

STRATEGII DE AMELIORARE A TULBURĂRILOR HIPERCHINETICE LA PREȘCOLARI

*Maria PERETEATCU, conferențiară universitară, doctor,
Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți, Republica Moldova*

Abstract: *The article presents general information about Attention Deficit Hyperkinetic Syndrome or Attention Deficit Hyperactivity Disorder (AD/HD). We have generalized and selected the most common AD/HD symptoms in preschoolers for the three separate domains: attention deficit, hyperactivity and impulsivity. We also revealed in detail the strategies to improve hyperkinetic disorders in preschoolers.*

Keywords: *attention deficit, improvement strategies, hyperkinetic disorders, children with special educational requirements.*

În ultima perioadă, s-a înlocuit clasificarea și etichetarea copiilor în categorii diferite în funcție de deficiență, prin conceptul de „copii cu cerințe educaționale speciale”. Tot mai mult se face simțită nevoia ca instituțiile de învățământ obișnuite să se implice prin lărgirea obiectivelor lor, astfel încât să poată cuprinde o mai mare diversitate de discipoli și să permită înglobarea, în sistemul general, a cât mai multor copii cu cerințe educaționale speciale [2].

În deplin acord cu legislația internațională privind egalizarea șanselor și a unei educații pentru toți, strategia propusă de Ministerul Educației și Cercetării din Republica Moldova se dorește a fi una coerentă, logică și modernă care să țintească spre:

- asigurarea unei participări totale și active în viața comunității, a copiilor deficienți;
- asistarea permanentă și continuă a acestora spre a-i conduce spre o viață independentă în acord cu propriile cerințe și aspirații, dar și capacități de realizare;
- tratarea cauzelor deficiențelor, prevenirea agravării lor și diminuarea consecințelor suportate;
- evitarea oricăror forme de discriminare.

Această atitudine manifestată la nivelul întregii societăți trebuie să respecte principiul normalizării, adică asigurarea accesului, pentru toate categoriile de persoane, la tiparele existențiale și la condițiile de viață cotidiană cele mai apropiate posibil de normele considerate normale pentru o viață obișnuită.

Strategiile de formare a unei atitudini pozitive în ceea ce privește realizarea eficientă a integrării și incluziunii tuturor categoriilor de copii trebuie să țină cont de situația concretă a fiecărui copil integrat în instituțiile obișnuite, precum și de contextul complex în care integrarea se desfășoară. Totuși există o categorie de copii care în continuare pare a fi dezavantajată, necunoscută, și anume copiii hiperactivi cu deficit de atenție, care se ciocnesc cu dificultăți de învățare [4].

Copiii care se confruntă cu dificultățile de învățare, cauzate de AD/HD, dacă sunt ajutați pot înregistra progrese, chiar dacă reduse, iar dacă sunt acceptați de către cadrul didactic și de grupul de copii din care fac parte, ei se vor strădui mai mult pentru a face față cerințelor programei școlare și pentru a depăși aceste dificultăți [5].

Deoarece AD/HD este una din tulburările neurobiologice cele mai răspândite și mai complexe și se estimează că 3% - 7% din copii din copii de vârstă preșcolară și școlară din lume suferă de această tulburare, se poate de menționat că AD/HD nu este doar problema unei singure țări, ci reprezintă o problemă globală, ce trebuie studiată și determinate diverse strategii de educație și consiliere a copiilor diagnosticați cu AD/HD. Sindromul Hiperkinetic cu Deficit de Atenție sau Tulburarea de Hiperactivitate/Hiperchinezia cu Deficit de Atenție (THDA), sau AD/HD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder* – engl.) este o tulburare de comportament a copilului, de natură neurologică, ce implică probleme cu lipsa atenției și hiperactivitatea – impulsivitatea, care sunt inconștiente cu nivelul de dezvoltare specific vârstei copilului [1].

Deci, AD/HD este o tulburare comportamentală care afectează mai ales copiii și se manifestă prin imposibilitatea acestora de a se concentra asupra unui anumit subiect sau unei anumite acțiuni. Netratată poate avea consecințe negative (psihologice, sociale, economice) pe termen lung. AD/HD, Deficit de Atenție / Tulburare Hiperkinetică și este una dintre cele mai frecvente afecțiuni comportamentale întâlnite la copii și adolescenți. Studiile arată că un procent de 5% din copiii de vârstă preșcolară și școlară prezintă simptome ADHD (1-2 din copii dintr-o clasă de 30) [6].

