

MODALITĂȚI DE DIMINUARE A PERTURBĂRILOR AFECTIVE, PSIHOCOMPORTAMENTALE ȘI DE COMUNICARE LA ELEVII CU DEFICIT DE ATENȚIE ȘI HIPERACTIVITATE

*Adriana Ciobanu, conf. univ., dr.,
Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău*

METHODS OF REDUCING AFFECTIVE, PSYCHOBHAVIORAL AND COMMUNICATION DISORDERS IN STUDENTS WITH ATTENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY

*Adriana Ciobanu, PhD, Assoc. Prof.
“Ion Creanga” State Pedagogical University of Chisinau
ORCID: 0000-0003-3836-3651
andrianaceban@mail.ru*

CZU: 376.56

DOI: 10.46727/c.v1.24-25-03-2023.p147-151

Abstract. The article lists the ways to reduce affective, psychobehavioral and communication disturbances in students with attention deficit and hyperactivity, in which a persistent pattern of inattention and/or hyperactivity-impulsivity that interferes with normal functioning or the development process of the individual. In the same way, the essence of psychopedagogical interventions for students with attention deficit and hyperactivity is analyzed, which consists in scientifically validated screening and the consistent application of practices based on scientific evidence, achievable through multimodal and psychoeducational approaches in the structure of which there is no lack of acceptance and empathic reflection.

Keywords: impairment, disturbances, affective, psychobehavioral, communication, attention deficit and hyperactivity.

Sindromul de hiperactivitate și deficit de atenție (în continuare ADHD) este o tulburare de neuro-dezvoltare, care afectează mai ales copiii și se manifestă prin imposibilitatea acestora de a se concentra asupra unui anumit subiect sau unei anumite acțiuni. Netratată, poate avea consecințe negative pe termen lung (psihologice, sociale, economice).

ADHD-ul este o categorie psihopatologică care pe parcursul definirii sale și a nenumăratelor etape în evoluția manualelor de diagnostic a cunoscut diverse modificări mai mult sau mai puțin semnificative privind structura, etiologia și modalitățile de intervenție. În evoluția diagnosticului categoriilor psihopatologice au existat numeroase controverse, identificabile în diverse etape de elaborare a edițiilor *DSM* privind relevanța criteriilor, structura factorială pe care se bazează categoria psihopatologică, gruparea criteriilor, vârsta cronologică la care apar și diferențele cantitative și calitative dintre adulți și copii etc. [4, p.385].

Conform *DSM-5* (2013), caracteristica definitorie a tulburării de hiperactivitate și deficit de atenție este un pattern persistent de inatenție și/sau hiperactivitate-impulsivitate care interferează cu funcționarea normală sau cu procesul de dezvoltare al individului. Inatenția se manifestă la nivel comportamental prin lipsa persistenței, dificultăți de concentrare, dezorganizare, abandonarea sarcinii, aspecte ce nu se datorează lipsei de înțelegere sau unei atitudini opoziționale.

Numeroase studii neurofiziologice, neuropsihologice și biologice privind copiii cu ADHD au fost efectuate de specialiștii din numeroase țări: Chess S., 1960; Alfred Tredgold și lui George Still, Victor Kline, 1991; R. Campbell, 1997; Liliensfeld, Tripp G., Wickens J., 2009; Nigg J.T., Goldsmith H.H., Sachek J., 2004; Shevchenko Yu. S. 1997; Zavadenko N. N., 2000; Negreanu B., Negreanu R., 2000; Cucu-Ciuhan G., 2006; Domuța A., 2002; A. Glavan, 2015.

ADHD este cea mai frecventă cauză a tulburărilor de comportament și a dificultăților de învățare la vârsta preșcolară și școlară. Conform studiilor frecvența ADHD, în rândul copiilor din aceste grupe de vârstă ajunge la 4,0 - 9,5%, în timp ce ADHD predomină la băieți, iar raportul băieților și fetelor cu ADHD este în medie de 5:1. Studiile arată că un procent de 5% din copiii de vârstă școlară prezintă simptome ADHD (1-2 din copiii dintr-o clasă de 30). ADHD debutează în copilărie și poate persista și la vârsta adultă. Deși la unii copii simptomele ADHD dispar odată cu înaintarea în vârstă, în jur de 60% pot prezenta simptome și la vârsta adultă. Conform studiilor, fără tratament, 30% dintre cei care suferă de ADHD dezvoltă delincvență juvenilă.

