

UNIVERSITATEA “BABEȘ-BOLYAI” CLUJ-NAPOCA

Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației



REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT

Rezultatele unui program de intervenție timpurie la copiii cu ADHD

Conducător de doctorat:

Profesor Dr. Vasile Chiș

Student-doctorand:

Aviva Dan

**ID 12955621
CLUJ-NAPOCA
IUNIE 2013**

Cuprins

I Introducere

I.1 Stadiul actual al cunoașterii

II Perspective teoretice

II.1 Autoreglare și ADHD

II. 2 Factorii de mediu care influențează ADHD

II.3 Relațiile interpersonale și asimilarea socială în ADHD

II.4 Procesul de dezvoltare socio-emoțională în primii ani ai vieții

II.5 Intervenția la vârstă timpurie în cazul copiilor cu comportamente problematice

II.6 Modelul psihopedagogic de tip ecologic

II.7 Teoria ecologică a lui Bronfenbrenner

II.8 Eșafodajul ca teorie a predării la preșcolari

II.9 Învățarea mediată în instituțiile pentru educație timpurie

II.10 Consultul psihiatric în copilăria timpurie

III Metodologia cercetării

III.1 Cercetarea-acțiune

III.2 Paradigma cercetării

III.3 Scopul și obiectivele cercetării

III.4 Întrebările cercetării

III.5 Ipotezele cercetării

III.6 Instrumentele cercetării

III.7 Eșantionul de participanți

IV Rezultate

V Concluzii

VI Contribuții ale prezentei cercetări

Referințe bibliografice

Abstract

Introducere:

Tulburarea de hiperactivitate cu deficit de atenție (ADHD), cunoscută și sub numele de tulburare hiperkinetică (WHO, Organizația mondială a sănătății, 1992) este considerată a fi una dintre cele mai prevalente tulburări ale copilăriei, care afectează 3-10% din copiii de vârstă școlară primară din Europa și Statele Unite ale Americii (American Psychiatric Association, 2000).

Definiția utilizată și acceptată cel mai frecvent pentru diagnosticul de ADHD este cea din DSMIV-TR (Diagnostic and Statistical Manual, 2000). Simptomele tulburării enumerate în DSMIV includ: durată limitată a atenției, comportament impulsiv, evitarea sarcinilor mentale care necesită efort susținut, aparenta incapacitate de a asculta mesajele celorlalți, dificultăți în organizarea obiectelor personale, vorbit fără încetare, incapacitatea de a-și aștepta rândul, întreruperea și dificultățile în interacțiunile sociale. Simptomele ar trebui să fie vizibile o perioadă extinsă de timp și să apară în mai multe contexte. Copiii care sunt excesiv de activi, impulsivi și incapabili de a-și concentra atenția la un nivel care nu este adecvat dezvoltării lor sunt diagnosticați cu ADHD (American Psychiatric Association, 2000).

Tratamentul cel mai frecvent pentru ADHD este utilizarea de psiho-stimulatoare, considerat, însă, un tratament controversat. Aceste psiho-stimulatoare includ săruri de metilfenidat, dextroamfetamină și amfetamine mixte. Aceste stimulente sunt neurotransmițători, care ajută la transmiterea dopaminei. Modelul medical al ADHD este modelul teoretic acceptat pentru diagnosticul și tratamentul tulburării. Această cercetare nu discută avantajele sau dezavantajele utilizării de psiho-stimulatoare ca tratament pentru ADHD; mai degrabă, aceasta se axează pe aplicarea unui model educațional ca o posibilă alternativă la modelul medical pentru ameliorarea simptomelor de ADHD.

Există numeroase dovezi că ADHD este ereditar. Studii efectuate pe familii și frați au arătat că părinții și frații copiilor cu ADHD au un risc crescut de ADHD, de două până la opt ori. DSMIV-TR (2000) este instrumentul utilizat în prezent pentru diagnosticarea ADHD. Diagnosticul presupune identificarea unei liste de comportamente specifice pe o perioadă extinsă de timp, în mai mult de o situație sau un context. Manualul nu abordează problema ADHD sub vârsta de 7 ani. Având în vedere că aceasta este o tulburare cu baze

genetice, ar fi posibilă observarea comportamentelor problematice și înaintea vârstei de șapte ani. Prin urmare, se pare că există un decalaj în cunoaștere, în ceea ce privește diagnosticul ADHD în copilăria timpurie. Dacă debutul psihopatologiei are loc în perioada copilăriei timpurii, atunci simptomele ADHD ar trebui identificate și tratate în această perioadă, ca o măsură preventivă pentru viitoarele probleme de dezvoltare. Această cercetare s-a concentrat pe identificarea ADHD în copilăria timpurie și a investigat efectul pe care comportamentele specifice ADHD le au asupra calității relațiilor interpersonale dintre copiii mici, părinții și educatorii acestora. Acest studiu s-a bazat pe filosofia preventivă conform căreia, prin identificarea și intervenția timpurie ar fi posibilă modificarea comportamentelor problematice pe care le au copiii cu ADHD și, ca atare, îmbunătățirea relațiilor interpersonale dintre copiii mici și adulții semnificativi din viața lor. Calitatea relațiilor interpersonale este crucială pentru dezvoltarea mentală sănătoasă.

