



FLORENTINA-IONELA LINCĂ
FLORENTINA-LAVINIA MATEI

Tulburarea cu deficit de atenție și/sau hiperactivitate (ADHD)

Aspecte teoretice și practice pentru
cadre didactice și psihopedagogi

Florentina-Ionela Lincă
Florentina-Lavinia Matei

TULBURAREA CU DEFICIT DE ATENȚIE ȘI/SAU HIPERACTIVITATE (ADHD)

ASPECTE TEORETICE ȘI PRACTICE
PENTRU CADRE DIDACTICE ȘI PSIHOPEDAGOGI

Editori:
SILVIU DRAGOMIR
VASILE DEM. ZAMFIRESCU

Director editorial:
MAGDALENA MĂRCULESCU

Redactare:
VICTOR POPESCU

Design copertă: Faber Studio
Foto copertă: ©Jose Luis Pelaez Inc/Getty Images

Director producție:
CRISTIAN CLAUDIU COBAN

Dtp:
CRENGUȚA RONTEA

Corectură:
LORINA CHIȚAN

ISBN 978-606-40-1769-7

Copyright © Editura Trei, 2023
pentru prezenta ediție

O.P. 16, Ghișeul 1, C.P. 0490, București
Tel.: +4 021 300 60 90; Fax: +4 0372 25 20 20
e-mail: comenzi@edituratrei.ro
www.edituratrei.ro

Autoarele cărții de față au avut contribuții egale.

Avertisment:

Tipărirea, reproducerea sau distribuirea (în format fizic sau electronic) a acestei cărți sau a unor părți din această carte reprezintă o încălcare a dreptului de proprietate intelectuală. Excepție fac fișele de lucru (Partea a doua, Anexă), care pot fi utilizate, în context educațional sau terapeutic, de către psihologi și cadrele didactice. Pentru alte utilizări ale fișelor de lucru sau ale altor pasaje din carte, vă rugăm să cereți permisiunea autoarelor, la adresa: florentina-ionela.linca@fpse.unibuc.ro.

Cuprins

6	Argument
9	Partea I. Caracteristicile personale și clinice ale școlarului mic cu deficit de atenție și/sau hiperactivitate (ADHD)
10	Capitolul I. Temperament dificil sau tulburare cu deficit de atenție și/sau hiperactivitate?
10	1.1. Caracteristici ale tulburării cu deficit de atenție și/sau hiperactivitate
27	1.2. ADHD — diagnosticul diferențial
29	1.3. Etiologia tulburării cu deficit de atenție/hiperactivitate
35	1.4. ADHD — comorbidități/tulburări asociate
43	Capitolul 2. Educarea elevilor cu ADHD în România
48	2.1. Cadrul legislativ privind copilul cu ADHD în România
50	2.2. Cine și cum diagnostichează tulburarea cu deficit de atenție/hiperactivitate/impulsivitate?
53	2.3. Cerințe educaționale speciale și nevoi de sprijin
57	2.4. Perspective asupra educării copilului cu cerințe educaționale speciale
59	2.5. Soluții pentru ameliorarea simptomatologiei copilului cu ADHD
64	Capitolul 3. Instruirea școlară a copilului cu ADHD
64	3.1. Integrarea copilului cu ADHD în școala de masă

67	3.2. Teorii tradiționale și moderne cu privire la procesul de învățare al elevilor cu ADHD
75	3.3. Managementul eficient al clasei în care se află un elev cu ADHD: Strategii funcționale de a face față situațiilor stresante
84	3.4. Jocul didactic pentru copilul cu ADHD
89	3.5. Programe de intervenție personalizate în mediul școlar pentru elevii cu ADHD
93	3.6. Vinieta

Partea a II-a. Intervenții corectiv-recuperative în ADHD

96	Capitolul 4. Activități didactice
101	Anexă. Fișe de lucru
108	ADHD...
108	Funcții executive
111	Cum mă face să mă simt ADHD?
112	Ce îmi place la faptul că am ADHD?
113	Sunt bun la...
114	ADHD în viața mea
115	Planificați și organizați timpul — fișă pentru specialiști și părinți
117	Organizați spațiul
118	Provocări în timpul rezolvării temelor pentru acasă
119	Listă de verificare pentru succesul realizării temelor școlare
120	Concluzii
122	Bibliografie

Argument

În practica psihopedagogică s-a conștientizat faptul că lucrul cu persoanele cu cerințe educaționale speciale și cu nevoi de sprijin presupune nu numai concentrarea pe problemele de sănătate mintală sau fizică, ci, în egală măsură, presupune și luarea în calcul a calității vieții persoanei aflate în dificultate și a familiei acesteia. În comunicarea specialist (psihopedagog, pedagog, psiholog, medic) — părinte — elev, aspectele comportamentale ale procesului de învățare reprezintă o constantă evidențiată de fiecare dată. Discutăm, în general, despre comportamentele funcționale, despre comportamentele care îl ajută pe copil să se adapteze cu ușurință la toate cerințele mediului înconjurător, indiferent de aria vieții (școală, familie, societate).

Considerăm că, deși vorbim despre același diagnostic la unii elevi, manifestările lor sunt diferite, iar suportul familiei și al specialiștilor, dar și temperamentul elevilor sunt aspecte care converg către o adaptare diferită a copiilor, în funcție de context.

În acest volum, autoarele, Florentina Lincă și Lavinia Matei, tratează o temă intens dezbătută mai ales în mediul școlar: cerințele educaționale speciale și nevoile de sprijin ale școlarului mic cu ADHD, integrat în școala de masă atât prin elaborarea unui prototip de activități didactice, cât și prin realizarea de fișe/instrumente care pot fi adaptate de cadrul didactic la nevoile educaționale ale elevilor cu care el lucrează, domenii în care contribuțiile pe plan internațional și național sunt relativ puține.

Tulburarea cu deficit de atenție/hiperactivitate (ADHD) la copil cuprinde o simptomatologie complexă. Dintre autorii de referință care au studiat tulburarea cu deficit de atenție/hiperactivitate (ADHD) din țară și din străinătate îi amintim pe următorii: Barkley (2012); Greene (2017); Becker, Froehlich și Epstein (2016); Barkley și Peters (2012); Bonvicini, Faraone și Scassellati (2016); Diker (2015); Gherguț (2016); Greene, Chee (2017).

Necesitatea lucrării de față rezultă și din constatările făcute în școlile de masă în care autoarele au lucrat. Câteva aspecte mai puțin studiate în școala de masă sunt: credința conform căreia mutarea unui copil cu ADHD în școala specială rezolvă dificultățile educaționale ale acestui elev; felul în care, cu ajutorul psihologului școlar, învățătoarea/învățătorul identifică în mod corect copilul cu ADHD și în acest mod nevoile lui educaționale sunt mai ușor de îndeplinit; modul în care cadrul didactic, deși nu are foarte mult timp, poate realiza un climat suportiv pentru copilul cu ADHD, încurajând clasa, încurajându-i pe ceilalți elevi, să vină în sprijinul elevului cu un comportament dificil. Unele dintre calitățile cadrului didactic care îl ajută în comunicarea eficientă cu elevul cu ADHD sunt: empatia, înțelegerea, dragostea față de elevi, răbdarea, obiectivitatea și pragmatismul în stabilirea obiectivelor școlare.

Un alt aspect mai puțin studiat este faptul că, prin promovarea unei atitudini pozitive față de integrarea elevului cu ADHD în școala de masă și prin deținerea unui volum mai mare de informații cu privire la această tulburare, cadrul didactic poate contribui la creșterea încrederii în propriile forțe și a motivației pentru învățare a unor copii veseli, talentați și isteți.

Pe de altă parte, psihologul poate contribui, prin cunoaștere interpersonală, la integrarea cu succes a acestui elev în școala de masă, dar și la înțelegerea de către adulții cu care acest elev lucrează a faptului că ADHD este o afecțiune reală a sănătății

copilului, și nu una inventată, și că ADHD nu este un efect al unei proaste creșteri sau al răsfățului. Prin acest demers deloc ușor, se poate pune baza unei politici antibullying în mediul școlar.

Nu în ultimul rând, realizarea unei asemenea cărți este necesară, deoarece considerăm esențiale crearea și menținerea unui mediu educațional și de instruire care să faciliteze integrarea și sprijinirea elevilor cu ADHD, un mediu în care comportamentul funcțional/potrivit este susținut și încurajat prin întăriri pozitive. Totodată, comportamentele adaptative, învățate în mediul școlar, prin aplicarea unor Programe de Intervenție Personalizate complexe, pot fi generalizate și în situațiile din viața de zi cu zi a învățăcelului.

Așadar, această carte se vrea a fi un ghid pentru cadrele didactice și pentru psihopedagogi. Ne dorim deci să ajutăm la buna orientare a specialiștilor din domeniul învățământului.

Autoarele cărții de față au avut contribuții egale.

Partea I

Caracteristicile personale și clinice
ale școlarului mic cu deficit de atenție
și/sau hiperactivitate (ADHD)

Temperament dificil sau tulburare cu deficit de atenție și/sau hiperactivitate?

1.1. Caracteristici ale tulburării cu deficit de atenție și/sau hiperactivitate

De-a lungul istoriei s-au dat definiții și s-au conturat posibile caracteristici ale ADHD (Barkley, 1997; Antshel și Barkley, 2011; Berkley și Peters, 2012; Sparrow și Erhardt, 2014; Tannock, 1998; Cooper și Bilton, 2002; Taylor, 2011; Rutter, 2011; Thapar, Cooper, Eyre și Langley, 2013), însă tabloul care a oferit o perspectivă de ansamblu asupra acestei afecțiuni a fost oferit de American Psychiatric Association în 2013 prin *DSM-5* (în trad. rom.: *Manualul de diagnostic și statistică a tulburărilor mintale*, București, Editura Callisto, 2016).

În *DSM-5*, simptomele întâlnite în tulburarea cu deficit de atenție/hiperactivitate au fost limitate la cele asociate cu deficitul cognitiv (deficit de atenție) și comportamentale (hiperactivitate/impulsivitate), în timp ce deficitul de autoreglare emoțională, o sursă relevantă de morbiditate, a fost lăsat pe dinafară. Conform American Psychiatric Association (2013), există trei tipuri de ADHD.

Astfel, criteriile de diagnostic, conform American Psychiatric Association (2013), sunt următoarele:

11

A. Un model persistent de lipsă de atenție și/sau de hiperactivitate/impulsivitate care afectează funcționarea sau dezvoltarea, caracterizat prin (1) și/sau (2).

1. **Tip predominant neatent.** *Acest subtip trebuie utilizat dacă șase (sau mai multe) simptome de neatenție, dar mai puțin de șase simptome de hiperactivitate-impulsivitate au persistat cel puțin 6 luni. (Notă: Simptomele nu sunt exclusiv o manifestare a comportamentului opozițional, a sfidării sau a incapacității de a înțelege sarcinile ori instrucțiunile primite. Pentru adolescenții cu vârste mai mari — cel puțin 17 ani — și pentru adulți, sunt necesare minimum 5 simptome.)*

- a) *deseori individul nu reușește să acorde atenție detaliilor sau face greșeli din neglijență la școală, la serviciu sau în timpul altor activități din timpul liber (munca nu este temeinică);*
- b) *deseori are probleme în menținerea atenției când efectuează sarcini sau în timpul jocului (are dificultăți în a rămâne atent în timpul audierii unei lecturi, în timpul conversațiilor sau al cititului);*
- c) *deseori pare că nu ascultă când i se vorbește direct (mintea lui pare în altă parte, deși nu există un factor perturbator evident);*
- d) *deseori nu reușește să urmeze întocmai instrucțiunile pe care le primește și nu își termină temele la clasă, sarcinile casnice sau de la serviciu (începe o sarcină, dar este distras cu ușurință);*
- e) *deseori are probleme cu organizarea sarcinilor și a activităților (dificultăți în gestionarea sarcinilor secvențiale,*

dificultăți de a păstra în ordine obiectele personale sau pe cele din jur, muncă dezorganizată, organizare ineficace a timpului, eșec în respectarea termenelor de predare);

- f) deseori îi displace să facă sau evită sarcinile care necesită efort mintal susținut/focalizarea gândirii (temele din clasă sau pentru acasă, iar pentru adolescenții mai mari sau pentru adulți, revizuirea unor lucrări ample, completarea de formulare);*
- g) în mod frecvent își pierde lucrurile necesare pentru îndeplinirea sarcinilor (materiale școlare, cărți, pixuri, caiete, instrumente etc.);*
- h) frecvent este distras de stimuli externi (pentru adulți și pentru adolescenții mai mari poate fi vorba despre gânduri care n-au legătură cu subiectul);*
- i) uită frecvent aspecte legate de activitățile zilnice.*

2. Tip predominant hiperactiv-impulsiv. *Acest subtip trebuie să fie utilizat dacă șase (sau mai multe) simptome de hiperactivitate-impulsivitate (dar mai puțin de șase simptome de neatenție) au persistat cel puțin 6 luni. Neatenția poate fi adesea un element clinic semnificativ și în astfel de cazuri. (Simptomele nu sunt exclusiv o manifestare a comportamentului opozițional, a sfidării sau a incapacității de a înțelege sarcinile ori instrucțiunile primite. Pentru adolescenții cu vârste mai mari — cel puțin 17 ani — și pentru adulți, sunt necesare minimum 5 simptome.)*

- a) deseori individul se joacă nervos cu mâinile sau cu picioarele ori este lipsit de astâmpăr atunci când stă pe scaun;*
- b) frecvent se ridică și pleacă de pe scaun când ar trebui să rămână așezat;*
- c) aleargă prin jur sau se urcă excesiv pe obiecte în situații în care acest lucru este inadecvat (la adulți, acest simptom se poate limita la o stare de neliniște);*

- d) *probleme în realizarea/în angajarea în activități liniștite;*
- e) *se joacă „pe fugă” ca și cum „ar fi condus de un motor” (este incapabil sau se simte incapabil să stea liniștit o perioadă mai lungă);*
- f) *vorbește foarte mult;*
- g) *răspunde foarte repede înainte ca întrebările să fie terminate (completează propozițiile oamenilor, nu își poate aștepta rândul în conversație);*
- h) *deseori are probleme în a-și aștepta rândul;*
- i) *deseori împiedică sau întrerupe ceea ce fac alții.*

- B. Câteva simptome de neatenție sau de hiperactivitate-impulsivitate au fost prezente înainte de împlinirea vârstei de 12 ani.
- C. Câteva simptome de neatenție sau de hiperactivitate-impulsivitate sunt prezente în două sau mai multe situații (acasă, la școală, la serviciu sau în alte activități).
- D. Există dovezi clare că simptomele interferează cu funcționarea socială, profesională, școlară sau îi diminuează calitatea.
- E. Simptomele nu apar exclusiv în timpul schizofreniei sau în alte tulburări psihotice ori nu pot fi explicate mai bine de o altă tulburare mintală (tulburare afectivă, anxioasă, depresivă, de personalitate, intoxicație cu substanțe sau sevraj).

A se specifica tipul:

1. **Tablou clinic combinat** — Acest subtip poate să fie utilizat dacă șase (sau mai multe) simptome de inatenție și șase (sau mai multe) simptome de hiperactivitate-impulsivitate au persistat cel puțin 6 luni. Cei mai mulți copii și adolescenți cu ADHD au tipul mixt.

2. **Tablou clinic cu predominanța lipsei de atenție** — Acest subtip trebuie utilizat dacă șase (sau mai multe) simptome de neatenție, dar mai puțin de șase simptome de hiperactivitate-impulsivitate au persistat cel puțin 6 luni.
3. **Tip predominant hiperactiv-impulsiv** — Acest subtip trebuie să fie utilizat dacă șase (sau mai multe) simptome de hiperactivitate-impulsivitate (dar mai puțin de șase simptome de neatenție) au persistat cel puțin 6 luni.

A se specifica dacă:

În remisiune parțială: Atunci când anterior au fost îndeplinite toate criteriile, dar în ultimele 6 luni au fost îndeplinite mai puține criterii, iar simptomele actuale încă provoacă disfuncție socială, școlară sau profesională.

A se specifica nivelul de severitate actuală:

1. **Ușoară** — dacă există puține simptome prezente în exces față de cele necesare pentru stabilirea diagnosticului, iar manifestările provoacă doar disfuncții minore în sfera socială sau profesională.
2. **Moderată** — sunt prezente simptome sau disfuncții între ușoare și severe.
3. **Severă** — multiple simptome sunt prezente în exces (sau există câteva deosebit de severe), față de cele necesare pentru stabilirea diagnosticului sau simptomele provoacă disfuncție semnificativă în sfera socială sau profesională.

(Criteriile diagnostice au fost preluate și adaptate după ediția în limba română a DSM-5, ed. cit., pp. 59–61)

Totodată, s-a simțit nevoia realizării unor diferențe clare între simptomatologia copilului cu tipul predominant neatent și cea a copilului cu tipul predominant hiperactiv.

Astfel, Diamond (2006) prezintă următoarele aspecte: simptomatologia copilului care are tipul predominant neatent de ADHD și a celui cu tipul predominant hiperactiv de ADHD se caracterizează prin profiluri cognitive și comportamentale disociabile, prin comorbidități distincte, prin răspunsuri diferite la medicamente și prin probleme neurobiologice separate.

Deficitul cognitiv de bază al subtipului predominant neatent se află în memoria de lucru. La mulți copii cu subtipul predominant neatent, deficitul de memorie de lucru este însoțit de timpi de reacție semnificativ mai lenți, o caracteristică ce covariază cu memoria de lucru mai săracă, în general. Tulburarea primară în cortexul prefrontal este, și ea, implicată. Circuitul neural primar afectat poate fi unul frontal-parietal (Diamond, 2006). Persoanele cu subtipul neatent nu sunt atât de distractibile, încât se plictisesc foarte ușor. Acest subtip are un deficit și la nivelul vitezei de procesare a informației din mediul extern (Adalio, Owens, McBurnett, Hinshaw și Piffner, 2017). Problema lui constă mai mult în motivație decât în inhibiție. Este în căutare de noi și noi provocări și își poate asuma riscuri, deși este timid. Are probleme sociale, deoarece este foarte timid, pasiv și retras (Diamond, 2006). Are, de asemenea, o integrare senzorială vizuală și musculară și o menținere a echilibrului corporal mai mici decât în cazul celui-lalt subtip, dar și decât în cazul copiilor normali de aceeași vârstă (Ren *et al.*, 2014). Tinde să fie foarte conștient de sine și introvertit (Diamond, 2006).

Pe de altă parte, deficitul primar în subtipul predominant hiperactiv/impulsiv constă în inhibarea răspunsului. Prezintă o perturbare primară a striatumului, iar circuitul neural primar afectat poate fi cel fronto-striatal. Adesea, hiperactivul este insuficient conștient de sine, are probleme sociale, deoarece este foarte asertiv și impulsiv: ia lucrurile aparținând altora, nu reușește să-și aștepte

rândul și acționează fără să ia în considerare mai întâi sentimentele altora (Diamond, 2006).

Depresia (Ushijima, Usami, Saito, Kodaira și Ikeda, 2012), anxietatea (Diamond, 2006), tulburările de învățare (Schuchardt, Fischbach, Balke-Melcher și Mähler, 2015), dificultățile de scriere și citire și de calculul matematic mental sunt frecvent comorbide cu subtipul predominant neatent. Spre deosebire de acest subtip, subtipul hiperactiv/impulsiv are următoarele comorbidități: tulburarea de comportament (agresivitatea), comportamentul disruptiv (Diamond, 2006) și chiar tulburarea de opoziție (Ushijima, Usami, Saito, Kodaira și Ikeda, 2012).

S-a presupus că gena DAT1 este mai strâns legată de subtipul predominant hiperactiv de ADHD decât de cel predominant neatent, în timp ce gena DRD4 este mai strâns legată de subtipul predominant neatent de ADHD decât de cel predominant hiperactiv, și că circuitul neural primar afectat în subtipul predominant hiperactiv este cel fronto-striatal, în timp ce circuitul neural primar afectat în subtipul predominant neatent este fronto-parietal.

Subtipul predominant neatent nu este ajutat de metilfenidat (Becker, Froehlich și Epstein, 2016), iar un număr foarte mic de copii este ajutat de amfetamină (Diamond, 2006). Subtipul predominant hiperactiv/impulsiv răspunde pozitiv la metilfenidat (Ritalin), în doze moderate și ridicate (Diamond, 2006).

Nu în ultimul rând, ADHD a fost descris în raport cu: temperamentul, progresul în învățare, inteligența emoțională și dificultățile de reglare emoțională.

În legătură cu temperamentul, McIntosh și Cole-Love (1996), Bussing *et al.* (2003), Foley, McClowry și Castellanos (2008), Ullsperger, Nigg și Nikolas (2015) au ajuns la concluzia că persoanele diagnosticate cu ADHD au avut următoarele trăsături temperamentale: distractibilitate ridicată, activism ridicat și persistență scăzută.

Progresul în învățare este esențial pentru întărirea încrederii oricărui copil atunci când încearcă să realizeze o sarcină. Folosind teoria lui Bandura, s-ar putea crede că majoritatea copiilor cu tulburare cu deficit de atenție și hiperactivitate ar avea rezultate școlare slabe, ca urmare a dificultăților din trecut legate de atenție și de finalizarea sarcinilor. Rezultatele școlare scăzute în cazul elevilor cu ADHD se referă la conflict, complexitate, noutate și incertitudine. Acești elevi se plictisesc la sarcinile ușoare și sunt frustrați de sarcinile foarte dificile (Drămnescu, 2013).

Factorii care stau la baza rezultatelor școlare slabe ale acestor elevi ar fi problemele pe care le au în stabilirea unor relații sociale sănătoase, în reglarea emoțională, respectiv motivația scăzută în ce privește angajarea în muncă și finalizarea sarcinilor (Tollefson, 2000).

În jur de 24–50% dintre copiii cu ADHD și între 34 și 70% dintre adulții cu ADHD au dificultăți în reglarea emoțiilor (Shaw, Stringaris, Nigg și Leibenluft, 2014).

Deși în *DSM-5* dificultățile de reglare emoțională nu mai reprezintă o caracteristică luată în calcul în diagnosticarea acestui tip de tulburare, dificultățile de reglare emoțională reprezintă o entitate dimensională, nu un diagnostic categoric.

Reglarea emoțională presupune identificarea, înțelegerea și gestionarea propriilor emoții în diferite situații, dar, mai ales, în situații în care este implicat un nivel ridicat de stres (Shaw, Stringaris, Nigg și Leibenluft, 2014; Lincă et al., 2022).

Reglarea emoțiilor se referă la procesele prin care indivizii modifică traiectoria uneia sau a mai multor componente ale unui răspuns emoțional (Mauss *et al.*, 2006). Reglarea emoțională influențează tipul, intensitatea, desfășurarea în timp și calitatea modului de exprimare a emoției. O astfel de reglare poate fi automată/involuntară sau voluntară, respectiv conștientă sau inconștientă (Peña-Sarrionandia, Mikolajczak și Gross, 2015).

Aceasta se întâmplă de fiecare dată când cineva își activează (conștient sau inconștient) scopul de a influența procesul de generare emoțională (Gross *et al.*, 2011).

Reglarea emoțională mai poate fi și intrinsecă/intrapersonală (reglarea propriilor emoții) sau extrinsecă/interpersonală (reglarea emoțiilor altcuiva) (Gross și Jazaieri, 2014).

Dificultățile în reglarea emoțională, atât în cazul copiilor cu ADHD, cât și în cazul altora, se referă la problemele întâmpinate în procesul complex al reglării emoționale, proces care presupune inițierea, modularea sau inhibarea emoțiilor proprii într-un anumit context (Zeman, Cassano, Perry-Parrish și Stegall, 2006). Există mai multe tipuri de dificultăți în reglarea emoțională, dintre care pot fi amintite:

1. ***Dificultăți în angajarea în comportamente orientate către scop***, care se referă la dificultățile întâmpinate în realizarea activităților propuse. Activitatea orientată către scop are la bază relația dintre consecințele acțiunii (așa cum le speră subiectul) și credințele subiectului despre relația cauzală dintre acțiune și consecințele ei (de Wit și Dickinson, 2009).
2. ***Dificultăți în reglarea impulsurilor***, care se referă la dificultatea de a controla propriul comportament motor, dar și emoțiile în diferite situații cu impact negativ asupra persoanei. În contrast, capacitatea de a controla (inhiba) un impuls inițial permite amânarea unui răspuns hiperactiv (motor) și a comportamentului emoțional asociat. Această amânare servește la atenuarea stării emoționale inițiale, pentru a produce un răspuns care poate să susțină mai bine realizarea obiectivelor pe termen lung ale unui individ (Barkley, 2010).

3. **Neacceptarea răspunsurilor emoționale**, care se referă la reprimarea, controlul sau schimbarea trăirilor emoționale sau a senzațiilor corporale.
4. **Lipsa conștientizării emoționale** se referă la dificultatea de a identifica și de a înțelege semnificația propriilor emoții în diferite situații cu impact negativ asupra persoanei.
5. **Acces limitat la strategiile de reglare emoțională** — se referă la dificultatea de a găsi căi, strategii de ieșire din stările emoționale negative, dificultăți în restabilirea echilibrului emoțional.
6. **Neclaritatea emoțională**, care se referă la neputința acordării unei semnificații propriilor emoții (Campbell-Sills, Barlow, Brown și Hofmann, 2006).

Autoreglarea (Dignath, Buttner, 2008), ca scop al învățării, ar putea fi descrisă ca o abilitate care permite persoanelor să-și planifice activitățile, să aleagă între opțiuni, să-și controleze impulsurile și să-și regleze comportamentul social. Aceste caracteristici sunt destul de aproape de definiția celei de-a doua categorii de funcții executive. Prin urmare, nu întâmplător, Barkley (1997) a definit funcțiile executive ca „autoreglare”.

Mai multe tipuri de studii sugerează că ADHD ar putea rezulta dintr-un deficit de autoreglare emoțională (DESR — *deficient emotional self-regulation*). DESR implică: un deficit de autoreglare a energiei nervoase, cauzat de emoții puternice; dificultăți de inhibare a comportamentelor inadecvate, ca răspuns la emoții pozitive sau negative; probleme cu reorientarea atenției după o emoție puternică; și dezorganizarea comportamentului coordonat, ca răspuns la activarea emoțională. Trăsăturile DESR includ toleranța scăzută la frustrare, nervozitate, iritabilitate și excitație ușoară a reacțiilor emoționale (Rubia, 2011).

Studiile neuro-imagistice au demonstrat existența unor circuite neuronale implicate în dificultățile de reglare a emoțiilor specifice pentru ADHD-ul la copii. Un exemplu în acest sens este studiul realizat de Shaw, Stringaris, Nigg și Leibenluft (2014).

În studiul lor, Shaw, Stringaris, Nigg și Leibenluft (2014) au grupat circuitele neuronale implicate în dificultățile de reglare a emoțiilor din cadrul ADHD, astfel: circuitele care stau la baza dificultăților în orientarea timpurie către stimulii emoționali și percepția lor (reprezențați de amigdală, de striatul ventral și de cortexul orbitofrontal posterior); circuitele emoționale și cognitive care acordă atenție stimulilor emoționali (se interconectează cu regiuni precum cortexul prefrontal medial/cortexul anterior cingulat și cortexul prefrontal ventrolateral); circuitul implicat în controlul cognitiv, în planificarea motorie și în atenție (format din cortexul parietal și cortexul prefrontal dorsolateral) (Shaw, Stringaris, Nigg și Leibenluft, 2014, p. 23).

Dificultățile de reglare emoțională în tulburarea cu deficit de atenție/hiperactivitate la copil și adolescent implică o disfuncție la nivelul amigdalei, striatumului ventral, cortexului orbitofrontal. Regiunile de la interfața dintre cogniții și emoții (cortexul prefrontal ventrolateral și medial) pot încuraja concentrarea anormală a atenției asupra stimulilor emoționali. Centrii corticale superiori implicați în controlul motor (cortexul motor), monitorizarea unor stimuli semnificativi (joncțiunea temporo-parietală, operculul frontal) și schimbarea atenției în mod flexibil (câmpurile oculare frontale, sulcusul intraparietal) pot juca un rol indirect. Se poate spune că disfuncția de la nivelul cortexului dintre cogniție și emoție (cortexul prefrontal medial și ventrolateral) ar fi puternic asociată cu simptomele ADHD-ului la copil și adult, cât și cele ale disfuncției emoționale. Dacă, totuși, un individ are o disfuncție mai concentrată în regiunile corticale prefrontale/parietale mai

mari, se observă că simptomele individuale ale ADHD (de exemplu: lipsa de atenție) vor predomina în raportul cu simptomele dereglării emoțiilor. În schimb, un individ cu disfuncție predominant (para)limbică poate prezenta, în principal, simptome care rezultă din slaba reglare a emoțiilor, din labilitatea emoțională (Shaw, Stringaris, Nigg și Leibenluft, 2014).

Banaschewski *et al.* (2012), într-un studiu realizat pe 366 de elevi cu ADHD de tip combinat/mixt și cu vârste cuprinse între 6 și 18 ani, au demonstrat faptul că labilitatea emoțională, care implică și dificultăți în reglarea afectivă, este prezisă de disfuncțiile cognitive/motivaționale, iar această relație este mediată de prezența simptomatologiei ADHD-ului.

Tulburarea ADHD la copil este asociată, pe de altă parte, cu creșterea reactivității emoționale, cu toleranța scăzută la frustrare, cu scăderea empatiei și cu diminuarea capacității de autoreglare a emoțiilor (Friedman *et al.*, 2003), caracteristici care influențează relațiile sociale.

Barkley (2006), în plus, a descoperit și faptul că, în cazul copilului cu ADHD, dificultățile în realizarea și în menținerea relațiilor cu cei de aceeași vârstă apar ca urmare a dificultăților în învățarea comportamentelor sociale adecvate etapei sale de dezvoltare. Copilul încalcă regulile implicite ale unei conversații, se poate implica în mod impulsiv în activitatea colegilor, întrerupându-i fără să fie invitat, și manifestă violență fizică și verbală față de colegii de aceeași vârstă.

Mai mult decât atât, cercetările raportează deficiențe în procesarea emoțiilor, în perceperea stărilor emoționale ale celorlalți și în autoperceperea propriilor emoții (Blaskey, Harris și Nigg, 2007; Martel, 2009; Scime și Norvilitis, 2006; Sobanski *et al.*, 2010).

Pelc, Kornreich, Foisy și Dan (2006) au investigat identificarea expresiei faciale în cazul a patru emoții de bază (bucurie, furie,

dezgust și tristețe) de către un grup de 30 de copii în vârstă de 7–12 ani, care au îndeplinit criteriile DSM-IV pentru ADHD de tip predominant hiperactiv-impulsiv, și care nu aveau întârziere mentală, dificultăți de învățare, tulburare de comportament, tulburare bipolară sau de abuz de substanțe. Acești copii au fost comparați cu un grup format din 30 de copii cu dezvoltare tipică/normală. Testul folosit includea 16 fotografii validate care descriau aceste emoții în diferite intensități, de la 30 la 70%, cumulat 100%.

Copiii cu ADHD au prezentat un deficit în decodarea generală a expresiilor emoționale faciale, cu un deficit specific în identificarea furiei la o intensitate de 70% ($F = 20.90$, $p = 0.001$), dar și la nivel cumulat (30% + 70%: $F = 12.70$, $p = 0.001$), precum și în identificarea tristeții (30%: $F = 8.20$, $p = 0.006$; 70%: $F = 6.60$, $p = 0.01$; 30% + 70%: $F = 11.30$, $p = 0.001$). Această dificultate poate fi legată de dinamica complexă a autopercepției furiei și tristeții, dar și de empatia distorsionată, specifică pentru copiii cu ADHD. Autoevaluarea dificultății sarcinii a scos la iveală lipsa generală de conștientizare a erorilor de decodificare în grupul de tulburare cu deficit de atenție/hiperactivitate, în comparație cu subiecții din grupul de control ($F = 7.00$, $p = 0.01$).