DSM-V identifică și descrie trei tipuri de ADHD [1, p.281]:

- tulburarea de deficit de atenție și hiperactivitate, tipul predominant inatent;
- tulburarea de deficit de atenție și hiperactivitate, tipul predominant;
- impulsiv-hiperactiv și tulburarea de deficit de atenție și hiperactivitate, tipul combinat (American Psychiatric Association, 2000).

A Glavan (2015) evidențiază simptomele definitorii ale sindromului ADHD:

- neatenția;
- impulsivitatea;
- hiperactivitatea.

Autoarea punctează principalele caracteristici ale ADHD pentru stabilirea devierilor de la paternul normal al variabilelor [2, p.28]:

- 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 școlară mic în legătură cu dezvoltarea provocată de intrarea într-o nouă activitate – cea școlară.

Natura ereditară a ADHD este confirmată la 57% dintre cazuri. La 84% dintre cei examinați sunt identificate semne de leziuni organice precoce ale SNC. În cele mai multe cazuri, etiologia și patogeneza ADHD sunt complexe și determinate de o combinație de factori [5].

Un rol important în formarea ADHD, alături de factorii biologici (leziuni organice precoce ale creierului, mecanisme de ereditate), îl au factorii socio-psihologici, în special cei familiali. Influența factorilor socio-psihologici negativi asupra dezvoltării copiilor cu ADHD a fost constatată în 63% din cazuri, în timp ce la 23% dintre familii a existat un efect combinat a trei sau mai mulți factori. Printre factorii socio-psihologici intrafamiliari nefavorabili, cel mai adesea s-a înregistrat educația într-o familie incompletă un nivel scăzut de securitate financiară a familiei, un nivel scăzut de educație în rândul părinților, conflicte frecvente, condiții nesatisfăcătoare de rezidență, alcoolism la părinți, inconsecvență în abordările de creștere a copilului. Nu există nicio îndoială că capacitatea de a compensa tulburările cognitive și comportamentale caracteristice copiilor cu ADHD este limitată semnificativ în absența înțelegerii de către părinți și adulții din jur a cauzelor și manifestărilor acestor tulburări, a atitudinii greșite și a unei atenții insuficiente pentru copii.

Formarea conceptului de ADHD a avut o relație strânsă cu dezvoltarea ideilor despre disfuncția cerebrală minimală (DMC). În prezent, DMC sunt considerate drept consecințe ale leziunilor cerebrale locale precoce, manifestate prin imaturitatea legată de vârstă a anumitor funcții mentale superioare și dezvoltarea lor dizarmonică. ADHD este una dintre variantele DMC, a cărei imagine este determinată de activitate excesivă inadecvată, inadecvată, deficit de

atenție, impulsivitate în comportamentul social și activitate intelectuală, probleme în relațiile cu ceilalți, stimă de sine scăzută, tulburări de comportament concomitente, dificultăți în școlarizare, stânjeneală motrică datorată insuficienței statice - locomotorii.

Manifestările ADHD încep să atragă atenția atunci când copilul începe să meargă la grădiniță (la vârsta de trei sau patru ani) sau la școală (la vârsta de șase sau șapte ani). Acest tipar se explică prin incapacitatea sistemului nervos central al copilului de a face față noilor cerințe impuse în fața stresului psihic și fizic în creștere. Între timp, manifestările clinice ale ADHD sunt caracterizate de o anumită dinamică legată de vârstă și, deja în primii ani de viață, acești copii se disting printr-o excitabilitate crescută, dezinhibare motrică, stângăcie motrică, neliniște, distractivitate, tulburări de limbaj.

Deși ADHD este considerată o tulburare biologică, simptomele secundare, inclusiv toleranța scăzută la frustrare, depresia, anxietatea, performanța școlară redusă și dificultățile în relaționare, pot fi explicate dintr-o perspectivă non-biologică. Să luăm în considerare fiecare din aceste simptome secundare [1, p.283].