AD/HD debutează în copilărie și poate persista și la vârsta adultă. Deși la unii copii simptomele AD/HD dispar odată cu înaintarea în vârstă, în jur de 60% pot prezenta simptome și la vârsta adultă. AD/HD afectează sexul masculin mai mult decât pe cel feminin. Raportul băieți:fete este 4:1. Diagnosticul la fete este mai dificil, căci predomină forma AD/HD cu inatenție. Un copil cu AD/HD care nu este diagnosticat și tratat la timp se va confrunta cu multe probleme acasă și în societate. Din cauza comportamentului la școală va fi izolat de grup, va fi respins de colegi. Profesorul îl va certa pentru că nu e atent. Acasă, simțindu-se ei înșiși vinovați, părinții își vor revărsa și ei angoasele pe copil. Cu timpul, atât situația de la școală, cât și cea de acasă vor înrăutăți simptomele, iar în lipsa tratamentului, copiii cu AD/HD devin agresivi, dezvoltând comportamente antisociale. Numeroși specialiști din diverse domenii (medici, psihologi, pedagogi) au cercetat această problemă și sistematizând concluziile acestora putem determina realitățile AD/HD [7, p. 19]:

- ADHD este considerat o tulburare în toate țările, indiferent de rasă și gen;
- Trebuie reținut că nu toate cazurile de neatenție, hiperactivitate sau de probleme comportamentale care apar în copilărie pot fi atribuite AD/HD;
- AD/HD nu este o afecțiune diagnosticată recent; a apărut în literatura clinică sub diferite denumiri încă din 1902. Anterior au fost folosite denumiri precum: afecțiune cerebrală minimă, disfuncție cerebrală minimă, sindrom hiperactiv și deficit de atenție cu sau fără hiperactivitate;
- Cercetarea demonstrează că AD/HD este o deficiență neurologică ereditară în acea zonă a creierului care controlează comportamentul;
- Cercetările arată că la copiii diagnosticați cu ADHD structurile creierului nu ating dimensiunea normală, mai ales în regiunea frontală dreaptă. Această arie a creierului are o importantă funcție în planificarea sarcinilor și controlul impulsurilor. Acest lucru este demonstrat de medicii specialiști, care au comparat funcțiile creierului unui copil care are ADHD și care nu are această tulburare;