Așadar, recunoașterea expresiilor emoționale faciale este esențială pentru organizarea comportamentului emoțional și social. Este, totodată, și un aspect important al limbajului nonverbal.

O altă latură a comportamentului social și emoțional organizat este inteligența emoțională.

Inteligența emoțională propune un cadru științific pentru studierea diferențelor individuale cu privire la modul în care indivizii identifică, înțeleg, exprimă, reglează și utilizează propriile emoții și pe cele ale altora (Petrides și Furnham, 2003; Brasseur, Grégoire, Bourdu și Mikolajczak, 2013; Gutiérrez-Cobo, Cabello și Fernández-Berrocal, 2016).

- A. Prima etapă se desfășoară între 3 și 5 ani, când copilul poate să recunoască și să eticheteze expresiile faciale ale emoțiilor de bază și să înțeleagă faptul că un memento extern reactivează o stare emoțională din trecut.
- B. A doua etapă/faza mentală se desfășoară între 7 și 9 ani, când copilul înțelege că două persoane pot experimenta diferite emoții cu privire la un obiect, în funcție de cât de puternică este dorința de a primi acel obiect. În plus, copilul înțelege că aceeași situație poate provoca emoții diferite în două persoane diferite, în funcție de convingerea lor despre context. La aceeași vârstă, copilul știe că expresia emoțională exterioră a unei persoane și experiența emoțională internă pot fi diferite.
- C. În final, în jurul vârstei de 9 ani, copilul ia în considerare existența diferitelor perspective, dar și a opiniilor divergente, în aceeași situație. Astfel, el învață să înțeleagă componentele fazei reflexive. El înțelege că încorporarea unor perspective diferite asupra unei situații date poate duce la conflicte și emoții mixte în aceeași persoană, că o încălcare a regulilor morale cu scopul satisfacerii unei dorințe proprii duce la apariția emoțiilor negative și, mai mult decât atât, că strategiile cognitive pot regla într-un mod eficient emoțiile (Göbel, Henning, Möller și Aschersleben, 2016).

Inteligența emoțională se focalizează pe diferențele individuale în reglarea emoțională, pe când reglarea emoțională se focalizează pe procesele care permit indivizilor să-și influențeze propriile emoții, când le au, și pe cum le experimentează și le exprimă (Malouff, Schutte, Thorsteinsson, 2014).

De-a lungul timpului, s-a încercat operaționalizarea acestui concept. Inteligența emoțională a fost văzută atât ca trăsătură a personalității, cât și ca un cumul de abilități. Diferența dintre cele două este aceea că prima înglobează aspectul subiectiv al emoțiilor, pe când cealaltă reprezintă un cumul de capacități ale persoanei, care pot fi măsurate cu un test de performanță (Petrides, Sangareau, Furnham și Frederickson, 2008).

Mayer și Salovey (1997) au văzut inteligența emoțională ca un cumul de abilități, punând bazele *Modelului cu patru dimensiuni al inteligenței emoționale*. Abilitățile care compun inteligența emoțională sunt, potrivit acestui model: gestionarea emoțiilor pentru atingerea unor obiective specifice; înțelegerea emoțiilor, a limbajului emoțional și a semnalelor transmise de emoții; folosirea emoțiilor pentru a facilita gândirea; perceperea cu acuratețe a propriilor emoții și ale altora.

Reuven Bar-On (2005) prezintă următoarele componente de tip trăsătură ale inteligenței emoționale:

- A. aspectul intrapersonal cuprinde: autoîmplinirea (efortul depus pentru atingerea obiectivelor personale și pentru actualizarea potențialului propriu), respectul pentru propria persoană (autopercepția acurată, autoînțelegerea și acceptarea de sine), asertivitatea (exprimarea eficientă și constructivă a emoțiilor și a sentimentelor personale), conștientizarea propriilor emoții, independența (independență emoțională);
- B. aspectul interpersonal cuprinde: empatia (înțelegerea sentimentelor altora), relații interpersonale (realizarea de relații reciproc satisfăcătoare), responsabilitate socială (identificarea grupurilor sociale și cooperarea cu ceilalți);
- C. adaptabilitatea cuprinde: testarea realității (validarea obiectivă a propriilor emoții prin confruntarea cu realitatea), rezolvarea

- de probleme, flexibilitatea (adaptarea emoțiilor proprii la diferite contexte);
- D. controlul/gestionarea stresului (toleranța la frustrare, controlul impulsurilor);
- E. dispoziția generală (fericire, optimism).

Seligman *et al.* (2005) și Bar-On (2010) susțin faptul că inteligența emoțională este o componentă importantă a psihologiei pozitive, punându-se accent pe următoarele aspecte: autoaprecierea și autoacceptarea. Acestea sunt bazate pe conștiința de sine, pe abilitatea de a înțelege sentimentele altora (conștiința socială și empatia), pe capacitatea de interacțiune cu ceilalți (abilități sociale), pe compasiune și altruism, pe integritate și responsabilitate, pe cooperare și lucrul în echipă, pe autoreglarea emoțională (de exemplu: autocontrolul emoțional), pe rezolvarea de probleme, pe optimism și speranță.

Mikolajczak *et al.* (2009) propun un model care prezintă trei niveluri ale inteligenței emoționale: cunoștințe, abilități și trăsături. Nivelul cunoștințelor se referă la ceea ce știu oamenii despre emoții și la competențele lor emoționale (de exemplu, știu cum să-mi exprim emoțiile în mod constructiv?). Abilitatea se referă la capacitatea de a aplica aceste cunoștințe într-o situație cauzatoare de stres (de exemplu, pot să îmi exprim emoțiile în mod constructiv?). Accentul nu se pune pe ceea ce știu oamenii, ci, mai degrabă, pe ceea ce ei fac. De exemplu, chiar dacă oamenii știu că nu ar trebui să strige atunci când sunt furioși, mulți sunt pur și simplu incapabili să se abțină de la a face acest lucru. Nivelul trăsăturilor se referă la înclinația de a se comporta într-un anumit fel în situații cauzatoare de stres (îmi exprim emoțiile într-un mod constructiv?). Accentul nu se pune pe ceea ce știu oamenii sau pe ceea ce pot ei face, ci pe ceea ce fac ei în mod obișnuit. De exemplu, unii

indivizi ar putea să-și exprime emoțiile în mod constructiv dacă li s-ar cere în mod explicit să facă acest lucru, dar nu ar putea să facă acest lucru în mod spontan. Aceste trei niveluri ale inteligenței emoționale sunt conectate slab. Cunoașterea nu se traduce întotdeauna prin abilitate, iar abilitatea nu se traduce întotdeauna prin comportamentul tipic.

Kristensen, Parker, Tailor și Keefer (2014) au ajuns la concluzia că inteligența emoțională, ca trăsătură (gestionarea stresului, inteligența intrapersonală, inteligența interpersonală și adaptabilitatea), este un predictor robust al simptomelor subtipului neatent de ADHD, la copii de 14–17 ani, în timp ce pentru simptomatologia subtipului predominant hiperactiv-impulsiv, predictorii robuști au fost gestionarea stresului, inteligența interpersonală și cea intrapersonală. De asemenea, s-au obținut corelații negative între subtipurile de ADHD și toate dimensiunile inteligenței emoționale, ca trăsătură, ceea ce înseamnă că, pe măsură ce simptomele ADHD-ului sunt mai accentuate, cu atât copilul va avea o adaptabilitate, o gestionare a stresului, o inteligență intrapersonală și o inteligență interpersonală mai scăzute.

Toate aceste rezultate au fost susținute de literatura de specialitate de până acum. Parker *et al.* (2012) și Poulou (2013) susțin faptul că abilitatea de a inhiba răspunsul emoțional inițial și de a refocaliza și menține atenția sunt asociate cu gestionarea emoțiilor — toate aceste abilități se regăsesc la copilul cu ADHD, dar la niveluri foarte mici. Adaptabilitatea a fost un predictor robust pentru simptomatologia copilului cu ADHD, subtipul neatent, dar nu și pentru cel hiperactiv-impulsiv, deoarece primul are deficite foarte mari în procesarea informației care vine din mediul social, în a fi flexibil, în a găsi soluții personale la problemele zilnice și în construirea unui răspuns adecvat bazat pe informații emoționale (Saklofske *et al.*, 2012). Inteligența intrapersonală,

pe de altă parte, presupune recunoașterea, înțelegerea și exprimarea unor emoții și, astfel, se promovează valoarea autorefecției, relevantă de trăsăturile inteligenței emoționale. La persoanele cu ADHD, aceste abilități sunt scăzute.

Așadar, ADHD poate fi înțeles printr-un model multidimensional care cuprinde nu numai abilități măsurabile, cum este inteligența emoțională, ci și o serie de metacogniții și percepții subiective, cum sunt trăsăturile inteligenței emoționale.

Într-un studiu realizat pe două grupuri, unul de control, format din copii cu o dezvoltare tipică, și unul format din copii cu ADHD, Climie, Saklofske, Mastoras și Schwean (2017) au demonstrat faptul că nu există diferențe semnificative între acestea în ce privește nivelul de inteligență emoțională. Ca instrumente s-au folosit cele de tip chestionar pentru măsurarea variabilelor cercetării.

1.2. ADHD — diagnosticul diferențial

Deși, în *DSM-5*, American Psychiatric Association (2013), sunt descrise clar simptomele pentru fiecare subtip de ADHD, o problemă a lumii contemporane este supradiagnosticarea copiilor cu o astfel de tulburare. Aproximativ 11% dintre elevii de școală primară din SUA în 2013 au fost diagnosticați cu ADHD. Această cifră reprezintă o creștere cu 41% a numărului de copii diagnosticați cu ADHD față de cei diagnosticați în deceniul trecut. Aproximativ 2/3 dintre cei diagnosticați au primit stimulante ca tratament. 19% dintre băieții de vârstă liceală și 10% dintre fetele înscrise în liceu au fost diagnosticați/te cu ADHD. Aproximativ 1 din 10 băieți de liceu era sub medicație specială pentru ADHD. Vânzările de medicamente pentru ADHD au crescut aproape dublu, de la patru miliarde de dolari în SUA, în 2007, la nouă miliarde de dolari în

2012. Îngrijorarea privind supradiagnosticarea este justificată în urma acestor cifre. Este esențială recunoașterea faptului că o parte extrem de mare dintre acești copii nu a beneficiat de un diagnostic complex, pe mai multe niveluri. Acești copii au fost examinați adesea doar de către medicul de familie (Mental Health Surveillance Among Children — United States, 2005–2011, 2011).

Pe de altă parte, manifestările comportamentale ale unui elev cu tulburare cu deficit de atenție/hiperactivitate (ADHD) trebuie diferențiate de manifestările comportamentale ale elevului cu alte tulburări de comportament, cu un comportament dificil sau cu probleme de disciplină.

Comportamentul opozant și sfidător, caracteristici ale copilului cu un comportament dificil, se diferențiază de ADHD prin aceea că primul poate opune rezistență doar față de sarcinile școlare, deoarece nu dorește să se conformeze solicitărilor persoanelor autoritare. Aceste simptome pot fi diferențiate de aversiunea față de sarcinile școlare care presupun un efort susținut, de faptul că individul uită instrucțiunile sau de impulsivitatea copilului cu ADHD.

Hiperactivitatea copilului cu ADHD trebuie apoi diferențiată de ticurile comportamentale, de comportamentele motorii repetitive, prin aceea că hiperactivitatea este generalizată și nu se manifestă prin comportamente fixe și repetitive.

Copilul cu ADHD, spre deosebire de cel cu deficiență mintală și de cel cu tulburări de învățare, nu prezintă neatenție din cauza lipsei de interes față de școală sau din cauza unor limitări ale abilităților intelectuale. Copilul cu ADHD care are și deficit intelectual prezintă simptome excesive de neatenție și de hiperactivitate pentru vârsta lui mintală.

Totodată, copilul cu ADHD se diferențiază de cel care are tulburări anxioase prin aceea că neatenția și agitația nu sunt însoțite

de ruminații și îngrijorări cu privire la diferite evenimente (American Psychiatric Association, 2013).

Așadar, copilul cu ADHD are o problemă reală de sănătate, care se caracterizează printr-un comportament impulsiv, o lipsă de automotivație, probleme de atenție și ale memoriei de lucru (Thomas, 2007). Prezența ADHD nu determină ca un copil să fie rău-tăcios sau să aibă o atitudine antisocială. Diferența dintre un comportament normal (dar dificil) și ADHD nu poate fi definită clar în termeni de alb sau negru. Un asemenea copil nu este dificil în mod deliberat, ci pur și simplu el acționează fără să analizeze. Pentru ca un copil să fie diagnosticat cu o asemenea tulburare, el trebuie să întrunească toate criteriile cuprinse în *DSM-5* (Green și Chee, 2017).

1.3. Etiologia tulburării cu deficit de atenție/hiperactivitate

Etiologia tulburării cu deficit de atenție/hiperactivitate, conform studiilor din literatura de specialitate din domeniul geneticii, este complexă, deoarece cauzele exacte ale acestei tulburări nu au fost încă pe deplin elucidate. ADHD pare să provină dintr-o combinație a mai multor factori genetici și de mediu, care alterează creierul în curs de dezvoltare al copilului, având ca rezultat anomalii structurale și funcționale (Schuch, Utsumi, Costa, Kulikowski și Muszkat, 2015).

Există studii epidemiologice în cadrul cărora se susține faptul că ADHD este o tulburare de neurodezvoltare, caracterizată printr-un tipar comportamental, care ar putea afecta performanța persoanelor diagnosticate în mediile social, educațional și profesional. Totodată, ADHD are un impact negativ asupra tuturor domeniilor neurodezvoltării și asupra interacțiunilor psihosociale ale persoanelor afectate. Riscul poate fi crescut atunci când sunt prezente atât simptome, cum ar fi agresivitatea și iritabilitatea,

cât și comorbidități, cum ar fi tulburări de comportament sau opoziționale (Schuch *et al.*, 2015).

Principalele obiective ale acestui tip de cercetări sunt genele care codifică (encodează) componente ale sistemelor dopaminergic, noradrenergic și serotoninergic. Dopamina este un neurotransmițător de catecolamină implicat în controlul mișcării, în învățare, în starea de spirit, emoție, cogniție, somn și memorie. Este un precursor natural al epinefrinei și al norepinefrinei, al catecolaminei, cu acțiuni stimulatorie asupra sistemului nervos central (Purper-Ouakil, Ramoz, Lepagnol-Bestel, Gorwood și Simonneau, 2011).

Dereglările dopaminergice sunt asociate cu mai multe tulburări neuropsihiatrice. Transportorul activ de dopamină 1 (DAT1, de asemenea cunoscut sub numele de SLC6A3) a fost primul investigat, deoarece această proteină de transport este implicată în modularea efectelor medicamentelor stimulatorie utilizate în mod obișnuit pentru tratamentul ADHD. Receptorii dopaminei, în special DRD4 și DRD5, sunt, de asemenea, puternic asociați cu dezvoltarea ADHD (Ptáček, Kuželová și Stefano, 2011). S-au efectuat puține studii moleculare cu privire la genele legate de sistemul noradrenergic. Astfel de studii s-au axat, în principal, pe gena care codifică/encodează opamin-beta-hidroxilaza (D β H), care catalizează degradarea dopaminei în noradrenalină, cu efecte directe asupra nivelului total al dopaminei din creier. Sistemul serotoninergic poate participa, de asemenea, în etiologia ADHD, în special receptorul serotonininei (HTR1B) și transporterul (SCL6A4) genelor (Banaschewski, Becker, Scherag, Franke și Coghill, 2010; Akutagava-Martins *et al.*, 2014).

Există dovezi conform cărora sistemul GABAergic și glutamatergic joacă un rol important în fiziopatologia ADHD. Copiii cu ADHD par să aibă un nivel de glutamat de două ori mai mare decât cei normali. Glutamatul este un neurotransmițător excitator pentru

celulele neuronale. De asemenea, copiii cu ADHD au un nivel scăzut de acid gama-aminobutiric (GABA), care acționează ca o moleculă de inhibare a celulelor neuronale stimulate (Purkayastha, Malapati, Yogeewari și Sriram, 2015). Studiile genetice au raportat o asociere între ADHD și o serie de variante ale genei receptoare de glutamat (GRM1, GRM5, GRM7 și GRM8) (Akutagava-Martins *et al.*, 2014).

La nivel epidemiologic, factorii de mediu asociați cu ADHD includ contexte adverse și factori psihologici și sociali specifici: tulburări psihice materne, violență domestică, stresul, fumatul și consumul de alcool al mamei în perioada prenatală și în copilărie. Într-un studiu longitudinal realizat în Brazilia de Pires și de colegii săi, s-a încercat să se coreleze mediul familial și sarcina cu diagnosticul ADHD la copii și cu simptomele descrise de diverși informatori (mame și profesori). Acești autori au constatat că disfuncțiile din familie, lipsa de sprijin social pentru mame, evenimentele traumatice de viață și conflictele dintre mamă și partener din cursul sarcinii au fost asociate cu ADHD (Pires, da Silva și de Assis, 2013).

Expunerea la fumul de tutun în perioada prenatală și/sau în copilărie ar putea fi extrem de dăunătoare pentru neurodezvoltarea copilului, deoarece induce schimbări care modifică dinamica de celule, declanșând o cascadă de factori de risc care afectează în mod negativ copilul: prelucrări neurotoxice senzoriale; activarea nesănătoasă a receptorilor nicotinici de acetilcolină (nAChRs); expunerea la nicotină care, în copilăria timpurie, modulează plasticitatea sinaptică; influențe endogene; transmisii colinergice. Toate aceste efecte modifică celula și afectează procesele fiziologice, procesele comportamentale și procesele din perioadele critice de dezvoltare (Heath, Horst și Picciotto, 2010).

Studiile privind ADHD au identificat unele interacțiuni între expunerea la fum în perioada prenatală și variantele genotipice

specifice, care afectează în special DAT1, DRD4 și subunitățile receptorului de acetilcolină alfa-4 (CHRNA4) (Becker, El-Faddagh, Schmidt, Esser și Laucht, 2008). De exemplu, copiii cu două copii ale unui polimorfism DAT au prezentat un risc mai mare de ADHD, atunci când au avut parte, de asemenea, de o expunere la fumatul matern prenatal (Kahn, Khoury, Nichols și Lanphear, 2003).

Unele dovezi sugerează ca expunerea prenatală la alcool provoacă modificări patologice care cresc riscul de ADHD, în principal ca urmare a efectului alcoolului asupra modulării expresiei sistemului de transport al catecolaminelor. Kim și colegii săi au descoperit că expunerea prenatală la concentrații semnificative fiziologic de etanol, induse de fenotipuri de comportament hiperactiv, neatent și impulsiv la șobolani și puii lor, este asociată cu creșterea expresiei proteinei DAT și a redus legăturile metil CpG 2 (MeCP2), proteină exprimată în cortexul prefrontal și striat (Kim *et al.*, 2013).

Studiile neuro-imagistice indică faptul că ADHD este un rezultat al funcționării anatomice anormale și al conectivității deficitare pe traiectul fronto-striatal, fronto-temporal, fronto-parietal și/sau al circuitelor fronto-striato-parieto-cerebeloase. În plus, față de circuitele amintite, există și alte structuri și zone specifice ale creierului luate în calcul de cercetători. Acestea includ, printre altele, cortexul prefrontal, cortexul cingular caudat anterior, globus pallidus, regiunile parietale, regiunile temporale, corpul calos, splenium, vermisul cerebelos și cerebelul (Weyandt, Swentosky și Gudmundsdottir, 2013).

Studii recente au demonstrat importanța cromozomului 16 (16q21–16q24) (Sharp, McQuillin și Gurling, 2009), dar și a cromozomilor 5, 6, 7, 8, 9, 15 și 17 în apariția ADHD (Zhou *et al.*, 2008).

Studiile neuropsihologice combinate cu cercetări imagistice ale creierului au detectat modificări funcționale în rețelele neuronale

în zonele creierului legate de funcțiile executive (Rubia, 2011; O'Brien, Dowell, Mostofsky, Denckla și Mahone, 2010)

În ultimii ani, studiile au sugerat că disfuncțiile executive reprezintă deficitul principal în ADHD (Weyandt *et al.*, 2013; Schuch *et al.*, 2015). Funcțiile executive sunt un set de abilități cognitive, asociate cu funcții ale cortexului prefrontal, care permit indivizilor să se orienteze și să-și modeleze comportamentul pentru a-și atinge obiectivele stabilite. În prezent, aceste funcții sunt împărțite în două categorii. Prima categorie este pur cognitivă și utilizată în activități care necesită manipularea de concepte abstracte, cum ar fi atenția, memoria de lucru, planificarea, flexibilitatea cognitivă, alternanța și inhibiția. Această categorie de funcții executive se află în principal în strânsă legătură cu funcțiile cortexului prefrontal dorsolateral. La rândul ei, cea de-a doua categorie de funcții executive este utilizată în sarcini care necesită motivație și afecte și care este asociată cu cortexul orbitofrontal și ventromedial. Deși evaluarea neuropsihologică aduce o contribuție semnificativă la înțelegerea tulburării cu deficit de atenție/hiperactivitate, cele mai multe teste sunt efectuate în medii artificiale, iar rezultatele nu reflectă deficitele afișate de copiii afectați în viața de zi cu zi. Scale, cum ar fi lista de verificare a comportamentului copilului (CBCL), sunt în prezent folosite pentru a detecta devieri de comportament ale copilului în diferite situații de viață, cum ar fi școala. Pe lângă furnizarea de măsuri cantitative, CBCL permite evaluarea anumitor caracteristici ale celei de-a doua categorii de funcții executive, inclusiv autoreglarea emoțională (O'Brien, Dowell, Mostofsky, Denckla și Mahone, 2010).

Alte studii genetice au condus la identificarea LPHN3 și CDH13 ca gene noi asociate cu ADHD pe toată durata vieții. LPHN3 a fost asociată cu ADHD la un eșantion mare de copii și adulți și ulterior a fost reprodusă într-o formă independentă

la adulții cu ADHD (Franke *et al.*, 2012). Funcția acestei gene, care codifică un receptor cuplat cu proteina G, nu este încă bine înțeleasă (Martinez, Muenke și Arcos-Burgos, 2011; Arcos-Burgos *et al.*, 2010).

În plus, utilizarea endofenotipurilor bazate pe neuropsihologie și neuro-imagistică, precum și analiza genomului generației următoare și metodele îmbunătățite de analiză statistică și bioinformatică oferă promisiunea identificării variantelor genetice suplimentare implicate în etiologia bolii. Progresul în identificarea formei de gene cu risc de deficit de atenție/hiperactivitate la adult poate furniza instrumente pentru predicția progresiei bolii în context clinic și pentru a găsi un tratament mai bun; în cele din urmă, poate contribui la prevenirea persistenței ADHD la vârsta adultă (Franke *et al.*, 2012).

Bonvicini, Faraone și Scassellati (2016) au confirmat rolul semnificativ al BAIAP2 și al DHA în etiologia ADHD exclusiv la adulți. DHA a fost asociată cu hiperactivitate la adulții cu ADHD și pare a fi esențială pentru dezvoltarea creierului prenatal și postnatal. Pe de altă parte, BAIAP2 se exprimă la nivele mai ridicate în cortexul cerebral uman stâng și participă la proliferarea, supraviețuirea și maturarea neuronală. Această genă codifică proteina de substrat a receptorului de insulină tirozinkinază de 53 kDa (IRSp53), element al unui grup de molecule care participă la căile de transducție a semnalului de insulină, dar codifică și factorul 1 de creștere, similar cu insulina (Ribasés *et al.*, 2009). Mai mult decât atât, exprimarea BAIAP2 în cortexul cerebral de șobolan este îmbunătățită prin tratamentul cu MPH (metilfenidat). Această asociere a fost găsită pentru ADHD la adulți, dar nu și la copii, sugerând o încărcătură genetică distinctă între ADHD-ul persistent și remisiv și un marker genetic potențial pentru ADHD-ul persistent (Ribasés, Ramos-Quiroga, Hervás, Bosch, Bielsa, Gastaminza și Bayés, 2009).

Cu toate acestea, însă, niciunul dintre studii nu a condus la identificarea genelor semnificativ legate de apariția tulburării cu deficit de atenție și hiperactivitate, ci, mai degrabă, aceste cercetări explică mici părți din contribuția anumitor gene la apariția acestei tulburări (Franke, Neale, Faraone, 2009, *apud* Weyandt, Swentosky și Gudmundsdottir, 2013).

Toate aceste informații reprezintă argumente solide în favoarea ipotezei conform căreia *tulburarea cu deficit de atenție/hiperactivitate constituie un aspect care afectează capacitatea de adaptare la cerințele școlare atât în plan cognitiv, cât și socio-emoțional.*

1.4. ADHD — comorbidități/tulburări asociate

Afecțiunile comorbide, în context clinic, sunt frecvent întâlnite la copilul cu tulburare cu deficit de atenție/hiperactivitate (ADHD).

Există studii care au asociat ADHD cu tulburări de integrare senzorială. În ADHD, frecvența tulburării de integrare senzorială se ridică de la 40% până la 84% în diferite studii (Miller *et al.*, 2009).

Tulburarea de procesare senzorială este o condiție eterogenă care include, conform noii nosologii, trei subtipuri: tulburarea de modulație senzorială, tulburarea de discriminare senzorială și tulburarea motorie bazată pe procesarea senzorială (Miller *et al.*, 2009).

Tulburarea de modulație senzorială se referă la dificultatea subiectului de a-și regla răspunsurile la stimulii senzoriali din mediu. Subiectul poate fi suprareceptiv (răspunde prea mult sau un timp îndelungat la stimuli) sau subreactiv (răspunde prea puțin sau are nevoie de stimulare extrem de puternică pentru a deveni conștient de prezența unui stimul) (Miller *et al.*, 2007c; Davies *et al.*, 2009).

În tulburările motorii senzoriale se propun două subtipuri: tulburarea posturală, ce reflectă problemele legate de echilibru și de stabilitatea centrului de greutate; respectiv dispraxia, care

înglobează dificultăți în secvențierea mișcărilor și în planificarea motorie (Miller *et al.*, 2007a).

Tulburarea de discriminare senzorială se referă la dificultatea de interpretare a caracterului specific al fiecărui stimul senzorial în parte (de exemplu: intensitatea, durata, spațialitatea și temporalitatea senzației). Ea poate fi prezentă în oricare dintre cele șapte sisteme senzoriale (adică vestibulare, proprioceptive și cele cinci simțuri de bază) (Miller *et al.*, 2007b).

O sarcină importantă a sistemului nervos central este aceea de a configura modul în care informațiile senzoriale sunt apoi legate de reacțiile de adaptare și de experiențele semnificative. Sistemele neuronale care vin să completeze decalajul dintre senzație și acțiune furnizează substraturi pentru prelucrarea integratoare/intermediară (Miller *et al.*, 2009). Tulburările de integrare senzorială sunt tulburări neurologice ce rezultă din incapacitatea creierului de a integra anumite informații primite de la cele cinci sisteme senzoriale de bază ale corpului (vizual, auditiv, tactil, olfactiv și gustativ), de la sistemul vestibular și/sau de la sistemele proprioceptive. Informația senzorială este detectată în mod normal, dar este percepută anormal, afectând, astfel, participarea la activitățile zilnice (Ben-Sasson, Carter și Briggs-Gowan, 2009; Ghanizadeh, 2011).

Copiii cu ADHD au mai multe dificultăți în prelucrarea informațională tactilă, nu neapărat din cauza unei lipse de atenție la nivel tactil, ci ca urmare a deteriorării prelucrărilor centrale ale informațiilor somato-senzoriale (Parush, Sohmer, Steinberg și Kaitz, 2007).

Poate apărea și situația în care un copil cu tulburare cu deficit de atenție/hiperactivitate este extrem de sensibil tactil. De această situație este responsabilă axa corticosuprarenal-pituitar-hipotalamică (Ghanizadeh, 2008).

Altă arie senzorială afectată în cazul copilului cu ADHD este cea legată de menținerea echilibrului corpului. S-a dovedit faptul

că un copil cu ADHD nu își poate controla echilibrul propriului corp, postura corpului, iar dacă nu are și dificultăți de învățare, acest copil nu primește asistență în ceea ce privește stimularea vestibulară (Clark *et al.*, 2008) 5 girls.

ADHD la copil este asociat cu tulburări de procesare a informației auditive, dar nu este o caracteristică specifică a acesteia. Tulburările de procesare a informației auditive diferențiază ADHD de autism. Persoanele cu tulburări de procesare auditivă au auz periferic normal, dar ele pot fi nesigure cu privire la ceea ce aud. Dificultatea în discriminarea auditivă sau în localizare, dar și distragerea sunt alte forme ale tulburării de procesare auditivă. Hiposenzitivitatea la sunete sau subînregistrarea sunetelor poate motiva părinții să caute ajutor profesional pentru copiii lor neatenți. Poate părea un handicap de învățare, dar nu este (Ghanizadeh, 2009).

ADHD mai este asociat la copil și cu tulburări de procesare a informației vizuale (Martin, Aring, Landgren, Hellström și Andersson Grönlund, 2008), dar și cu ftofobia.

În concluzie, tulburarea cu deficit de atenție/hiperactivitate în cazul copiilor este o tulburare care poate fi asociată cu tulburări în integrarea senzorială, însă ea nu se poate diferenția de alte tulburări de comportament doar luând în considerare acest aspect.

Totodată, în literatura de specialitate internațională, simptomatologia ADHD-ului la copil a fost asociată cu deficiența mintală.

Fuller și Sabatio (1998) susțineau faptul că ADHD și deficiența mintală coexistă la copil, însă există riscul ca ADHD să nu fie identificat atunci când vorbim despre un copil cu deficiență mintală. Dekker și Kott (2003) au descoperit o prevalență de 15% a coexistenței ADHD-ului la persoanele cu deficiență mintală.

Simonoff *et al.* (2007) au realizat un studiu la care au participat 192 de copii, având vârste cuprinse între 12 și 15 ani, cu ADHD și

deficiență mintală. Autorii au demonstrat existența simptomatologiei ADHD-ului la copii cu deficiență mintală și că există o relație liniară negativă între simptomele ADHD-ului și un IQ cu valori mici ($\beta = -0.087$, $p < 0.001$). Concluziile acestui studiu au fost că simptomele ADHD-ului sunt exacerbate la persoanele cu deficiență mintală. Nu s-au găsit dovezi că această exacerbare poate fi explicată prin așteptări inadecvate sau prin confundarea asocierilor cu alte probleme emoționale/comportamentale sau cognitive.

Ahuja, Martin, Langley și Thapar (2013) au realizat un studiu la care au participat trei grupuri: primul grup, format din populație cu ADHD fără deficit intelectual ($n = 874$), al doilea grup, format din populație cu deficit intelectual fără ADHD ($n = 58$), și al treilea grup, format din populație cu ADHD și deficit intelectual ($n = 97$). Persoanele care au participat la acest studiu aveau vârste cuprinse între 3 și 18 ani. Autorii, în studiul lor, au demonstrat faptul că un copil cu simptome de ADHD, care fie are, fie nu are și un deficit intelectual asociat, va dezvolta și tulburări de conduită, și tulburări de comportament opozant (OR = 2.38; 95% CI = 1.71 – 3.32 și OR = 2.69; 95% CI = 1.69 – 4.28). Mai mult decât atât, rezultatele acestui studiu au mai demonstrat și faptul că grupul format din copii cu deficit mintal și ADHD are și un nivel înalt al simptomelor specifice tulburărilor de conduită (OR = 5.54; 95% CI = 2.86 – 10.75), simptomelor tulburării opoziționale (OR = 13.66; 95% CI = 3.25 – 57.42) și o mare incidență a diagnosticului de tulburare de comportament opozițional-sfidător (OR = 30.99; 95% CI = 6.38 – 150.39), comparativ cu grupul format din copii cu deficit mintal fără ADHD.