Din punct de vedere istoric, comportamentul afectiv și dereglarea comportamentală ale copiilor mici au fost abordate corelat, pentru a se stabili limite între spectrele comportamentelor normative și emoțiile sau trăsăturile temperamentale. În aceste modele, extremele comportamentelor problematice sau trăsăturilor temperamentale au fost, mai degrabă, considerate ca precursori sau factori de risc pentru psihopatologia de mai târziu și nu manifestări ale unor tulburări psihice similare cu cele identificate în etape ulterioare ale vieții (Egge & Angold, 2006).

Un studiu efectuat în anul 2004 a identificat copiii mici cu ADHD. S-a dovedit că acei copii, care au îndeplinit criteriile pentru tulburare, prezentau o inabilitate socială și academică mai mare pe o perioadă de trei ani, în comparație cu alți copii care nu au fost identificați cu ADHD, ocupând mai multe locuri în educația specială și suferind mai multe injurii decât grupul de control (Lahey, Pelham, Loney et al., 2004). Studiile pe termen lung arată, de asemenea, o corelație pozitivă între hiperactivitate și tulburările de comportament, problemele psihiatrice în adolescență și eșecul școlar și profesional (Thaper, Langley, Asheron & Gill, 2007).

Diagnosticul tulburărilor în copilăria timpurie conduce la formularea unor întrebări importante: Cum sunt diagnosticați acești copii? Ce criterii sunt aplicate? Criteriile aplicate sunt sensibile la dezvoltare? Studiile retrospective arată că o proporție substanțială de tulburări psihice debutează în copilărie sau adolescență (Kessler et al., 2005a; Kim-Cohen et al., 2003), deci, această perioadă de dezvoltare ar putea fi decisivă

pentru identificare precoce, diagnostic și tratament preventiv. Chiar și atunci când se stabilește un diagnostic, părinții și medicii au adesea rezerve cu privire la utilizarea medicamentelor pentru a controla comportamentul la o vârstă atât de fragedă (Berger, Dor, Nevo & Goldzweig, 2008). Pe de altă parte, programele de modificare comportamentală sunt mult mai complexe, necesită alocarea unui timp mai lung pentru a fi puse în aplicare și pot fi mai puțin eficace pentru simptomele de bază ale ADHD (Antshel & Barkley, 2008). Diagnosticul se bazează, de obicei, pe modele de comportament la adulți sau copii mici de vârstă școlară, dar nu există criterii corespunzătoare construite pentru grupa de vârstă preșcolară.

Proporția modelelor comportamentale problematice, cum ar fi deficitul în reglarea și controlul emoțional, care interferează în mod semnificativ cu dezvoltarea și funcționarea socială a preșcolarilor, este estimat a reprezenta între 5-14% din populația de copii (Egger & Angold, 2006; Eisenberg et al., 2001; Lavigne et al., 1996; Moffitt, et al., 2007). Studiile au arătat, de asemenea, că aceste modele de comportament sunt foarte dificil de tratat, persistând pe parcursul dezvoltării copilului și fiind previzibile în adaptarea pe termen lung a copiilor (Eisenberg et al, 2001; Kazdin, 1987). Una dintre caracteristicile principale ale ADHD este lipsa comportamentului de auto-reglare. Programul de intervenție utilizat s-a axat pe aplicarea strategiilor didactice adecvate preșcolarilor, învățarea mediată și "eșafodajul", ca bază a programului de intervenție, care s-a concentrat pe dezvoltarea comportamentelor de auto-reglare la copiii mici, care au participat la programul de intervenție. Ipoteza noastră este aceea că, prin creșterea frecvenței comportamentelor de auto-reglare la copiii mici, va exista o îmbunătățire semnificativă în relațiile interpersonale dintre copii mici și adulții semnificativi, respectiv părinți și grădiniță, și, ca atare, va crește confortul psihic al acestor copii. Caracteristicile ADHD se manifestă pe termen lung, afectându-i pe adolescenți și adulți. Copilăria timpurie reprezintă un moment decisiv pentru traiectoriile de dezvoltare ale acestora; prin urmare, prin intervenția timpurie și creșterea frecvenței comportamentelor de auto-reglare, copiii, care prezintă simptome ale ADHD, vor dezvolta un nivel mai ridicat de reziliență și vor înregistra succes prin comportamentul lor de adaptare.

O modalitate alternativă de abordare a tulburărilor de dezvoltare este modelul bio-psiho-social (Engel, 1997), ceea ce înseamnă că tulburarea este privită printr-un spectru poziționat între factorii de risc și interacțiunea cu mediul. Copiii care au un risc genetic

pentru afecțiuni specifice vor prezenta o modificare pozitivă a proceselor neuro-biologice de bază, ca urmare a unei interacțiuni corespunzătoare cu mediul. Aceasta este o concepție dinamică, optimistă asupra tulburărilor, adecvată pentru copilăria timpurie, când dezvoltarea creierului este încă flexibilă.