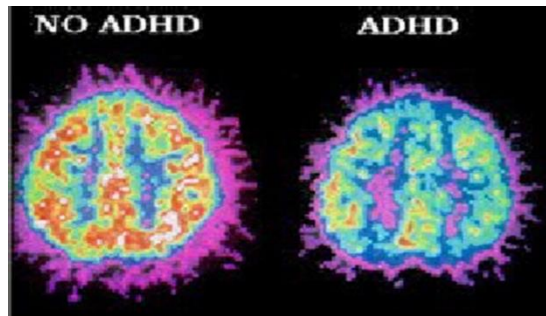


Figura 1. Structura creierului la copiii diagnosticați cu ADHD

- Stimulenții utilizați la tratarea AD/HD pot reduce simptomele, influențând neurotransmițătorii din sistemul nervos central;
- AD/HD nu este o tulburare legată de inteligență. Copiii foarte inteligenți sau lipsiți de inteligență pot avea AD/HD în egală măsură;
- AD/HD este o tulburare pe viață. Aproape 80% dintre copiii cu AD/HD continuă să prezinte simptome substanțiale în adolescență. Cel puțin 67% continuă să prezinte simptome și în viața de adult;
- Estimările recente ale cercetătorilor arată că 3–12% dintre copiii de vârstă școlară au AD/HD, iar din totalul populației lumii cu vârstă între 0 și 18 ani, 3–5% sunt afectați de AD/HD. Aceasta înseamnă că unul din 20–30 de copii sunt afectați de AD/HD;
- Rata de băieți diagnosticați cu AD/HD este de cel puțin trei ori mai mare decât în cazul fetelor. Cercetările recente susțin că fetele ar avea AD/HD, dar nu sunt diagnosticate;
- Indiferent de nevoile copiilor și tinerilor cu AD/HD, aceștia nu au acces la tratamente adecvate dacă nu s-a făcut mai întâi o evaluare și nu s-a pus un diagnostic. Acest lucru este valabil mai ales în cazul fetelor cu AD/HD;
- Aproape 2/3 din persoanele cu AD/HD suferă de tulburări multiple;
- Există multe tulburări și dizabilități care seamănă cu AD/HD și au simptome similare cum ar fi deficiențele de învățare, tulburările sociale sau emoționale;
- Este acceptat faptul că AD/HD este o condiție medicală și nu un mit. AD/HD nu apare din cauza grijii parentale inadecvate și nu este nici lene, obrăznicie, comportament reprobabil intenționat sau tulburare de personalitate. Nu există un tratament unic potrivit, tuturor persoanelor diagnosticate cu AD/HD;
- Nu există etape ale AD/HD de la forma blândă la cea severă, și nici subtipuri; fiecare persoană cu AD/HD este unică. Agravarea simptomelor AD/HD la copii se poate observa de la o zi la alta;
- Există multe caracteristici pozitive la copiii cu AD/HD;
- Copiii cu AD/HD sunt foarte performanți dacă li se cer activități atrăgătoare, interesante și motivante. De obicei învață efectiv la orele obișnuite, unde managementul clasei și strategiile de sprijin sunt evidente;
- Prognoza privind viitorul unui copil diagnosticat cu AD/HD este tristă dacă nu se recurge la tratament. Acești copii riscă mari dificultăți sociale, emoționale, comportamentale sau academice;
- Comparativ cu colegii lor, copiii cu AD/HD sunt mai susceptibili de a părăsi școala, dar pot rămâne în școală, acolo unde sistemul educațional o permite. Pot avea

dificultăți sociale și emoționale dacă sunt respinși, pedepsiți neadecvat sau ridiculizați la școală;

- Prognoza este pozitivă pentru copiii cu AD/HD în cazul în care aceștia sunt tratați, mulți fiind în situația de a stăpâni simptomele AD/HD;
- Unii factori școlari sau familiari, de ex. sistemul de sprijin sau nivelul de stres, pot exacerba problemele sau pot ajuta copilul să se descurce cu problemele sale;
- În aproape orice domeniu există persoane de succes diagnosticate cu AD/HD.

Totodată un aspect foarte interesant al problemei abordate reprezintă faptul, că conform diferitor opinii ale cercetătorilor în acest domeniu, sunt personalități suspectate de AD/HD sau dizabilități de învățare, care ar fi prezentat cu certitudine simptomele hiperactivității și deficitului de atenție [7, p. 21].

În concluzie, putem afirma că un copil suferind de AD/HD se confruntă cu o problemă foarte dificilă, dar nu insurmontabilă. Pentru a-și atinge adevăratul potențial, copilul are nevoie de ajutor, călăuzire, înțelegere din partea părinților, a consilierilor și nu în ultimul rând din partea sistemului public de educație.

Simptomele caracteristice tulburării de atenție și hiperactivitate, precum și cele ale tulburării de conduită sunt motive frecvente pentru care se solicită asistență de specialitate. Copiii care fac parte din aceste categorii sunt considerați de către părinți și educatori ca fiind imposibil de stăpânit; ei creează probleme în mediile în care își desfășoară activitatea și în societate în general, exercitând o influență negativă asupra celor de vârstă lor în ce privește comportamentele antisociale, absenteismul și abandonul școlar. Înțelegerea cauzelor, modului de manifestare și a posibilelor modalități de prevenție și intervenție în aceste tulburări sunt esențiale pentru reducerea riscurilor asociate cu acestea.

Cercetând mai detaliat simptomele AD/HD descrise de diferiți specialiști în domeniu am încercat să generalizăm și să selectăm pe cele mai des întâlnite la copiii preșcolari pentru cele trei domenii în parte [7, p. 78; 10, p. 173]:

Deficitul de atenție:

- copilul nu-și poate focaliza atenția decât pentru secvențe foarte scurte;
- nu observă detaliile, face greșeli în realizarea sarcinilor;
- are dificultăți în concentrarea atenției pentru un timp mai îndelungat în cadrul unor sarcini sau jocuri;
- atunci când i se vorbește, dă impresia că nu ascultă, răspunde deseori la întâmplare la întrebări precise;
- copilul nu urmează cerințele celorlalți, nu finalizează sarcinile;
- întâmpină dificultăți în cadrul activităților, jocurilor, nu reușește să se organizeze, lucrează sau se joacă haotic;
- evită activitățile care necesită autoexigență, efort mental sau capacități organizatorice;
- se distrage cu ușurință de orice tip de stimuli din ambianță – vizual, sonor, tactil;
- este uituc în activitățile zilnice, rătăcește sau pierde cu ușurință obiecte personale;
- copilul se plictisește ușor de orice tip de activitate, își întrerupe frecvent activitatea și are dificultăți în a finaliza o sarcină;

- se poate confrunta cu diverse probleme în activitățile care necesită atenție maximă: lucrul manual, artă, sport, jocuri puzzle;
- copilul este distras cu ușurință de sunete și de stimulente vizuale.