Tulburarea de atenție/hiperactivitate la copil a fost, totodată, asociată și cu tulburările/dificultățile de învățare.

Tipul predominant neatent este frecvent asociat cu tulburările de învățare, deoarece acești copii sunt de cele mai multe ori văzuți de către ceilalți ca fiind dezorganizați, distanți și dezordonați.

Cu excepția cazurilor grave, majoritatea elevilor cu ADHD nu necesită servicii speciale în plan educațional. Aproape o treime dintre copiii diagnosticați cu ADHD prezintă și alte dificultăți de învățare, fapt care îi face eligibili pentru programe de intervenție personalizate (Vrăsmaș, 2012).

Tulburările de învățare apar pe tot parcursul procesului de învățare, sunt permanente și cauzele lor sunt neurologice. De asemenea, apar, pe de o parte, o dificultate majoră în integrarea proceselor de bază care permit înțelegerea (integrare senzorială), iar, pe de altă parte, o incapacitate de automatizare fie a citirii, fie a calculului, fie a corespondenței fonem-grafem (o afectare a memoriei auditiv-secvențiale) (Thomas, 2011). Spre deosebire de acestea, în ADHD dificultățile de învățare sunt temporare și pot fi mai ușor recuperate, au cauze multiple, dar ele nu sunt neurologice.

Putem spune, deci, că tulburările de integrare senzorială pot facilita apariția unora dintre tulburările de învățare specifice.

Mai mulți cercetători români, dintre care trebuie amintiți Ungureanu, 1998; Verza, 2003; Gherguț, 2005; Vrăsmaș, 2007, au propus *gruparea dificultăților de învățare* în două mari categorii: *dificultăți de învățare nespecifice* (urmare a deficitului de atenție și hiperactivității sau deficitului motivațional-afectiv în procesul de învățare) și *dificultăți de învățare specifice* (care pot fi: de orientare spațială, temporală și ritmică; de tip neverbal: dificultăți de învățare psihomotrice; de tip perceptiv: auditive, vizuale; de tip verbal-grafic: dislexii, disgrafii).

În cazul dificultăților de învățare *de tip verbal*, au fost stabilite trei subtipuri (Verza, 2003): tipul disfonetic, caracterizat prin deficit în analizarea sunetelor și în sfera percepției cuvintelor; tipul diseidetic, caracterizat prin deficit în discriminarea vizuală și în memoria vizuală; tipul mixt, disfonetico-eidetic.

Dintre dificultățile de învățare din domeniul limbajului oral și scris, cele mai frecvente și mai cercetate sunt cele legate de citire și scriere: *dislexia* și *disgrafia*.

Tulburările specifice de învățare apar în 3 domenii școlare:

- în *citire* — înțelegerea, corectitudinea, fluența;
- în *scriere* — corectitudinea la nivelul structurii cuvântului, ortografiei, punctuației, organizarea textului în pagină și coerența discursului;
- în *calcul* — cunoașterea și utilizarea corectă a simbolurilor și a operațiilor aritmetice, aplicarea corectă a algoritmilor matematici (Vrăsmaș, 2007).

Problemele de citire sunt frecvente mai ales la elevii cu ADHD cu subtipul predominant neatent. Nu se pune problema că acești elevi ar fi leneși, ci că cititul nu le rezervă prea multe satisfacții. Chiar și atunci când elevul poate să citească, efortul depus este atât de mare, încât înțelesul celor citite se pierde (Johnson, Pennington, Lowenstein și Nitttrouer, 2011).

În acest caz sunt prezente următoarele disfuncții cognitive: lentoare în procesarea informațiilor vizuale și lentoare în numirea obiectelor, auz fonematic afectat, respectiv raționament verbal, memorie auditivă secvențială și memorie de lucru deficitare. Copiii cu ADHD au probleme în citirea fluentă deoarece mecanismele cognitive implicate în numirea rapidă și în procesarea rapidă a informațiilor vizuale sunt afectate (Boada, Willcutt și Pennington, 2012).

Dislexia la copilul cu ADHD are caracteristici specifice fiecărei etape în învățarea citirii. Astfel, la început, pot apărea dificultăți în rostirea alfabetului, în indicarea corectă a literelor. Mai târziu, în lectura cu voce tare, pot apărea: omisiunea, substituirea sau

adăugarea unor silabe sau chiar a unor cuvinte întregi; inversiuni ale literelor în cuvinte și ale cuvintelor în cadrul propozițiilor/frazelor; ezitări lungi în începerea citirii, pierderea rândului care trebuie citit din text; dificultăți în înțelegerea celor citite prin: incapacitatea de a rezuma cele citite anterior, incapacitatea de a trage concluzii pe baza celor citite, tendința de a folosi informația care provine din cultura generală în locul informației de bază din cadrul textului citit anterior (Thomas, 2011).

Pe de altă parte, un copil cu ADHD poate avea și discalculie, deoarece nu poate reține pașii în rezolvarea unor probleme complexe, îi uită. Mai pot apărea și probleme în procesarea simbolurilor (reprezentarea lor grafică și semantică) sau în memorarea operațiilor aritmetice de bază (adunarea și scăderea, tabla împărțirii și cea a înmulțirii) (Thomas, 2011; Green și Chee, 2017).

Disgrafia este frecvent întâlnită la copilul/elevul cu ADHD. El nu este atent la structura cuvintelor, omițând, înlocuind sau adăugând litere. Pierde foarte mult timp, mai ales atunci când are de scris cuvinte lungi și face corecturi multe (Green și Chee, 2017).

În plus, literele sunt disproporționate (Adi-Japha și Freeman, 2001). Scrierea este, așadar, ilizibilă și inefficientă. Se remarcă incapacitatea copilului de a rămâne în limitele prestabilite de scriere și copiere în școală (Schoemaker, 2005). Sunt prezente, totodată, și spații neregulate între litere și cuvinte, erori în alinierea literelor, cuvintelor sau a propozițiilor (Hamstra-Bletz și Blote, 1993; Malloy-Miller *et al.*, 1995).

Din cele observate în școli, dintre formele de disgrafie întâlnite la copiii cu ADHD, trebuie amintite următoarele: disgrafia verbală (determinată de o pronunție greșită a unui cuvânt, care ulterior apare scris greșit), disgrafia auditivă (copilul nu poate face legătura între sunet și litera corespunzătoare și, astfel, apar greșeli) (Vrăsmaș, 2012), disgrafia determinată de tahilalie (analiza

structurii unui cuvânt nu se realizează corect din cauza ritmului alert de vorbire, fapt care determină apariția omisiunilor, înlocuirilor și inversiunilor de litere și/sau de silabe), disgrafii caracterizate prin scrierea în oglindă (apar pe fondul unor disfuncții de la nivel cerebral) (Verza, 2003).

Acești elevi pot dobândi elementele de bază ale scrisului. Cu toate acestea, însă, pentru a obține un control mai bun la scriere, copiii cu ADHD cresc presiunea medie asupra stiloului, iar rezultatul este disproporționat, fără niciun efect asupra fluenței scrierii (Adi-Japha *et al.*, 2007).

Cu toate acestea, copilul cu ADHD, spre deosebire de cel cu deficit mintal și de cel cu tulburări de învățare, nu prezintă neatenție din cauza lipsei de interes față de școală sau din cauza unor limitări ale abilităților intelectuale (American Psychiatric Association, 2013).

ADHD a fost asociat la copil cu tulburările de psihomotricitate. La copilul cu ADHD apar: afectarea flexibilității și a fluenței mișcărilor (Sonuga-Barke, Bitsakou și Thompson, 2010); mișcări fine complexe deficitare, coordonare motorie fină deficitară, care implică probleme în scrierea de mână (Piek, Pitcher și Hay, 1999; Adi-Japha, 2007); programarea deficitară a mișcărilor precise, pentru a ajunge la o țintă, atunci când feedbackul vizual este retras (Lee, Hung, Yang, Chen-Sea și Tsai, 2010).

În concluzie, nevoia de suport a copilului cu ADHD crește atunci când acesta mai are și o comorbiditate asociată. Prezența tulburărilor comorbide impune un tratament specific, suplimentar față de cel dat în ADHD. S-a dovedit faptul că evoluția simptomatologiei ADHD-ului este influențată de existența tulburărilor comorbide (Pennington *et al.*, 2011).

Educarea elevilor cu ADHD în România

În România, cadrele didactice nu cunosc foarte multe informații despre elevii cu ADHD și, de cele mai multe ori, ei sunt denumiți drept copiii cu un comportament dificil (Vlăduț, 1995, Barkley, 2011, Botiș-Matanie și Axente, 2011). Nu se face o diferențiere clară între un copil cu tulburare de comportament și unul cu tulburare cu deficit de atenție/hiperactivitate, iar diagnosticul este pus cu superficialitate.

Este bine cunoscut faptul că unii copii sunt mai activi decât alții, că pot fi mai agitați decât alții sau mai puțin atenți decât alții, însă ceea ce diferențiază un copil cu ADHD de cel cu dezvoltare tipică, indisciplinat, sunt frecvența și intensitatea cu care apar problemele de natură comportamentală (Crețu, 1995; Vlăduț, 1995; Popenici, Fartușnic, Târnoveanu, 2008).

Este important, așadar, ca un diagnostic corect de ADHD să fie pus de un specialist (psiholog clinician, medic pediatru sau psihiatru) (Botezatu, 2011). De asemenea, pentru un diagnostic corect trebuie să fie prezente mai multe caracteristici ale tulburării, iar problemele de comportament să fie prezente o perioadă lungă (minim 6 luni) și să se manifeste mai zgomotos decât la alți copii de aceeași vârstă cronologică și ajunși la același nivel de dezvoltare.

Este foarte greu să trasăm o linie clară între manifestările comportamentale ale copilului cu ADHD și cele ale unui copil activ, agitat, cu dezvoltare tipică. Ei manifestă în permanență comportamente prin care să atragă atenția, motiv pentru care nu putem

spune clar cât de intens trebuie să fie un comportament pentru a se îndeplini criteriile de diagnostic ale ADHD (Botezatu, 2011).

Manifestări ale hiperactivității pot apărea și la copiii cu dezvoltare tipică, dar care sunt suprasolicitați doar în mediul școlar, atunci când sunt puși să rezolve probleme care le depășesc nivelul abilităților sau care îi plictisesc. Astfel, pentru a decide dacă neliniștea copilului și faptul că vorbește în timpul orelor și că nu e atent la sarcinile didactice reprezintă o cauză a performanței școlare scăzute/înalte sau o urmare a acesteia, este necesară o raportare la criteriile de diagnostic ale ADHD. În cazul în care aceste manifestări apar contextual, atunci nu poate fi vorba despre ADHD.

O altă posibilă cauză a unor comportamente hiperactive ar fi tulburările afective (depresia). În acest caz trebuie diferențiate clar simptomele tulburării depresive la copil de simptomele specifice ADHD. În cazul depresiei pot apărea manifestări ale hiperactivității, însă ele nu au o evoluție similară cu cele întâlnite în ADHD, ele nu se agravează pe măsură ce timpul trece și, în general, sunt precedate de un eveniment cu o semnificație negativă (moartea unui apropiat sau a unui animal de companie iubit de către copil) (Cucu-Ciuhan, 2014).

Nu în ultimul rând, diferența dintre comportamentul opozant-sfidător și ADHD este aceea că un comportament opozant-sfidător se manifestă în raport cu autoritatea față de care copilul nu vrea să se supună, pe când ADHD apare la copil în mai multe arii, nu numai în raport cu o autoritate. O altă diferență între cele două ar mai fi și că, deși atât în comportamentul opozant, cât și în ADHD apare încălcarea regulilor impuse de o autoritate, în ADHD acest fapt nu este o sfidare deliberată, ci este involuntară: copilul uită regulile, acționează fără să se gândească la consecințe (Barkley, 2011).

Nu există o legislație specifică asistării copiilor cu ADHD, iar încadrarea în grad de handicap nu se face decât la cererea părinților. Pe de altă parte, nu se poate face o încadrare într-un grad de handicap și ca urmare a faptului că, de multe ori, simptomatologia ADHD-ului nu este însoțită de un deficit mintal, senzorial sau motor.

Părinții, chiar dacă au un diagnostic clar dat copilului de către medicul psihiatru, pentru evitarea stigmatizării în școală, nu spun nimic cadrelor didactice despre nevoile copilului lor. Astfel, din cauza manifestărilor zgomotoase ale copilului, dar și din cauza lipsei unei culturi cu privire la identificarea și sprijinul educațional ale unui elev cu ADHD, profesorul încearcă mutarea copilului-problemă din clasa lui, ajungându-se, în timp, la rezultate școlare slabe.

Există, totuși, și la noi în țară, ca și în SUA, cazuri în care s-a intervenit, iar acel elev cu ADHD a avut rezultate școlare bune. Aici s-a ținut cont de următoarele etape: terapeutul copilului cu ADHD a stabilit o relație bună cu cadrul didactic, explicându-i ce se întâmplă concret cu un asemenea elev; terapeutul a definit în termeni simpli, ușor de observat, manifestările comportamentale ale elevului cu ADHD; prin discuția despre aspectele anterioare, cadrul didactic a înțeles faptul că nu i se pune la îndoială competența, ci că, alături de metodele pedagogice clasice, se pot aplica și metode specifice pentru schimbarea comportamentelor disfuncționale ale copilului/elevului cu ADHD; obiectivele intervenției sunt specifice, clare, și implementarea efectivă a intervenției presupune: aspecte organizatorice/organizarea mediului (a clasei) în care învață elevul cu ADHD, intervenții pedagogice utilizate împreună cu metode de instruire bazate pe condiționări operante, de instruire prin joc și de autoinstruire (care presupune realizarea autocontrolului comportamental în cinci etape: definirea și abordarea situației problematice, concentrarea atenției, alegerea răspunsului și evaluarea acestuia) (Mennuti, Christner, Freeman, 2016).

Facilitarea succesului școlar al elevului cu ADHD depinde într-o foarte mare măsură de câteva calități ale cadrului didactic:

- atitudine calmă și pozitivă (îi explică în mod clar elevului ce are de făcut, pas cu pas, mai ales atunci când este vorba despre probleme complexe la matematică);
- creativitate în ceea ce privește utilizarea diverselor strategii și materiale de predare, pentru a se potrivi cu stilul de învățare al copilului cu ADHD (se folosesc diagrame colorate cu font mare, mai ales când copilul are un stil de învățare dependent de câmpul perceptiv sau atunci când este atent la structură, și nu la detaliile problemei);
- proactivitate în ceea ce privește tranzițiile sau modificările aduse programului sau activităților (chiar și în pauze, cadrele didactice care lucrează în mod direct cu elevii cu ADHD trebuie să folosească același sistem de semne pe care îl aplică în timpul orelor, pentru a semnala copilului trecerea de la o activitate la alta; realizându-se astfel mult mai ușor integrarea elevului cu ADHD în colectivul clasei);
- perseverență în gestionarea stărilor de spirit ale copilului cu ADHD (profesorul învață copilul cu ADHD un sistem de semne, prin care i se arată copilului care este atitudinea potrivită în diferite situații; de exemplu, atunci când copilul are tendința de a-și întrerupe colegii, profesorul îi arată lobul urechii sau îi atinge lobul urechii pentru ca acesta să știe că este momentul să asculte ce are de spus interlocutorul);
- pragmatism în activitățile de grup în care sunt incluși elevii cu ADHD (cadrul didactic stabilește clar care sunt sarcinile fiecărui elev în cadrul grupului, menționând clar care sunt pașii în realizarea fiecărei sarcini);

- flexibilitate și obiectivitate — cadrul didactic trebuie să vadă elevul/copilul cu ADHD ca pe o ocazie de a-și dezvolta abilitățile de management în predare și învățare, și nu ca pe o luptă cu o afecțiune sau cu o problemă (O'Regan, 2018).

În concluzie, copilul cu tulburare cu deficit de atenție și hiperactivitate are o problemă reală de sănătate, care se caracterizează printr-un comportament impulsiv, o lipsă de automotivație, probleme de atenție și ale memoriei de lucru. Prezența ADHD nu presupune ca acel copil să fie răutăcios sau să aibă o atitudine antisocială. Diferența dintre un comportament normal, dar dificil, și ADHD nu poate fi definită clar în termeni de alb sau negru. Un asemenea copil nu este dificil în mod deliberat, ci pur și simplu el acționează fără să analizeze situația.

În școala de masă, elevul cu ADHD beneficiază de un program individualizat doar dacă este considerat copil cu cerințe educaționale speciale. În școli se mai poate regăsi și elevul cu ADHD nediagnosticat, în ciuda unui volum mare de informații despre diagnosticarea corectă a acestui tip de tulburare. Părinții văd neputincioși nereușita școlară a copilului lor, iar specialiștii sunt, de multe ori, la fel de nepregătiți ca și părinții, unii dintre ei având în continuare credința că ADHD este o afecțiune inventată și neimportantă, o etapă trecătoare a existenței umane, scuza unor părinți neimplicați în educația propriului copil sau o problemă la modă (Green și Chee, 2017). Thomas și Willems (1997) consideră caracteristicile tulburării cu deficit de atenție și hiperactivitate drept elemente ale unui stil particular de învățare, predominant kinestezic și spațial. Acești elevi manifestă simptomele de ADHD atunci când sunt confrunțați cu profesori și situații care se află în discordanță cu stilul lor de învățare.

2.1. Cadrul legislativ privind copilul cu ADHD în România

Cercetarea de față este realizată în conformitate cu prevederile „Convenției cu privire la drepturile copilului”, adoptată de Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite la 20 noiembrie 1989, republicată în Monitorul Oficial nr. 314 din 13 iunie 2001.

În prezent, în România, copiii cu ADHD sunt diagnosticați de un medic specializat în psihiatrie pediatrică și primesc medicația adecvată, dar nu sunt încadrați într-un grad de handicap decât dacă au și deficit de intelect sau mai au încă o altă tulburare psihiatrică. Nu există legislație specifică simptomatologiei și nevoilor educaționale speciale acestor copii, în cazul lor aplicându-se legile generale: legea privind drepturile copilului (272/2004) sau, la cererea părinților, legea 448/2006, însă doar dacă acel copil are și un handicap intelectual. În plus, se aplică și legea învățământului (1/2011) și Ordinul Ministerului Educației privind orientarea școlară și desemnarea profesorului de sprijin (în conformitate cu Hotărârea Guvernului nr. 536/2011).

Conform OMEC nr. 5379/25.11.2004, cadrul didactic de sprijin face parte din colectivul de profesori și contribuie la integrarea și incluziunea copilului cu cerințe educaționale speciale.

Totodată, cadrul didactic de sprijin/itinerant alcătuiește și implementează un plan de intervenție personalizat, stabilind, totodată, și mijloacele și metodele care vor fi folosite în acest proces (Ministerul Educației și Cercetării, 2004).

Potrivit aceleiași legi, atribuțiile cadrului didactic de sprijin/itinerant sunt:

- a) colaborează cu comisia internă de evaluare continuă din școală pentru colectarea de date referitoare la evaluarea

- și planul de servicii personalizat al elevului cu cerințe educaționale speciale, integrat în învățământul de masă;
- b) colaborează cu întregul colectiv de profesori al școlii în care este înscris elevul, având ca obiectiv principal integrarea eficientă a acestui copil în școală;
 - c) realizează și implementează în colaborare cu profesorii de la clasa în care este înscris elevul cu CES planul de intervenție personalizat și un curriculum adaptat;
 - d) evaluează rezultatele aplicării programelor de intervenție personalizate, dar și întocmește și evaluarea periodică a dezvoltării elevilor cu CES și, dacă este necesar, reface programul personalizat de intervenție;
 - e) colaborează cu familiile elevilor care au CES (Ministerul Educației și Cercetării, 2004, art. 19).

Așadar, este importantă realizarea unei legislații specifice care să acopere simptomatologia și nevoile copiilor cu ADHD, dar și realizarea unui portret complex al unui astfel de copil. De cele mai multe ori, nici profesorii/învățătorii, nici părinții colegilor unui copil cu ADHD nu cunosc simptomatologia și nici nevoile unui copil diagnosticat cu ADHD, iar ei sunt marginalizați sau se dorește mutarea lor în alte clase, în alte școli. Este, deci, nevoie de realizarea unor programe educaționale personalizate pentru a veni în întâmpinarea nevoilor copiilor cu ADHD, de identificarea cerințelor educative speciale și de susținerea copilului cu astfel de dificultăți.

2.2. Cine și cum diagnostichează tulburarea cu deficit de atenție/hiperactivitate/impulsivitate?

Pentru diagnosticul de ADHD este important examenul clinic al copiilor, care cuprinde: anamneza, observația sistematică și aplicarea instrumentelor de evaluare a simptomelor. Examenul clinic evidențiază și existența unor tulburări comorbide. Consultația începe cu analiza istoricului medical, a problemelor afective și a afecțiunilor psihiatrice/somatice parentale pentru care există un document medical/o dovadă concretă.

Examenul clinic continuă cu evaluarea stării actuale a copilului, în prezența părinților mai întâi, apoi doar cu copilul. Această evaluare urmărește influența instabilității asupra calității vieții familiale și permite înțelegerea percepției copilului asupra dificultăților sale și asupra perturbărilor de dispoziție afectivă.

Diagnosticarea ADHD la copil necesită cooperarea unei echipe de specialiști, deoarece simptomele acestei tulburări pot fi fluctuante în cursul zilei și în funcție de diferite situații. Specialiștii trebuie să analizeze datele medicale, psihologice, comportamentale și educaționale pentru o evaluare complexă și completă, neexistând un test care să arate concret existența sau absența diagnosticului. De aceea, specialiștii vor recurge la *metoda observației directe* (în sala de așteptare sau în mediul școlar), vor ruga părinții și cadrele didactice să completeze chestionarele destinate evaluării semnelor de ADHD (scale de evaluare cu ancore comportamentale) (Barkley, DuPaul, McMurray, 1991).

Procesul de evaluare, realizat după un demers multidisciplinar, așadar, cuprinde trei etape principale:

- a) Prima etapă a procesului de evaluare constă într-un interviu clinic în decursul căruia părintele, cadrul didactic

și copilul vorbesc medicului sau psihologului despre situația în care se află. Specialistul va asculta clientul, care descrie în cuvintele sale dificultățile observate sau trăite. La sfârșitul acestei prime etape, examinatorul ar trebui să formuleze ipotezele de lucru care explică dificultățile copilului și care îl orientează în demersul psihoterapeutic.

- b) Etapa a doua constă în prelucrarea informațiilor în vederea testării unor ipoteze de lucru deja formulate.
- c) Etapa a treia constă în confirmarea ipotezelor. Se realizează în această fază evaluarea atentă a aspectelor care confirmă diagnosticul și specificul tulburării. Se precizează și se cuantifică aspectele comportamentelor perturbatorii: persistența lor, frecvența, constanța și intensitatea lor.

ADHD-ul poate fi identificat și de către institutori, încă din primul an școlar. Debutul școlar reprezintă una dintre ocaziile majore pentru identificarea dificultăților atenționale și a hiperactivității, deoarece agitația și neatenția constituie cauze frecvente de consultație la medicul neurolog, la psihiatrul pediatru sau la psiholog. Manifestările cele mai frecvente sunt distractibilitatea atenției, incapacitatea de a se supune normelor clasei (pentru că le uită), agitația permanentă (indiferent de context) și ineficiența, în cazul copilului cu ADHD, a unor intervenții pedagogice. Dificultățile școlare ale copiilor cu ADHD sunt cauzate de unele disfuncții și tulburări ale funcțiilor executive, adică ale atenției, limbajului, memoriei de lucru, orientării și structurării spațio-temporale secvențiale, dar și ale motricității fine.

Psihologul poate, de asemenea, să examineze copilul cu *teste neuropsihologice, precum NEPSY* (Korkman, Kirk & Kemp, 1998), pentru a discerne mai bine problemele copilului legate de *atenție* sau de *funcțiile executive*. Astfel de examinări sunt utile pentru a preciza

cât de mult este afectată funcționalitatea copilului, dar sunt utile și pentru realizarea și aplicarea Programului de Intervenție Personalizat, în funcție de dificultățile, de abilitățile și de capacitățile reale ale copilului. Informațiile culese furnizează, de asemenea, date precise despre procesul de învățare și despre punctele tari și punctele slabe ale copilului, ghidând astfel intervențiile educaționale personalizate.

Psihologul școlar sau psihopedagogul trebuie să identifice nevoile de sprijin și cerințele educaționale speciale ale elevilor cu ADHD. Psihologii școlari și profesorii psihopedagogi trebuie să aplice instrumentele de evaluare validate științific și metodele de intervenție psihopedagogică pe baza unor programe educaționale de intervenție personalizată.

Preocuparea specialiștilor pentru o *evaluare cât mai precisă* a copiilor cu ADHD este în strânsă legătură cu interesul pentru dezvoltarea și diversificarea strategiilor de intervenție psihologică și psihopedagogică, ce sunt strâns corelate cu terapia medicamentoasă (Thomas, Willems, 1997; Döpfner, Schürman, Frölich, 2005; Iftene, 2007). Evaluarea și diagnosticul sunt importante deoarece facilitează luarea unor măsuri de suport adaptate la dificultățile cu care se confruntă copilul (Barkley, DuPaul, McMurray, 1991; Barkley, 2004; Thomas, Willems, 1997; Revol, Fournieret, 2002). Intervenția în cazurile de ADHD la copil se bazează pe o abordare multidisciplinară: medicală (medicație specifică), psihologică (terapie cognitiv-comportamentală), logopedică, psihomotorie și psihopedagogică.

Cercetările (Thomas, Willems, 1997; Revol, Fournieret, 2002) și practica psihopedagogică dovedesc cât de necesară este o personalizare a modelului terapeutic-educațional în ceea ce privește elevii cu ADHD. Consilierea psihologică îi ajută pe acești copii să își reconstruiască încrederea în propriile forțe, în capacitățile lor, favorizându-se creșterea stimei de sine și a randamentului școlar.

În literatura din domeniul științelor educației, la nivel național, tulburarea cu deficit de atenție/hiperactivitate (ADHD) la copil a fost inclusă în categoria „deficiențelor asociate”. Prin deficiențe asociate se înțelege existența a două sau mai multe deficiențe asociate la aceeași persoană. Deficiențele pot fi însoțite și de alte tulburări (Verza, 2011). Considerăm că se poate vorbi despre o deficiență doar în cazul copilului cu un nivel grav de severitate al tulburării ADHD. În general, în școlile de masă pot fi integrați elevii cu ADHD cu un nivel ușor al severității.

Așadar, nu se poate vorbi despre ADHD la copil dacă nu se definesc următoarele concepte: cerințe educaționale speciale, nevoi de sprijin, școală incluzivă, egalizarea șanselor, integrare, program de intervenție personalizat, integrare școlară, curriculum, competență.

Astfel, sintagma cerințe educaționale speciale/CES (*special educational needs* — SEN) a fost adoptată pentru prima dată în anul 1978 în Marea Britanie, iar în 1990 a fost preluată și introdusă în terminologia UNESCO (Gherguț, 2016).

În legislația românească sintagma „cerințe educative speciale” (CES) apare pentru prima dată menționată în Legea nr. 84/1995. Ulterior, această sintagmă a mai apărut și în acte normative legate de aplicarea Legii Educației Naționale din 2001, HG nr. 1251 din 2005, legea 448/2006, Ordinul nr. 5573 și Ordinul nr. 6552 din 2011.

Această denumire de CES a fost utilizată atât în plan național, cât și internațional, concomitent cu termenii de handicap, dizabilitate și deficiență până în 2001, creându-se unele confuzii. În 2001 s-a ajuns la concluzia că orice elev poate avea cerințe educaționale speciale, la un moment dat, și că CES pot fi determinate de o sumedenie de alte situații decât dizabilitatea sau deficiența. Nu orice

copil/elev cu dizabilități, handicap sau deficiențe are și CES, care sunt în strânsă relație cu mediul educațional (Gherguț, 2016).

Așadar, procesul de învățare reclamă adoptarea unor metode noi de predare, aflate în relație directă cu posibilitățile reale, cu abilitățile concrete ale elevului, în așa mod încât să vină în întâmpinarea cerințelor educaționale pe care elevii le resimt (Crețu, 2006).

Ecaterina Vrăsmaș (2012) accentuează ideea conform căreia copiii cu CES nu se află numai în zona deficiențelor, aceștia putând fi descoperiți și în rândul celor cu un coeficient de inteligență mediu. De aceea, este importantă implicarea specialiștilor, deoarece, în funcție de problemele identificate printr-o evaluare complexă, se va realiza o intervenție personalizată, specifică.

În schimb, Mara (2009) și Gherguț (2009) susțin faptul că cerințe speciale poate avea orice copil în anumite perioade ale dezvoltării sale cognitive, indiferent de caracteristicile individuale sau de stilul de învățare (Mara, 2009; Gherguț, 2009).

Și la nivel internațional definirea handicapului și a dizabilității a fost dificilă. Conceptul de handicap a trecut de la sensul medical de pierdere a capacității fizice la cel de dezavantaj social, ce rezultă dintr-o deficiență. Phillip Wood a definit, în 1980, handicapul drept un dezavantaj, rezultat al unui lanț causal, în care se trece de la o maladie, deficiență și incapacitate și se ajunge la un handicap (Guttman, 2011).

Până în 2004 s-a utilizat termenul de dizabilitate în locul celui de handicap, astfel creându-se confuzie. În cadrul „*Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății*” (CIF) a Organizației Mondiale a Sănătății — OMS (2004) s-a definit dizabilitatea drept un termen generic pentru deficiențe și pentru restricții de participare la activitățile comunitare/sociale (Organizația Mondială a Sănătății, 2005).

Nevoile speciale se referă la toate trebuințele persoanei cu handicap, comune cu cele ale celorlalte persoane din societate,

de a căror satisfacere depinde participarea la activitățile colective și integrarea socială a acesteia, în condițiile asigurării unui suport suplimentar și adecvat (Crețu, 2006).

În legislația românească (HG. nr. 1215/31.10.2002), serviciile de sprijin sunt definite drept servicii prin intermediul cărora persoanei cu handicap i se facilitează dobândirea independenței în desfășurarea activităților zilnice, cotidiene, dar și exercitarea propriilor drepturi (Guvernul României, 2002).

Nevoia de suport se referă la intervenția socială, prin intermediul căreia se stabilesc atât alternativele, cât și serviciile de sprijin concrete de care o anumită persoană are nevoie. Aceste alternative și servicii de sprijin pot exista în comunitatea respectivă sau se formează dacă ele se solicită. În acest moment al procesului este important ca asistenții sociali să îndrume persoana către acele servicii care îi sunt de folos (Crețu, 2006).

Curriculumul reprezintă o componentă importantă a procesului de învățământ. Acest termen se traduce prin conținut al învățării, programă de studiu, dar și prin totalitatea experiențelor directe și indirecte ale elevului în mediul școlar (Bocoș și Jucan, 2017; Crețu, 2009). El reprezintă „*unitatea indisolubilă*” dintre finalitățile educaționale, conținuturile învățământului, strategiile de instruire și de evaluare inițială, sumativă și finală (Bocoș, 2017, p. 73).

În prezent, proiectarea curriculumului are în centru elevul și formarea sa. Se urmărește formarea de competențe specifice și complexe.

În concepția lui Strauch *et al.* (2010), competența este ansamblul format din capacități, atitudini, valori, motivații, trăsături de personalitate și cunoștințe care ajută individul să depășească cerințele complexe date de situații specifice.