Prezenta cercetare a investigat rezultatele unui program de intervenție pentru copiii preșcolari cu vârste cuprinse între 2-5 ani, cu simptome de ADHD (Tulburarea de hiperactivitate cu deficit de atenție). Programul a urmărit să modifice elementele din mediul copilului, care au fost considerate mai puțin adecvate în relațiile interpersonale dintre copiii mici, părinții și educatorii acestora.

Conform teoriei ecologice elaborate de către Bronfenbrenner (1986), copiii mici se dezvoltă în cadrul unor sisteme de influență interrelaționate: acasă și în familie, în mediile educaționale, comunitate locală, cultură și țară. Relațiile simultane dintre aceste sisteme pot afecta dezvoltarea copilului. Prin urmare, atunci când se analizează aplicarea unui model de intervenție, este esențial ca programul să fie implementat simultan, atât acasă, cât și la grădiniță, pentru ca intervenția să aibă efect maxim.

Copiii cu simptome din spectrul ADHD se adaptează mai greu la activitățile de zi cu zi și sunt susceptibili față de reacțiile negative primite din mediul lor (Taylor, 2004). Acest lucru înseamnă că preșcolarii cu ADHD pot fi expuși timp de cel puțin cinci-șase ani la reacții negative în mediul lor imediat, înainte de a primi o intervenție corespunzătoare, ceea ce conduce la efecte negative asupra imaginii lor de sine și încrederii în sine. Dorința de a evita asemenea situații negative a motivat cercetarea de față, care vizează dezvoltarea unui program eficient de intervenție, care ar putea ajuta copiii de vârstă preșcolară, ce prezintă comportamente din sfera ADHD, să dezvolte interacțiuni interpersonale de succes cu mediul lor imediat, de acasă, dar și cu mediul educațional. Acest program i-ar putea, de asemenea, înzestra pe părinții și educatorii acestor copii cu competențe adecvate pentru a îmbunătăți calitatea interacțiunilor dintre ei și preșcolari.

Investigarea ADHD la o vârstă fragedă implică atât dificultăți etice, cât și practice. Concentrarea atenției pe un interval de timp redus, impulsivitatea și activitatea motrică bogată sunt modele normale de comportament la copiii preșcolari; prin urmare, ne punem întrebarea: Când poate fi considerat problematic acest model de comportament? Potrivit lui Barkley (1997), comportamentul devine problematic atunci când afectează capacitatea

copilului de a se adapta la cerințele din viața de zi cu zi. Capacitatea de a se adapta la cerințele cotidiene necesită un nivel ridicat de autoreglare. Acest studiu s-a concentrat asupra competențelor de autoreglare, ca o condiție esențială pentru acomodarea la programul zilnic și ca o abilitate care este slab dezvoltată la copiii cu ADHD (Barkley, 2007).

Cercetarea s-a bazat pe premisa că identificarea timpurie a copiilor cu ADHD și aplicarea programului de intervenție vizând îmbunătățirea abilităților de autoreglare ale copilului, prin strategii de predare eficiente, ca o alternativă la soluția medicală, ar putea fi în beneficiul copiilor, îngrijitorilor și părinților, întrucât ar conduce la îmbunătățirea interacțiunilor interpersonale și, ca atare, ar reprezenta o măsură preventivă împotriva apariției și dezvoltării comportamentelor problematice. Avantajul unui astfel de program a fost acela că ar putea fi ușor de implementat în programul de zi cu zi și că nu implică alte persoane în afară de educatori.

Cuvinte-cheie : ADHD, comportamente de auto-reglare, relațiile interpersonale,

învățarea mediată, eșafodajul, consultația, programul de intervenție, preșcolari.

I.1 Stadiul actual al cunoașterii: ADHD reprezintă un subiect care a fost cercetat pe larg în cazul copiilor de vârstă școlară, adolescenților și chiar al adulților. Fiind o tulburare cu bază genetică, ar fi posibilă identificarea caracteristicilor acesteia și la nivel preșcolar. Există foarte puține cercetări efectuate la acest nivel de vârstă, majoritatea referindu-se la tratamentul tulburării din punct de vedere medical, în contrast cu o soluție educațională.

II Perspective teoretice

Se consideră în prezent, că ADHD constă în două simptome majore: (1) lipsa de concentrare și (2) comportamentul hiperactiv-impulsiv, sau dezinhibarea (American Psychiatric Association, 2000).

(1) Lipsa de concentrare:

Lipsa de concentrare se referă la incapacitatea unui copil de a își menține atenția în activități de joacă sau de a efectua sarcini ca și alți copii din aceeași grupă de vârstă. Copiii cu ADHD prezintă, de asemenea, dificultăți în a respecta anumite instrucțiuni sau reguli. Părinții și profesorii se plâng că acești copii nu termină temele, că au dificultăți de

concentrare, că visează cu ochii deschiși și că trec frecvent de la o activitate la alta (Barkley, Du Paul & McMurray 1991). Acești copii sunt, de asemenea, predispuși la performanțe slabe, atunci când primesc sarcini plictisitoare (Ullman, Barkley and Brown; Ceci & Tishman, 1984; Luk, 1985).