Hiperactivitate:

- copilul are un neastâmpăr motor permanent – corpul este în mișcare permanentă;
- copilul este incapabil să stea liniștit;
- își mișcă degetele, picioarele sau nu-și găsește locul pe scaun;
- se ridică adeseori de pe scaun în situații în care ar trebui să stea pe scaun, nu stă pe scaun nici atunci când mănâncă;
- copilul aleargă, se cațără în situații în care acest comportament este inadecvat;
- are dificultăți în a se juca în liniște;
- are activitate motorie exagerată, care nu poate fi influențată prin reguli sociale sau prin observațiile părinților;
- copilul este exesiv de vorbăreț, vorbește mult și tare;
- aruncă obiecte, trânteste ușile, se agață fără rost;
- poate iniția uneori acțiuni periculoase fără să țină cont de riscuri;
- copiii devin foarte excitați, agitați, distrași, anxioși, perturbă liniștea grupei, devine frustrat când trebuie să îndeplinească sarcini noi;
- îi este greu să șadă în timpul comunicării în cerc;
- se lovește din viteză de pereți, podele și mobilier.

Impulsivitate:

- copilul nu-și poate aștepta rândul la activitatea de grup;
- răspunde fără să aștepte ca întrebarea să fie complet formulată;
- are dificultăți în a aștepta rândul la joc sau în alte activități de grup;
- îi întrerupe frecvent pe ceilalți în discuții sau jocuri, strigă, nu au răbdare;
- deseori vorbește foarte mult, fără să îi pese de constrângerile sociale;
- chiar dacă la început copilul manifestă interes față de sarcină, acesta dispare în scurt timp, iar copilul se orientează spre o altă activitate;
- copilul are dificultăți de a se conforma regulilor, normelor;
- nu respectă instrucțiunile, interdicțiile și e incapabil să-și organizeze activitatea;
- copiii se integrează greu, nu pot lucra în echipă și nu sunt acceptați de grup;
- pare imatur și egoist în relațiile cu semenii;
- se bate des cu alți copii;
- copilul își urmărește primele impulsuri și idei fără a lua în calcul urmările / consecințele posibile.

Toate aceste tulburări enumerate mai sus pot să se manifeste combinat în mod egal, sau cu predominanța uneia dintre ele. În plus, copiii cu ADHD pot manifesta întârzieri în dezvoltarea abilităților motorii fine, abilităților de vorbire, cognitive și de autoservire. Toate aceste manifestări pot fi observate în diferite situații – nu doar în familie, ci și la grădiniță sau în activitățile destinate petrecerii timpului liber cu cei de vârstă apropiată. De obicei sunt mai accentuate în situațiile în care copiii ar trebui să se concentreze și să aibă răbdare, de exemplu, atunci când iau masa sau construiesc un puzzle.

Un bun management al grupei/clasei este în mod evident determinat de buna predare. Chiar și copiii/elevii cu probleme manifeste de impulsivitate și control al comportamentului adoptă o conduită potrivită în momentul în care profesorul oferă în grupă / clasă:

- activități de învățare interesante, angajante, semnificative pentru copii;
- educație diferențiată, în funcție de sarcinile de învățare, nevoile specifice ale unor elevi sau contextul specific;
- implicarea activă a imaginației elevilor în ceea ce învață, evitând și eliminând plictiseala;
- activitățile / lecțiile sunt bine planificate, iar pauzele sunt organizate ca segmente de timp în care elevii se relaxează, dar sunt și curioși să afle în ce activități vor fi implicați la reluarea activității [9].

Profesorii care au succes în educația elevilor hiperacivi sau cu ADHD, au ca element comun capacitatea de a utiliza activ elemente de management al clasei și strategii educative prin care se menține activă implicarea elevului în ceea ce învață. Totodată, ei abordează (conștient sau intuitiv) elevii cu AD/HD pornind de la o strategie construită pe trei mari componente.