Potolea, Toma și Borzea (2012) identifică, în contextul educațional, trei forme ale competenței, și anume: instrument al calității

și al performanței, obiectiv al programelor de formare și rezultat al învățării. Pe baza acestor aspecte, se pot stabili traseele educaționale diferite, în funcție de punctele forte și de resursele elevului.

Egalizarea de șanse reprezintă accesibilizarea informației pentru toți, dar mai ales pentru persoanele cu handicap (Buică-Belciu, 2004).

Integrarea școlară, conform Ordinului 5805/2016, este un proces de adaptare a copilului la cerințele școlii pe care o urmează, de stabilire a unor relații afective pozitive cu întreg colectivul de elevi și cadre didactice și de desfășurare cu succes a activităților școlare (Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, 2016).

Prin integrare, se înțelege acceptarea unei persoane cu handicap în cadrul societății, fără manifestarea discriminării în ceea ce privește exprimarea liberă a unor opinii, afirmarea personală, accesul liber la informații și exercitarea unor drepturi și obligații (cf. Buică-Belciu, 2004).

Școala incluzivă presupune că orice copil, indiferent dacă are o dezvoltare tipică sau nu, poate învăța prin interacțiuni împreună cu ceilalți (Crețu, 1999).

Școala incluzivă a apărut ca urmare a parcurgerii unor etape în cadrul evoluției instituționale a sistemului de învățământ. Acesta, conform Gherguț (2009, 2016), începe cu educația pentru toți și școala pentru toți, se continuă cu școala pentru diversitate și cu pedagogia diversității, iar în final apare școala incluzivă.

Școala incluzivă impune ca toți membrii ei să lucreze împreună în mod creativ în așa manieră încât fiecare elev să învețe cât mai multe lucruri. De aceea, o școală pentru toți/incluzivă se caracterizează prin: organizarea și structurarea școlilor; asigurarea învățării personalizate; folosirea, adaptarea și pregătirea spațiului în colaborare cu membrii ei; asigurarea succesului tuturor elevilor;

asigurarea accesului facil la cunoaștere pentru fiecare elev; colaborarea cu familiile copiilor cu CES, dar și cu membrii comunității; construirea comunităților incluzive (Vrăsmaș, 2008).

Școala incluzivă este „*un pas mai departe în procesul de atenuare și eliminare a barierelor educaționale dintre copiii obișnuiți și cei cu diverse dizabilități*” (Buică-Belciu, 2004, p. 363).

2.4. Perspective asupra educării copilului cu cerințe educaționale speciale

Toate informațiile vor fi prezentate dintr-o *perspectivă behavioristă* asupra învățării, combinată cu o *perspectivă constructivistă*. Perspectiva behavioristă a introdus rigoare în cercetare și este focalizată pe fapte observabile, comportamentul elevului fiind determinat de stimuli externi și explicat fără referire la stările mentale interne. Pe de altă parte, perspectiva constructivistă pune accentul pe abilitatea elevului de a rezolva probleme. „*Elevul este un constructor activ de informații, noile informații fiind condiționate de cunoștințele anterioare și încărcate de subiectivism*” (Negovan, 2010, p. 63).

De asemenea, cercetătorul își asumă o abordare pozitivă a educării copilului cu cerințe educaționale speciale (și în special a elevului cu ADHD), deoarece se va pune accentul pe elev în sine, pe starea lui psihică de bine, pe satisfacția sa în îndeplinirea sarcinilor școlare, pe dezvoltarea punctelor lui forte, pe sentimentul lui de siguranță în mediul școlar și pe sentimentul de apartenență la un grup, la colectivul de elevi din clasă (Hefferon și Boniwell, 2011; Zulling, Koopman, Patton, Ubbes, 2010; Zulling, Huebner, Patton, 2011).

Totodată, credem că este necesară realizarea unui climat școlar suportiv și crearea unei culturi școlare bazate pe respectul reciproc. Snyder și Lopez (2007) descriu mediul școlar pozitiv sub

forma metaforei unei case, la baza căreia se află grija, încrederea și respectul pentru diversitate, etajele unu, doi și trei sunt reprezentate de motivarea elevilor, de stabilirea unor obiective clare ale învățării și de speranță, în timp ce acoperișul casei este reprezentat de contribuțiile sociale (elevii devin profesori pentru alți elevi, părinții și comunitatea se implică în sprijinirea misiunii școlii) (Lincă *et al.*, 2022).

Pe de altă parte, abordăm învățarea din perspectivă pozitivă, deoarece aceasta are în centru *modelul elevului înfloritor*, care este realizat în acord cu starea de înflorire a elevului, cu sau fără nevoi speciale, pe toate palierele vieții lui școlare: cei care se simt valorizați au sentimentul de apartenență la un anumit grup (în cazul de față copilul cu ADHD are sentimentul apartenenței la colectivul clasei de elevi, pentru că este valorizat pentru ceea ce poate face); clasa este văzută ca un grup în cadrul căruia fiecare se simte acceptat și coimplicat în activitatea didactică; școala este văzută ca o comunitate ce promovează eficiența și responsabilitatea sociale (Negovan, 2013, p. 213).

Starea de bine a elevului, înflorirea lui se bazează pe: dezvoltarea angajamentului elevilor; dezvoltarea sentimentului de finalitate a vieții școlare; cultivarea emoțiilor pozitive; ajutorul dat elevilor de către cadrul didactic pentru dezvoltarea abilităților sociale și emoționale; încurajarea elevilor în a-și trăi viața într-un mod benefic, prin urmărirea unor obiective cu interes și perseverență (Battistich, 2008).

Strategiile utilizate în atingerea obiectivelor unei școli pozitive sunt, conform autorului mai sus citat: lucrul în grupuri mici, care dezvoltă relațiile interpersonale pozitive între toți elevii; stabilirea unor grupuri de suport pentru elevii cu nevoi speciale; grupuri formate din ceilalți elevi fără vreo problemă, care dezvoltă sentimentul finalității; organizarea claselor în așa manieră încât să se

poată cultiva cooperarea și asumarea de responsabilități; crearea de oportunități în care elevii să poată lua singuri decizii pentru dezvoltarea comportamentelor prosociale și a comportamentului empatic etc. (Battistich, 2008).

Într-o școală pozitivă, toți elevii beneficiază de o pregătire foarte bună și de dezvoltarea abilităților pentru viață și a tot ce au mai bun copiii, cu sau fără nevoi speciale; în plus, aici se urmărește și dezvoltarea simțului moral (Hefferon și Boniwell, 2011). De asemenea, într-o școală pozitivă li se cultivă elevilor atașamentul pentru școală și pentru cadrele didactice, precum și percepția pozitivă asupra propriei competențe (în special lingvistice și matematice).

Deci, perspectiva noastră nu propune ignorarea sau negarea dificultăților sau a punctelor slabe ale elevilor cu tulburare cu deficit de atenție/hiperactivitate, ci propune o intervenție de prevenție, prin cultivarea sentimentului de autoapreciere, susținut de tot ceea ce este pozitiv și funcțional în elev.

2.5. Soluții pentru ameliorarea simptomatologiei copilului cu ADHD

La nivel național, în primul rând, s-au tradus cărți cu privire la criteriile de diagnostic ale tulburării cu deficit de atenție/hiperactivitate, dar și cu privire la managementul clasei în care se află elevi cu *un comportament dificil* (Popenici, Fartușnic, Târnoveanu, 2008, p. 5).

Elevul cu *un comportament dificil* este acel elev care prezintă dificultăți în îndeplinirea așteptărilor de natură emoțională, socială, școlară și comportamentală (Greene, 2017).

Comportamentul dificil apare în același timp cu apariția incompatibilității dintre abilitățile unui copil și cerințele sau așteptările de ordin emoțional, comportamental și școlar/social (Dikel, 2015; Vlăduț, 1995; Botiș-Matanie și Axente, 2011; Greene, 2017).

Literatura de specialitate abundă în România de teorii și metode care *ar putea* schimba comportamentul, iar dacă se face referire la aplicarea tehnicilor de schimbare comportamentală a acestor elevi, se prezintă studii de tipul celor corelaționale, constata-tive, așa cum este și cel descris mai jos. Suntem de părere că stu-diile corelaționale reprezintă un punct de plecare și, deci, pot ajuta cercetătorii în gândirea unor noi cercetări experimentale (Lincă, 2018; Lincă, 2019; Lincă et al., 2022).

Dificultățile de învățare apar mai ales la elevii cu subtipul pre-dominant neatent, după cum am mai menționat, poate și din cauza nivelului slab de dezvoltare a calităților atenției. Copilul cu tipul predominant neatent de ADHD are o incapacitate de a răspunde în mod corespunzător, specific, la stimuli — fie că vorbim despre cei vizuali, auditivi sau tactili —, nu își poate focaliza atenția mult timp asupra unei sarcini complexe, nu se poate concentra asupra succesiunii pașilor de urmat în realizarea unei acțiuni complexe și nu poate face față cognitiv cu succes la sarcini multiple desfășurate simultan (Zlate, 2009; Crețu, 2006; Vrăsmaș, 2007).

Popenici, Fartușnic și Târnoveanu (2008) au realizat o cer-cetare asupra a 5 școli din București privind problematica elevi-lor cu ADHD în clasele primare (evaluarea cunoștințelor cadrelor didactice în ceea ce privește identificarea corectă a elevilor cu potențial ADHD, identificarea nevoilor de informare și de for-mare ale profesorilor cu privire la lucrul cu elevii diagnosticați cu ADHD) și modul în care această tulburare afectează rezulta-tele școlare ale acestor elevi, dar și activitatea didactică în cadrul orelor de la clasă.

Totodată, au fost analizate felul în care cadrele didactice răspund nevoilor educaționale speciale ale elevilor cu potențial ADHD și felul în care se distribuie aceste cazuri în clasă în funcție de gen și alte variabile.

Rezultatele acestui studiu constatativ au ilustrat faptul că elevii cu ADHD au un grad foarte scăzut de implicare în activitățile școlare (capacitate scăzută de a depune efort voluntar), nu respectă regulile clasei din care fac parte sau pe cele ale școlii, manifestă un grad foarte ridicat de indiferență față de activitățile didactice, sunt agitați și renunță ușor la activitățile deja începute.

Tot în literatura de specialitate din domeniul psihologiei/psihoterapiei din țara noastră, a apărut un plan de intervenție psihoterapeutică aplicat școlarilor mici cu ADHD. Așadar, Cucu-Ciuhan (2001) a aplicat tehnici psihoterapeutice experiențial-unificatoare pe 40 de elevi diagnosticați cu ADHD din ciclul primar general. Acești elevi au fost organizați în patru grupuri: 3 experimentale și unul de control, după două criterii: pe de o parte, a fost vorba despre o formare profesională pentru învățătorii care lucrează cu elevi cu ADHD (un grup de intervenție terapeutică și un altul de control) și, pe de altă parte, a fost vorba despre o psihoterapie experiențială de grup pentru elevii cu ADHD (un grup de intervenție terapeutică și un altul de control). Rezultatele studiului au relevat faptul că elevii care au participat la grupurile psihoterapeutice experiențiale au înregistrat un progres semnificativ mai mare în ceea ce privește ameliorarea simptomatologiei ADHD față de cei care nu au participat la aceste grupuri. Rezultatele bune ale programului psihoterapeutic, în cazul elevilor cu ADHD, nu au depins de coeficientul lor de inteligență. Pe de altă parte, progresul comportamental al elevilor ai căror învățători au participat la cursurile de optimizare profesională a fost semnificativ mai mare față de elevii ai căror învățători nu au participat la aceste cursuri. Efectul pe care îl are participarea învățătorilor la cursurile de perfecționare profesională asupra progresului comportamental al elevului cu ADHD nu depinde de nivelul intelectual al elevului.

Nu în ultimul rând, Barkley (2011) descrie etapele unui program de intervenție ce vizează reducerea simptomatologiei elevilor cu ADHD prin implicarea părinților acestor elevi. Etapele acestui program pentru copilul/elevul dificil sunt:

1. În prima etapă, li se prezintă părinților cauzele comportamentului dificil al copilului.
2. În a doua etapă a programului, părinții învață metode eficiente de a acorda atenție comportamentului copilului.
3. În a treia etapă, fiecare părinte învață care este momentul potrivit pentru laudarea, aprecierea și recompensarea unui comportament al copilului.
4. În etapa a patra, părinții învață mai multe metode de recompensă a comportamentului copilului, metode aplicate cu scopul de a mări complianța copilului la comenzi, dar și pentru motivarea acestuia.
5. În etapa a cincea, părinții învață cum să introducă pedepsele în program, pentru comportamentele neadecvate din unele contexte.
6. În etapa a șasea, se extinde numărul de contexte în care comportamentele neadecvate ale copilului sunt pedepsite.
7. În etapa a șaptea, părinții învață cum să gestioneze comportamentul copilului în locurile publice.
8. În etapa a opta, părintele învață cum să gestioneze comportamentul copilului de la școală. Acest lucru se realizează prin intermediul unei fișe de monitorizare a comportamentului școlar zilnic și printr-un sistem de recompense.
9. În etapa a noua, părinții învață cum să gestioneze comportamentele problematice viitoare cu ajutorul metodelor deja învățate. În plus, ei învață cum să creeze și să implementeze un program de schimbare comportamentală.

10. În etapa a zecea, părinții participă la ședințe de fixare și de evaluare ulterioară (*follow-up*). Părinții sunt invitați după o lună la întâlniri, pentru a putea evalua modul în care au aplicat metodele învățate ori au eliminat sistemul de recompense, acolo unde se cerea, și pentru a putea fi susținuți și îndrumați în gestionarea unor probleme comportamentale viitoare. Părinții sunt atenționați cu privire la posibilele „recăderi” — este vorba despre refolosirea metodelor ineficiente, utilizate înaintea învățării celor eficiente din cadrul acestui program. Se programează o întâlnire de *follow-up* peste trei luni în cadrul căreia se evaluează progresul programului.

Așadar, simptomatologia copilului cu ADHD este complexă și, pentru a o reduce, este necesară o abordare holistică, ce are în vedere atât caracteristicile copilului, cât și pe cele ale mediului de învățare.

Instruirea școlară a copilului cu ADHD

3.1. Integrarea copilului cu ADHD în școala de masă

În SUA, copilul cu ADHD a fost inclus în rândul celor cu nevoi de sprijin și cerințe educaționale speciale încă din anul 1990, când s-a adoptat Legea privind educația persoanelor cu dizabilități (*Individuals with Disabilities Education Act/IDEA*). Acest act asigură că toți copiii cu vârste cuprinse între 3 și 21 de ani beneficiază de o educație publică gratuită și adecvată, indiferent de capacitate. Având ADHD, copilul nu se califică automat pentru servicii speciale, în conformitate cu IDEA. Conform liniilor directoare, elevii trebuie să aibă un handicap, trebuie să aibă nevoie de educație specială sau de servicii conexe ca urmare a acelui handicap. Deși ADHD nu este nominalizat ca fiind un handicap propriu-zis, acesta este nominalizat ca o afecțiune din categoria „Alte probleme de sănătate” (Bailey, 2007). Copilul cu ADHD este eligibil pentru servicii educaționale speciale dacă mai are și dificultăți de învățare, fiind astfel inclus într-un program educațional individualizat (PEI).

Orice copil are o serie de caracteristici specifice care se referă la modul în care acesta învață. În același timp, unii copii au cerințe educaționale speciale, care impun un sprijin suplimentar pentru realizarea sarcinilor de învățare (Mara, 2009; Gherguț, 2009).

O parte dintre cerințele educaționale ale copilului cu ADHD întâlnite în practică se referă la ameliorarea: limbajului receptiv și

a dificultăților de procesare; problemelor de comunicare socială; deficitelor de atenție și a dificultăților în gestionarea timpului; dezorganizării; dificultăților în abordarea problemelor de matematică a căror rezolvare necesită un efort susținut și ale căror rezultate nu pot fi găsite imediat) (O'Regan, 2018).

Atunci când vorbim despre CES în cazul copiilor cu ADHD, trebuie să avem în vedere două aspecte: pe de o parte, trebuie luat în calcul diagnosticul, tulburarea ca atare, cu toate problemele sale de comportament și socio-emoționale, și, pe de altă parte, trebuie menționat și mediul, care poate fi facilitator al succesului adopțării unui comportament adaptativ sau, din contră, poate împiedica satisfacerea nevoilor copilului/elevului, ducând la izolarea acestuia.

Integrarea copilului cu ADHD în școala de masă presupune analiza atentă a următoarelor aspecte: tipul și nivelul de severitate ale tulburării elevului care urmează să fie integrat; vârsta copilului și nivelul lui de dezvoltare fizică, intelectuală și socială; experiențele anterioare ale copilului în școală; disponibilitatea cadrului didactic de a răspunde nevoilor educaționale ale acestui copil/elev; implicarea familiei în procesul de integrare a copilului în școala de masă; pregătirea psihopedagogică a tuturor profesorilor cu care lucrează copilul în școală; includerea copilului cu ADHD în grupuri de suport, în grupuri în care se concep activități didactice pe baza utilizării unor metode de predare-învățare potrivite contextului; adaptarea curriculumului la cerințele educaționale speciale ale copilului cu ADHD (Gherguț, 2013; Lincă, 2018, 2019).

Cât privește nivelul de satisfacere al cerințelor educaționale speciale ale elevului cu ADHD în școala de masă, putem spune, în urma interviului realizat de noi cu cadrele didactice, faptul că acesta este foarte scăzut, deoarece:

1. Numărul de elevi din clasă nu s-a redus în urma integrării copilului cu ADHD (am observat un număr de elevi cuprins între 28 și 32 într-o singură clasă).
2. Volumul de muncă al cadrului didactic s-a mărit în urma integrării elevului cu ADHD în clasă.
3. Cadrului didactic îi este dificil să mențină disciplina în clasă de când este integrat elevul cu ADHD și ca urmare a faptului că nu este pregătit pentru lucrul cu un asemenea elev.
4. Cadrul didactic nu participă la cursuri de formare, chiar dacă s-a anunțat realizarea lor într-un alt oraș, motivând faptul că nu se alocă fonduri pentru deplasarea sa acolo.
5. Cadrul didactic nu folosește materiale adaptate pentru elevul cu ADHD în timpul orelor de predare (curriculum adaptat nu există decât pentru cei care au și alte deficiențe, iar atunci când sunt preluate materiale speciale, nu se țin cont de particularitățile elevului).
6. În școala de masă, în afara psihologului școlar și a logopedului, nu sunt alți specialiști pentru sprijinul elevilor integrați cu ADHD. Doar elevii care au, pe lângă ADHD, și deficiență mintală sau autism primesc profesor de sprijin în baza unui certificat de elev cu CES.
7. Cadrele didactice au o atitudine negativă atunci când vine vorba despre integrarea copilului cu ADHD în clasa lor. Ele se feresc de situațiile greu de gestionat așa cum sunt cele de integrare a elevilor cu CES.
8. Elevii cu ADHD sunt acceptați cu dificultate de către ceilalți elevi fără cerințe educaționale speciale. De cele mai multe ori, elevii cu ADHD sunt etichetați ca fiind elevi indisciplinați sau zgomotoși.
9. Părinții celorlalți elevi fără ADHD nu sunt de acord ca în clasa în care învață copiii lor să fie integrat unul cu ADHD, întrucât

consideră că progresul școlar al propriilor copii ar fi afectat de prezența elevului cu ADHD (Lincă, 2018, 2019).

În concluzie, ADHD este o afecțiune reală care provoacă multe neazuri copiilor. Cu înțelegere, răbdare, empatie (necesară pentru cunoașterea naturii umane) și ajutor, putem îmbunătăți, în cazul copiilor cu ADHD, eficiența studiului, relațiile cu egalii, educația și respectul lor de sine. Rolul nostru este acela de a încuraja copiii inteligenți și talentați să creadă în propriile capacități și să nu se mai simtă incompetenți, inferiori și nepotriviți.

3.2. Teorii tradiționale și moderne cu privire la procesul de învățare al elevilor cu ADHD

În cadrul acestui capitol vom descrie teoriile care stau la baza Planului de Intervenție Personalizat Complex. A fost necesară o adaptare a principiilor acestor teorii la caracteristicile comportamentale și afective ale copilului cu ADHD, întrucât în literatura de specialitate nu există teorii ale învățării care să fie adaptate la elevii cu tulburări cu deficit de atenție și hiperactivitate.

Douglas (1972) a subliniat rolul metodei axate pe rezolvarea de probleme în susținerea atenției și în controlul impulsurilor atunci când vorbim despre ADHD.

Mai târziu, ea și-a modificat punctul de vedere și a inclus patru deficiențe majore în cazul elevilor cu ADHD: angajare deficitară și dificultăți în menținerea efortului; modularea deficitară a activității corticale pentru satisfacerea cerințelor; o înclinație puternică de a căuta o întărire imediată, împreună cu dificultăți în controlul impulsurilor. În cazul ADHD, aceste patru deficiențe sunt cauzate de o deteriorare esențială la nivelul autoreglării (Douglas, 1988).

Zentall (1985), așa cum argumentează Vrăsmaș (2012), în teoria sa, susținea faptul că hiperactivitatea este rezultatul unui nivel scăzut al activității corticale. Hiperactivitatea este o formă de auto-stimulare, în opinia acestei autoare.

Așadar, această categorie de cercetare, după cum se poate observa, era în principal exploratorie și descriptivă, cu două excepții.

Prima excepție era utilizarea modelului neuropsihologic al lui Gray (1982). Prin acest model se postula faptul că impulsivitatea rezultă dintr-o funcționare defectuoasă a sistemului de inhibiție comportamentală de la nivelul creierului (*the brain's behavioral inhibition system*). Acest sistem se spune că este sensibil la semnalele de pedeapsă condiționată, iar modelul prezicea că persoanele cu ADHD ar trebui să se dovedească mai puțin sensibile la astfel de semnale (Quay, 1988).

Cea de-a doua excepție o reprezintă lucrarea lui Sargent și Van der Meere (1988) în care se prezentau teoria și modelul cognitiv-energetic ale ADHD. Acestea postulau faptul că deficitul de inhibiție comportamentală din ADHD pot fi explicate în termeni de disfuncții energetice, adică disfuncții de organizare a răspunsurilor comportamentale la stimulii din mediu. ADHD provoacă disfuncții la nivelul: funcțiilor executive, mecanismelor atenției și ale reglajului emoțional.

Cu toate acestea, abordarea autorilor de mai sus nu stabilește o teorie reală a ADHD, așa cum ar fi teoria lui Gray (1982), adică nu oferă o perspectivă unificatoare asupra diferitelor deficite cognitive asociate cu ADHD (Quay, 1988).

În afara acestor excepții, perspectiva clinică asupra ADHD (adică cea a *DSM-III* și *DSM-IV*) nu are în spate o teorie.

Prin *teoria unificatoare a ADHD (Unifying Theory of ADHD* — Barkley, 1997, p. 65), Barkley postula faptul că, în cazul copiilor cu ADHD, principala problemă este reprezentată de dificultățile

în inhibiția comportamentală. Aceste dificultăți de inhibiție comportamentală au efecte asupra a patru domenii ale funcțiilor executive: memoria de lucru; autoreglarea emoțională, motivațională și a activității corticale; internalizarea limbajului; și reconstituirea (care se referă la analiza și sinteza comportamentelor, la fluența verbală și comportamentală, la creativitatea comportamentală orientată spre obiectiv). Toate acestea afectează controlul motor, care se referă la inhibarea răspunsului la stimulii irelevanți pentru sarcină, la reacțiile orientate către obiectiv, la executarea unor secvențe motorii complexe, la perseverență, la reluarea sarcinii după ce ea a fost întreruptă, la controlul comportamental bazat pe reprezentarea internă a informației etc.

Teoria de mai sus a constituit baza unui model în care se postula faptul că, în timpul dezvoltării timpurii, mai mulți factori genetici și de mediu interacționează pentru a crea o susceptibilitate neurobiologică la această tulburare. Expresia acestora este mediată de modificări în cadrul diferitelor rețele neuronale și de deficitele funcțiilor neuropsihologice la care contribuie. Astfel, cortexul prefrontal este implicat în funcționarea executivă, în atenția și planificarea motorie; cerebelul și ganglionii bazali sunt implicați în controlul motor; cortexul temporal inferior, cortexul parietal și parieto-occipital, precum și cortexul frontal inferior sunt implicate în memoria de lucru; amigdala, hipocampusul și striatumul ventral sunt implicate în reglarea emoțională (Sonuga-Barke și Halperin, 2010).

Teoria *dezvoltării dinamice a ADHD* (Sagvolden, Johansen, Aase și Russell, 2005) sugerează că hiperactivitatea (care se dezvoltă treptat) provine dintr-o combinație de întărire pozitivă neacordată la timp pentru un comportament dorit și procese de extincție comportamentală deficitară, conducând la un număr crescut și cumulat de răspunsuri comportamentale care pot prezenta un exces de activitate motrică.

Modelul *căilor triple* (*The Triple-Pathway Model* — Sonuga-Barke, Bitsakou, Thompson, 2010) sugerează că persoanele cu ADHD prezintă deficite în inhibiția reacțiilor, în discriminarea duratelor și în anticiparea adecvată a intervalelor de timp. În cadrul acestui model, simptomul hiperactivității este conceptualizat ca o încercare comportamentală de a atenua experiențele subiective negative ale întârzierii în efectuarea sarcinilor (copiii cu ADHD au dificultăți în organizarea timpului, fapt care devine frustrant pentru ei).

Pentru a compensa deficitele determinate de simptomele ADHD-ului, așa cum reiese din teoriile descrise mai sus, considerăm că este necesară implementarea unui Program de Intervenție Personalizat, bazat pe următoarele teorii și modele: *teoriile constructiviste ale învățării*; *teoria socio-cognitivă a învățării* a lui Bandura (1986); *teoria planificării comportamentale/ comportamentului planificat* (Ajzen, 1991); *modelul ABC-ului comportamental* (Skinner, 1974, apud David, 2012); *modelul determinismului reciproc* al lui Bandura (1977); *teoria facilitării sociale* a lui Rogers; *teoriile acționale ale învățării*; *modelul schematic de învățare a abilităților de autoreglare emoțională* (Wyman et al., 2010).

Am ales *teoriile constructiviste*, deoarece acestea privesc învățarea ca pe un proces activ și constructiv, în care elevii sunt provocați să rezolve probleme pe baza celor învățate. Prin acest proces, un copil își construiește propria percepție asupra lumii pe fondul cunoștințelor anterioare, al experienței și al structurilor preexistente.

Abordarea constructivistă susține ipoteza conform căreia elevii ar trebui să-și folosească baza bogată a cunoașterii, pentru a dezvolta noi concepte. Se poate spune, așadar, că perspectiva *constructivismului cognitiv* aduce în discuție „dependența nivelului cunoașterii de calitatea procesării informației și a structurării ei în scheme/structuri de cunoștințe” (Glava, 2009, p. 58).

Cu toate acestea, înțelegerea noilor concepte de către elevi este limitată de factori personali cum sunt: deficitele memoriei de lucru sau dificultăți în ceea ce privește motivația pentru activitățile de învățare. În acest caz, centrarea pe elev, pe cerințele lui educaționale speciale, este esențială.

Profesorul este cel care mediază rezolvarea dificultăților întâmpinate de copil/elev în mediul educațional.

Principiile de bază ale constructivismului, conform lui Bocoș (2017), sunt: sprijinirea elevului în dobândirea de cunoștințe; sprijinirea elevilor în conștientizarea procesului de formare a cunoștințelor; includerea învățării sociale; încurajarea elevului să își organizeze procesul de învățare și să se angajeze în desfășurarea lui; contextualizarea învățării; încurajarea elevului în abordarea din mai multe perspective a unei teme și în evaluarea acesteia (Bocoș, 2017, p. 56).

La teoriile de mai sus se mai adaugă și alte teorii, cum sunt *teoriile acționale ale învățării*, *teoria învățării sociale a lui Bandura*, *teoria comportamentului planificat a lui Ajzen* (1991) și *teoria facilitării sociale a lui Rogers*.

Teoria comportamentului planificat (Ajzen, 1991, apud Armitage și Conner, 2001) sugerează că un comportament este dependent de intenția cuiva de a efectua acel comportament și de credințele și valorile acelui om privind rezultatul comportamentului, dar și de convingerile cu privire la ceea ce alți oameni cred că el ar trebui să facă. Cu alte cuvinte, dacă o persoană crede că poate avea succes în realizarea unei acțiuni, ea va face demersuri în direcția efectuării și finalizării acțiunii respective.

Bandura, în schimb, subliniază importanța observării și modelării comportamentelor, atitudinilor și reacțiilor emoționale ale celorlalți, ale egalilor sau ale persoanelor învestite cu autoritate (cf. Negovan, 2010). Aceste informații devin ulterior repere de acțiune.

Teoria învățării sociale (Bandura) descrie comportamentul uman ca fiind rezultatul interacțiunilor reciproce dintre caracteristicile subiectului (cognitive, de comportament) și cele ale mediului. Multe dintre fenomenele de învățare pot apărea prin analiza și interpretarea comportamentului celorlalți oameni și a consecințelor acestuia pentru observator. Răspunsurile emoționale pot fi condiționate de reacțiile afective ale celorlalți, iar inhibițiile pot fi induse observând comportamentul celor care sunt pedepsiți (Iucu, 2008).

Învățarea după un model nu este doar o simplă imitație, ci implică procesări cognitive complexe ale interacțiunii dintre diferitele obiecte din realitatea înconjurătoare. Cu alte cuvinte, caracterul de inter-învățare al acestei forme de învățare și conținuturile ei experiențiale sunt explicate de transmiterea reciprocă de informații între cei care intră în acest proces. În procesul de imitare a comportamentelor celor din jur, observatorul preia, în primul rând, reprezentările simbolice ale răspunsurilor modelului ales (Păun și Potolea, 2002).

Teoria facilitării sociale a lui Rogers (1967) are unele linii de forță metodologică (Negreț-Dobridor, Pânișoară, 2008, pp. 126–127):

- Profesorul este numit facilitator al procesului de învățare, deoarece se dorește eliminarea dimensiunii de autoritate a acestei funcții.
- Facilitatorul este responsabil de realizarea mediului educațional, care are la bază încrederea în membrii colectivului de elevi din clasă.
- Facilitatorul este responsabil cu stabilirea și urmărirea de către fiecare elev a unui obiectiv educațional propriu, dar și a unuia mai general, la nivelul întregului colectiv al clasei.
- Facilitatorul face accesibil accesul elevilor lui la resurse materiale necesare pentru atingerea obiectivelor educaționale.

- Facilitatorul trebuie să-și accepte propriile limite intelectuale (Negreț-Dobridor, Pânișoară, 2008, p. 126–127).

Teoriile acționale ale învățării au la bază obiectivele procesului de învățare, modelul după care se produce aplicarea pașilor în atingerea obiectivelor și acțiunile mintale sau fizice efective prin care se realizează transformarea (Negovan, 2010).

Deoarece ne dorim integrarea copilului cu ADHD în mediul educațional, dar și învățarea de către acesta a unor comportamente funcționale, la baza Programului de Intervenție Personalizat Complex se află toate teoriile de mai sus.

Barkley (2006) susține că un copil cu ADHD are nevoie să învețe comportamente sociale adecvate vârstei, iar acest lucru se poate face prin interacțiuni cu egali, prin încurajarea în efectuarea activităților didactice, dar și prin facilitarea învățării prin adaptarea mediului educațional la cerințele lui educaționale speciale.

În prezent, se observă tendința cercetătorilor de a sistematiza cunoștințele în modele, și nu în teorii. Această tendință apare datorită nevoii de a reduce decalajul dintre cunoștințele procedurale și cele teoretice.

Modelele se focalizează pe analiza elementelor procesului de învățare, făcând, deci, o descriere a procesului de învățare, pe când teoria explică acest proces (Negovan, 2010). În cazul modelelor, putem vorbi despre învățarea într-un anumit context, în timp ce teoriile abordează învățarea în general. Iucu (2008), pe de altă parte, susține faptul că modelul este mediatorul relației dintre realitate și teorie.