(2) Comportamentul hiperactiv impulsiv (Dezinhibarea):

Capacitatea de autoreglare a propriului comportament depinde de trei procese inter-relaționate:

1. Inhibarea reacției originale la un eveniment.
2. Capacitatea de a amâna o decizie, de a reacționa sau de a opri un tipar de reacție în desfășurare.
3. Capacitatea de a se opune interferențelor exterioare care ar putea afecta reacția autodirijată.

În cazul ADHD sunt afectate toate cele trei procese descrise mai sus.

II.1 Autoreglare și ADHD:

Autoreglarea este mai degrabă o reacție direcționată de către o persoană către sine, decât o reacție față de un eveniment din mediu, care ar putea să fi inițiat reacția (Barkley, 1997). Berkowitz (1982) definește auto-reglarea ca “abilitatea individului de a manipula în mod deliberat evenimente mentale ascunse, în majoritate discurs interior și imagini, în scopul de a-și regla comportamentul propriu” (pag. 25). Acest comportament poate fi direcționat în vederea unei modificări a comportamentului propriu sau implementării unei schimbări în mediu pentru a permite o schimbare comportamentală. Autoreglarea constă dintr-o serie de capacități mentale complexe, care includ controlul impulsurilor și emoțiilor, autodirecționarea gândirii și planificarea comportamentului, încrederea în sine și comportamentul social responsabil (Bronson, 2000; Kopp, 1991). Raffaelli et al. (2005) definesc auto-reglarea drept “capacitatea, orientată pe plan intern, de a regla afectul, atenția și comportamentul, pentru a răspunde în mod eficient la cererile interne și din mediu” (pag. 54). În plus, o persoană cu autoreglaj este o persoană care poate respecta o cerere, poate iniția și înceta activități în conformitate cu cerințele situaționale, este

capabilă să moduleze intensitatea, frecvența și durata actelor verbale și motorii în mediile sociale și educaționale, este capabilă să amâne acțiunea pentru a dobândi un obiect sau țel dorit și este capabilă de a genera un comportament social permis în absența unei monitorizări externe (Kopp, 1982). Cu alte cuvinte, autoreglarea este o condiție centrală pentru consolidarea capacităților de adaptare ale unei persoane și vitală pentru dezvoltarea de aptitudini sociale eficiente. Copiii cu simptome ADHD prezintă abilități scăzute în ceea ce privește comportamentul de inhibare și mari dificultăți în ceea ce privește comportamentele de autoreglare.

La acești copii se observă că se agită mai mult, au dificultăți în a rămâne așezați, aleargă în jur mai mult decât alți copii, se cațără și se joacă zgomotos, vorbesc excesiv, îi întrerup pe ceilalți și sunt mai puțin capabili să își aștepte rândul (American Psychiatric Association, 1994). Părinții și profesorii îi descriu ca fiind în mișcare fără încetare, cu o stăpânire de sine scăzută (Barkley, 1997). Dacă această deficiență este evidentă de la o vârstă fragedă, acest lucru poate indica faptul că un program de intervenție timpurie ar putea ajuta acești copii să își îmbunătățească abilitățile de autoreglare. În contrast cu numărul mare de studii genetice asupra copiilor de vârstă școlară cu ADHD, doar câteva studii s-au axat pe copiii preșcolari cu ADHD.

Au fost remarcați mai mulți factori care influențează abilitățile unui copil cu ADHD de a-și menține atenția în îndeplinirea sarcinii, de a-și controla impulsurile și de a reuși să mențină o perioadă mai extinsă de lucru, inclusiv: în perioada zilei și în momentele de oboseală (Porrino et al., 1983, Zager & Bowers, 1983), creșterea complexității sarcinii (Douglas, 1983), nivelul de stimulare în mediu (Zentall, 1985), programul de consecințe imediate asociate cu sarcina (Porrino et al., 1983, Zager & Bowers, 1983) și lipsa supravegherii unui adult pe parcursul îndeplinirii sarcinilor (Draeger, Prior, & Sanson, 1986; Gomez & Sanson, 1994b). Observăm, deci, că, pentru a permite copiilor cu ADHD să obțină un autocontrol mai bun, este esențial ca un adult semnificativ să ia parte activ la aceste procese. Nu există un consens în ceea ce privește modul în care copilul poate dobândi autocontrolul intern. Perspectivele sunt contradictorii și depind de “narațiunea teoretică” accentuată.

Motivate de profit, companiile farmaceutice încurajează modelul medical al ADHD, în care intervenția se bazează pe modele de comportament și medicație și nu pe a responsabiliza familiile și copiii pentru a-i ajuta să își rezolve problemele (Timmi, 2002).

În contrast cu modelul medical, Taylor et al. (1996) indică faptul că este sarcina profesioniștilor de a înțelege modul în care interacționează genetica și mediul. Aceștia descriu modul în care diferențele individuale de hiperactivitate sunt reflectate în diferențele de structură a creierului, susținând că un anumit tip de compoziție a ADN-ului și hiperactivitatea severă sunt predictorii puternici ai unei slabe acomodări psihologice (Ibid). Cei diagnosticați cu ADHD sunt mai predispuși la accidente, tulburări de comportament, probleme psihice în adolescență, eșec școlar și profesional și o lipsă de ocupații constructive sau relații satisfăcătoare (Taylor, 2004). Prognosticul pentru copiii cu ADHD este puternic influențat de complicatele interacțiuni dintre gene și mediu.

