

TULBURAREA DE HIPERACTIVITATE-IMPULSIVITATE CU DEFICIT DE ATENȚIE LA COPIL

Prof. înv. primar Viorica PAVEL

1. Delimitări conceptuale

ADHD, din englezescul *Attention deficit hyperactivity disorder*, reprezintă o tulburare psihiatrică, caracterizată prin probleme de concentrare, hiperactivitate și impulsivitate. Diagnosticul de ADHD este pus copiilor, în general în perioada începerii școlii (aprox. 6-7 ani), când aceștia se confruntă cu probleme de învățare, de atenție și manifestă o energie excesivă ce nu este canalizată spre o acțiune concretă.

În România, se estimează că există peste 200000 de copii diagnosticați cu această afecțiune. Este cea mai frecventă tulburare psihiatrică la copiii școlari, prevalența bolii fiind variabilă. Estimările recente ale cercetătorilor arată că 3-12% dintre copiii de vârstă școlară au ADHD, iar din totalul populației lumii cu vârstă între 0 și 18 ani, 3-5% sunt afectați de ADHD. Rata sexului este de 3 : 1 (băieți - fete), pe eșantioane comunitare, și 6/9:1 (băieți - fete), pe eșantioane clinice. Diferența dintre sexe are o mare importanță. 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.

2. Criterii specifice stabilite prin DSM-IV

Criteriile specifice stabilite prin DSM - IV, pentru Sindromul Deficitului de Atenție/ Hiperactivitate (ADHD) sunt următoarele:

Conform DSM – IV, o persoană trebuie să manifeste simptomele din categoria 1 sau 2:

›LIPSA ATENȚIEI

(1) Șase sau mai multe din următoarele simptome ale lipsei de atenție, care persistă de cel puțin 6 luni la un nivel care relevă inadaptare sau inconsistență cu nivel de dezvoltare corespunzător vârstei.

(a) deseori, copilul nu reușește să fie atent la detalii sau face greșeli din neglijență la teme, lucru sau alte activități;

(b) are dificultăți de concentrare a atenției în sarcini de lucru sau de joacă;

(c) deseori nu ascultă, nu este atent atunci când i se vorbește direct;

(d) deseori nu urmează instrucțiunile și nu reușește să termine temele școlare, dar nu datorită unui comportament opozițional sau de incapacitatea de a înțelege instrucțiunile;

(e) are deseori dificultăți în organizarea sarcinilor și activităților;

(f) deseori evită, refuză, ezită sau manifestă neplăcere în angajarea unor sarcini de lucru care presupun un efort mental susținut, cum ar fi temele de acasă, teme individuale în clasă;

(g) pierde deseori lucruri necesare îndeplinirii sarcinilor sau activităților, de exemplu caietele, instrumentele de scris, temele, manualele, etc.

(h) este deseori distras de stimuli externi marginali;

(i) uită des activitățile cotidiene.

›HIPERACTIVITATEA

(2) Șase sau mai multe din următoarele simptome ale hiperactivității /impulsivității care persistă cel puțin șase luni la un nivel care relevă inadaptația sau inconsistența cu nivelul de dezvoltare corespunzător vârstei:

(a) se joacă cu mâinile deseori sau se mișcă permanent în scaun;

(b) deseori părăsește scaunul său în sala de clasă sau în alte situații atunci când regulile impun să rămână așezat în locul lui;

- (c) deseori se cațără sau aleargă atunci când acest lucru nu este permis sau potrivit locului;
- (d) are deseori probleme în a se angaja în liniște în activitățile de petrecere a timpului liber;
- (e) pare a fi permanent „pe picior de plecare” sau se comportă deseori ca și cum ar fi „propulsat de un motor”;
- (f) vorbește deseori excesiv;
- (g) deseori se repede cu răspunsuri înainte ca întrebările să fie complet formulate;
- (h) are deseori dificultăți în a-și aștepta rândul;
- (i) deseori întrerupe sau „...se bagă” între alții, de exemplu intră brusc în conversație sau în jocul altora.

- Unele simptome ale impulsivității/hiperactivității sau lipsei de atenție au apărut înaintea vârstei de 7 ani.
- Unele probleme cauzate de simptome apar în două sau mai multe contexte (de exemplu și acasă și la școală).
- Trebuie să fie evidențe clinice clare ale unor efecte deteriorative în planul funcționării sociale, școlare sau ocupaționale.

3. Etiologie

Hiperactivitatea are atât o determinare genetică, cât și una de mediu. Evoluția tulburării este afectată de relațiile interpersonale, de evenimente de viață și de tratament.

ADHD recunoaște numeroase etiologii:

› Factorii genetici- cercetările au concluzionat că 75% dintre cazurile de ADHD provin de la părinți ce suferă de aceasta boală. Genele incriminate sunt răspunzătoare de transmiterea dopaminei, un neurotransmițător implicat în procesul acțiune-răsplată și în activități motorii.