Doré (1983) atrage atenția asupra a trei caracteristici de bază ale modelelor învățării:

- a) se dezvoltă pe baza unei probleme experimentale;
- b) evită controversele conceptuale, caută să confirme idei, nu să le infirme;

- c) sunt eclectice, deoarece împrumută concepte din teorii care uneori sunt în contradicție.

Modelul ABC-ului comportamental (Skinner, 1974), conform celor spuse de David (2012), are următoarele componente: A = antecedente; B = comportament/*behavior*; C = consecințe.

Astfel, comportamentele unei persoane sunt generate de prelucrări informaționale amorțite de stimuli și sunt menținute de consecințele lor. Prin modificarea antecedentelor și a consecințelor, se va ajunge la manifestarea unui nou comportament adaptativ/funcțional (David, 2012).

Modelul determinismului reciproc (Bandura, 1977), în schimb, ia în calcul relația stimul-răspuns și mecanismele cognitive care intervin în această relație, dar și schimbarea comportamentală. Determinismul reciproc cuprinde factori personali, comportamentul fiecărui elev și mediul în funcție de care el învață. Toate cele trei elemente ale modelului se influențează reciproc (Negovan, 2010).

Reglarea emoțională, nu în ultimul rând, este conceptualizată în cadrul *modelului schematic de învățare a abilităților de autoreglare emoțională* (Wyman *et al.*, 2010) ca un proces tranzacțional care decurge mai întâi dintr-o experiență a copilului care preia niște tipare de activare corticală și de adaptare a emoțiilor în relațiile interpersonale. Acest proces evoluează, dar rămâne tranzacțional, deoarece copiii își asumă o mai mare independență în procesele de autoreglare, cu un număr din ce în ce mai mare de adulți și colegi care influențează exigențele emoționale pe care le întâmpină copiii, precum și răspunsul la aceste cerințe.

Acest model subliniază, de asemenea, felul în care schimburile emoționale contribuie la formarea sentimentului de sine al copiilor și la așteptările reciproce din cadrul relațiilor. Pe scurt, copiii dezvoltă o relație cu un adult susținător, de la care învață noi strategii de a face

față situațiilor cauzatoare de stres, primesc întăriri pentru folosirea abilităților lor sociale și asistență în dezvoltarea propriei capacități de utilizare a tuturor achizițiilor pentru a-și regla propriile emoții.

În concluzie, am ales toate aceste teorii și modele pentru fundamentarea studiului de față, deoarece ele stau atât la baza schimbării comportamentale, a însușirii și a dezvoltării unor abilități sociale la copilul cu ADHD, cât și la baza unor terapii cu rezultate semnificative în formarea unor comportamente funcționale/adaptative la acești copii (psihoterapia cognitiv-comportamentală).

3.3. Managementul eficient al clasei în care se află un elev cu ADHD: Strategii funcționale de a face față situațiilor stresante

Prin managementul eficient al clasei, se înțelege evitarea pe termen lung a conflictelor, a unor situații cauzatoare de stres, dar și a unor eforturi constante ale cadrului didactic și ale colectivului de elevi, eforturi depuse în clasă, în timpul orelor sau în pauze (Popenici, Fartușnic, Târnoveanu, 2008).

Când vorbim despre managementul clasei în care se află un elev cu ADHD, avem în vedere două elemente: prevenția (întărirea pozitivă și negativă, contracararea comportamentelor nedorite) și intervenția personalizată propriu-zisă (asigură integritatea și confortul psihic al elevului, al cadrului didactic și al întregii clase; i se oferă elevului cu ADHD ocazia de a-și schimba comportamentul, de a-l controla, dar și oportunitatea de a adopta un nou comportament funcțional) (Ceobanu, 2009).

Pentru o bună gestionare a situațiilor cauzatoare de stres (de criză) din mediul școlar, Iucu (2006) propune evitarea pedepselor, care nu reprezintă un mijloc pedagogic sau educațional, întrucât ele nu iau în calcul schimbarea comportamentului disfuncțional

cu unul dezirabil/funcțional și nici formarea unui nou comportament.

În linii generale, Greene (2017), Dikel (2015) și Popenici, Fartușnic, Târnoveanu (2008) identifică următoarele strategii de lucru cu elevii cu ADHD:

1. Orice strategie de lucru cu elevii cu ADHD trebuie să înceapă cu o conștientizare de către cadrul didactic a faptului că ADHD este o tulburare neuro-comportamentală și că elevul nu se preface, nu simulează, doar pentru a scăpa de sarcinile școlare.
2. Se recomandă formarea de echipe de specialiști multidisciplinare (profesorul de la clasă, alte cadre didactice cu experiență în lucrul cu asemenea elevi, psihiatri, psihoterapeuți).
3. Se recomandă adaptarea mediului la tulburările elevului. Cei mai mulți au probleme în ceea ce privește integrarea senzorială, iar o adaptare a mediului în acest sens poate duce la dezvoltarea capacității de funcționare a elevului.
4. Atitudinea cadrului didactic este importantă mai ales în formarea și menținerea unui mediu securizant emoțional pentru elevul cu tulburare cu deficit de atenție/hiperactivitate. Cadrul didactic folosește reacția cel mai puțin toxică în relația cu elevul cu ADHD (Greene, 2017, p. 30). Se pun, astfel, bazele sentimentului de apartenență la un grup.
5. Strategiile didactice utilizate trebuie adaptate la nivelul de dezvoltare cognitivă al elevului și acesta va învăța să se implice în desfășurarea orelor.
6. Intervenția pedagogică trebuie să se facă în concordanță cu ceea ce poate să facă elevul.
7. Se recomandă antrenamentul abilităților elevului, ceea ce presupune dezvoltarea unor abilități care ajută elevul să se

adapteze mai repede la mediul de acasă, de la școală sau în alte contexte întâlnite în viața de zi cu zi.

8. Consecvența este importantă.
9. Se recomandă utilizarea metodelor ce implică activități practice.
10. Regulile clasei trebuie să fie ajustate.
11. Cadrul didactic trebuie să aibă așteptări și reguli definite clar pentru fiecare elev în parte cu/fără ADHD. După formularea unei singure cerințe în termeni simpli, copilul o repetă în gând, apoi cu voce tare, iar cadrul didactic rămâne lângă el până o îndeplinește.
12. Profesorul trebuie să ajute elevul cu ADHD să-și utilizeze abilitățile, talentul și interesele și în contexte în care, de obicei, nu excelează.
13. Obiectivele educaționale trebuie să țină seama și de aspectele de mai sus pentru ca elevul cu tulburare cu deficit de atenție/hiperactivitate să obțină succesul în procesul de învățare.
14. Toate intervențiile din clasă asupra elevului cu tulburare cu deficit de atenție/hiperactivitate trebuie să fie „invizibile” pentru ceilalți elevi, pentru a împiedica apariția situației în care ceilalți elevi îl privesc ca pe cineva care are nevoie de ajutor suplimentar.
15. Materialele date elevului cu ADHD trebuie să fie clare.
16. Feedbackul trebuie să fie consistent, clar, concis și pertinent față de comportamentul vizat; feedbackul trebuie să fie centrat pe aspecte pozitive pentru a întări un comportament funcțional. Acordarea de mici recompense elevului atunci când performează un comportament funcțional este importantă (Diker, 2015, p. 96–205). Se poate aplica *un sistem de recompensare prin puncte*, astfel: cadrul didactic descrie cât mai bine comportamentul problematic, apoi va descrie comportamentul adecvat în acea situație; cadrul didactic stabilește câte puncte va primi

elevul dacă va adopta un comportament corespunzător; cadrul didactic stabilește împreună cu elevul o listă cu recompense suplimentare; cadrul didactic acordă punctele imediat ce comportamentul adaptativ a fost manifestat; la final de lecție, cadrul didactic discută cu elevul despre modul în care s-a descurcat în performarea comportamentului adaptativ; nu se retrag puncte și nu se stabilesc așteptări prea înalte; după o perioadă, recompensele se vor schimba; după ce elevul performează un comportament adaptativ la ore, se poate trece și la altele; în timp, cadrul didactic va diminua numărul de puncte pentru comportamentele adaptative ale elevului cu ADHD; cadrul didactic va încheia aplicarea planului de recompensare cu puncte atunci când copilul/elevul va performa comportamentul neproblematic minimum două luni (Döpfner, Schürmann, Lehmkuhl, 2006).

În literatura de specialitate din domeniul științelor educației au apărut câteva strategii funcționale specifice de lucru cu elevii cu ADHD, grupate în funcție de momentele lecției.

Astfel, la începutul lecției se recomandă:

- Profesorul va fixa și exprima clar comportamentele pe care le așteaptă de la elevi (de exemplu atunci când elevii vor să spună ceva, vor ridica mâna și niciodată nu vor vorbi cu vreun coleg în șoaptă) (Monastra, 2016).
- Profesorul va indica materialele și ordinea în care vor fi folosite (Wolraich, DuPaul, 2010; Green și Chee, 2017).

Pe parcursul lecției se recomandă folosirea strategiilor următoare:

- Cadrul didactic dă un număr minim de instrucțiuni și de pași pe care copilul trebuie să îi parcurgă în rezolvarea

problemelor (U.S. Department of Education, 2006; Monastra, 2016).

- Profesorul renunță la evaluarea contratimp (Monastra, 2016). Acest tip de evaluare nu reflectă cunoștințele copilului cu ADHD. Acestui copil i se acordă un timp mai mare (de exemplu în cazul unui test, copilul cu ADHD va primi primul foile și i se vor lua după ce ele au fost strânse de la toți ceilalți colegi de clasă) (Wolraich, DuPaul, 2010).
- Profesorul va verifica înțelegerea informațiilor periodic în timpul lecției și nu va trece la alt elev până ce nu se asigură că elevul din față sa (cel cu ADHD) a înțeles informația.
- Dascălul va ține cont de indicatorii neînțelegerii din partea elevului, urmărindu-i expresia facială a frustrării, semnele de visare cu ochii deschiși etc. (U.S. Department of Education, 2006).
- Profesorul va comunica în mod clar și în cuvinte simple instrucțiunile sarcinilor. Aceste instrucțiuni vor fi repetate de către alt elev în cuvinte proprii pentru ca și copilul cu ADHD să înțeleagă (Popenici, Fartușnic, Târnoveanu, 2008; Thomas, Vaz-Ceniglia, Willems, 2011).
- Profesorul va încuraja implicarea copilului cu ADHD la lecție (Popenici, Fartușnic, Târnoveanu, 2008), anunțându-l că în scurt timp va trebui să dea răspunsul la o întrebare. Astfel, atenția copilului va rămâne focalizată asupra sarcinii (U.S. Department of Education, 2006).
- Evitarea de critici și a sarcasmului: se evită astfel discriminarea copilului cu ADHD (Pfiffner, 2011).
- Profesorul va utiliza mijloace audio-video (videoproiector) în predarea lecțiilor, cum ar fi adăugarea unor părți de lecție sau regrouparea unora dintre secvențele lecției (Pfiffner, 2011).
- Profesorul variază vocea, tonul, volumul și metodele de predare (Green și Chee, 2017).

- Profesorul asociază informațiile noi cu cele deja cunoscute și informația verbală cu cea vizuală (Green și Chee, 2017).
- Profesorul va lăuda comportamentul adecvat, iar tonul folosit va fi în concordanță cu poziția corpului. Copilul poate observa cu ușurință lauda nesinceră (Wolraich, DuPaul, 2010).
- Profesorul va ignora selectiv comportamentele inadecvate ale copilului cu ADHD. Această tehnică este deosebit de utilă atunci când comportamentul este neintenționat sau puțin probabil să se mai repete sau atunci când copilul urmărește numai să câștige atenția profesorilor sau a colegilor de clasă, dar fără a perturba sala de clasă (Pfiffner, 2011).
- Profesorul va învăța copilul un sistem de semne, fără ca ceilalți să îl cunoască. De exemplu, profesorul îi va face semn cu mâna copilului, pentru a-i arăta că va răspunde în câteva momente, iar copilul fie arată pumnul — semn că știe răspunsul, fie va arăta palma — semn că nu știe răspunsul. Se recomandă ca elevul cu ADHD să fie întrebat de cele mai multe ori atunci când știe răspunsul, pentru a-i întări încrederea în sine și a-i menține atenția focalizată (Pfiffner, 2011).
- Copilul va fi invitat să ia pauze dese — profesorul îl poate ruga să ducă o carte la bibliotecă sau să meargă în afara clasei pentru a bea un pahar de apă (Pfiffner, 2011).
- Pentru schimbarea comportamentului disfuncțional cu unul funcțional, este necesară utilizarea contractelor de comportament, a planurilor de management și a recompenselor tangibile; de asemenea se va folosi tehnica de „control al prelucrărilor informaționale” (David, 2012; Popenici, Fartușnic, Târnoveanu, 2008), tehnică prin care copilului i se dau mesaje pozitive cu privire la șansele de reușită în descoperirea soluțiilor la diferitele probleme (Pfiffner, 2011).

- Pentru schimbarea comportamentală, este necesară urmărirea frecvenței de apariție a comportamentelor nedorite, dar și urmărirea cauzelor și a consecințelor acestor comportamente (Pfiffner, 2011).
- Se recomandă utilizarea mapelor de culori diferite pentru materialele specifice fiecărui obiect predat (de exemplu, mapa roșie conține materiale, fișe, pentru matematică; mapa verde este pentru citire etc.) (Pfiffner, 2011).
- Se folosesc diagrame colorate cu font mare (Thomas, Vaz-Ceniglia, Willems, 2011; Pfiffner, 2011).
- Se recomandă suport vizual colorat pentru lecțiile la matematică (Thomas, Vaz-Ceniglia, Willems, 2011).
- Se va folosi o clepsidră pentru ca elevul cu ADHD să știe cât timp mai are pentru finalizarea sarcinilor independente (Pfiffner, 2011).
- Copilul cu ADHD va lucra împreună cu colegul de bancă pentru rezolvarea unor probleme, încurajându-se, totodată, și îmbunătățirea relațiilor cu ceilalți, dar și oferirea de feedback constructiv acestor copii (U.S. Department of Education, 2006).
- Se recomandă ca un elev să citească un text, iar ceilalți, inclusiv cel cu ADHD, să urmărească ceea ce se citește (U.S. Department of Education, 2006).
- Se recomandă rezolvarea de probleme în grup, în care fiecare copil își așteaptă rândul pentru a putea răspunde (Thomas, Vaz-Ceniglia, Willems, 2011).
- Copilul va primi fișe cu scris mare și va acoperi întrebările cu o foaie albă, cu excepția celor la care va trebui să răspundă (U.S. Department of Education, 2006).
- La orele de muzică, se pot face jocuri cum ar fi aranjarea copiilor în șir indian, reprezentând gama: cel din față

reprezintă nota DO de jos și ultimul copil stă pentru nota DO de sus. Astfel, copiii vor învăța să-și aștepte rândul și să fie în armonie cu ceilalți.

- Copilul va fi așezat în apropierea catedrei și va fi pus în bancă alături de un copil liniștit, pentru a facilita învățarea prin modelare, dar și focalizarea atenției și reducerea distractibilității (Opre, Băban, Benga, 2015).
- Copilul cu ADHD poate fi așezat în bancă între doi colegi liniștiți (Green și Chee, 2017; Opre, Băban, Benga, 2015).
- Profesorul va utiliza cuvinte-cheie pentru a atrage atenția (Green și Chee, 2017).
- Se va utiliza un pointer pentru a urmări vizual un cuvânt în pagină sau, dacă trebuie ca elevul să urmărească un rând pe cartea de pe bancă, el se va ajuta de o riglă (U.S. Department of Education, 2006).

La final de lecție se recomandă:

- Fiecare elev, inclusiv cel cu ADHD, va spune ce a reținut de la curs.
- Învățătoarea va face o listă cu temele date elevilor, dar și o listă cu greșelile și performanțele frecvente ale elevilor. Astfel, copilul cu ADHD va ști de ce i se dă sau nu o recompensă (U.S. Department of Education, 2006).

În timpul liber se recomandă:

- efectuarea temelor cu o altă persoană, pentru a se verifica respectarea etapelor rezolvării problemelor, dar și corectitudinea rezolvării (Pfiffner, 2011);
- învățarea zilelor săptămânii și a lunilor anului, pentru a se putea planifica sarcini pe un calendar (Pfiffner, 2011).

Putem conchide că, pentru un bun management al clasei și al comportamentului elevului cu ADHD, este necesară combinarea metodelor de instruire educațională cu metode de autogestionare a propriului comportament (Döpfner, Schürmann, Frölich, 2006).

Efortul depus pentru gestionarea unui comportament nedorit la clasă este foarte mare, însă cadrul didactic trebuie să știe faptul că acest efort poate fi diminuat, în primul rând, prin cunoașterea nevoilor și cerințelor educaționale speciale ale copilului/elevului cu ADHD (aspect care stă la baza schimbării comportamentului și care este în strânsă legătură cu mediul de învățare), iar, în al doilea rând, prin adaptarea încă de la început a metodelor de predare-învățare.

Orice copil are o serie de particularități, caracteristici care se referă la modul, stilul, ritmul și specificul învățării sale. În același timp, o serie de elevi au particularități ce îndreptățesc un sprijin suplimentar și niște activități specifice pentru realizarea sarcinilor de învățare; este vorba despre o serie de *cerințe speciale*, diferite de cele ale majorității copiilor și care determină măsuri specifice (Mara, 2009; Gherguț, 2009).

În cazul elevului cu ADHD, cadrul didactic trebuie să înțeleagă faptul că acesta nu este un copil dificil în mod deliberat, ci pur și simplu el acționează fără să analizeze (Green și Chee, 2017; Botezatu, 2011; Döpfner, Schürmann și Frölich, 2006). Iar dacă simptomatologia tulburării cu deficit de atenție/hiperactivitate se asociază cu tulburări de învățare (disgrafie, discalculie) sau cu tulburări de pronunție, acel elev are cu atât mai mult nevoie de suportul dascălului.

Problemele de citire sunt frecvente mai ales la elevii cu ADHD cu subtipul predominant neatent. Dificultatea de citire nu e cauzată de prezența ADHD, ci mai degrabă prezența acestei dificultăți exacerbează, agravează, simptomatologia ADHD-ului. Nu se pune problema că acești copii ar fi leneși; de fapt, în cazul lor, cititul nu

le rezervă prea multe satisfacții. Chiar și atunci când elevul poate să citească, efortul depus este atât de mare, încât mare parte din înțelesul celor lecturate se pierde.

În toate aceste cazuri, se recomandă foarte multă răbdare și utilizarea de cartonașe cu imagini și cuvinte, cât de mult se poate, pentru a îmbunătăți capacitatea copilului de a recunoaște cuvintele ca imagini (Green și Chee, 2017).

Pe de altă parte, un copil cu ADHD poate avea și discalculie. În acest caz, cadrul didactic trebuie să dea dovadă de creativitate în menționarea cerințelor problemelor (de exemplu pentru a ajuta un copil căruia îi place fotbalul, profesorul îi poate desena jucători pe tablă) (Gold, Ewing-Cobbs, Cirino, Fuchs, Stuebing și Fletcher, 2013; Friedberg, McClure și Hillwing Garcia, 2013).

3.4. Jocul didactic pentru copilul cu ADHD

Apreciem că, indiferent dacă vorbim despre problemele elevului cu ADHD în ceea ce privește citirea, scrierea sau calculul, ele pot fi depășite prin utilizarea jocului didactic, dar mai ales a celui care presupune un plus de mișcare. Elementele jocului didactic au calitatea de a stimula și motiva intrinsec elevii, mai ales în învățământul primar, deoarece este o activitate făcută de dragul ei, nu pentru un scop anume (Botezatu, 2011).

Jocul didactic este o strategie interactivă, eficientă, centrată pe elev (Cerghit, 1980). Prin joc didactic, copilul trece lent de la buna dispoziție și spontaneitate la activitățile intelectuale (Nell și Bush, 2016). Trecerea de la efortul depus în cadrul unui joc didactic la efortul depus pentru activitatea de învățare se înscrie în cadrul mecanismelor active de adaptare psihologică a copilului/elevului la cerințele mediului școlar. În particular, la orele de matematică, folosirea jocului didactic împreună cu problemele de perspicacitate

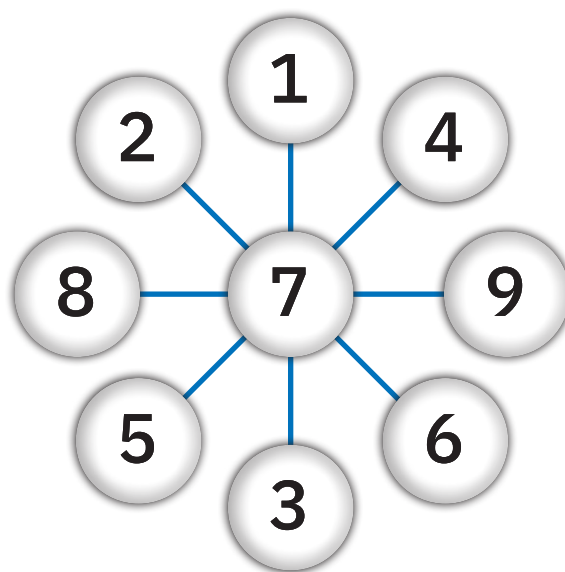
vizează: stimularea dorinței de autodepășire, cultivarea încrederii în forțele proprii și a spiritului de colaborare și ajutor reciproc (Romanescu, 2012).

Jocul didactic poate fi folosit ca lecție de sine stătătoare, ca moment al unei lecții sau ca element ce completează lecția (Neagu și Patrovici, 2000; Stan, 2013). În cazul copilului cu ADHD, eficiente sunt atât jocul didactic în grup, cât și cel individual.

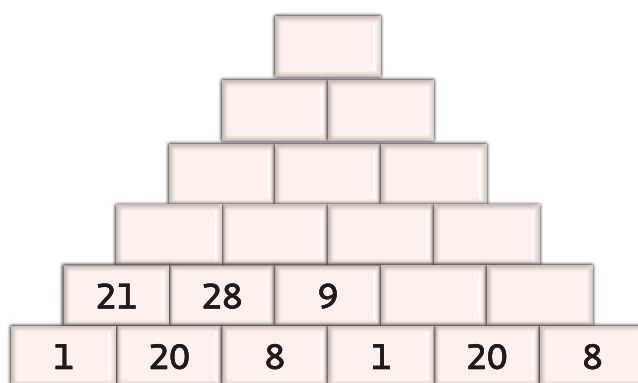
Mergând în clase în care copilul/elevul cu ADHD era integrat, am observat faptul că, prin joc didactic individual (de exemplu: *Completează șirul, Ghici..., Ce semne lipsesc?, Care sunt vecinii numerelor?*), cadrul didactic își poate forma o imagine clară asupra lacunelor copilului și asupra dezvoltării gândirii flexibile a acelui elev.

Un exemplu de joc individual ar fi următorul: *În grădina ce-o iubesc,/ Flori frumoase înfloresc./ Luni, 6 am numărat,/ Apoi zilnic s-au dublat./ La final de săptămână,/ Câte flori am în grădină?* (Romanescu, 2012, p. 42)

Un alt exemplu de joc didactic aplicat copilului cu ADHD în școala de masă, cu scopul de a descoperi lacunele în învățare, este cel denumit *Jocurile buclușe*, în cadrul căruia i se cere copilului de clasa I să pună cifrele de la 0 la 9 în cerculețe, astfel încât, pe fiecare linie ce unește 3 cerculețe, suma să fie 15.



Pe de altă parte, în cazul elevilor cu ADHD, trebuie îmbunătățită atenția la detalii, iar acest fapt poate fi realizat prin jocul numit *Zidul*, în care i se dă copilului următorul instructaj: *Niște muncitori vor să facă un zid din mai multe cărămizi. Ajută-i să-l construiască, știind că fiecare cărămidă ce se sprijină pe alte două cărămizi reprezintă suma celor două. Scrie, te rog, numărul corespunzător pe fiecare piatră* (D. Radu și N. Ploscariu, 2008).



Prin jocul didactic de grup/echipă, copilul cu ADHD își dezvoltă abilitatea de a se adapta cerințelor, siguranța de sine și cooperarea; el învață să adopte un comportament civilizat nu numai în școală, ci și în situațiile sociale și înțelege care este rolul fiecărui membru al echipei în atingerea unui obiectiv comun (Nill, Drew și Bush, 2016). Pentru a susține aceste afirmații, putem da exemple de jocuri, cum sunt: *Rezolvă și dă mai departe* sau *Cine știe câștigă* (Nell și Bush, 2016).

În cadrul jocului *Rezolvă și dă mai departe*, elevii, grupați în echipe de câte 6, rezolvă un lanț de operații dând fișa de la unul la altul. De corectitudinea rezultatului obținut de primul elev depinde rezultatul obținut de cel de-al doilea elev și tot așa, până la ultimul copil. Jocul se desfășoară într-un timp bine stabilit, iar

echipa câștigătoare este cea care reușește să rezolve cât mai multe exerciții. Mai jos redăm un exemplu:

$2 + 3 = \square$
$\square + 4 = \square$
$\square - 3 = \square$
$\square + 71 = \square\square$
$\square\square - 27 = \square\square$
$\square\square \times 2 = \square\square\square$
$\square\square\square - 54 = \square\square$
$\square + 9 = \square\square$
$\square\square + 168 = \square\square\square$
$\square\square\square - 22 = \square\square\square$

La activitatea următoare, participă toți elevii din clasă. Ei sunt grupați în echipe de câte 4 copii. Profesorul desenează pe tablă o figură geometrică oarecare. Pe rând, copiii din fiecare echipă merg la tablă și completează tabloul, desenând diverse detalii. În timp ce un copil este la tablă, ceilalți copii din alte echipe închid ochii și îi deschid după ce detaliul a fost desenat. Pe rând, elevii vor ghici ce s-a desenat. Câștigă echipa cu cele mai multe detalii ghicite (Nell și Bush, 2016).

Cine știe câștigă este un alt joc de echipă în care elevii, membrii unei echipe, trebuie să aleagă un număr din caseta gri și unul din caseta albă, apoi trebuie să le adune. Echipa câștigătoare este cea

care rezolvă cele mai multe exerciții în timpul stabilit. Mai jos am redat un exemplu:

1	3	3	8
8	1	4	3
15	1	10	0
4	8	1	9

După cum se poate observa, aceste jocuri se bazează pe cooperare, iar colaborarea ajută în mai multe feluri: stimulează interacțiunile din echipă, încurajând socializarea; creează cadrul în care elevii învață unii de la alții; contribuie la crearea unei imagini pozitive despre sine; stimulează dezvoltarea încrederii în capacitățile intelectuale, practice și afective ale celuilalt etc. Jocurile didactice, în acest context, au o funcție formativă (Jinga și Negruț, 1994).

Pe de altă parte, aceste jocuri de echipă determină dezvoltarea moralității la copil prin faptul că sunt întărite următoarele trăsături: autocontrol, independență, perseverență, disciplina conștientă, subordonarea intereselor proprii celor de grup (Botezatu, 2011).

În concluzie, aplicarea tuturor metodelor mai sus-menționate nu determină soluționarea problemelor comportamentale ale copilului/elevului cu ADHD, ci determină dezvoltarea abilităților de rezolvare a unei părți din suita de probleme cu care se confruntă elevul sau pe care cel puțin le poate evita. Eficiența acestor metode a fost demonstrată de numeroși practicieni (Botezatu, 2011; Romanescu, 2012; Gold, Ewing-Cobbs, Cirino, Fuchs, Stuebing și Fletcher, 2013; Pfiffner, 2011; Döpfner, Schürmann, Lehmkuhl, 2006).

3.5. Programe de intervenție personalizate în mediul școlar pentru elevii cu ADHD

Totodată, la nivel teoretic, încă din 1994, Doru Vlad Popovici, în lucrarea sa *Dezvoltarea comunicării la copiii cu deficiențe mintale*, a descris elementele avute în vedere atunci când se dorește realizarea unui program de intervenție. Acestea au fost restructurate în anul 1999 de Popovici, astfel: evaluarea; stabilirea mediului de desfășurare a programului; stabilirea subiecților cărora se adresează programul; stabilirea obiectivelor pe termen lung și pe termen scurt; selectarea activităților și a metodelor folosite în intervenție; stabilirea instituțiilor și a echipelor interdisciplinare (profesori, psihologi, defectologi, logopezi, învățători, educatori etc.) care vor implementa programul; cooperarea cu familia și comunitatea (Popovici, 1999).

Mara (2009) prezintă următoarele elemente ale Programului de Intervenție Personalizat (PIP): stabilirea datelor personale ale elevului, specialiștii implementează PIP, stabilesc data realizării PIP, data revizuirii PIP, află datele medicale necesare, datele relevante din punct de vedere psihopedagogic și datele privitoare la comportamentul școlar. Aceste date privitoare la elevul cu ADHD includ: aria curriculară, obiectivele educaționale, strategiile de intervenție și învățare, perioada de intervenție și evaluarea procesului de învățare și a intervenției, precum și rezultatele obținute în urma aplicării PIP.

În opinia lui Popovici (1999) proiectarea unui program de intervenție se axează pe modificarea mediului copilului (mediu școlar sau familial) într-un mod organizat.

Programul de intervenție personalizat (PIP) vizează un singur domeniu de intervenție (Gherguț, 2013) și se bazează pe interesele, deprinderile și performanțele anterioare ale elevului, pe nivelul

funcțional actual al acestuia, dar și pe caracteristicile individuale ale copilului căruia i se adresează (Crețu, 1995).

Potrivit celor spuse de Cucos (2009), programele de intervenție personalizate au ca obiectiv responsabilizarea și autocontrolul comportamentale al persoanei care e vizată prin respectivul program.

Cadrul didactic care întocmește programul de intervenție personalizat trebuie să aibă în vedere și: particularitățile de dezvoltare ale elevului, tipul și gravitatea tulburării elevului, aria curriculară, nivelul heterocroniei, interdisciplinaritatea în intervenție, resursele umane și materiale disponibile, definirea clară a cerințelor speciale ale elevului căruia se adresează programul, precizarea și operaționalizarea obiectivelor-cadru ale învățării, evaluarea abilităților și capacităților elevului în raport cu obiectivele fixate, lucrul în grup/activități didactice de grup, aplicarea unor metode de predare flexibile și interactive, utilizarea unor metode de evaluare formativă etc. (Bucă-Belciu, 2004).

Un program de intervenție personalizat, pe de altă parte, se desfășoară în cinci etape: *evaluarea diagnostică* — cuprinde evaluarea atitudinii elevului față de sarcina didactică, evaluarea proceselor cognitive și metacognitive; *formularea obiectivelor*; *programul propriu-zis* — are în vedere resursele și dificultățile copilului; *asumarea responsabilității* — cunoașterea de către copil a obiectivelor, dar și a metodelor prin intermediul cărora se ating obiectivele; *bilanțul* (Vianin, 2011).

Evaluarea PIP se face în funcție de progresul înregistrat la nivel funcțional de către elev (Buică-Belciu, 2004).

Pe de altă parte, Foloștină (2011) descrie modelul piramidal al învățării, aplicat în lucrul cu un elev care are tulburare cu deficit de atenție și hiperactivitate.

Justificarea alegerii unui asemenea model este aceea că, doar printr-un model solid, se poate obține succesul școlar al acestor

elevi. Piramidele egiptene erau structuri grandioase datorită bazei solide...