Atenția este un element central în traiectoriile de dezvoltare. De la naștere, indivizii sunt bombardati cu mai mulți stimuli senzoriali decât le este posibil să proceseze (Perez-Edgar, 2012). Ca atare, aceștia trebuie să învețe să selecteze din mediu doar ceea ce le sprijină obiectivele actuale. Capacitatea de a fi selectivi în alegerea stimulilor la care să reacționeze se datorează, probabil, unui delicat act de echilibrare a sistemelor neuronale care pot monitoriza și direcționa comportamentul flexibil, axat pe obiective (Perez-Edgar, 2012). Acest act de echilibrare este înrădăcinat în dezvoltarea neuronală și apare lent în timp. De-a lungul copilăriei, se dezvoltă sisteme din ce în ce mai sofisticate, astfel încât copilul nu mai este dependent de forțele externe (controlul exogen), ci își poate direcționa intenționat atenția din sine (controlul endogen). S-a observat că problemele de atenție au o corelație mare cu ADHD (Barkley, Depaul, & McMurry, 1991; Steingard, Biederman, Doyle, & Sprich-Buckminister, 1992).

Capacitatea de atenție a individului acționează ca o gardă de protecție față de cantitatea de stimuli din mediu. Fără această pază sau filtru, sistemul va fi copleșit și se va prăbuși în cele din urmă. Acest filtru permite flexibilitate și concentrarea continuă pe țintă, blocând, în același timp, elementele care distrag atenția. Când acest filtru este inefficient, atunci copilul devine copleșit și reacționează în consecință.

Modelul de procesare a informației (Crick și Dodge, 1994) arată modul în care copiii percep, interpretează și reacționează la mediul lor. În primul rând, ei trebuie să codifice un număr limitat de stimuli, din cei infiniți care acționează asupra lor. Apoi, ei trebuie să interpreteze acești stimuli și să acționeze asupra lor în funcție de influența lor asupra comportamentului axat pe obiective (aceștia pot conduce sau împiedica comportamentul).

În cele din urmă, sunt selectate potențialele reacții, iar una dintre acestea este aleasă și transpusă în fapt. Baza acestor decizii o reprezintă un rezervor de amintiri și experiențe emoționale din trecut (Perez-Edgar, 2012).

II. 2 Factorii de mediu care influențează ADHD

În ciuda dovezilor puternice în favoarea eredității ADHD, mediul joacă, de asemenea, un rol important în fenomenul ADHD (Price, et al., 2001).

Factorii de mediu implicați în ADHD includ factori biologici, familia și factorii de stres psihosocial. ADHD are o puternică bază genetică, în aproximativ 75% din totalul cazurilor. Cu toate acestea, există o serie de factori biologici și psihosociali care fie pot declanșa o predispoziție pentru ADHD, fie pot modifica severitatea simptomelor.

Copiii cu simptome de ADHD au comportamente dificile, iar educatorii și părinții trebuie să recunoască aceste caracteristici și, ulterior, să dezvolte strategii de interacțiune adecvate, folosind metode educaționale diferențiate, nefiind neapărat nevoie de includerea copiilor în învățământul special. Mediul poate să fie un factor în care comportamentele extreme sunt expuse sau un mediu în care acestea sunt modificate, reduse.

Relațiile interpersonale pot fi definite ca modele de interacțiune cu parteneri specifici, cum ar fi părinții sau colegii, care se desfășoară în timp și implică un anumit grad de investiție din partea participanților (Hinde, 1979). Sroufe et al. (2000) definesc problemele de relaționare ca fiind incapacitatea de a forma relații sociale, comportamentul social inadecvat, retractilitatea socială, anxietatea socială, un comportament care este nociv pentru ceilalți.

Numeroase dintre tulburările majore ale perioadei copilăriei și adulte presupun existența unor relații defectuoase, conform DSMV-IV. Cu toate acestea, comportamentul social nu este menționat în rândul criteriilor pentru simptomele ADHD în DSMIV (2000). Conform lui Greene et al. (1996), copiii cu ADHD au probleme de comportament și sunt în pericol de a nu funcționa social, deoarece le lipsește capacitatea de a recunoaște indicii sociale importante și tind să își manifeste frustrarea într-un mod impulsiv agresiv (Greene et al., 1996).

Relațiile sociale sunt văzute de mulți teoreticieni ca un context important în psihopatologie (Sroufe et al 2000). Toate relațiile se dezvoltă într-un context (cu

persoanele care îngrijesc copilul, cu copiii de aceeași vârstă și cu alții) și sunt considerate o parte esențială a dezvoltării mintale sănătoase a copilului.

Studiile care au investigat interacțiunile sociale în ADHD au descoperit dificultăți în interacțiunea cu colegii, lipsa de competență socială sau lipsa de popularitate, corelate cu probleme comportamentale și emoționale (Masten & Coatsworth, 1995). Evaluările de către profesori a competenței de a relaționa cu ceilalți copii, începând din școala primară, sunt indicatori siguri ai problemelor de comportament și ai psihopatologiei de-a lungul copilăriei și adolescenței (Sroufe et al., 1999).