Manifestarea simptomelor ADHD coincide cu începerea frecventării grădiniței sau școlii. Încărcarea cu sarcini școlare influențează asupra sistemului nervos central, care poate duce la tulburări de comportament sub formă de încăpățănare, nesupunere, negativism, precum și la tulburări nevrotice, încetinind ritmul dezvoltării psihoverbale.

Trebuie remarcat faptul că severitatea maximă a manifestărilor ADHD coincide adesea cu perioadele critice de dezvoltare psihoverbală. Prima perioadă include vârsta de la unu la doi ani, când are loc o dezvoltare intensă a zonelor corticale ale vorbirii și formarea activă a abilităților de vorbire. A doua perioadă - aproximativ trei ani. În această etapă, bagajul de cuvinte a copilului utilizate activ crește, vorbirea frazală se îmbunătățește, atenția și memoria se dezvoltă activ. În această perioadă, mulți copii cu ADHD dezvoltă întârzieri ale vorbirii și probleme de articulare.

În ultimii ani, oamenii de știință au observat că așa-numitele funcții ale vorbirii pragmatice nu sunt suficient formate la copiii cu ADHD. În special, capacitatea de a comunica verbal cu ceilalți, de a înțelege emoțiile exprimate în vorbire, reacțiile, instrucțiunile și umorul sunt afectate. Copiii nu pot respecta regulile conversației (vorbesc pe rând cu interlocutorul, mențin subiectul conversației), își schimbă stilul de vorbire în funcție de vârsta interlocutorului (copilul mai mic, adult), ceea ce duce la dificultăți constante în contactele sociale. A treia perioadă critică se referă la vârsta de șase sau șapte ani și coincide cu începutul formării deprinderilor de scris. Copiii cu ADHD dezvoltă inadaptare școlară și probleme de comportament. Dificultățile psihologice semnificative provoacă adesea diverse tulburări psihosomatice, manifestări de distonie vegetativ-vasculară. Școlarii cu ADHD se caracterizează printr-o stabilitate psiho-emoțională slabă în cazul eșecurilor, stimă de sine scăzută. Adesea manifestă fobii sociale, irascibilitate, agresiune, comportament de opoziție. În adolescență, hiperactivitatea la copiii cu ADHD practic dispare, dar persistă tulburările de impulsivitate și atenție, deseori cresc tulburările de comportament, agresivitatea, dificultățile în relațiile în familie și școală, performanța școlară se înrăutățește, pot apărea pofta de alcool și droguri.

Există numeroase dovezi că cei cu ADHD experimentează frecvent probleme sociale comorbide și comportament agresiv, incluzând chiar, în cazuri extreme, tulburări de conduită (Levinson et al., 2004). O înțelegere a furiei și a patternurilor antisociale de comportament poate fi obținută prin examinarea credințelor iraționale ale copiilor cu ADHD, care experimentează și dificultăți interpersonale [1, p.284].

Acordarea asistenței copiilor cu ADHD ar trebui să fie oportună, cuprinzătoare și să combine diverse abordări, inclusiv metode de modificare a comportamentului (tehnici educaționale speciale pentru părinți și profesori), metode de corecție psihologică și pedagogică, psihoterapie și tratament medicamentos. Utilizarea metodelor moderne îi ajută pe copiii cu ADHD să obțină

rezultate semnificative, să depășească treptat dificultățile de învățare, comportament și comunicare, dar condițiile necesare pentru aceasta sunt oportunitatea, consecvența și durata suficientă a asistenței acordate.

A. Glavan (2015) propune un program de terapie polimodal, pentru că implică în tratament mai multe niveluri vitale [2]:

- a) metabolic – *influența medicamentoasă*;
- b) neuropsihologic – *corecția atenției, organizarea activității psihomotore etc.*;
- c) sindromal – *influența izolată a complexelor de terapii dezvoltative asupra diferitor elemente ale sindromului*;
- d) comportamental – *influența diferitelor psihoterapii de corecție comportamentală*;
- e) personal – *ameliorarea conflictelor, creșterea personală, eficientizarea relației dintre copil și adult*.