Prima constă în identificarea nevoilor specifice, individuale, ale elevului hiperactiv și cu deficit de atenție. Profesorul află de ce și când copilul nu se concentrează asupra sarcinilor de învățare, ce îl interesează, când și de ce este impulsiv și neatent etc. Apoi cadrul didactic selectează unele practici educaționale, exerciții și materiale didactice (unele fiind prezentate pentru dumneavoastră în cartea de față) și strategii de acomodare în clasă care sunt adaptate nevoilor specifice de învățare ale copilului.

În urma acestor pași, cadrul didactic poate schița un plan educațional individualizat care poate să fie integrat programului comun elaborat pentru ceilalți elevi ai clasei. Planul educațional individualizat are un design fundamentat pe necesitatea integrării elevului, fiind de evitat marginalizarea sau alienarea elevului cu AD/HD, care apare îndeosebi prin transformarea sa într-un „caz al clasei”, un exemplu negativ citat elevilor și părinților pentru a exemplifica ceea ce nu este dorit în sala de clasă. Trebuie avut permanent în vedere faptul că aceste erori frecvent întâlnite în sala de clasă alinează elevul și construiesc premisele sigure eșecului școlar și al stărilor conflictuale între elevul cu AD/HD și colegii săi sau/și cu profesorul de la clasă.

În elaborarea unui plan eficient de management pentru clasele în care sunt elevi cu deficit de atenție și hiperactivitate sunt integrate următoarele elemente:

- învățare / elementele de curriculum;
- intervențiile comportamentale;
- acomodarea în clasă [49].

Acomodarea în sala de clasă este foarte importantă pentru elevii hiperactivi sau cu AD/HD, unii factori care țin de acest aspect având o mare influență în managementul comportamentului și ameliorarea rezultatelor școlare pentru acești copii:

- *Locul preferențial* – elevul cu AD/HD este așezat într-un loc (bancă / masă, în funcție de mobilierul școlar și de aranjarea sa în sala de clasă) apropiat de cadrul didactic sau de elevii care manifestă constant un comportament model. Elevii hiperactivi nu trebuie așezați aproape de surse de distragere a atenției (mai ales în cazul în care ferestrele sunt poziționate spre un trafic intens);

- *Aranjarea băncilor / meselor* – cadrul didactic trebuie să urmărească modul în care aranjarea băncilor are efect asupra elevului cu AD/HD. În unele cazuri a fost semnalat că plasarea elevilor hiperactivi în structuri circulare cu mai mulți elevi poate crește distractibilitatea;
- *Utilizarea ariilor de lucru* – pentru elevii cu AD/HD se pot face arii de lucru (pupitre cubulare) în care sursele vizuale de distragere a atenției să fie eliminate. Aceste arii de lucru speciale pot fi utilizate liber de către orice elev al clasei;
- *Utilizarea muzicii* – unii elevii cu AD/HD lucrează mai bine dacă au un fond musical discret, iar pauzele scurte care pot fi luate pentru a se asculta o melodie de către copii pot să fie un important instrument de combatere a plictiselii sau suprasolicitării în clasă [3].

La preșcolari apar semnele hiperactivității motorii grosiere (ex: alergatul sau cățărutul excesiv), copilul este în continuă mișcare, iar inatenția și impulsivitatea se manifestă mai frecvent prin trecerea de la o activitate la alta.

Tulburările de învățare. Inatenția și impulsivitatea pot contribui la eșecul în îndeplinirea sarcinilor și instrucțiunilor trasate sau la efectuarea neglijentă a activității repartizate. Copilul manifestă frecvent dificultăți de învățare. Unii par a avea probleme perceptiv primare (cum ar fi tendința de a inversa literele sau numerele). Alții au dificultăți în învățarea cititului (dislexie), care de regulă sunt secundare impulsivității cu care ei realizează scanarea vizuală. O tulburare specifică de învățare apare atunci când funcționarea cognitivă este slăbită comparativ cu alte aptitudini intelectuale mai generale. Mulți copii cu hiperactivitate cu deficit de atenție pot avea tulburări lexice sau aritmetice specifice. “Tulburările de învățare pot reflecta slăbiri ale percepției, recunoașterii corticale, integrării, secvențierii, abstractizării și memoriei (fixare și recunoaștere)” [4, p. 27].

În demersul psihopedagogic pe care îl pot utiliza educatorii sunt tehnici psihoterapeutice experiențiale de grup deja consacrate în terapia cu copii, în abordarea particulară a hiperactivității cu deficit de atenție.