Dezvoltarea socială este, de asemenea, indisolubil legată de dezvoltarea autoreglării. Deși există factori înnăscuți care afectează reglarea excitării, cum ar fi temperamentul, experiențele unui copil mic în mediul social și fizic îi oferă ghidaj, constrângeri și practică în modularea emoțiilor și a comportamentului. Copilul învață la ce să se aștepte de la mediul înconjurător, și, de asemenea, modul în care poate reacționa și interacționa cu succes în context social. Experiențele cu oamenii îi oferă sprijin, modele și îndrumare activă în privința modului de a interacționa corespunzător cu ceilalți (Bronson, 2000).

II.3 Relațiile interpersonale și asimilarea socială în ADHD

În timpul perioadei preșcolare, copiii avansează de la controlul extern la un control în principal intern, ceea ce Vygotsky numește trecerea de la “discursul public” la “discursul privat” (1934, 1986). Acest element îi ajută pe copii să își controleze independent comportamentul. De asemenea, discursul privat facilitează dezvoltarea automotivației și autoreglării emoționale (Bronson 2000). După cum s-a menționat deja, capacitatea de a dezvolta un comportament eficient de autoreglare este influențată nu numai de diferențele genetice individuale, de predispozițiile naturale și de gen, fetele având un control inhibitor puternic (Kochanska et al., 2001 Mc Cabe et al, 2004a Mc Clelland et al., 2000), ci și de calitatea interacțiunilor interpersonale, în special de calitatea atașamentului între mamă și copil, care s-a demonstrat că afectează capacitatea copilului de a manifesta un comportament de autoreglare în situații de stres (Schoore, 1994). Abilitatea de a se angaja într-un comportament de autoreglare este, prin urmare, o consecință a unei combinații între factori ce țin de natură și de cultură.

II.4 Procesul de dezvoltare socio-emoțională în primii ani ai vieții

Abilitățile socio-emoționale pe care copiii trebuie să și le dezvolte, pe măsură ce intră la școală, includ încrederea în sine, capacitatea de a dezvolta relații pozitive cu colegii și adulții, concentrarea și persistența în sarcini dificile, abilitatea de a comunica în mod adecvat emoțiile, capacitatea de a asculta instrucțiunile și de a fi atenți și abilitățile de rezolvare a problemelor sociale.

Semnificația interacțiunilor și relațiilor pe care un copil mic le are și le construiește cu adulții semnificativi începând de la naștere, în special cu părinții săi, este considerată ca fiind esențială pentru dezvoltarea viitoare a abilităților sale sociale, emoționale și afective (Beebe & Lachmann, 2002; Sameroff, McDonough & Rosenblum, 2006). Cercetările efectuate în acest domeniu, în anii '60, au subliniat rolul central al copilului în co-construcția de schimburi interactive cu îngrijitorul său (Beebe & Lachmann, 2002). Cercetările efectuate de Sander (1975) au indicat că dezvoltarea interacțiunilor interpersonale reprezintă un proces dinamic și nu unul liniar. Potrivit lui Sander (1977, 1985), individul se angajează în mod continuu într-un schimb cu mediul, creând un proces de reglare reciprocă. Alte studii au identificat rolul central jucat de autoreglare în dezvoltarea competențelor de atenție și interacțiune (Freedman, Barroso, Bucci & Grand, 1978). În acest sens, diada copil-îngrijitor este un sistem unic, care ghidează organizarea comportamentală a copilului: atât copilul, cât și adultul dețin competențe de autoreglare și auto-organizare, ambii având capacitatea de a-și regla și organiza propriile stări emoționale (Beebe & Lachmann, 1998). Cercetarea lui Sander arată cum, în plus, față de procesele individuale de autoreglare, relația diadei copil-adult se caracterizează printr-un proces paralel de reglare interactivă. Astfel, comunicarea dintre copil și îngrijitorul său este definită printr-o interacțiune constantă și dinamică între autoreglare și procesele interactive de reglare (Sander, 1977). Acest “dans” complicat ajută la construirea unui model de predicție și așteptări cu privire la comportamentul celuilalt (Sander, 1977, citat în Carli & Rodini, 2008). În timpul interacțiunii, îngrijitorul primește informații de la copil cu privire la intențiile sale, starea sa de excitație și afectul său. Prin experiența și interacțiunile repetate, semnalele devin cunoscute, iar îngrijitorul poate oferi sprijin în reglare, care va ajuta copilul să atingă un nivel mai complex de organizare (Tronick, 1998).

Pe baza ideilor lui Sander (1977) și Tronick (1998), conform cărora schimbul

comunicațional diadic este axat pe relația dialectică și bidirecțională între autoreglare și reglarea interactivă, Beebe și Lachman (2002) au propus un model de echilibru între autoreglare și reglarea interactivă, pornind de la premisa că în echilibrul dintre autoreglare și reglarea interactivă se află calitatea interacțiunii. Flexibilitatea echilibrului între autoreglare și reglarea interactivă, inclusiv capacitatea de a reconstrui cu succes interacțiuni după o anumită pauză, produce un nivel optim de atenție, activare și experiență afectivă la copil și contribuie foarte mult la experiența personală și interpersonală a copilului (Lavelli & Fogel, 2007).