Tratamentele *cognitiv-comportamentală pentru ADHD* includ (Pelham et al., 1988):

- training auto-instrucțional;
- auto-monitorizare;
- strategii de rezolvare de probleme;
- auto-evaluări;
- și auto-întăriri.

Intervențiile *cognitiv-comportamentale* au scopul de a asista copilul în obținerea controlului asupra comportamentului său prin strategii auto-mediate.

Pentru copiii cu ADHD care manifestă comportamente inadecvate cronice, literatura s-a centrat pe modificarea comportamentului (The MTA Cooperative Group, 1999; Abramowitz et al., 1992; Hansen și Cohen, 1984; Miranda și Presentacion, 2000; Robinson et al., 1999).

Managementul contingențelor este cea mai comună intervenție comportamentală eficientă în tratamentul ADHD (Waschbusch et al., 1998), în care copilul este recompensat pentru comportamentele pozitive adaptative și pedepsit pentru comportamentele negative inadecvate. Tehnici ca „token-economy”, time-out, costul răspunsului, îndepărtarea privilegiilor și orientarea atenției se află printre diferitele forme de management al contingențelor.

Activitățile psihopedagogice pot fi structurate în următoarele: dezvoltarea abilităților sociale, activități academice, artistice. Dezvoltarea abilităților sociale pot fi ascultarea, formarea de prietenii, controlul furiei și impulsivității.

Controlul scăzut al impulsului este una din manifestările ADHD. Ca metodă de abordare a acestui aspect, este recomandată *rezolvarea de probleme*, în care copilul [1]:

- 1) este învățat să-și identifice problema;
- 2) să genereze cât mai multe soluții alternative fără a le evalua;
- 3) să ia ulterior fiecare alternativă și să-i identifice posibilele consecințe negative și pozitive;
- 4) să selecteze o alternativă și să o implementeze;
- 5) să revadă/evalueze rezultatul (rezultatele) alternativei alese.

Auto-monitorizarea este o intervenție utilizată pentru terapia ADHD. Unul dintre scopurile auto monitorizării este de a determina copiii să devină mai conștienți de aceste aspecte. Acest lucru se poate realiza prin a cere copilului să încerce intenționat să fie atent și să observe aspecte specifice ale comportamentului său (ex. când strigă în clasă) și să înregistreze aceste comportamente. Prin sporirea conștientizării comportamentelor specifice, este de sperat că va urma controlul acestora.

Esența intervențiilor psihopedagogice pentru copiii cu ADHD constă în screeningul validat științific și aplicarea consecventă a practicilor bazate pe dovezi științifice, realizabile prin abordări multimodale și psihoeducaționale, din structura cărora să nu lipsească acceptarea necondiționată, congruența și reflectarea empatică.

BIBLIOGRAFIE

1. ALBERT ELLIS, MICHAEL, E. BERNARD *Terapia rațional emotivă și comportamentală în tulburările copilului și adolescentului*. Teorie, Practică și Cercetare. Cluj-Napoca, Editura RTS. 2007. 464p. ISBN 978-973-1816-11-1.
2. BUCUN, N., GLAVAN, A. *Sindromul de hiperactivitate cu deficit de atenție la școlarul mic*. Chișinău: Institutul de Științe ale Educației, 2015 (Tipogr. „Cavaioli”). 155 p. 2015. ISBN 978-9975-48-095-6.
3. CIOBANU, A. *Evaluarea și diagnosticul tulburării de deficit de atenție și hiperactivitate (ADHD)*. În: revista Psihologie. Pedagogie Specială. Asistență Socială. a Facultății de Psihologie și Psihopedagogie Specială. 2016 Nr.2 (43), pp 70-76 ISSN 1857-0224.
4. ROȘAN, A. *Psihopedagogie specială. Modele de evaluare și intervenție*. Iași: Polirom, 576 p. 2015. ISBN 978-973-46-4963-1.
5. ЗАВАДЕНКО, Н.Н. *Как понять ребенка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания*. М., 2001.