Aceste tehnici sunt: *exerciții de mișcare, jocuri de rol și pantomimă împrumutate din gestaltterapie, povestiri metaforice și muzicoterapia.*

Exercițiile de mișcare sunt foarte eficiente în tratamentul copiilor hiperactivi, deoarece aceștia au carențe serioase în ceea ce privește controlul propriului corp. Aceste exerciții îi ajută să trăiască un intens sentiment de control al mișcărilor, să-și conștientizeze mișcărilor inutile și exagerate și să-și adapteze gesturile motrice la particularitățile situației.

Să enumerăm cele mai eficiente strategii didactice utilizate de psihologi și pedagogi pentru educația copiilor cu AD/HD:

- *jocurile de rol și pantomima* au o eficiență deosebită pe planul socializării. Copilul învață secvențe comportamentale utile în viața de zi cu zi, învață să-și aștepte rândul la activitățile de grup, să-și controleze reacțiile verbale. Pantomima îl ajută să învețe modalități alternative de comunicare, să înțeleagă mesajele nonverbale primite din mediu. Sunt aptitudini de o importanță crucială în relația cu pedagogul și cu semenii săi;

- *povestirile metaforice* au un rol important în demersul terapeutic la copii, fiind o cale elegantă și neintrusivă de comunicare a sugestiilor terapeutice. Totuși, eficiența lor în grupurile de copii hiperactivi este redusă;
- *muzicoterapia* are un rol deosebit de important în psihoterapia copiilor hiperactivi. Am pus muzică clasică în special în timpul secvențelor de desen. Am constatat un efect de calmare a reacțiilor și a agitației psihomotorii.

În cadrul demersului psihopedagogic se pot adapta o serie de tehnici terapeutice consacrate la specificul activităților de grup cu copii hiperactivi. Majoritatea acestor tehnici sunt tehnici de joc și mișcare. În general, lăsa și copiii să improvizeze. Efectul poate fi cel scontat: copiii vor fi încântați de libertatea pe care li se oferă și vor organiza jocuri cu reguli complexe, pe care, în ciuda simptomelor pe care le manifestă în grupă, le vor respecta cu strictețe [8].

Un alt aspect important este cel legat de instructajul paradoxal. S-a constatat că are un efect terapeutic important și de durată în grupurile de copii hiperactivi. O parte însemnată a demersului psihopedagogic va fi centrată pe crearea de noi tehnici experiențiale, specifice pentru grupurile de copii cu hiperactivitate cu deficit de atenție: desenul grupului, rotația desenelor, exercițiu de autocunoaștere, etc. Psihologii utilizează desenul ca o abordare diagnostică și terapeutică a copilului. „Desenul liber sau tematic constituie o cale foarte potrivită de evaluare a personalității în formare a copilului și a problemelor sale emoționale, precum și a relațiilor sale cu familia, a traumelor care le-a suferit, a nivelului de anxietate existențială, a capacităților și a dificultăților sale de a se adapta la mediul social.” [8, p. 178].

Desenul grupului s-a dovedit a fi o foarte bună tehnică pentru lucrul cu copii hiperactivi. Copiii vor fi puși într-o situație inedită, cu un scop supraordonat: acela de a realiza un desen prin colaborare. Ei trebuie să pună deoparte toate celelalte trăiri, relații și sentimente care îi pot împiedica să realizeze acest scop. Tehnica este utilă și pentru finalul demersului. Se pot astfel compara desenele și observa progresul înregistrat de fiecare copil din grup pe planul aptitudinilor de socializare.

Desenul liber este recomandat, de obicei la începutul terapiei. Deoarece copiii doresc mai curând să deseneze ceea ce vor ei decât să li se spună ce să facă, în această manieră ei „ordonează lumea” în modul în care doresc și sunt mult mai dispuși să coopereze la instrucțiunile viitoare ale educatorului. Atunci când copilul desenează liber și fără nici o indicație, ei exprimă o parte din propria personalitate, își eliberează propriile experiențe și atitudini care ar fi putut fi inhibitate și ascunse. După ce copilul își va termina desenul educatorul va avea posibilitatea să ghideze situația pe mai multe feluri, de exemplu:

- copilul va fi încurajat să-și verbalizeze gândurile și sentimentele pe care le-a trăit în timpul efectuării desenului;
- copilul poate realiza o poveste plecând de la desen sau poate descrie desenul în propriul său mod;
- i se propune copilului să descrie desenul ca și când el ar fi desenul, să folosească pronumele personal „Eu”;
- educatorul va ghida copilul ca să se identifice cu unele personaje sau lucruri din desen;

- se poate propune copilului ca să realizeze un dialog între două părți din desen.