Capacitatea unei persoane de a-și adapta reacțiile prin adoptarea de strategii comportamentale acceptabile și de a-și aplica autocontrolul este, de asemenea, un element important în acceptarea socială. În această perioadă, copiii fac trecerea de la controlul în principal extern la un control intern, dar mediul joacă încă un rol critic în dezvoltarea autoreglării. Acesta oferă posibilitatea de a dezvolta noi strategii și de a exersa creșterea controlului prin autoreglare. Acesta prevede, de asemenea, constrângeri în interiorul cărora copiii trebuie să funcționeze. Ei devin mai conștienți de necesitatea unor interacțiuni sociale adecvate și este important pentru ei să fie acceptați social. Ei încep să construiască standarde interiorizate de comportament, pe care le pot folosi ca pe un ghid în absența adulților. Ei pot vorbi despre stări mentale, cum ar fi gândirea și convingerea, și pot dezvolta o înțelegere mai aprofundată a altor minți (Bronson, 2000).

Copii preșcolari sunt mai avansați decât antepreșcolarii în ceea ce privește capacitatea lor de a atinge autoreglarea cognitivă. Ei sunt capabili să aleagă obiective care sunt potrivite pentru vârsta lor și să lucreze în mod constant pentru a le atinge. Pe fondul unei game tot mai largi de sarcini, ei sunt capabili să reziste la distragerea atenției, să utilizeze strategii adecvate și eficiente pentru a-și monitoriza progresul și pentru a-și atinge scopurile cu succes. Adulții din mediul lor, în special persoanele care îi îngrijesc sau educatorii care le oferă strategii lingvistice adecvate, ajută la dezvoltarea cognitivă a autoreglării. Întrebările care îi ajută pe copii să genereze soluții proprii stimulează dezvoltarea abilităților de rezolvare independentă a problemelor (Casey & Lippman, 1991; Casey & Tucker, 1994). În această perioadă, copiii devin, de asemenea, interesați de produsele pe care le produc și încep să și le evalueze în raport cu standardele interne sau externe. Motivația pentru autoreglare este stârnită atunci când ei cred că sunt responsabili pentru acțiunile lor, că sunt capabili să le controleze și că au opțiuni (Bronson, 2000).

ADHD este o tulburare comună în rândul copiilor de vârstă școlară. Diagnosticul de ADHD la nivel preșcolar este mult mai complicat decât la o vârstă mai înaintată, din cauza comportamentului firesc neregulat la copiii mici, deși într-o cercetare recent efectuată în rândul copiilor cu vârste cuprinse între doi și cinci ani (Egger et al., 2006), s-a ajuns la concluzia că simptomele ADHD sunt în concordanță cu criteriile DSM IV (2000) în sensul unei deficiențe care se produce în afara domeniului normativ pentru copiii preșcolari. În aceeași cercetare s-a descoperit, de asemenea, că acei copii preșcolari diagnosticați cu ADHD, au continuat să prezinte o deteriorare funcțională într-o evaluare de tip follow-up, trei ani mai târziu (Egger et al., 2006). Deteriorarea s-a manifestat în relațiile cu semenii și în abilitățile preacademice: peste 40% au fost suspendați de la grădiniță, 16% au fost exmatriculați, iar 50% dintre părinți au raportat dificultăți în a se deplasa în locurile publice din cauza comportamentului copiilor lor (Ibid). Aceste rezultate indică necesitatea unei identificări și intervenții timpurii. Copiii cu ADHD au cel mai problematic comportament în situațiile în care sunt necesare persistența și rezerva comportamentală (Altepeter & Breen, 1992; Barkley & Edelbrock, 1987; Dupaul & Barkley, 1992).

Copiii cu ADHD au diverse dificultăți în contexte sociale din cauza lipsei de competențe sociale și de cunoștințe în ceea ce privește indicii sociali (Barkley, 1990). Cele patru competențe sociale deficitare, frecvent întâlnite la copiii cu ADHD se referă la capacitatea de a se integra într-un grup, abilitățile de conversație, rezolvarea conflictelor, rezolvarea adecvată a problemelor și controlul furiei (Barkley, 1990). Abilitate socială este definită ca o abilitate de a alege comportamentele adecvate în contextele sociale, cum ar fi tactul, împrietenirea și soluționarea pașnică a conflictelor (Taylor, 1994). Copiii cu ADHD tind să nu fie conștienți de impactul pe care îl au asupra altora, fiind în imposibilitatea de a înțelege codurile și semnalele sociale obișnuite, care sunt utilizate de către ceilalți. Ca urmare, ei nu înțeleg de ce alții se înfurie datorită comportamentului lor și au tendința de a da vina pe ceilalți pentru orice rezultate negative. Copiii cu ADHD au, de asemenea, dificultăți în păstrarea prietenilor, deoarece tind să încalce limitele impuse de ceilalți (Gresham, 1998, Taylor 1994).