› Factorii de mediu - sarcina și complicații ale nașterii, mediul familial dezorganizat sau pretențios, dieta alimentară și somnul, medicații, consumul de alcool și de tutun în timpul sarcinii.

4. Subtipuri ale tulburării de hiperactivitate-impulsivitate/deficit de atenție

Deși mulți copii prezintă atât simptome de inatenție, cât și de hiperactivitate, există unii la care predomină doar unul dintre aceste patternuri. Subtipul corespunzător trebuie să fie indicat pe baza patternurilor simptomului predominant în cursul ultimelor 6 luni.

ADHD – Tipul combinat: Dacă atât criteriile A1 și A2 sunt întâlnite pentru cel puțin șase luni. Cei mai mulți copii și adolescenți cu tulburare au tipul combinat. Nu se știe dacă acest lucru este valabil și pentru adulți.

ADHD – Tipul predominant neatent: dacă se întâlnesc criteriile A1, dar criteriile A2 nu apar în ultimele 6 luni.

ADHD – Tipul predominant hiperactiv-impulsiv: dacă se întâlnesc criteriile A2, dar criteriile A1 nu apar pentru ultimele 6 luni. Inatenția poate fi adesea un element clinic semnificativ și în astfel de cazuri.

5. Profilul elevului cu ADHD

Preșcolarul

- ✓ Este mereu în mișcare, parcă este condus de un motor;
- ✓ Răstoarnă lucruri;
- ✓ Îi întrerupe mereu pe ceilalți,
- ✓ Este certăreț, gălăgios, solicitant ;
- ✓ Prezintă crize de furie, izbucniri temperamentale, fără a avea un motiv important;
- ✓ Este agresiv (îi lovește pe ceilalți);
- ✓ Jocul copilului este mai puțin organizat, „în forță”, adeseori distructiv;
- ✓ Prezintă o curiozitate exagerată;

- ✓ „Fără teamă”: se poate răni, pe sine sau pe alții, se expune pericolelor;
- ✓ Nu respectă regulile, instrucțiunile.

Școlarul

- ✓ Este distras cu ușurință de stimulii din mediul înconjurător;
- ✓ Își face temele neglijent, incomplet, le pierde sau „uită” de ele;
- ✓ Are note mai mici decât nivelul așteptat;
- ✓ Nu vrea/nu poate să îndeplinească sarcini acasă;
- ✓ Îi întrerupe adesea pe ceilalți ;
- ✓ Nu stă pe scaun când este nevoie sau când i se cere acest lucru ;
- ✓ Este impulsiv și de multe ori agresiv ;
- ✓ Nu își așteaptă rândul la jocuri, nu respectă regulile;
- ✓ Răspunde înainte de sfârșitul întrebării;
- ✓ Are dificultăți de relaționare cu colegii, fiind adesea exclus din grup și are relații tensionate cu profesorii;
- ✓ Adesea nu se simte valorizat;
- ✓ Pare „imatur” și are abilități de autoîngrijire insuficient dezvoltate;
- ✓ Nu are „simțul timpului”, prezintă dificultăți de planificare și nu estimează corect trecerea timpului,
- ✓ Nu observă pericolele sau nu le acordă atenție, fiind predispus la accidente.

6. Efectele directe ale simptomelor de ADHD asupra activității și rezultatelor școlare

Efectele neatenției

- ✓ Are probleme de concentrare la lecții.
- ✓ Lucrează haotic ceea ce influențează negativ calitatea și cantitatea rezultatelor lui.
- ✓ Are dificultăți cu ascultarea instrucțiunilor.
- ✓ Are probleme de scriere.
- ✓ Apar probleme de management al timpului și al efortului.
- ✓ Sunt probleme cu deprinderile de studiu.
- ✓ Are probleme cu promovarea examenelor.

6.1. Dificultăți de învățare coexistente

Probleme cu exprimarea orală

Elevul cu ADHD are o viteză mică de procesare a informației: citește, scrie și răspunde lent.

Coordonare motorie slabă. Mulți copii cu ADHD întâmpină dificultăți cu sarcinile motorii de finețe, de ex. scrierea de mână.

Probleme cu exprimarea scrisă:

- ✓ are ortografie slabă;
- ✓ are dificultăți de organizare a gândurilor în scris;
- ✓ are o problemă cu mecanica scrierii și organizarea lucrării scrise.

Probleme de înțelegere a textului citit:

- ✓ poate face greșeli de citire;
- ✓ poate sări cuvinte, expresii sau rânduri.

