praga, Czech Republic

2013: Balkan Medical Union, Chișinău, Moldova

2013: Conferința Internațională „Relația Sărăcie - Persoane în Dificultate: Aspecte Psiho-Sociale”, UPS „I. Creangă”, Chișinău, Moldova

2013: Conferința Internațională „Educația pentru dezvoltarea durabilă”, IȘE, Chișinău, Moldova

2012: EANS Annual Meeting, Bratislava, Slovakia

2012: 8th World Stroke Congress, Brasilia, Brazil

2012: Conferința Internațională „Optimizarea Învățământului în contextul Societății bazate pe Cunoaștere”, IȘE, Chișinău, Moldova

2011: 20th World Congress of Neurology, Marrakesh, Morocco

2011: 14th European Congress of Neurosurgery, Rome, Italy

2011: Conferința Științifică Internațională „Pledoarie pentru Educație”, IȘE, Chișinău

2010: Curs Educațional al Federației Mondiale al Societăților Neurologice, Chișinău, Moldova

2009: Simpozion Moldo-German Neurologie, Neurochirurgie, Chișinău, Moldova

Lucrări științifice publicate:

Total 36 lucrări științifice publicate. Medicină - 23, co-autor a unei monografii; Psihologie - 15, inclusiv 4 în reviste de specialitate recenziate;

Limbi vorbite: româna, rusa, franceza.

Date de contact:

adresa: Republica Moldova, mun. Chișinău, str. Toma Ciorbă 1, IMU

tel: +373 69 172 308

e-mail: glavan_aurelia@yahoo.com