Toate aceste modalități de lucru conduc spre revelarea sinelui copilului și spre autoexprimare.

Rotația desenelor este o tehnică utilă în îmbunătățirea aptitudinilor de socializare avansate. Tehnica este mai eficientă după vârsta de 9 ani. Iar copiii de 6-7 ani pot manifesta reacții negative în timpul aplicării acestei tehnici.

Metoda Scribble este o metodă bună pentru a-i ajuta pe copii să se autoexprime. I se spune copilului să-și închipuie că în fața lui există o coală mare de hârtie, înaltă cât de sus pot ajunge mâinile lui și lată cât pot cuprinde mâinile lui întinse în lateral. Să-și imagineze că ține câte un creion în fiecare mână și că desenează pe această foaie imaginară, astfel încât fiecare colț și fiecare parte a acestei foi să fie atinsă. Scopul acestui exercițiu corporal este de a-l ajuta pe copil să se elibereze și să realizeze un desen cât mai liber pe foaia reală. Apoi i se cere copilului să deseneze pe o coală reală, uneori cu ochii închiși, alteori cu ochii deschiși. Se examinează desenul din toate părțile, cu scopul căutării unor forme care să alcătuiască o imagine. Copilul identifică imagini și spune povestiri în legătură cu desenul [4, p. 65].

Jocul Squiggle. Este un termen ce desemnează trasarea unei linii la întâmplare pe o foaie de hârtie și provocarea copilului să continue desenul. Copilul poate apoi să spună o poveste despre desen, să fie desenul, să vorbească cu desenul, etc. D. W. Winnicott descrie o metodă de a stabili contactul cu copilul folosind jocul Squiggle:

- terapeutul se așează la masă cu copilul, cu două creioane și o foaie de hârtie;
- terapeutul închide ochii și începe un desen (fără formă);
- îi cere copilului să transforme acest început în ceva;
- această procedură poate continua;
- ei vorbesc unul cu celălalt despre desen și despre orice alt material care apare [4, p. 65].

Desenul cu degetele. Cel ce desenează nu trăiește sentimentul eșecului și nu are nevoie de prea mult talent. Poate spune o povestire despre desenul realizat sau poate vorbi despre ceea ce-i amintește desenul respectiv. După parerea specialiștilor, această metodă dă rezultate excelente în tratamentul copiilor hiperactivi. De fapt, orice experiență tactilă îi ajută pe acești copii să se concentreze și să devină mai conștienți de corpul lor. Psihoterapeuta Violet Oaklander și-a creat propria metodă de lucru cu grupe mici de copii hiperactivi. Copiii stau în picioare în jurul unei mese mari, fiecare cu coala sa de hârtie în față. Culoarele sunt amestecate în vase de plastic. Copiii vorbesc între ei în timp ce desenează. Uneori terapeuta pune muzică clasică în surdină. La sfârșit se pun toate desenele unele lângă altele și se presează o coală mare peste ele, obținându-se astfel un tablou uriaș la care și-a adus contribuția întregul grup [8, p. 196].

Desenul cu piciorul. Copiilor li se spune să-și scoată pantofii și șosetele și sunt întrebați cum se simt acum picioarele lor libere. Li se cere apoi să spună ce-și imaginează că pot desena picioarele lor libere. Apoi se pun pe parchet coli de hârtie și vase mici cu vopsea. Li se cere copiilor să ia vopseaua cu piciorul din vase și să o împrăstie pe foaia de jos. Apoi copiii se urcă cu ambele picioare pe foaia de hârtie și întind culoarele. Li se cere să picteze cu toate părțile piciorului, cu diferite degete, părți, laturi, să lase amprente, să observe diferența dintre cele două picioare. În final copiii se spală pe picioare și se

șterg pe prosoape. La sfârșitul ședinței grupul se adună în cerc și discută despre experiența trăită [4, p. 66].