Probleme cu memoria de durată:

- ✓ poate avea probleme cu plasarea informației în memoria de durată și amintirea acesteia;
- ✓ există probleme în a-și aminti tabla înmulțirii, formulele matematice, formulele algebrice,

regulile gramaticale, datele istorice, limbile străine;

- ✓ nu reține lucruri memorate cu o seară înainte, cum ar fi ortografierea unor cuvinte.

Probleme cu memoria pe termen scurt și memoria de lucru:

- ✓ nu își amintește cerințele profesorului;
- ✓ are dificultăți în a reține informația în timp ce o procesează;
- ✓ uită lucrurile de care are nevoie pentru rutina zilnică, cum ar fi cărțile sau instrumentele;
- ✓ își pierde frecvent materialele sau echipamentul.

6.2 Caracteristici pozitive ale ADHD

Majoritatea descrierilor ADHD se axează pe aspectele negative și omit unele atribute pozitive care include: **creativitatea, energia intensă, intuitivitatea, inventivitatea, tenacitatea, căldura sufletească, atitudinea încrezătoare, atitudinea iertătoare, flexibilitatea, sensibilitatea, abilitatea de a risca, loialitatea, bunul simț al umorului.**

Subliniem faptul că un copil cu ADHD poate fi la fel de inteligent, creativ și iubitor ca toți ceilalți copii. Totuși, din cauza manifestărilor ADHD, un copil care nu este diagnosticat la timp se va confrunta cu multe dificultăți acasă și în societate; astfel, afecțiunea devine o mare problemă pentru copil și familie.

Este necesară implicarea familiei în observarea evoluției semnelor, pentru un diagnostic precoce, dar și în urmărirea ulterioară a copilului, pentru a diminua impactul bolii pe termen lung.

7. Recuperare și ameliorare comportamentală

Se recomandă propunerea unui program de modificare comportamentală care:

- ✓ permite construirea suportului familial și educațional necesar;
- ✓ presupune reguli clare și măsuri psihologice, prin care se urmăresc: dezvoltarea atenției și a capacității de concentrare, reducerea comportamentului agresiv, dezvoltarea abilităților sociale, creșterea încrederii în sine și îmbunătățirea performanțelor școlare.

7.1. Intervenția asupra părinților

Inițierea unui program de formare pentru părinți prin oferirea unor informații esențiale ce se vor axa pe o mai bună înțelegere a caracteristicilor copilului afectat de ADHD. Se realizează și se învață strategii de dezvoltare a deprinderilor sociale pozitive și de eliminare a celor neadecvate. Aceste activități de formare vizează și modalități de menținere a progreselor, dar și de prevenire a recidivei. Sesiunile de instruire a părinților pot fi rezumate astfel:

1. Înțelegerea problemei - informații despre ADHD;
2. Pregătirea părinților pentru schimbare - dezbateri despre atitudini și prejudecăți, învățarea comportamentelor adecvate;
3. Complexitatea problemei - interacțiunea dintre caracteristicile copilului, opțiunile educaționale și situația dată;
4. Opțiuni educaționale care favorizează autoreglarea;
5. Identificarea comportamentului negativ al copilului;
6. Îmbunătățirea strategiilor părinților;
7. Măsuri și planuri anticipative pentru contracararea problemelor;
8. Dezvoltarea competenței părinților de a soluționa situații dificile;
9. Evaluarea activității desfășurate și intenții de viitor.

Trebuie specificat faptul că toate sesiunile inițiate în cadrul programului de formare permit aplicarea tehnicilor pedagogice, iar întâlnirile de grup au rol deosebit de important în atenuarea frustrărilor și a izolării adesea resimțite de părinții copiilor cu dificultăți comportamentale.

I.10.2. Intervenția asupra școlii

Consilierea profesorilor se axează pe comportamentul copilului și pe strategii ce pot fi integrate în rutina școlară, fie pentru toți copiii, fie la nivel individual.

Obiectivele consilierii includ:

- Pregătirea mediului de facilitare;
- Capacitatea de a prevedea consecințele intervenției care poate conduce la îmbunătățirea comportamentului elevului:

- ✓ să-i ofere feedback copilului;
- ✓ să stabilească rutine;
- ✓ să stabilească reguli.

Cu cât programul zilnic este mai structurat și mai regulat, cu atât este mai puțin volatil comportamentul elevului. Pentru aceasta trebuie să:

- ✓ organizăm clasa și timpul de lucru;
- ✓ organizăm activitățile și materialele;
- ✓ optimizăm abordarea exercițiilor și structura lecției;
- ✓ reducem comportamentul evaziv prin intermediul învățării prin cooperare.

Strategiile și abordările de mai sus sunt susținute prin:

- ✓ feedback verbal pozitiv/laudă;
- ✓ contracte comportamentale;
- ✓ economia recompenselor simbolice;
- ✓ costul răspunsului.