Componentele modelului piramidal al învățării sunt grupate în „blocuri”: primul nivel, baza piramidei, este format din elementele mediului de învățare; următorul nivel este format din blocurile de bază, și anume: atenție, autoreglare, emoții, stimă de sine, comportament; următorul nivel conține blocurile simbolice: fonologic, ortografic și motor — ajută copilul în prelucrarea informațiilor simbolice ale limbajului; ultimul nivel este alcătuit din blocurile conceptuale: limbaj, imagini și strategii. Aceste din urmă elemente ajută copilul să înțeleagă sensurile și relațiile dintre cele învățate.

Din toate cele prezentate reiese faptul că pentru obținerea schimbării comportamentale a elevului cu tulburare cu deficit de atenție/hiperactivitate este necesară atât includerea acestuia într-un grup de suport, dar și pregătirea cadrului didactic pentru lucrul cu acest tip de elev.

Totodată, de-a lungul timpului, și-au dovedit eficacitatea în schimbarea comportamentului elevilor cu ADHD și programele de intervenție bazate pe colaborarea dintre familie și școală. Drumul până la colaborare este adesea unul sinuos, deoarece părinții nu pot depăși unele bariere în comunicarea cu personalul școlar.

Nu de puține ori, părinții cred că serviciile speciale nu sunt adaptate nevoilor educaționale ale copiilor lor și, deci, atitudinea pe care o adoptă în interacțiunea cu învățătorii/profesorii/conducerea școlii e una conflictuală.

Alte dificultăți de care se lovesc părinții copiilor cu ADHD (conform studiilor de mai sus) implică atitudinea conducerii școlii și a psihologului școlar de tipul „noi *versus* voi”, care se vădește chiar prin așezarea fizică a personalului școlar, înainte ca părinții să ajungă la ședința în cadrul căreia urmează să li se comunice

rezultatele evaluării psihologice. (Astfel, părinții sunt așezați la un capăt al mesei, iar membrii comisiei sunt așezați la polul opus.)

Barierile în ceea ce privește implicarea părinților copiilor cu ADHD în programul de intervenție personalizat nu se sfârșesc odată cu acceptarea de către aceștia a faptului că au un copil cu cerințe educaționale speciale. De cele mai multe ori, învățătorii/profesorii sunt văzuți ca experți în remedierea problemelor școlare, iar implicarea părinților în acest context s-ar putea să nici nu fie luată în calcul, așa încât părinții să nu aibă posibilitatea să se informeze ce pot face ei pentru a ajuta în mod concret.

Pentru a soluționa toate aceste probleme se recomandă ca membrii echipei de specialiști, angajați ai școlii, să le explice părinților copiilor cu ADHD ce comportamente trebuie să manifeste în relația cu elevul și ce comportamente trebuie să încurajeze la copilul cu ADHD.

Dintre strategiile pe care părinții le pot aplica pentru a ajuta la soluționarea problemelor școlare ale copiilor lor cu ADHD, enumerăm câteva:

- copilul citește de mai multe ori un fragment dintr-un text și părintele îl urmărește, iar la final cuvintele pe care copilul le-a pronunțat greșit sunt rostite corect de către părinte. În cele din urmă, copilul recitește fragmentul;
- părintele, înainte ca elevul să citească textul, pune câteva întrebări ce vizează înțelegerea celor citite, la care copilul va trebui în final să răspundă. După ce copilul citește textul, va răspunde la întrebările puse în avans de către părinte;
- părinții ajută copilul să facă o schemă a tuturor informațiilor esențiale dintr-un text citit (harta conceptuală a poveștii);
- părintele ajută elevul la teme, îi creează acestuia o rutină în efectuarea temelor;

- listele de verificare sunt utile în a specifica ce anume are de făcut elevul. Aici se oferă recompense în funcție de performanța copilului în efectuarea tuturor sarcinilor;
- elevii sunt învățați să-și automonitorizeze atingerea obiectivelor stabilite în ce privește efectuarea temelor, iar părinții oferă recompense în funcție de numărul de obiective îndeplinite;
- la efectuarea temelor se utilizează o clepsidră. Astfel, copilul știe cât timp are pentru efectuarea unei singure sarcini;
- părintele va încuraja comportamentele funcționale ale propriului copil prin: evitarea afirmațiilor directive, laudă, jocuri și reflecție (când copilul face un comportament dezirabil, părintele reflectă, cu voce tare, purtarea adecvată a copilului);
- părinții vor da comenzi eficiente, astfel: comenzile se dau doar în momentul în care ele pot fi monitorizate, comenzile se dau doar după ce părinții au obținut atenția copilului, comenzile se dau după ce părinții s-au asigurat că elevul le poate îndeplini, comenzile sunt date în cuvinte simple, exprimate clar, spunând copilului ce trebuie să facă (Peacock și Collett, 2015).

3.6. Vinietă

Andrei deseori are probleme cu organizarea sarcinilor și a activităților (dificultăți în gestionarea sarcinilor secvențiale, dificultăți în a păstra în ordine obiectele personale sau pe cele din jur, respectiv un stil dezorganizat de muncă). El nu reușește să urmeze întocmai instrucțiunile pe care le primește de la doamna învățătoare și nu își termină temele la clasă sau sarcinile casnice (începe o sarcină, dar este distras cu ușurință). Copilul răspunde în pripă, înainte ca întrebările să fie terminate (completează

propozițiile oamenilor, nu își poate aștepta rândul în conversație). De asemenea, deseori, el împiedică sau întrerupe ceea ce fac alții.

Cosmin nu poate să stea pe scaun prea mult timp, uită instrucțiunile complexe, este distras cu ușurință de orice zgomot, aleargă întotdeauna de parcă ar fi pe un motor, se cațără peste *tot*.

Doamna învățătoare, în lucrul cu Andrei: îi face fișe colorate cu un scris cu font mare, pe care le alternează de-a lungul unei ore, îi lasă pe bancă doar materialele care vor fi folosite la acea oră de curs, îi face mape de culori diferite pentru fiecare obiect de la școală, în mai multe etape și la fiecare etapă finalizată îi dă 5 minute pauză de joacă cu modelino.

Doamna învățătoare, în lucrul cu Cosmin: îl învață un cod prin care copilul știe când are voie să răspundă, îl așază în bancă cu un copil mai liniștit. De asemenea, îi dă pauze dese, îl include în grupuri de 3–4 copii în cadrul cărora fiecare are sarcini clare, împarte activitățile didactice, îi pune pe scaun o pernă cu apă, îi pune pe bancă o clepsidră, îl trimite într-o pauză de o oră pe terenul de fotbal sau la bazin.

Partea a II-a

Intervenții corectiv-recuperative în ADHD

Activități didactice

Mai jos, propunem câteva exemple de exerciții ce pot fi utilizate de către profesori, la clasă, în activitățile desfășurate cu copii cu ADHD.

Exerciții pentru stimularea atenției auditive, vizuale, chinestice cu instrucțiuni verbale și scrise:

- Exerciții prin care se urmărește descrierea unei situații: „Privește atent și spune ce vezi”.
- Jocuri de manipulare de obiecte: „Fă ca mine”.
- Exerciții prin care se urmărește găsirea a cât mai multor diferențe între două imagini/obiecte.
- Exerciții centrate pe câmpul perceptiv, pe procesarea informațiilor vizuale.
- Exerciții centrate pe aranjarea nuanțelor de culoare după criteriile date.
- Exerciții centrate pe exersarea reacțiilor de mișcare, prin manipularea unor cuburi, jetoane, după un model prestabilit.
- Exerciții centrate pe copierea unor desene, vizând concentrarea oculară și coordonarea ochi-mână: urmărește mâna desenând.
- Exerciții centrate pe coordonarea auditiv-motrică, prin sincronizarea între un semnal auditiv și mișcarea propusă.
- Exerciții de rapiditate și precizie.

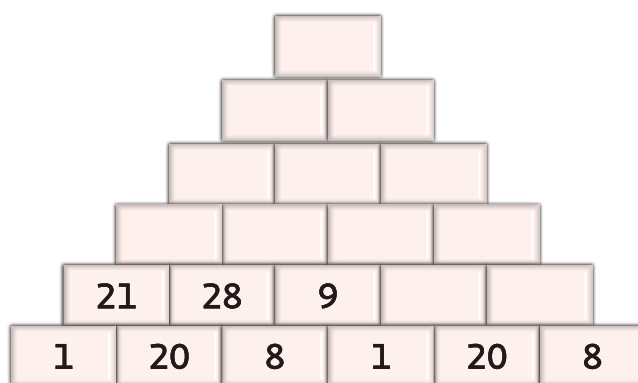
- Exerciții centrate pe construirea unui obiect identic cu cel dat ca model.
- Exerciții centrate pe identificarea unor forme, cartonașe sau obiecte identice, pe exersarea formării de perechi etc.
- Exerciții centrate pe clasificarea unor obiecte în raport cu utilitatea, cu locul în care copilul trăiește.
- Serii de câte 3 sau 4 imagini pentru o întâmplare trebuie așezate în ordine cronologică.
- Exerciții centrate pe repetarea unor cuvinte fără sens, a unor silabe.
- Exerciții centrate pe reproducerea unor cuvinte, expresii scurte în diverse tonalități: „Atenție la ce spun pentru că va trebui să repeți!”.
- Exerciții centrate pe mutarea privirii de la un obiect la altul după indicații.
- Exerciții centrate pe crearea unor povești pe baza unor stimuli pe care copilul trebuie să îi rețină. Stimulii sunt arătați o singură dată.

Exerciții de realizare a unui desen complex pe baza instrucțiunilor exclusiv verbale:

- 1) Desenați un pătrat galben în colțul din stânga jos al foii.
- 2) Colorați în interior pătratul cu albastru.
- 3) Desenați un cerc în colțul din dreapta sus al foii.
- 4) Desenați un oval în centrul foii.
- 5) Colorați ovalul cu verde.
- 6) Desenați un dreptunghi pe care îl colorați cu mov în colțul din stânga sus al foii.
- 7) Desenați un pătrat în colțul rămas liber.
- 8) Colorați-l cu portocaliu.

Dezvoltarea atenției la detalii poate fi facilitată, de exemplu:

- Prin exercițiul numit *Zidul*, în care i se dă copilului următorul instructaj: „Niște muncitori vor să facă un zid din multe cărămizi. Ajută-i să-l construiască știind că oricare dintre cărămizi care se sprijină pe alte două cărămizi reprezintă suma celor două cărămizi de la bază. Scrie, te rog, numărul corespunzător pe fiecare piatră” (D. Radu și N. Ploscariu, 2008).



Exerciții de memorie vizuală și auditivă:

- Exerciții centrate pe extragerea unui element dintr-un set de 3–4 obiecte/imagini percepute anterior (Ce a fost aici?).
- Exerciții centrate pe memorarea de poezii și cântece.
- Exerciții prin care copilul identifică în 3 șiruri forme geometrice diferite, apoi le memorează locul. La final i se prezintă copilului 3 locuri goale, iar el trebuie să spună unde a văzut fiecare formă diferită. Instrucțiunile sunt verbale, planșa pe care se află figurile, dar și aceste figuri sunt viu colorate.
- Exerciții pentru dezvoltarea programelor mnezice vizual-motorii și pentru automatizarea acestora. De exemplu: În prima etapă, copilul vede o imagine cu un cățel pe care i-o arată cadrul didactic; când vede un cățel, elevul trebuie să pună în cutie un jeton albastru și, când vede o imagine cu o pisică,

el trebuie să pună un jeton roșu în aceeași cutie. În cea de-a doua etapă, atunci când vede o imagine cu o pisică, elevul trebuie să pună un jeton roșu în cutie, iar când vede o imagine cu un câțel trebuie să pună în cutie un jeton albastru și, în plus, când vede o imagine cu un iepuraș trebuie să pună un jeton negru în cutie.

- Exerciții de tipul: Aranjează cartonașele respectând instrucțiunile următoare: 1) La dreapta unui cerc mare roșu trebuie așezat un pătrat mare albastru. 2) Sub un cerc mic verde trebuie așezat un cerc mic galben. 3) La stânga unui pătrat mare verde trebuie pus un pătrat mic roșu. Sarcina trebuie rezolvată în 60 de secunde.

Strategiile folosite sunt următoarele:

- Copilul repetă în propriile cuvinte cerința;
 - Copilul identifică toate formele geometrice, mărimile și culorile lor de pe cartonașe;
 - Copilul își planifică mișcările. (Care sunt cartonașele pe care le mut prima dată?);
 - Copilul plasează cartonașele, verifică totodată regula;
 - Copilul verifică rezultatul.
- Exerciții de tip labirint: Ajutați rățuștele rătăcite să se întoarcă pe cel mai scurt drum la fermă. Linia trasată nu trebuie să depășească marginile drumului. Aveți 60 de secunde pentru rezolvarea problemei.

Strategiile folosite sunt următoarele:

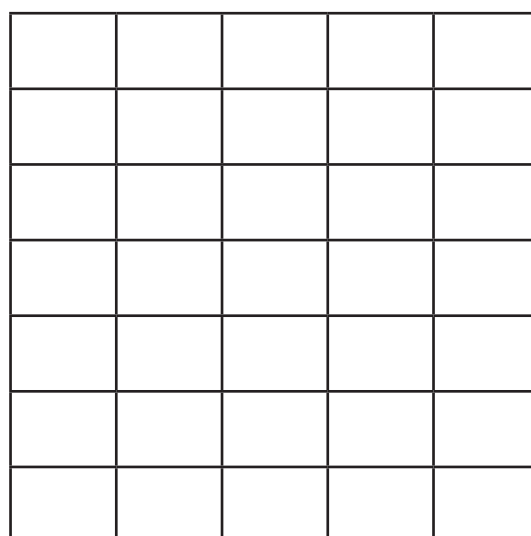
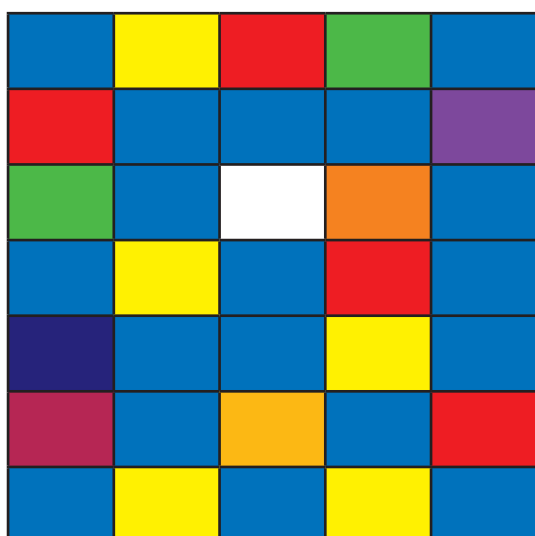
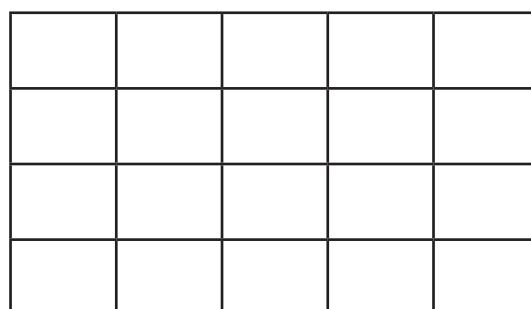
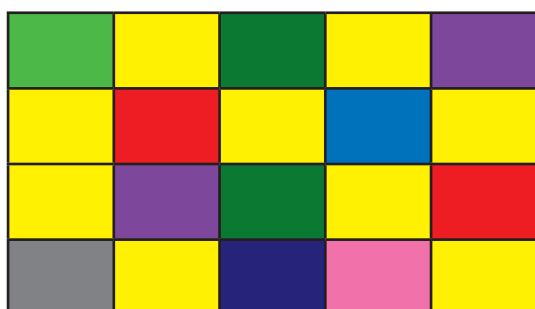
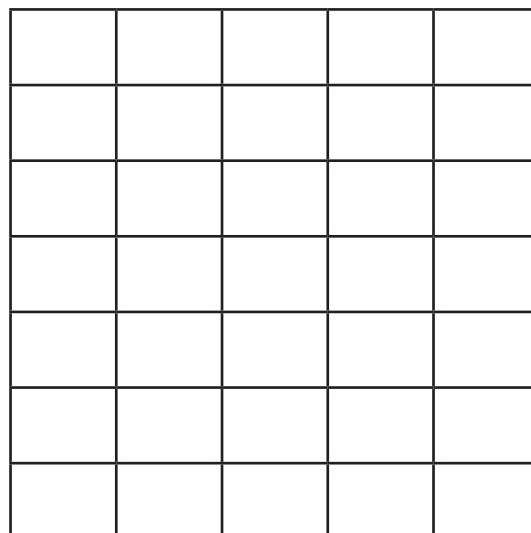
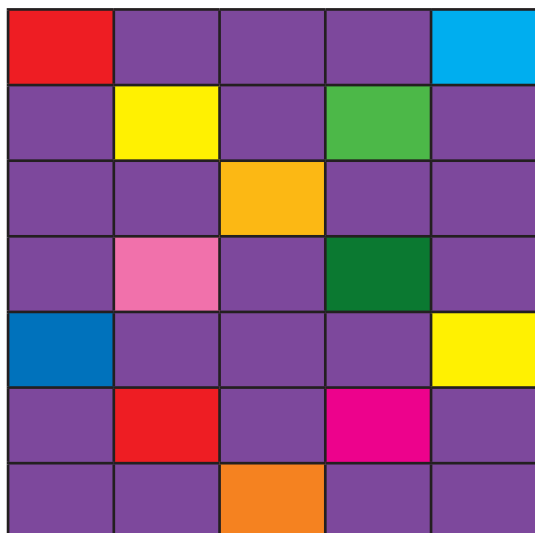
- Copilul repetă cu propriile cuvinte cerința;
- Copilul identifică locul în care se află rața și cel în care se află rățuștele;

- Copilul își planifică mișcările. (Ce mișcări trebuie să fac pentru a trasa drumul?);
- Copilul urmărește cu degetul traseul înainte de a trasa linia (estimarea dificultății drumului);
- Copilul este atent la acțiunile proprii (monitorizarea execuției mișcărilor);
- Copilul încearcă să integreze coordonarea motorie fină cu abilitățile vizual-spațiale, cum sunt aprecierea distanțelor și orientarea liniilor.

Anexă

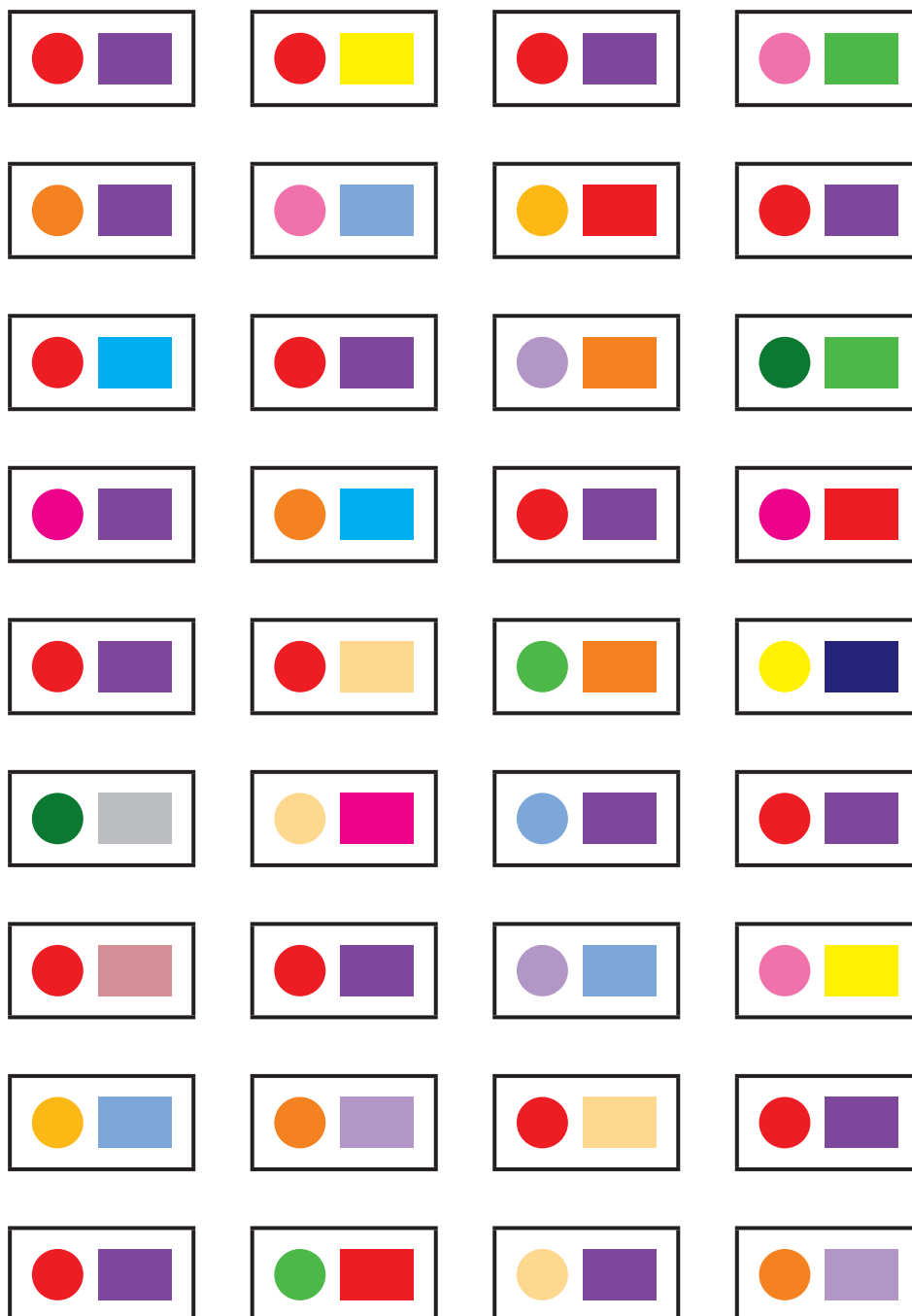
Fişe de lucru

Colorați în cadranul din dreapta modelul deja colorat din stânga.



START	1	2	4	7	1	7	8	9	10	13
	7	3	5	8	2	6	9	10	11	12
	9	4	5	6	3	4	10	8	16	15
	3	2	9	7	4	3	11	7	17	15
	7	3	0	8	1	11	12	6	19	18
	6	1	10	9	2	15	6	5	11	20
	1	12	11	6	3	15	13	5	13	8
	5	13	14	15	4	8	12	21	12	9
	4	10	13	16	5	9	11	7	13	4
	6	11	12	17	18	19	20	8	12	10
	7	12	15	11	10	12	21	22	7	9
	8	11	16	12	13	1	3	23	24	25
										SOSIRE

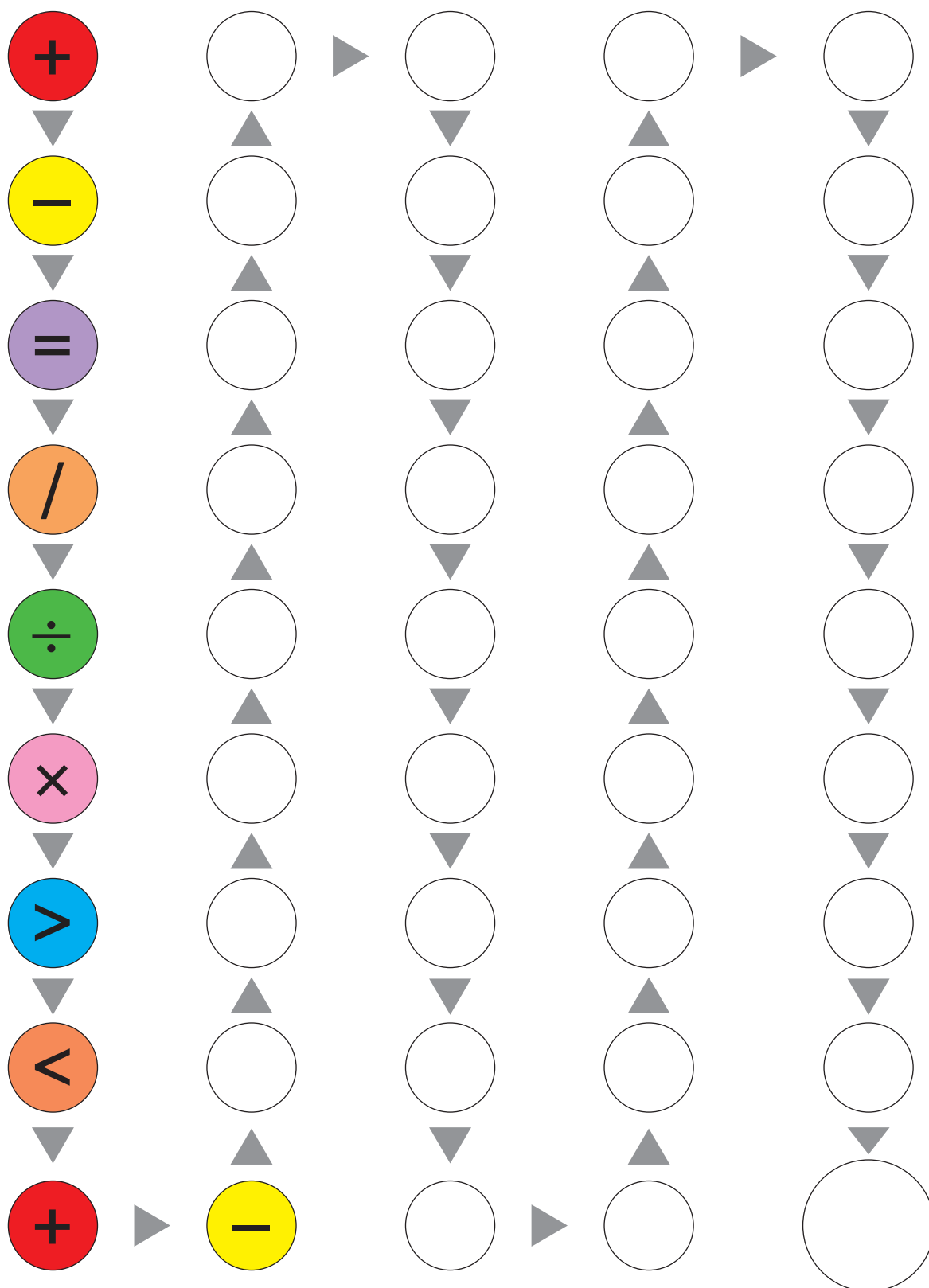
În următoarele 5 minute, găsiți toate simbolurile identice cu cel dat drept model în rândurile de jos.

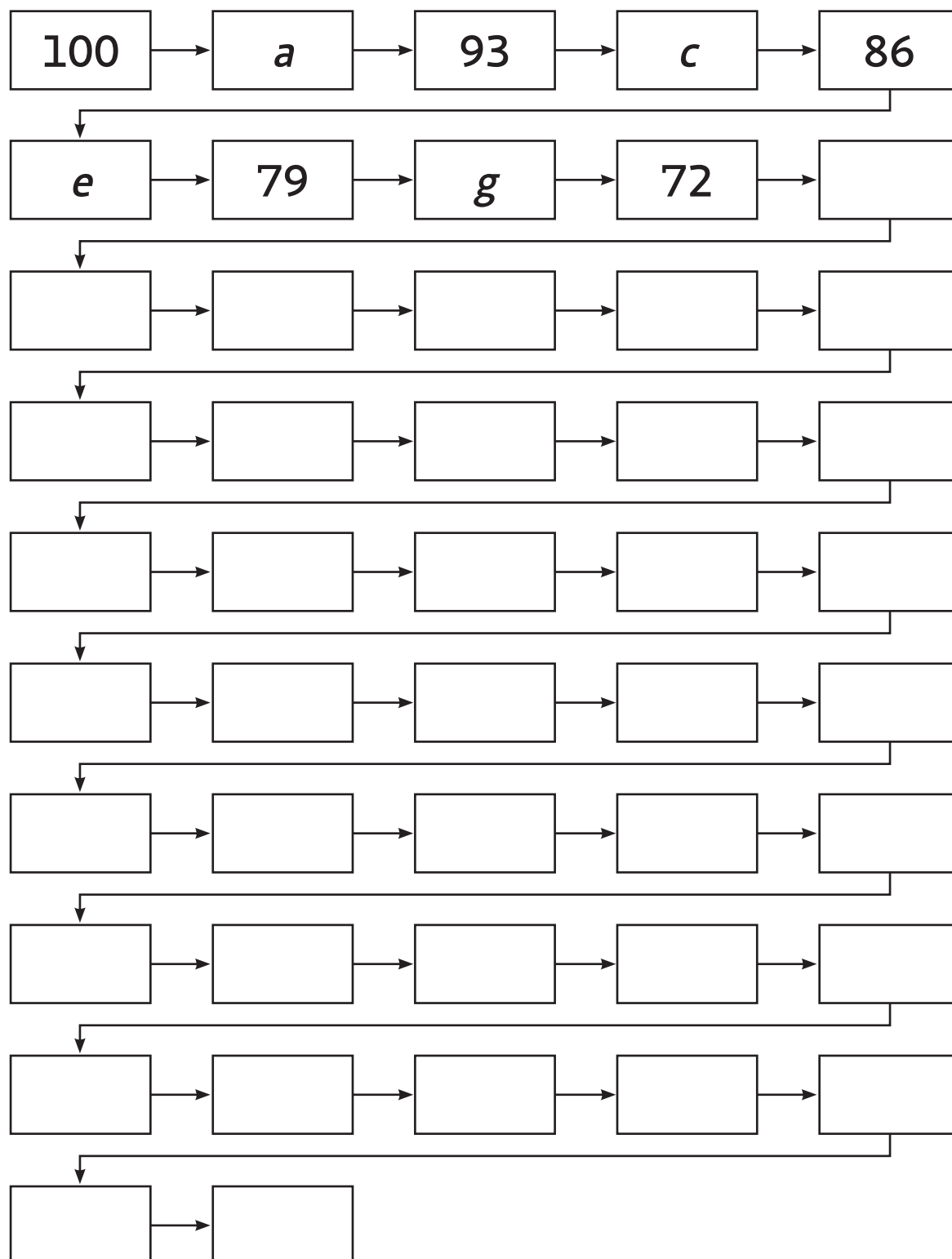


px

л	Æ	œ	ω	æ	Һ	Ʀ	px	Æ	н	ø	н	ø	н	ø
æ	æ	н	ø	н	ø	н	ø	н	ø	н	ø	н	ø	н
л	н	ø	px	œ	œ	px	Æ	з	л	px	з	л	н	з
з	л	н	Һ	з	л	px	px	Æ	œ	px	Æ	œ	ω	Æ
Æ	œ	ω	æ	Æ	œ	px	л	æ	н	px	æ	н	ø	px
Æ	px	Һ	px	px	œ	œ	Һ	Ʀ	px	Æ	Q	ж	ă	à
н	ø	н	ø	н	ø	н	px	н	ø	н	ø	н	ø	н
л	Һ	Ʀ	px	Æ	ø	н	px	px	Æ	Æ	з	px	Һ	з
з	л	н	œ	œ	н	Æ	px	ø	н	px	px	л	px	з
Æ	œ	ω	н	Æ	px	ø	н	px	л	ø	н	з	л	Æ
æ	н	ø	з	px	Һ	Ʀ	px	Æ	px	з	px	Æ	œ	ω
px	Ʀ	px	Æ	Һ	Ʀ	px	px	ø	н	Æ	н	æ	н	ø
px	н	ø	н	ø	н	ø	н	ø	px	œ	œ	ø	н	px
л	н	œ	œ	px	н	ø	н	ø	н	ø	px	px	з	з

Continuați tiparul





ADHD...

Funcții executive

Să ne imaginăm că ești dirijorul unei orchestre. Ce face un dirijor?

.....

.....

.....

.....

Imaginează-ți că ești dirijorul comportamentului tău și amintește-ți un moment când ai reușit să îți controlezi comportamentul și unul când nu ai reușit acest lucru.

Describe cele două momente în spațiile de mai jos:

.....