Alte mijloace expresive pentru educația și psihoterapia copiilor cu AD/HD sunt:

- *Exercițiul de autocunoaștere* s-a dovedit o tehnică utilă, aplicabilă cu scopul cunoașterii de sine și îmbunătățirii imaginii de sine a copiilor cu hiperactivitate cu deficit de atenție. Eficiența acestei tehnici nu depinde nici de vârsta copilului și nici de nivelul lui intelectual și s-a dovedit a avea un efect important pe planul dezvoltării aptitudinilor de socializare ale copilului. Tehnica acționează pozitiv și asupra imaginii de sine a copilului;
- *Basmele*: Deoarece din perspectivă psihologică, basmul are o mare valoare ca expresie, dar și trebuie de luat în considerație ca are aspectul de a rezolva problemele copilului, educarea manierelor de a face față crizelor sau situațiilor stresante. Psihologii afirmă că: „prin intermediul basmelor se consideră că se stimulează înțelegerea de sine și a celorlalți, stabilind relații reciproce semnificative. Basmul stimulează decentrarea copilului ” [8, p. 188].

Concluzii:

- După cum se poate observa, în rezolvarea acestor probleme un rol deosebit îl au autoritățile de decizie din domeniul educației, politicile de promovare a unei educații incluzive trebuind să nu ocolească și problematica AD/HD;
- Promovarea programelor educaționale pentru copii cu AD/HD trebuie să asigure o învățare structurată (mediu, actul de predare/învățare, servicii și programe de intervenție personalizată), personal specializat în dezvoltarea și aplicarea unor strategii comportamentale pentru managementul comportamentelor indezirabile și, atunci când se impune, aplicarea diferitelor forme de terapii (comunicare, educațională etc.);
- Nu trebuie ignorat nici faptul că eficiența intervenției educaționale în cazul copiilor cu AD/HD este dependentă și de alți factori precum: existența unui personal specializat; coordonarea intervențiilor din instituțiile educaționale cu cele aplicate acasă de părinți; complementaritatea intervențiilor educaționale cu cele psihologice și medicale etc.;
- Creșterea exponențială a cazurilor depistate în ultimii ani este cel mai important argument ca toate aceste eforturi să fie realizate iar parteneriatul cu organizațiile de părinți și asociațiile și fundațiile active în acest domeniu poate fi o strategie importantă în acest sens.

Referințe bibliografice:

1. AD/HD. De la Wikipedia, enciclopedia liberă [online] [citat 27.11.2023]. Disponibil: <http://ro.wikipedia.org/wiki/ADHD>
2. *Asigurarea unei educații de calitate*: Ghidul mentorului. Chișinău: Ed. Epigraf SRL, 2007. 124p. ISBN 978-9975-903-26-4.
3. BOTEZATU, C.-E. *Modalități psihopedagogice de ameliorare a tulburărilor hiperchinetice la școlarul mic*. Bacău: Ed. Rovimed, 2011. 125 p. ISBN 978-606-583-202-2.
4. CUCU-CIUHAN, G. *Eficiența psihoterapiei experiențiale la copilul hiperchinet*. București: Ed. SPER, 2006. 222 p. ISBN 973-8383-35-8.
5. DUMITRU, V. Strategii în educația copilului hiperactiv. In: *Revista învățământului preșcolar*. 2004, nr.3-4, pp. 34 – 37.
6. GILBERT, P. *Copiii hiperactivi cu deficit de atenție*. București: Ed. Polimarc, 2003. ISBN 978-9975-48-095-6.

7. *Manual de bune practici pentru profesori care lucrează în clasă cu tineri diagnosticați cu tulburare de deficit de atenție și hiperactivitate* [online]. București: Ed. Educația 2000+. 292 p. ISBN 978-973-1715-20-9 [citat 28.11.2023]. Disponibil: <http://ru.scribd.com/doc/23424483/Manual-ADHD-Pentru-Profesori>
8. MITROFAN, I. *Cursa cu obstacole a dezvoltării umane. Psihologie, psihopatologie, psihodiagnoză, psihoterapie, centrată pe copil și familie*. Iași: Ed.Polirom, 2003. 480 p. ISBN 973-681-440-8.
9. TINTIUC, T. *Managementul incluziunii în școală*. Chișinău, 2011. 256 p. ISBN 978-9975-55-831-5.
10. VRÎNCEAN, M., PELIVAN, V. *Incluziunea socio-educatională a copiilor cu dizabilități în grădinița de copii*. Chișinău: S.n., Ed. Tipografia centrală, 2012. 308 p. ISBN 978-9975-53-076-9.