Geanina Cucu-Ciuhan prezintă în lucrarea ei ”Eficiența psihoterapiei experiențiale la copilul hiperkinetic” (2006) o serie de tehnici și metode de modificare a clasei în funcție de cerințele unui copil cu hiperactivitate cu deficit de atenție, subliniind ideea abordării diferențiate și personalizate a fiecărui caz în parte. *Astfel, „dacă tânărul manifestă impulsivitate, cel mai indicat este să se ignore comportamentele necorespunzătoare de importanță minoră, să fie recompensat sau pedepsit imediat ce comportamentul s-a produs și să fie supravegheat în pauze. Este foarte important ca învățătorul să evite criticarea copilului, în special în fața clasei”.*

Concluzii:

- Fiecare comportament pozitiv, indiferent dacă este de importanță minoră, trebuie imediat evidențiat și subliniat. Copilul este instruit să-și controleze propriul comportament. Astfel, i se spune că nu va fi numit să răspundă la lecție decât dacă ridică mâna. Sub nicio formă nu se vor lua în considerație răspunsurile date de acesta dezordonat.

- Dacă elevul are dificultăți în susținerea atenției la sarcină, este indicat să fie așezat într-o zonă liniștită a clasei, departe de fereastră, lângă un coleg ce poate fi luat ca model, să i se acorde mai mult timp pentru realizarea sarcinilor, cerințele față de acest copil pentru obținerea unui calificativ mai bun trebuie să fie mai reduse, pentru a-i da sentimentul reușitei, să i se dea teme mai scurte.

- Când vorbește cu un copil cu dificultăți atenționale, profesorul ar fi bine să-l privească în ochi, să stabilească un semnal confidențial cu acesta. Astfel, atunci când copilul iese din sarcină, învățătorul poate să-l atenționeze fără a-l pune în inferioritate în fața colegilor.

- Este indicat să se utilizeze material vizual în predarea lecției. În același timp copilul va fi ajutat să-și organizeze activitatea. I se poate chiar impune să aibă o agendă în care să-și noteze toate sarcinile și temele pentru acasă. Un astfel de copil trebuie controlat regulat dacă și-a făcut temele și încurajat să-și țină lucrurile în ordine. Este bine să i se dea sarcinile pe rând, pentru a

evita confuzia. Învățătorul îl poate ajuta să-și stabilească scopuri pe termen scurt, pentru a savura mici succese ce au darul de a-i îmbunătăți stima de sine.

•Sunt extrem de utile discuțiile individuale ale profesorului cu copilul și consultările frecvente cu părinții. Este bine să i se dea posibilitatea de a fi lider în clasă sau să-și ajute un coleg la o materie la care are rezultate bune.

•Pe planul socializării, este indicat să se evidențieze comportamentul social pozitiv, iar copilul să fie încurajat să observe un coleg-model. Se evită, pe cât posibil, implicarea copilului în activități sociale cu grad competițional ridicat, acestea putând provoca activare, dezorganizare și frustrare. În schimb, se încurajează învățarea în colaborare cu alți colegi și chiar se dau sarcini de acest tip. Un astfel de copil trebuie recompensat frecvent, pentru a-i crește stima în clasă. I se dau chiar responsabilități sociale (spre exemplu este numit responsabil cu disciplina în clasă pe timpul pauzelor), pentru a fi privit într-o lumină pozitivă de către colegi.

Un rol extrem de important îl are relația care se stabilește între părinții unui copil cu *hiperactivitate cu deficit de atenție* și învățătorul acestuia. Printr-o bună colaborare, prin monitorizarea activă a comportamentului copilului rezultatele nu vor întârzia să apară.

Bibliografie

1. Cucu-Ciuhan, G. (2006). *Eficiența psihoterapiei experiențiale la copilul hiperkinetic*, București: SPER;
2. Dobrescu I, Petrovai D, Eparu I, Tudose D. (2009). *Ghid de intervenție psihosocială destinat profesioniștilor care lucrează cu copii cu vârste cuprinse între 0 – 6/7 ani cu probleme de sănătate mintală*, Speed Promotion;
3. Dobrescu, I. (2005). *Copilul neascultător, agitat și neatent*. București: Infomedica;
4. *Manual de bune practici pentru părinți cu copii diagnosticați cu tulburare de deficit de atenție și hiperactivitate*, lucrare elaborată în cadrul Proiectului Părinți și profesori împreună: *Program de formare pentru părinții și profesorii elevilor cu ADHD* (2007 - 2009);
5. Mitrofan, I. (coord.) (2003). *Cursa cu obstacole a dezvoltării umane*, Iași, Ed. Polirom;
6. Alois Gherguț, (2011) *Evaluare și intervenție psihoeducațională, terapii educaționale, recuperatorii și compensatorii*, Editura Polirom, Iași.