.....

.....

.....

1. Controlul impulsivității

.....

.....

.....

2. Atenție susținută

109

.....

.....

.....

.....

3. Atenție la mai multe lucruri în același timp

.....

.....

.....

.....

4. Controlul emoțiilor

.....

.....

.....

.....

5. Începerea activității

.....

.....

.....

.....

6. Folosirea unor informații cunoscute în contexte noi

.....

.....

.....

.....

7. Planificarea activităților

.....

.....

.....

.....

8. Organizarea materialului

.....

.....

.....

.....

9. Automonitorizare

.....

.....

.....

.....

10. Gestionarea timpului

111

.....

.....

.....

.....

Cum mă face să mă simt ADHD?

Dă un exemplu de situație în care te-ai simțit:

Frustrat

.....

Deprimat

.....

Nerăbdător

.....

Fericit

.....

Calm

.....

Furios

.....

Descurajat

.....

Mândru

.....

Uimit

.....

Speriat

.....

Neajutorat

.....

Fără speranță

.....

Ce îmi place la faptul că am ADHD?

Dă câte un exemplu de situația în care ai avut parte de:

Distracție

.....

Gândire rapidă

.....

Multă energie

.....

Entuziasm

.....

Inteligență

.....

O mulțime de idei

.....

Gândire în afara cercului

.....

Hiperfocalizare

.....

Controlul comportamentului

.....

Sunt bun la...

Fă o listă cu lucrurile la care ești bun

.....

.....

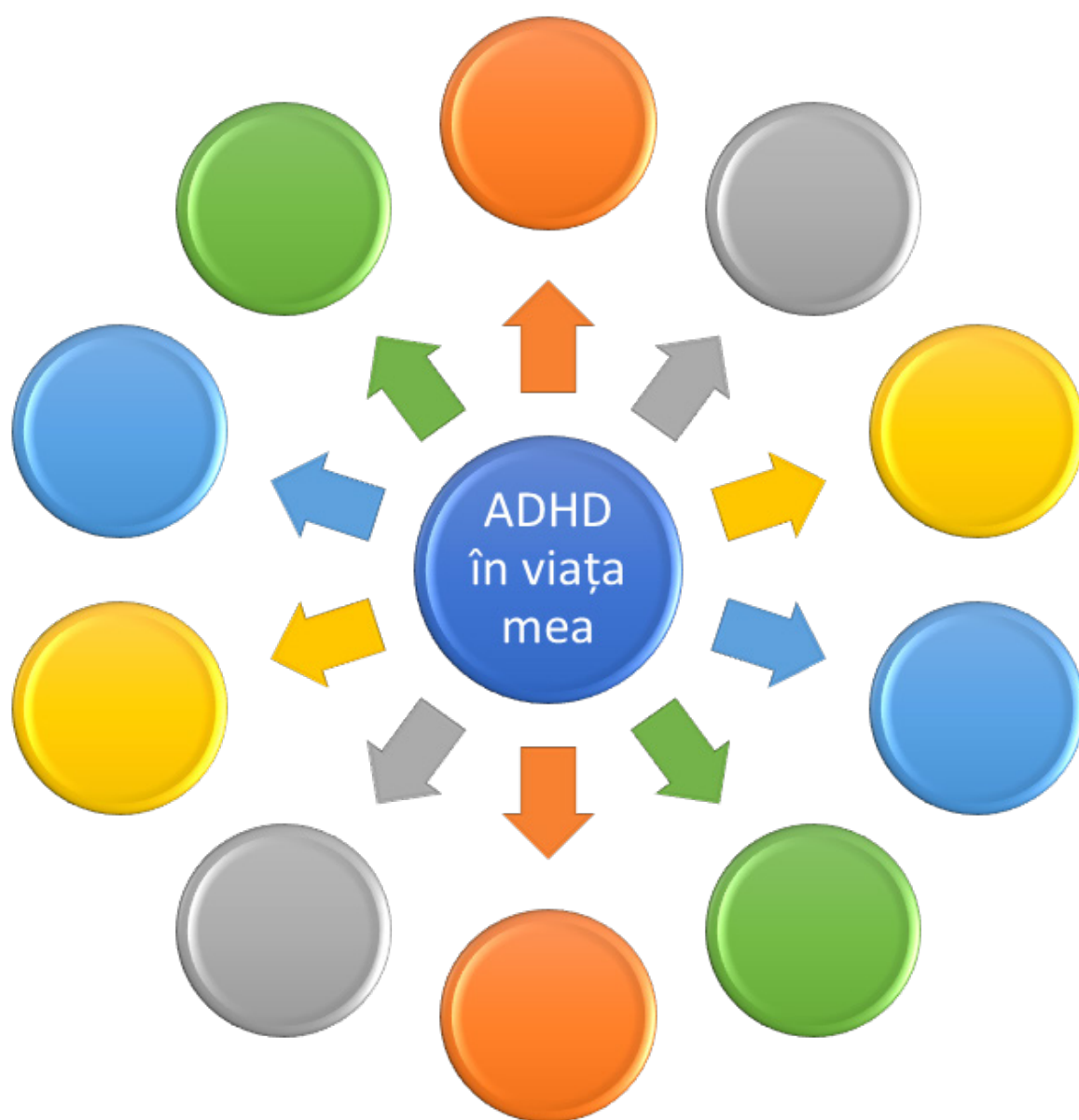
.....

.....

.....

ADHD în viața mea

Cum apare ADHD în viața ta? Completează figura de mai jos.



Planificați și organizați timpul — fișă pentru specialiști și părinți

- Creați un program zilnic.
- Folosiți un caiet mic (de exemplu, un vocabular) (sau o aplicație) cu o listă de activități (suficient de mic pentru a încăpea în buzunar, este mai greu de pierdut).
- Folosiți un sistem de calendar/planificator de familie, pentru a îmbunătăți organizarea sarcinilor școlare și zilnice.
- Utilizați o aplicație de planificare a temelor.
- Setati alarme pe smartphone ca mementouri.
- Folosiți un cronometru pentru a rămâne pe drumul cel bun.
- Împărțiți sarcinile mari în pași mai mici și mai ușor de gestionat.
- Creați un plan de acțiune pentru sarcinile copleșitoare.
- Identificați ariile care sunt cele mai dificile.
- Puneți un ceas pe desktop care utilizează un disc roșu care se face tot mai mic pentru a indica la nivel vizual trecerea timpului.
- Purtați un ceas programabil impermeabil (nu-l scoateți pentru a nu-l pierde).
- Eliminați hârtia folosind tableta pentru a lua notițe.
- Folosiți stiloul special, în loc de deget, pentru a scrie pe tabletă.
- Faceți ghiozdanul cu copilul înainte de a-l trimite la culcare.

- Proiectați o rutină de dimineață.
- Proiectați o rutină după școală.
- Proiectați o rutină de culcare.
- Programați ora mesei.
- Reduceți din sarcini și prioritizați activitățile, pentru a avea o viață gestionabilă.

Organizați spațiul

1. Debarasați-vă de lucrurile pe care nu le folosiți (lucrurile prea numeroase pot deveni copleșitoare).
2. Alegeți un loc de depozitare (dar accesibil) și puneți acolo lucrurile atunci când nu le folosiți.
3. Folosiți etichete pentru pachete și rafturi.
4. Organizați și curățați în mod regulat ghiozdanul.
5. Reorganizați dulapul și biroul (și goliți-l de lucrurile inutile) în fiecare vineri.
6. Păstrați lucrurile în sertare/rafturi/cutii separate.
7. Obișnuiți-vă să puneți lucrurile înapoi acolo unde le este locul de îndată ce ați terminat cu ele.
8. Regula bunicii: Lăsați copilul sau adolescentul să facă o activitate pe care dorește să o facă DUPĂ ce își curăță camera sau DUPĂ ce își face ghiozdanul.

Provocări în timpul rezolvării temelor pentru acasă

Teme pentru acasă (autoevaluare pentru elevi)

0 = Nu

1 = Uneori

2 = De multe ori

3 = Mereu

Indică în dreptul fiecărui item, pe o scală de la 0 la 3, cât de des se întâmplă următoarele:

- 1) Știu care este tema pentru acasă.
- 2) Am manualul potrivit pentru a-mi face temele.
- 3) Îmi fac temele.
- 4) Pot găsi fișele de lucru pe care le am pentru teme.
- 5) Îmi amintesc să-mi fac temele.
- 6) Împart proiectele mari în sarcini mici.
- 7) Îmi înțeleg temele.
- 8) Îmi pot face temele fără ajutor.
- 9) Îmi fac temele într-un timp rezonabil.
- 10) Știu unde îmi sunt temele.
- 11) Îmi amintesc să-mi predau temele.
- 12) Îmi predau temele la timp.
- 13) Sunt la curent cu predarea temelor.
- 14) Am note bune la teme.
- 15) Îmi fac temele de bunăvoie.

Listă de verificare pentru succesul realizării temelor școlare

Instrucțiuni pentru elevul cu ADHD:

- Pune temele de făcut în dreapta, iar temele care sunt gata în stânga.
- Verifică-ți tema imediat ce ai terminat-o.
- Folosește un planificator.
- Folosește un calendar electronic încărcat pe smartphone. (Pentru părinți: asigurați-vă că acel planificator este convenabil de utilizat și greu de pierdut. Amintiți-le copiilor să urmărească zilnic calendarul electronic.)
- Oprește televizorul CÂND ÎȚI FACI TEMELE!
- Pune-ți telefoanele mobile și celelalte dispozitive electronice într-un coș, cu excepția cazului în care ai nevoie de unele dintre ele pentru teme.

Cadru didactic/părinte:

- Cereți profesorului să le reamintească să-și noteze temele (sau să le introducă în calendarul electronic).
- Aflați dacă temele lor sunt disponibile online.
- Obțineți un al doilea set de manuale, de păstrat acasă.
- Ajutați copiii și adolescenții să-și organizeze temele. Cumpărați dosare pentru teme, care să aibă coduri de culoare distincte pentru fiecare materie.

Concluzii

În ultimele decenii, cercetătorii din domeniul științelor educației și psihologiei au acordat o atenție deosebită incluziunii copiilor cu cerințe educaționale speciale (CES) în școlile de masă — din această mare categorie face parte și copilul cu ADHD.

Tema cărții de față se înscrie în tendințele actuale de cercetare, lărgind semnificativ aria de cunoaștere referitoare la cerințele educaționale speciale și la nevoile de sprijin ale școlarului mic cu ADHD, integrat în școala de masă atât prin activități didactice, cât și prin realizarea de fișe necesare dezvoltării unor abilități specifice pentru nivelul vârstei cronologice a copilului.

Prin lucrarea de față am dorit să atragem atenția asupra faptului că un copil cu ADHD nu trebuie văzut ca un copil neascultător sau ca un copil cu un comportament dificil, căci el are o problemă reală de sănătate, iar rolul nostru, al specialiștilor, este de a sprijini copiii talentați și creativi să se adapteze cu ușurință cerințelor mediului înconjurător, satisfăcându-și, totodată, nevoile educaționale.

Cartea de față își propune să vină în sprijinul cadrelor didactice și al psihopedagogilor prin multitudinea de instrumente de lucru, pe de o parte, dar și prin multitudinea de informații prin care se identifică în mod corect un copil cu ADHD, pe de altă parte. Am dorit așadar să creăm pârgii atât pentru identificarea corectă a unor dificultăți, dar și pentru conceperea unei intervenții eficiente. Încurajăm crearea de echipe formate din specialiști din

mai multe domenii pentru că doar în acest fel putem aborda holistic problematica elevului cu ADHD integrat în școala de masă.

În concluzie, ADHD este o afecțiune reală, care provoacă multe necazuri copiilor. Cu înțelegere, răbdare, empatie (necesară în cunoașterea naturii umane) și ajutor, putem îmbunătăți eficiența învățării în cazul elevului cu ADHD, relațiile sale cu egalii, performanța lor școlară și respectul lor de sine. Rolul nostru este acela de a încuraja copiii inteligenți și talentați să creadă în propriile capacități și să nu se mai simtă incompetenți, inferiori și nepotriviți.

Totodată, eficiența intervenției asupra copilului cu ADHD în mediul școlar este asigurată, pe de o parte, de integrarea lui în grupuri de suport și în colectivul de elevi, și, pe de altă parte, de colaborarea eficientă dintre familie și școală. Părintele este persoana care cunoaște cel mai bine elevul, așa încât părintelui trebuie să i se dea toate informațiile pentru ca el să-și înțeleagă rolul în schimbarea comportamentului propriului copil.

Bibliografie

- Adalio, C.J., Owens, E.B., McBurnett, K., Hinshaw, S.P. & Pfiffner, L.J. (2017), Processing Speed Predicts Behavioral Treatment Outcomes in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Predominantly Inattentive Type, *Journal of Abnormal Child Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0336-z>.
- Adi-Japha, E, Freeman, N.H. (2001), Development of differentiation between writing and drawing systems, *Developmental Psychology*, 3, 101–114.
- Adi-Japha, E., Landau, Y.E., Frenkel, L., Teicher, M., Gross-Tsur, V., & Shalev, R.S. (2007), ADHD and dysgraphia: Underlying mechanisms. *Cortex*, 43(6), 700–709.
- Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite (1989), *Convenția cu privire la drepturile copilului*. Preluat în 1.09.2016, de la adresa <http://legislatie.resurse-pentru-democratie.org/legea/conventia-cu-privire-la-drepturile-copilului-1989.php>.
- Ahuja, A., Martin, J., Langley, K. & Thapar, A. (2013), Intellectual disability in children with attention deficit hyperactivity disorder, *Journal of Pediatrics*, 163(3), 890–895.
- Akutagava-Martins, G.C., Salatino-Oliveira, A., Genro, J.P., Contini, V., Polanczyk, G., Zeni, C.,... Hutz, M.H. (2014), Glutamatergic copy number variants and their role in attention-deficit/hyperactivity disorder, *American Journal of Medical Genetics. Part B, Neuropsychiatric Genetics: The Official Publication of the International Society of Psychiatric Genetics*, 165B(6), 502–509, <http://doi.org/10.1002/ajmg.b.32253>.

- American Psychiatric Association. (2013), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.), Washington, DC: APA.
- Antshel, K.M. & Barkley, R.A. (2011), Overview and historical background of attention deficit hyperactivity disorder, In S.W. Evans & B. Hoza (eds.), *Treating attention deficit/ hyperactivity disorder: Assessment and intervention in developmental context*, Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- Arcos-Burgos, M., Jain, M., Acosta, M.T., Shively, S., Stanescu, H., Wallis, D. et al. (2010), A common variant of the latrophilin 3 gene, LPHN3, confers susceptibility to ADHD and predicts effectiveness of stimulant medication, *Molecular Psychiatry*, 15(11), 1053–1066, <https://doi.org/10.1038/mp.2010.6>.
- Armitage, C.J. & Conner, M. (2001), Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: a meta-analytic review, *The British Journal of Social Psychology*, 40(Pt 4), 471–499.
- Bailey, E. (2007), *How IDEA Applies to Children with ADHD*. Preluat în data de 11 ianuarie 2018 de la adresa <https://www.healthcentral.com/article/how-idea-applies-to-children-with-adhd>.
- Banaschewski, T., Becker, K., Scherag, S., Franke, B. & Coghill, D. (2010), Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder: an overview, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(3), 237–257, <http://doi.org/10.1007/s00787-010-0090-z>.
- Barkley, R.A. (2004), Attention — Deficity/Hyperactivity Disorder and Self — Regulation. In Baumeister, R.F. & Vohs, D.K. (ed.), *Handbook of Self Regulation. Research, Theory, and Applications* (pp. 301–323), New York, NY: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (2006), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (3rd ed.), New York, NY: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (1997), Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD, *Psychological Bulletin*, 121(1), 65–94.

- Barkley, R.A. (2011), *Copilul dificil: manualul terapeutului pentru evaluare și pentru trainingul părinților*, Cluj-Napoca: ASCR.
- Barkley, R.A. (2010), Deficient emotional self-regulation: a core component of attention-deficit/hyperactivity disorder, *Journal of ADHD and Related Disorders*, 1, 5–37.
- Barkley, R.A., DuPaul, G.J. & McMurray, M.B. (1991), Attention deficit disorder with and without hyperactivity: Clinical response to three dose levels of methylphenidate, *Pediatrics*, 87, 519–531.
- Barkley, R.A. & Peters, H. (2012), The earliest reference to ADHD in the medical literature? Melchior Adam Weikard's description in 1775 of "attention deficit" (Mangel der Aufmerksamkeit, *Attentio Volubilis*). *Journal of Attention Disorders*, 16(8), 623–630, <https://doi.org/10.1177/1087054711432309>.
- Barkley, R.A. (2012), *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (ed. a 3-a), New York, NY: Guilford Press.
- Bar-On, R. (2005), The impact of emotional intelligence on subjective well-being, *Perspectives in Education*, 23, 41–61.
- Bar-On, R. (2010), Emotional intelligence: an integral part of positive psychology, *South African Journal of Psychology*, 40(1), 54–62.
- Battistich, A.V. (2008), The child development project: Creating caring school communities. În L.P. Nucci & D. Narveaz, (coord.), *Handbook of moral and character education* (pp. 328–351), Mahwah, NJ: Erlbau.
- Becker, K., El-Faddagh, M., Schmidt, M., H., Esser, G. & Laucht, M. (2008), Interaction of dopamine transporter genotype with prenatal smoke exposure on ADHD symptoms, *The Journal of Pediatrics*, 152(2), 263–269, <http://doi.org/10.1016/j.jpeds.2007.07.004>.
- Becker, S.P., Froehlich, T.E. & Epstein, J.N. (2016), Effects of Methylphenidate on Sleep Functioning in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*, 37(5), 395–404, <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000285>

- Ben-Sasson, A., Carter, A. & Briggs-Gowan, M. (2009), Sensory over-responsivity in elementary school: Prevalence and Social-Emotional Correlates, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 705–16.
- Blaskey, L.G., Harris, L.J. & Nigg, J. (2007), Are sensation seeking and emotion processing related to or distinct from cognitive control in children with ADHD?, *Child Neuropsychology*, 14, 353–371.
- Boada, R., Willcutt, E.G. & Pennington, B.F. (2012), Understanding the Comorbidity between Dyslexia and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, *Topics in Language Disorders*, 32(3), 264–284.
- Bocoș, M. (2017), *Didactica disciplinelor pedagogice: un cadru constructivist*, Ploiești: Paralela 45.
- Bocoș, M. & Jucan, D. (2017), *Teoria și metodologia instruirii: teoria și metodologia evaluării: repere și instrumente didactice pentru formarea profesorilor*, Ploiești: Paralela 45.
- Bonvicini, C., Faraone, S.V. & Scassellati, C. (2016), Attention-deficit hyperactivity disorder in adults: A systematic review and meta-analysis of genetic, pharmacogenetic and biochemical studies, *Molecular Psychiatry*, 21(7), 872–884, <https://doi.org/10.1038/mp.2016.74>.
- Botezatu, C.E. (2011), *Modalități psihopedagogice de ameliorare a tulburărilor hiperkinetice la școlarul mic*, Bacău: Rovimed Publishers.
- Botiș-Matanie, A., Axente, A. (2011), *Disciplinarea pozitivă sau cum să disciplinezi fără să rănești* (ediția a 3-a), Cluj-Napoca: Ed. ASCR.
- Bradshaw, L. & Mundia, L. (2006), Attitudes to and concerns about inclusive education: Bruneian in-service and pre-service teachers, *International Journal of Special Education*, 21(1), 35–41.
- Brasseur, S., Grégoire, J., Bourdu, R. & Mikolajczak, M. (2013), The Profile of Emotional Competence (PEC): Development and Validation of a Self-Reported Measure that Fits Dimensions of Emotional Competence Theory, *PLoS ONE*, 8(5), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0062635>.
- Brewer, J. & Hunter, A. (1989), *Multimethod research: A synthesis of styles*, Newbury Park, CA: Sage.

- Buică-Belciu, C. (2004), *Bazele defectologiei*, București: Aramis.
- Bussing, R., Gary, F.A., Mason, D.M., Leon, C.E., Sinha, K. & Garvan, C.W. (2003), Child Temperament, ADHD, and Caregiver Strain: Exploring Relationships in an Epidemiological Sample, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(2), 184–192, <http://doi.org/10.1097/00004583-200302000-00012>.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D.H., Brown, T.A. & Hofmann, S.G. (2006), Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders, *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1251–1263, <http://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.001>.
- Ceobanu, C. (2009), Managementul clasei de elevi. În C., Cucos (coord.), *Psihopedagogie pentru examenele de definitivare și grade didactice* (ed. a III-a revizuită și adăugită) (pp. 539–569), Iași: Polirom.
- Cerghit, I. (1980), *Metode de învățământ*, București: Editura Didactică și Pedagogică.
- Clark, D.L., Arnold, L.E., Cowl, L., Bozzolo, H., Peruggia, M., Ramadan, Y... Cook, A. (2008), Vestibular Stimulation for ADHD: randomized controlled trial of Comprehensive Motion Apparatus, *Journal of Attention Disorders*, 11(5), 599–611, <https://doi.org/10.1177/1087054707311042>.
- Climie, E.A., Saklofske, D.H., Mastoras, S.M. & Schwan, V.L. (2017), Trait and Ability Emotional Intelligence in Children with ADHD, *Journal of Attention Disorders*, 1087054717702216, <https://doi.org/10.1177/108705471770221>.
- Cohen, L., Manion, L. & Morrison, K. (2007), *Research Methods in Education* (ed. a 6-a), New York, NY: Routledge.
- Convenția cu privire la drepturile copilului (1989), Accesat la data de 1.09.2016 la adresa <http://legislatie.resurse-pentru-democratie.org/legea/conventia-cu-privire-la-drepturile-copilului-1989.php>.
- Cooper, P. & Bilton, K.M. (1998), *Attention Deficit/Hyperactivity Disorders. A Practical Guide for Teachers* (ed. a 2-a), Londra: David Fulton Publishers.

- Cooper, P. & Bilton, W.M. (2002), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Practical Guide for Teachers* (2nd edition revised and updated), Londra: David Fulton Publisher.
- Crahay, M. (2009), *Psihologia educației*, București: Trei.
- Crețu, C. (1999), *Curriculum diferențiat și personalizat*, București: Editura Polirom.
- Crețu, C. (2009), Teoria și metodologia curriculumului. În Cucoș, C. (coord.), *Psihopedagogie pentru examenele de definitivare și grade didactice* (ed. a III-a revizuită și adăugită) (pp. 227–267), Iași: Polirom.
- Crețu, V. (2006), *Incluziunea socială și școlară a persoanelor cu handicap. Strategii și metode de cercetare*, București: Printech.
- Crețu, V. (1995), Școala și copilul cu un comportament dificil. În Asociația Comunităților Europene din România (coord.), *Educația copiilor cu un comportament dificil* (pp. 91–94), București: Carro.
- Cucoș, C. (1998), *Psihopedagogie pentru examenele de definitivare și grade didactice*, Iași: Polirom.
- Cucoș, C. (2009), *Psihopedagogie pentru examenele de definitivare și grade didactice* (ed. a III-a revizuită și adăugită), Iași: Polirom.
- Cucu-Ciuham, G. (2001), *Psihoterapia copilului hiperactiv: o abordare experiențială*, București: Ed. Sylvi.
- Cucu-Ciuhan, G. (2014), Hiperactivitatea cu deficit de atenție la copil. În I. Mitrofan (coord.), *Copii și adolescenți: probleme, tulburări, evaluare și intervenție psihoterapeutică* (pp. 20–31), București: SPER.
- David, D. (2012), *Tratat de psihoterapii cognitive și comportamentale*, Iași: Ed. Polirom.
- Davies, P.L., Chang, W.P. & Gavin, W.J. (2009), Maturation of sensory gating performance in children with and without sensory processing disorders, *International Journal of Psychophysiology*, 72(2), 187–197, <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2008.12.007>.
- Daviss, W.B. (2008), A Review of Co-Morbid Depression in Pediatric ADHD: Etiologies, Phenomenology, and Treatment, *Journal of*

- Child and Adolescent Psychopharmacology*, 18(6), 565–571, <http://doi.org/10.1089/cap.2008.032>.
- Dekker, M.C. & Koot, H.M. (2003), DSM-IV disorders in children with borderline to moderate intellectual disability II: child and family predictors, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(8), 923–931.
- Diamond, A. (2006), Attention-deficit disorder (attention-deficit/hyperactivity disorder without hyperactivity): A neurobiologically and behaviorally distinct disorder from attention-deficit/hyperactivity disorder (with hyperactivity), *Development and Psychopathology*, 17(3), 807–825.
- Dignath, C. & Buttner, G. (2008), Components of fostering self-regulated learning among students. A Meta-analysis on interventions studies at primary and secondary school level, *Metacognition Learning*, 3, 231–264.
- Diker, W. (2015), *Sănătatea mentală a elevului. Ghid pentru personalul didactic*, București: Trei.
- Döpfner, M., Schürmann, S. & Frölich, J. (2006), *Program psihoterapeutic pentru copii cu tulburare hiperchinetică și comportamente de tip opozițional (THOP)*, Cluj-Napoca: RTS.
- Döpfner, M., Schürmann, S. & Lehmkuhl, G. (2006). *Copilul hiperactiv și încăpățânat*. Cluj-Napoca: RTS.
- Doré, Fr. (1983), *L'apprentissage. Une Approche Psycho- Éthologique*. Montréal: Chenelière et Stanké. Éditions Universitaires Internationales.
- Douglas, V.I. (1972), Stop, look, and listen: The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children, *Canadian Journal of Behavioural Science*, 4, 259–282.
- Douglas, V.I. (1988), Cognitive deficits in children with attention deficit disorder with hyperactivity. În L.M. Bloomington & J.A. Sergeant (ed.), *Attention deficit disorder: Criteria, cognition, intervention* (pp. 65–82), Londra: Pergamon.

- Drămnescu, A.M. (2013), *Modelul pedagogic al instruirii sociale în baza teoriilor lui Bandura*. Teză doctorală accesată la data de 26.08.2016 la adresa http://www.asecib.ase.ro/mps/aurel-marin_dramnescu_MODELUL_PEDAGOGIC_AL_INSTRUIRII_SOCIALE_BANDUR.pdf.
- Foloștină, R. (2011), Modelul piramidal al învățării: aplicații la copiii cu dificultăți de învățare și deficit de atenție și hiperactivitate (ADHD). În E. Verza & F.E., Verza. (coord.). *Tratat de psihopedagogie specială* (pp. 867–882), București: Editura Universității din București.
- Franke, B., Faraone, S.V., Asherson, P., Buitelaar, J., Bau, C.H., D., Ramos-Quiroga, J.A.... Reif, A. (2012), The genetics of attention deficit/hyperactivity disorder in adults, a review, *Molecular Psychiatry*, 17(10), 960–987, <https://doi.org/10.1038/mp.2011.138>.
- Friedberg, R.D., McClure, J.M. & Hillwing Garcia, J. (2013), *Tehnici de terapie cognitivă pentru copii și adolescenți. Instrumente pentru optimizarea practicii clinice*, Cluj-Napoca: ASCR.
- Friedman, S.R., Rapport, L.J., Lumley, M., Tzelepis, A., Van Voorhis, A., Stettner, L. *et al.* (2003), Aspects of social and emotional competence in adult attentiondeficit/ hyperactivity disorder, *Neuropsychology*, 17, 50–58.
- Fuller, C.G. & Sabatino, D.A. (1998), Diagnosis and treatment considerations with comorbid developmentally disabled populations, *Journal of Clinical Psychology*, 54(1), 1–10.
- Ghanizadeh, A. (2008), Tactile sensory dysfunction in children with ADHD, *Behavioural Neurology*, 20(3), 107–112, <https://doi.org/10.3233/BEN-2008-0221>.
- Ghanizadeh, A. (2009), Screening signs of auditory processing problem: does it distinguish attention deficit hyperactivity disorder subtypes in a clinical sample of children?, *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 73(1), 81–87, <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2008.09.020>.

- Ghanizadeh, A. (2011), Sensory Processing Problems in Children with ADHD: A systematic Review, *Psychiatry Investigation*, 8(2), 89–94, <https://doi.org/10.4306/pi.2011.8.2.89>.
- Gherguț, A. (2009), Educația copiilor cu nevoi/cerințe speciale. În Cucus, C. (coord.), *Psihopedagogie pentru examenele de definitivare și grade didactice* (ed. A III-a revizuită și adăugită) (pp. 591–617), Iași: Polirom.
- Gherguț, A. (2013), *Sinteze de psihopedagogie specială. Ghid pentru cursuri și examene de obținere a gradelor didactice*, Iași: Polirom.
- Gherguț, A. (2016), *Educația incluzivă și pedagogia diversității*, Iași: Polirom.
- Glava, A. (2009), *Metacogniția și optimizarea învățării*, Cluj-Napoca: Casa Cărții de Știință.
- Gnauti, E. (2017), *Înapoi la normalitate. De ce copiii sănătoși sunt greșit diagnosticați cu ADHD, autism și tulburare bipolară*, București: Trei.
- Göbel, A., Henning, A., Möller, C. & Aschersleben, G. (2016), The Relationship between Emotion Comprehension and Internalizing and Externalizing Behavior in 7- to 10-Year-Old Children, *Frontiers in Psychology*, 7, 1917, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01917>.
- Gold, A.B., Ewing-Cobbs, L., Cirino, P., Fuchs, L.S., Stuebing, K.K. & Fletcher, J.M. (2013), Cognitive and behavioral attention in children with math difficulties, *Child Neuropsychology: A Journal on Normal and Abnormal Development in Childhood and Adolescence*, 19(4), 420–437, <http://doi.org/10.1080/09297049.2012.690371>.
- Green, C. & Chee, K. (2017), *Să înțelegem ADHD: deficitul de atenție însoțit de tulburare hiperkinetică*, București: Aramis.
- Greene, R.W. (2017), *Pierdut și regăsit: Cum să îi ajutăm pe elevii cu probleme comportamentale (și, astfel, pe toți ceilalți)*, Cluj-Napoca: ASCR.
- Gross, J.J., Jazaieri, H. (2014), Emotion, emotion regulation, and psychopathology: an affective science perspective, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 387–401.

- Gross, J.J., Sheppes, G., Urry, H.L. (2011), Emotion generation and emotion regulation: a distinction we should make (carefully), *Cognition and Emotion*, 25, 765–781.
- Gutiérrez-Cobo, M.J., Cabello, R. & Fernández-Berrocal, P. (2016), The Relationship between Emotional Intelligence and Cool and Hot Cognitive Processes: A Systematic Review, *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 10, <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2016.00101>.
- Guttman, F. (2011), Dizabilitatea ca o condiție determinantă a sărăciei, *Revista Română de Sociologie*, 3–4, pp. 249–256.
- Guvernul României. (2002), *Hotărârea pentru aprobarea Strategiei naționale privind protecția specială și integrarea socială a persoanelor cu handicap din România* (Nr. 1215), Preluat în 20.10.2017 la adresa <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/40166>.
- Guvernul României (2005), *Hotărârea privind unele măsuri de îmbunătățire a activității de învățare, instruire, compensare, recuperare și protecție specială a copiilor/elevilor/tinerilor cu cerințe educative speciale din cadrul sistemului de învățământ special și special integrat* (nr. 1251). Preluat în 20.10.2017 la adresa <https://lege5.ro/Gratuit/haydgojw/hotararea-nr-1251-2005-privind-unele-masuri-de-imbunatatire-a-activitatii-de-invatare-instruire-compensare-recuperare-si-protectie-speciala-a-copiiilor-elevilor-tinerilor-cu-cerinte-educative-speciale>.
- Guvernul României (2011), *Hotărârea privind organizarea și funcționarea Ministerului Educației, Cercetării, Tineretului și Sportului* (nr. 536). Preluat în 20.10.2017 la adresa <https://legeaz.net/hg-536-2011-ministerul-educatiei-cercetarii-tineretului-sportului>.
- Hamstra-Bletz, L., Blöte, A.W. (1993), A longitudinal study on dysgraphie handwriting in primary school, *Journal of Learning Disabilities*, 26(10), 691–699.
- Harrison, J.R., Bunford, N., Evans, S.W. & Owens, J.S. (2013), Educational Accommodations for Students with Behavioral Challenges: A Systematic Review of the Literature, *Review of Educational Research*, 83(4), 551–597, <https://doi.org/10.3102/0034654313497517>.

- Heath, C.J., Horst, N.K. & Picciotto, M.R. (2010), Oral nicotine consumption does not affect maternal care or early development in mice but results in modest hyperactivity in adolescence, *Physiology & Behavior*, 101(5), 764–769, <http://doi.org/10.1016/j.physbeh.2010.08.021>.
- Hefferon, K. & Boniwell, I. (2011), *Positive psychology Theory, Research and Applications*, McGraw Hill: Open University Press.
- Iftene, F. (2007), *Tulburarea de atenție și/sau hiperchinezie. Ghid pentru părinți, profesori și medici*, Cluj-Napoca: Alma Mater.
- Ince, S. (2012), Preschool teacher candidates' attitudes and concerns about inclusive education taking into consideration whether they took special courses or not at university, *International Journal of Early Childhood Education and Research*, 1(3), 1–19.
- Iucu, B.R. (2006), *Managementul clasei de elevi. Aplicații pentru gestionarea situațiilor de criză educațională*, Iași: Ed. Polirom.
- Iucu, B.R. (2008), *Instruirea școlară. Perspective teoretice și aplicative*, Iași: Polirom.
- Jerome, L., Gordon, M., Hustler, P. (1994), A comparison of American and Canadian teachers' knowledge and attitudes toward Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), *Canadian Journal of Psychiatry*, 39: 563–567.
- Jinga, I. & Negruț, I. (1994), *Învățarea eficientă*, București: Editis.
- Johnson, E.P., Pennington, B.F., Lowenstein, J.H. & Nittrouer, S. (2011), Sensitivity to structure in the speech signal by children with speech sound disorder and reading disability, *Journal of Communication Disorders*, 44, 294–314.
- Johnson, R.B. & Onwuegbuzie, A.J. (2004), Mixed Methods Research: A Research Paradigm whose Time Has Come, *Educational Researcher*, 33(7), 14–26, <https://doi.org/10.3102/0013189X033007014>.
- Kahn, R.S., Khoury, J., Nichols, W.C. & Lanphear, B.P. (2003), Role of dopamine transporter genotype and maternal prenatal smoking in childhood hyperactive-impulsive, inattentive, and oppositional

- behaviors, *The Journal of Pediatrics*, 143(1), 104–110, [http://doi.org/10.1016/S0022-3476\(03\)00208-7](http://doi.org/10.1016/S0022-3476(03)00208-7).
- Kim, H. & Suh, Y.T. (2016), Effect of Psychomotricity by ADHD Children on the Ego-Resilience and Social Relation Skill of Convergence, *Indian Journal of Science and Technology*, 9(26), 1–5.
- Kim, P., Park, J.H., Choi, C.S., Choi, I., Joo, S.H., Kim, M.K.... Shin, C.Y. (2013). Effects of ethanol exposure during early pregnancy in hyperactive, inattentive and impulsive behaviors and MeCP2 expression in rodent offspring. *Neurochemical Research*, 38(3), 620–631, <http://doi.org/10.1007/s11064-012-0960-5>.
- Korkman, M., Kirk, U. & Kemp, S. (1998), *Bateria de teste Evaluarea Neuropsihologică a Dezvoltării. Manual*, Cluj-Napoca: ASCR.
- Kristensen, H., Parker, A.J., Taylor, R.N., Keefer, K.V., Kloosterman, P.H. & Summerfeldt, L., J. (2014), The relationship between trait emotional intelligence and ADHD symptoms in adolescents and young adults, *Personality and Individual Differences*. 65, 36–41.
- Lee, I.C., Hung, C.C., Yang, W.H., Chen-Sea, M.J. & Tsai, C.L. (2010), The pursuit flexibility of children with attentiondeficit/ hyperactive disorder, *Applied Technologies and Innovations*, 3, 30–39.
- Levin, H.M. (2015), The importance of adaptability for the 21st century, *Society*, 52(2), 136–141.
- Lincă, F.I. (2018), Solutions for improving the symptomatology of the child with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), *Romanian Journal of Cognitive Behavioral Therapy and Hypnosis*, 3(4), 1–24, <http://www.rjcbth.ro/solutions-for-improving-the-symptomatology-of-the-child-with-attention-deficithyperactivity-disorder-adhd>.
- Lincă, F.I. (2019), Teachers' Attitudes Toward the Inclusion of Students with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), *Journal of Pedagogy*, 2, 48–63, <http://revped.ise.ro/category/2019-en/>.
- Lincă F.I., Budişteanu M., Popovici D.V., Cucu, N. (2022), The Moderating Role of Emotional Regulation on the Relationship between School Results and Personal Characteristics of Pupils with

- Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, *Children*. 9(11), 1637, <https://doi.org/10.3390/children9111637>.
- Maccoby, E.E. (2000), Parenting and its effects on children: on reading and misreading behavior genetics, *Annual Review of Psychology*, 51, 1–27.
- Malloy-Miller, T., Polatajko, H. & Ansett, B. (1995), Handwriting Error of Children with Mild Motor Difficulties, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 62(5), 259–267.
- Malouff J.M., Schutte N.S. & Thorsteinsson E.B. (2014), Trait emotional intelligence and romantic relationship satisfaction: a meta-analysis, *American Journal of Family Therapy*, 42, 53–66.
- Mara, D. (2009), *Strategii didactice în educația incluzivă*, București: Ed. Didactică și Pedagogică.
- Martel, M.M. (2009), Research review: A new perspective on attention-deficit/ hyperactivity disorder: Emotion dysregulation and trait models, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 1042–1051.
- Martin, A.J., Nejad, H., Colmar, S. & Liem, G.D. (2013), Adaptability: How students' responses to uncertainty and novelty predict their academic and non-academic outcomes, *Journal of Educational Psychology*, 105(3), 728–746.
- Martin, A.J., Nejad, H., Colmar, S., Liem, G.D. & Collie, R.J. (2015), The role of adaptability in promoting control and reducing failure dynamics: A mediation model. *Learning & Individual Differences*, 38, 36–43.
- Martin, L., Aring, E., Landgren, M., Hellström, A. & Andersson Grönlund, M. (2008), Visual fields in children with attention-deficit/hyperactivity disorder before and after treatment with stimulants, *Acta Ophthalmologica*, 86(3), 259–264, <https://doi.org/10.1111/j.1755-3768.2008.01189.x>.
- Martinez, A., F., Muenke, M. & Arcos-Burgos, M. (2011), From the black widow spider to human behavior: Latrophilins, a relatively unknown class of G protein-coupled receptors, are implicated in

- psychiatric disorders, *American Journal of Medical Genetics. Part B, Neuropsychiatric Genetics*: 156B(1), 1–10, <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.31137>.
- Masi, L. (2015), ADHD and Comorbid Disorders in Childhood Psychiatric Problems, Medical Problems, Learning Disorders and Developmental Coordination Disorder, *Clinical Psychiatry*, 1(1), <https://doi.org/10.21767/2471-9854.10000>.
- Mason, J. (2002), *Qualitative researching*, Thousand Oaks: California, CA: SAGE Publications.
- Mauss, I.B., Evers, C., Wilhelm, F.H. & Gross, J.J. (2006), How to bite your tongue without blowing your top: implicit evaluation of emotion regulation predicts affective responding to anger provocation, *Personality & Social Psychology Bulletin*, 32, 589–602.
- Mayer, J.D. & Salovey, P. (1997), What is emotional intelligence? În P. Salovey & D. Sluyter (ed.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* (pp. 3–31), New York: Basic Books.
- Mennuti, R.B., Christner, R.W. & Freeman, A. (2016), *Intervenții cognitive-comportamentale în educație: ghid practic*, Cluj-Napoca: ASCR.
- Mental Health Surveillance Among Children — United States, 2005–2011 (2011). Accesat la data de 14.03.2017 la adresa <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su6202a1.htm>.
- Mikolajczak, M., Petrides, K.V., Coumans, N. & Luminet, O. (2009), The moderating effect of trait emotional intelligence on mood deterioration following laboratory-induced stress, *International Journal of Clinical Health Psychology*, 9, 455–477.
- Miller L., Nielsen, D., Schoen, S. & Brett-Green, B. (2009), Perspectives on sensory processing disorder: a call for translational research, *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 3, 1–12.
- Miller, L.J., Anzalone, M.E., Lane, S.J., Cermak, S.A. & Osten, E.T. (2007c), Concept evolution in sensory integration: a proposed nosology for diagnosis, *American Journal of Occupational Therapy*, 61, 135–140.

- Miller, L., J., Coll, J., R. & Schoen, S., A. (2007b), A randomized controlled pilot study of the effectiveness of occupational therapy for children with sensory modulation disorder, *American Journal of Occupational Therapy*, 61, 228–238.
- Ministerul Educației și Cercetării. (2004), *Ordinul privind Metodologia de organizare și funcționare a serviciilor educaționale prin cadre didactice de sprijin/itinerante pentru copiii cu cerințe educative speciale, școlarizați în învățământul de masă* (nr. 5379). Preluat în 20.10.2017 la adresa: <https://lege5.ro/Gratuit/guztsnbw/ordinul-nr-5379-2004-privind-metodologia-de-organizare-si-funcționare-a-serviciilor-educationale-prin-cadre-didactice-de-sprijin-itinerante-pentru-copiii-cu-cerinte-educative-speciale-scolarizati-in-i>.
- Ministerul Educației, Cercetării, Tineretului și Sportului. (2011), *Ordinul privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare a învățământului special și special integrat* (nr. 5573). Preluat în 20.10.2017 la adresa https://www.isjsalaj.ro/discipline/invatamant_special/39.5573_Regulament-de-organizare-si-functionare-a-invatamantului-special-si-special-integrat.pdf.
- Ministerul Educației, Cercetării, Tineretului și Sportului (2011), *Ordinul pentru aprobarea Metodologiei privind evaluarea, asistența psihoeducațională, orientarea școlară și orientarea profesională a copiilor, a elevilor și a tinerilor cu cerințe educaționale speciale* (nr. 6552). Preluat în 20.10.2017 la adresa <https://lege5.ro/Gratuit/gi4doobsgq/ordinul-nr-6552-2011-pentru-aprobarea-metodologiei-privind-evaluarea-asistenta-psihoeducationala-orientarea-scolara-si-orientarea-profesionala-a-copiilor-a-elevilor-si-a-tinerilor-cu-cerinte-education>.
- Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, Ministerul Sănătății, Ministerul Educației Naționale și Cercetării Științifice (2016), *Ordinul privind aprobarea metodologiei pentru evaluarea și intervenția integrată în vederea încadrării copiilor cu dizabilități în grad de handicap, a orientării școlare și profesionale a copiilor cu cerințe educaționale speciale, precum și în vederea abilitării și reabilitării copiilor*

- cu dizabilități și/sau cerințe educaționale speciale* (nr. 1985/1305/5805). Preluat la data de 2.10.2017 la adresa <https://www.edu.ro/ordinul-ministrului-educa%C8%9Biei-na%C8%9Bionale-nr-134220012017-privind-aprobarea-metodologiei-pentru>.
- Neagu, M. & Patrovici, C. (2000), *Elemente de didactica matematicii în grădiniță și învățământul primar*, Iași: Ed. Polirom.
- Negovan, V. (2010), *Psihologia învățării. Forme, strategii și stil*, București: Ed. Universitară.
- Negovan, V. (2013), *Psihologie pozitivă aplicată în educație*, București: Ed. Universitară.
- Negreț-Dobridor, I., Pânișoară, I.O. (2008), *Știința învățării*, Iași: Polirom.
- Nell, M.L., Drew, W.F. & Bush, D.E. (2016), *De la joc la învățare: cum folosim jocul didactic în educația timpurie*, București: Trei.
- O'Brien, J.W., Dowell, L.R., Mostofsky, S.H., Denckla, M.B. & Mahone, E.M. (2010), Neuropsychological profile of executive function in girls with attention-deficit/hyperactivity disorder, *Archives of Clinical Neuropsychology*, 25(7), 656–670, <http://doi.org/10.1093/arclin/acq050>.
- Ohan, J.L., Cormier, N., Hepp, S.L., Visser, T.A.W. & Strain, M.C. (2008), Does knowledge about attention-deficit/hyperactivity disorder impact teachers' reported behaviors and perceptions?, *School Psychology Quarterly*, 23(3), 436–449, <https://doi.org/10.1037/1045-3830.23.3.43>.
- Opre, A., Benga, O. & Băban, A. (2015), *Managementul comportamentelor și optimizarea motivației pentru învățare*, Cluj-Napoca: ASCR.
- Organizația Mondială a Sănătății. (2004), *Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății*, București: Ed. MarLink.
- O'Regan, F. (2018), *SEN behaviour management: children with ADHD*. Preluat la data de 6.03.2018 de la adresa https://www.teachprimary.com/learning_resources/view/sen-behaviour-management-children-with-adhd.

- Oswald, M. & Swart, E. (2011), Addressing South African pre-service teachers' sentiments, attitudes and concerns regarding inclusive education, *International Journal of Disability Development and Education*, 58(4), 389–403.
- Păun, E. & Potolea, D. (2002), *Pedagogie. Fundamentări teoretice și demersuri aplicative*, București: Editura Polirom.
- Pachigar, V., Stansfield, J. & Goldbart, J. (2011), Beliefs and attitudes of primary school teachers in Mumbai, India towards children who stutter, *International Journal of Disability Development and Education*, 58(3), 287–302.
- Parker, J.D.A., Keefer, K.V. & Wood, L.M. (2012), Towards a brief multidimensional assessment of emotional intelligence: Psychometric properties of the emotional quotient inventory — Short form, *Psychological Assessment*, 23, 762–777.
- Parlamentul României. (2004), *Legea privind protecția și promovarea drepturilor copilului* (nr. 272). Preluat în 20.10.2017 la adresa <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/156097>.
- Parlamentul României (2006), *Legea privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap* (nr. 448). Preluat în 20.10.2017 de la adresa http://www.dreptonline.ro/legislatie/lege_protectia_persoane_handicap_448_2006_rep_2008.php.
- Parlamentul României (1995), *Legea Învățământului* (nr. 84). Preluat în 20.10.2017 la adresa http://www.cnfis.ro/wp-content/uploads/2012/08/Legea-Invatamantului-nr.-84_1995.pdf.
- Parush, S., Sohmer, H., Steinberg, A. & Kaitz, M. (2007), Somatosensory function in boys with ADHD and tactile defensiveness, *Physiology & Behavior*, 90(4), 553–558. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2006.11.004>.
- Peacock, G.G. & Collett, B.R. (2015), *Intervenții bazate pe colaborarea familie-școală: soluții fundamentate științific pentru probleme emoționale, comportamentale și școlare*, Cluj-Napoca: ASCR.

- Pelc, K., Kornreich, C., Foisy, M.L. & Dan, B. (2006), Recognition of emotional facial expressions in attention-deficit hyperactivity disorder, *Pediatric Neurology*, 35(2), 93–97, <https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2006.01.014>.
- Peña-Sarrionandia, A., Mikolajczak, M. & Gross, J.J. (2015), Integrating emotion regulation and emotional intelligence traditions: a meta-analysis, *Frontiers in Psychology*, 6, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00160>.
- Pennington, Santerre-Lemmon, L., Rosenberg, J., MacDonald, B., Boada, R., Friend, A. (2011), Individual prediction of dyslexia by single vs. multiple deficit models, *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), 212–224.
- Petrides, K.V. & Furnham, A. (2003), Trait emotional intelligence: behavioural validation in two studies of emotion recognition and reactivity to mood induction, *European Journal of Personality*, 17, 39–57.
- Petrides, K. V., Sangareau, Y., Furnham, A. & Frederickson, N. (2006), Trait Emotional Intelligence and Children's Peer Relations at School, *Social Development*, 15(3), 537–547, <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2006.00355.x>.
- Petrides, K.V., Sangareau, Y., Furnham, A. & Frederickson, N. (2008), Trait Emotional Intelligence and Children's Peer Relations at School, *Counterpoints*, 336, 63–76.
- Pfiffner, L.J., Villodas, M., Kaiser, N., Rooney, M. & McBurnett, K. (2013), Educational Outcomes of a Collaborative School–Home Behavioral Intervention for ADHD, *School Psychology Quarterly*, 28(1), 25–36, <http://doi.org/10.1037/spq0000016>.
- Piek, J.P., Pitcher, T.M. & Hay, D.A. (1999), Motor coordination and kinaesthesia in boys with attention deficit/hyperactivity disorder, *Developmental Medicine & Child Neurology*, 41(3), 159–165.
- Pires, T., de O., da Silva, C.M.F.P. & de Assis, S.G. (2013), Association between family environment and attention deficit hyperactivity

- disorder in children--mothers' and teachers' views, *BMC Psychiatry*, 13, 215, <http://doi.org/10.1186/1471-244X-13-215>
- Popenici, S., Fartușnic, C. & Târnoveanu, N. (2008), *Managementul clasei pentru elevii cu ADHD*, București: Didactica Publishing House.
- Popovici, D.V. (1999), *Elemente de psihopedagogia integrării*, București: Pro Humanitate.
- Potolea, D., Toma, S. & Borzea, A. (2012), *Coordonate ale unui nou cadru de referință al curriculumului național*, București: Editura Didactică și Pedagogică.
- Poulou, M.S. (2013), Emotionality and social behaviour, *Hellenic Journal of Psychology*, 10, 47–60.
- Program: Rochester Resilience Project (RRP) — CrimeSolutions.gov. (2010). Accesat la data de 10.07.2016 la adresa <https://www.crimesolutions.gov/ProgramDetails.aspx?ID=371>.
- Ptáček, R., Kuželová, H. & Stefano, G.B. (2011), Dopamine D4 receptor gene DRD4 and its association with psychiatric disorders, *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 17(9), RA215–RA220.
- Purkayastha, P., Malapati, A., Yogeeswari, P. & Sriram, D. (2015), A Review on GABA/Glutamate Pathway for Therapeutic Intervention of ASD and ADHD, *Current Medicinal Chemistry*, 22(15), 1850–1859.
- Purper-Ouakil, D., Ramoz, N., Lepagnol-Bestel, A.-M., Gorwood, P. & Simonneau, M. (2011), Neurobiology of attention deficit/hyperactivity disorder, *Pediatric Research*, 69(5 Pt 2), 69R–76R, <http://doi.org/10.1203/PDR.0b013e318212b40f>.
- Quay, H. C. (1988), Attention deficit disorder and the behavioral inhibition system: The relevance of the neuropsychological theory of Jeffrey A. Gray. În L.M. Bloomingdale & J. Sergeant (ed.), *Attention deficit disorder: Criteria, cognition, intervention* (pp. 117–126), New York: Pergamon.
- Radu, D. & Ploscariu, N. (2008), *Jocuri didactice matematice: clasele I–IV*, București: Aramis.

- Ren, Y., Yu, L., Yang, L., Cheng, J., Feng, L. & Wang, Y. (2014), Postural control and sensory information integration abilities of boys with two subtypes of attention deficit hyperactivity disorder: a case-control study. *Chinese Medical Journal*, 127(24), 4197–4203.
- Ribasés, M., Ramos-Quiroga, J.A., Hervás, A., Bosch, R., Bielsa, A., Gastaminza, X... Bayés, M. (2009) Exploration of 19 serotonergic candidate genes in adults and children with attention-deficit/hyperactivity disorder identifies association for 5HT2A, DDC and MAOB, *Molecular Psychiatry*, 14(1), 71–85, <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4002100>.
- Romanescu, C. (2012), *Jocul didactic în învățământul primar*, Bacău: Editura Cadrelor Didactice.
- Raven, J., Raven, J.C. & Court, J.H. (2003), *Manualul testelor Matrici Progresive Raven Standard și al Scalelor de Vocabular*, Cluj-Napoca: RTS.
- Revol, O. & Fournieret, P. (2002), [Diagnostic approach in hyperkinetic children], *La Revue du Praticien*, 52(18), 1988–1993.
- Rubia, K. (2011), “Cool” inferior frontostriatal dysfunction in attention-deficit/hyperactivity disorder versus “hot” ventromedial orbitofrontal-limbic dysfunction in conduct disorder: a review, *Biological Psychiatry*, 69(12), e69–87, <http://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.09.023>
- Rust, J.O. & Wallace, M.A. (2004), Book Review: Adaptive Behavior Assessment System-Second Edition, *Journal of Psychoeducational Assessment*, 22(4), 367–373, <https://doi.org/10.1177/073428290402200407>.
- Rutter, M. (2011), Research review: Child psychiatric diagnosis and classification: concepts, findings, challenges and potential, *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 52(6), 647–660, <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02367.x>.
- Saklofske, D.H., Austin, E., Mastoras, S., Beaton, L. & Osborne, S. (2012), Relationships of personality, affect, emotional intelligence and coping with student stress and academic success: Different

- patterns of association for stress and success, *Learning and Individual Differences*, 22, 251–257.
- Sagvolden, T., Johansen, E.B., Aase, H. & Russell, V.A. (2005), A dynamic developmental theory of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) predominantly hyperactive/impulsive and combined subtypes, *Behavioral and Brain Sciences*, 28(3), 397–419.
- Scime, M. & Norvilitis, J.M. (2006), Task performance and response to frustration in children with attention deficit hyperactivity disorder, *Psychology in the Schools*, 43, 377–386.
- Sciutto, M., Terjesen, M. & Bender, A. (2000), Teachers' knowledge and misperceptions of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, *Psychology in the Schools*, 37, 115–122.
- Schuch, V., Utsumi, D.A., Costa, T.V.M., Kulikowski, L.D., & Muszkat, M. (2015), Attention Deficit Hyperactivity Disorder in the Light of the Epigenetic Paradigm, *Frontiers in Psychiatry*, 6, <http://doi.org/10.3389/fpsy.2015.00126>.
- Schuchardt, K., Fischbach, A., Balke-Melcher, C. & Mähler, C. (2015), [The comorbidity of learning difficulties and ADHD symptoms in primary-school-age children], *Zeitschrift Fur Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 43(3), 185–193, <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000352>.
- Seligman, M.E.P., Steen, T., A., Park, N. & Peterson, C. (2005), Positive psychology progress: Empirical validation of interventions, *American Psychologist*, 60, 410–421.
- Sergeant, J.A. & van der Meere, J. (1988), What happens when the hyperactive child commits an error?, *Psychiatry Research*, 24, 157–164.
- Sharma, U. & Desai, I. (2002), Measuring concerns about integrated education in India, *Asia and Pacific Journal on Disability*, 5(1), 2–14.
- Sharp, S.I., McQuillin, A. & Gurling, H., M., D. (2009), Genetics of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD), *Neuropharmacology*, 57(7–8), 590–600, <http://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2009.08.011>.

- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J. & Leibenluft, E. (2014), Emotional dysregulation and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, *The American Journal of Psychiatry*, 171(3), 276–293, <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966>.
- Silverman, D. (2013), *Doing qualitative research*, Thousand Oaks, California, CA: SAGE Publications.
- Simonoff, E., Pickles, A., Wood, N., Gringras, P. & Chadwick, O. (2007), ADHD symptoms in children with mild intellectual disability, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(5), 591–600.
- Smith, I.M. & Brummel, B.J. (2013), Investigating the role of the active ingredients in executive coaching, *Coaching: An International Journal of Theory, Research and Practice*, 6(1), 57–71, <https://doi.org/10.1080/17521882.2012.758649>.
- Snider, V.E., Busch, T. & Arrowood, L. (2003), Teacher Knowledge of Stimulant Medication and ADHD, *Remedial and Special Education*, 24(1), 46–56.
- Snyder, C.R. & Lopez, S.J. (2007), *Positive Psychology: The Scientific and Practical Exploration of Human Strengths*, USA: Sage Publications.
- Sobanski, E., Banaschewski, T., Anderson, P., Buitelaar, J., Chen, W., Franke, B., *et al.* (2010), Emotional lability in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): Clinical correlates and familial prevalence, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 915–923.
- Sonuga-Barke, E.J.S. (2003), The dual pathway model of AD/HD: an elaboration of neuro-developmental characteristics. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 27, 593–604.
- Sonuga-Barke, E.J.S. & Halperin, J., M. (2010), Developmental phenotypes and causal pathways in attention deficit/hyperactivity disorder: potential targets for early intervention?, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(4), 368–389.

- Sonuga-Barke, E.J.S., Bitsakou, P., Thompson, M. (2010), Beyond the dual pathway model: evidence for the dissociation of timing, inhibitory, and delay-related impairments in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(4), 345–355.
- Sparrow, E.P. & Erhardt, D. (2014), *Essentials of ADHD assessment for children and adolescents*, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Stake, R.E. (1995), *The art of case study research*, Thousand Oaks: California, SAGE Publications.
- Străchinaru, I. (1995), Devierile de conduită. Diagnostic diferențial. În: Asociația Comunităților Europene din România (coord.), *Educația copiilor cu un comportament dificil* (pp. 60–68), București: Ed. Carro.
- Tannock, R. (1998), Attention deficit hyperactivity disorder: advances in cognitive, neurobiological, and genetic research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 39(1), 65–99.
- Tashakkori, A. & Teddlie, C. (ed.). (2003), *Handbook of mixed methods in social and behavioral research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publication.
- Taylor, E. (2011), Antecedents of ADHD: a historical account of diagnostic concepts. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 3(2), 69–75, <http://doi.org/10.1007/s12402-010-0051x>.
- Taylor, H.E. & Larson, S. (1998), Teaching Children with ADHD: What Do Elementary and Middle School Social Studies Teachers Need to Know?, *The Social Studies*, 89(4), 161–164, <http://doi.org/10.1080/00377999809599845>.
- Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O. & Langley, K. (2013), What have we learnt about the causes of ADHD?, *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 54(1), 3–16, <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02611.x>.
- Thomas, J. (2007), Exercices pédagogiques. În J. Thomas. (2007). *Troubles de l'attention chez l'enfant* (pp. 101–116), Paris: Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-06906-2.50006-X>.

- Thomas, J., Vaz-Ceniglia, C. & Willems, G. (2011), *Tulburarea de atenție la copil*, Iași: Polirom.
- Thomas, J. & Willems, G. (1997), *Troubles de l'attention, impulsivité et hyperactivité chez l'enfant*, Paris: Masson.
- Tollefson, N. (2000), Classroom Applications of Cognitive Theories of Motivation, *Educational Psychology Review*, 12(1) 63–83.
- Toplak, M., E., Connors, L., Shuster, J., Knezevic, B. & Parks, S. (2008), Review of cognitive, cognitive-behavioral and neural-based intervention for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), *Clinical Psychology Review*, 28, 801–823.
- Ullsperger, J.M., Nigg, J.T. & Nikolas, M.A. (2015), Does Child Temperament Play a Role in the Association Between Parenting Practices and Child Attention Deficit/Hyperactivity Disorder?, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(1), 167–178. <http://doi.org/10.1007/s10802-015-9982-1>.
- Ungureanu, D. (1998). *Copiii cu dificultăți de învățare*. București: EDP.
- U.S. Department of Education (2006), *Teaching children with attention deficit and hyperactivity disorder: Instructional strategies and practices*. Accesat la data de 3.10.2016 la adresa www.ed.gov/about/offices/list/osep.
- Ushijima, H., Usami, M., Saito, K., Kodaira, M. & Ikeda, M. (2012), Time course of the development of depressive mood and oppositional defiant behavior among boys with attention deficit hyperactivity disorder: differences between subtypes. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66(4), 285–291, <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2012.02340.x>.
- Verza, E. (2003), *Tratat de logopedie*, București: Ed. Fundației Humanitas.
- Verza, F.E. (2011), Tulburarea hiperkinetică cu tulburări de atenție ADHD. În F.E. Verza & E. Verza (coord.), *Tratat de psihopedagogie specială* (pp. 803–808), București: Ed. Universității din București.
- Vianin, P. (2011), *Ajutor strategic pentru elevii cu dificultăți școlare: cum să îi dai elevului cheia reușitei?*, Cluj-Napoca: ASCR.

- Vldaud, D. (1995), Asumarea violenței tineretului. Realitatea franceză. În: Asociația Comunităților Europene din România (coord.), *Educația copiilor cu un comportament dificil* (pp. 20–30), București: Ed. Carro.
- Vrăsmaș, E. (2007), *Dificultățile de învățare în școală — domeniu nou de studiu și aplicație*, București: V&I Integral.
- Vrăsmaș, E. (2008), Formarea cadrelor didactice pentru abordarea educației incluzive: provocări și experiențe, *Repere. Revista de Științele Educației*, 1, 102–132.
- Vrăsmaș, E. & Oprea, V. (2003), *Set de instrumente, probe și teste pentru evaluarea educațională a copiilor cu dizabilități*, București: MarLink.
- Vrăsmaș, E. & Vrăsmaș, T. (2012), *Educația incluzivă în grădiniță: dimensiuni, provocări și soluții*, Buzău: Alpha MDN.
- Vrăsmaș, T. (2004), *Școala și educația pentru toți*, București: Ed. Miniped.
- Weyandt, L., Swentosky, A. & Gudmundsdottir, B.G. (2013), Neuroimaging and ADHD: fMRI, PET, DTI findings, and methodological limitations, *Developmental Neuropsychology*, 38(4), 211–225, <http://doi.org/10.1080/87565641.2013.783833>.
- Wilmschurt, L. (2007), *Psihopatologia copilului. Fundamente*, Iași: Ed. Polirom.
- Winter, E.C. (2006), Preparing new teachers for inclusive schools and classrooms, *Support for Learning*, 21(2), 85–91.
- Wolraich, M.L. & DuPaul, G., J. (2010), *ADHD diagnosis and management: A practical guide for the clinic and classroom*, Baltimore, MD: Brookes.
- Wyman, P.A., Cross, W., Brown, C.H., Yu, Q., Tu, X. & Eberly, S. (2010), Intervention to Strengthen Emotional Self-Regulation in Children with Emerging Mental Health Problems: Proximal Impact on School Behavior, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(5), 707–720. <http://doi.org/10.1007/s10802-010-9398-x>.
- Yin, R.K. (2003), *Case study research: design and methods*, Thousand Oaks: California, SAGE Publications.
- Yin, R.K. (2011), *Qualitative Research from Start to Finish*, New York: The Guilford Press.

- Young, S. (2015), The ADHD Child Evaluation (ACE). Preluat la data de 1.10.2018 de la adresa <http://www.divacenter.eu/Content/Downloads/ACE.pdf>.
- Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrish, C. & Stegall, S. (2006), Emotion regulation in children and adolescents, *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*, 27(2), 155–168.
- Zhou, K., Dempfle, A., Arcos-Burgos, M., Bakker, S.C., Banaschewski, T., Biederman, J., Asherson, P. (2008), Meta-Analysis of Genome-Wide Linkage Scans of Attention Deficit Hyperactivity Disorder, *American Journal of Medical Genetics. Part B, Neuropsychiatric Genetics*, 147B(8), 1392–1398. <http://doi.org/10.1002/ajmg.b.30878>.
- Zlate, M. (2009), *Fundamentele psihologiei*, Iași: Polirom.
- Zulling, K.J., Huebner, E.S., Patton, J.M. (2011), Relationship among school climate domains and school satisfaction, *Psychology in the schools*, 48(2), 133–145.
- Zulling, K.J., Koopman, Patton, J.M., Ubbes, V.A. (2010), School climate: Historical review, instrument, development & school assessment, *Journal of Psychoeducational Assessment*, 28, 139–152.