II.5 Intervenția la vârstă timpurie în cazul copiilor cu comportamente problematice

Smith și Fox (2003) definesc comportamentul dificil, problematic ca “orice comportament repetat care interferează sau este în pericol de a interfera cu învățarea optimă sau angajarea în interacțiunile pro-sociale cu semenii și adulții” (p. 5). Copiii care prezintă ADHD manifestă acest tip de comportamente. Așa cum am menționat mai sus, aceștia sunt considerați agresivi, au dificultăți de interacțiune cu ceilalți și nu manifestă auto-inhibiție. Aceste comportamente reprezintă o provocare extraordinară pentru părinți și educatori în interacțiunile de zi cu zi.

Unul dintre cele mai dificile lucruri pe care copiii trebuie să le realizeze este îmbunătățirea comportamentului socio-emoțional. Mediul preșcolar poate stimula dezvoltarea aptitudinilor sociale sau poate exacerba problemele de comportament. Există mulți factori care afectează calitatea îngrijirii copilului, raporturile inadecvate dintre copii și personal, dimensiunea mică a claselor și calificarea cadrelor didactice privind furnizarea eficientă a programelor (<http://www.centerforpubliceducation.org/Main-Menu/Pre-kindergarten/Pre-Kindergarten/Pre-kindergarten-What-the-research-shows.htm>).

Există, în plus, o serie de factori care pot să contribuie la exacerbarea unor dificultăți în comportamentul copilului: la nivel individual, dificultățile temperamentale, agresivitate, dificultățile lingvistice, neconformarea și abilitățile de autoreglare (Stormont, 2002; Barkley, 1997, Bronson, 2000); și factorii familiali, cum ar fi, depresia maternă, autoritatea părinților sau evenimente stresante în familie (Brook-Gunn, Duncan & Aber, 1997; Harden et al., 2000; Stormont, 1998).

În scopul de a interveni pentru a preveni consecințele negative ale comportamentului dificil la o vârstă fragedă, se înțelege acum că identificarea și intervenția timpurie pot avea consecințe pe termen lung, iar identificarea timpurie poate conduce la o ameliorare a comportamentelor dificile și împiedica dezvoltarea celor patologice. În plus față de complexitățile asociate cu definirea și identificarea comportamentelor dificile, problematice, există dificultăți similare în înțelegerea a ceea ce se poate face pentru a preveni dezvoltarea acestor comportamente și detectarea intervenției necesare pentru a modifica acele comportamente problematice în tipare comportamentale adaptate social, în cazul identificării acestora (Powell & Dunlap et al 2006).

Unul dintre obiectivele cercetării, descrise în lucrarea de față, a fost acela de a propune un program de intervenție pentru a ajuta la îmbunătățirea interacțiunilor sociale între adulți și copii, cu scopul de a preveni dezvoltarea de comportamente patologice. În pofida înțelegerii implicațiilor pe care le au comportamentele dificile ale copiilor mici, cum ar fi problemele de socializare, de adaptare școlară, eșec școlar și adaptare profesională dificilă (Cambell, 1995; Dodge, 1993; Kazdin, 1985, Reid, 1993), se știe foarte puțin despre posibilele strategii care ar putea fi folosite pentru a interveni și a preveni aceste implicații negative (Powell & Dunlap et al., 2006).

Copiii cu probleme semnificative fie nu sunt identificați în timp util, fie nu primesc educație și tratament adecvate, iar problemele lor tind să fie de lungă durată, necesitând servicii specializate și resurse mai complexe în timp. Mai mult decât atât, există o posibilitate crescută ca aceștia să sufere din cauza unor rezultate academice slabe, a respingerii semenilor și, ca adulți, să aibă probleme de sănătate mintală și să existe efecte adverse asupra familiilor lor, furnizorilor lor de servicii și comunităților lor. Deși sunt disponibile unele sisteme și instrumente pentru identificarea timpurie a copiilor cu comportamente problematice, identificarea efectivă a acestor copii și furnizarea de servicii corespunzătoare sunt foarte reduse.

O amplă cercetare efectuată de către Dunlap et al. (2006) a identificat anumiți factori și modele de intervenție care sunt semnificative pentru încercarea de a preveni comportamentele problematice. Aceste date au fost obținute printr-un vast program peer-reviewed de evaluare a datelor și prin analize longitudinale ale consecințelor sociale, precum și prin analize follow-up ale programelor de sprijin în copilăria timpurie. Cercetătorii au ajuns la următoarele concluzii:

1. Copiii și familiile care au acces la îngrijire mentală și fizică sunt mai puțin susceptibili de a avea tulburări de comportament și /sau dificultăți sociale.
2. Creșterea și educarea parentală pozitivă sunt asociate cu copii care au relații sănătoase și un comportament mai puțin dificil.
3. Mediile de înaltă calitate ale educației timpurii și interacțiunile cu îngrijitorul sunt asociate cu mai puține probleme de comportament și cu dezvoltarea competențelor sociale.

Programele de intervenție timpurie s-au dovedit a avea rezultate pozitive eficiente pentru reducerea și limitarea comportamentului dificil (Hemmeeter et al., 2006). Intervențiile bazate pe o evaluare funcțională a relației dintre comportamentele problematice și mediul copilului sunt eficiente pentru reducerea comportamentelor inadecvate ale copiilor mici.

1. Procedurile de predare s-au dovedit a fi eficiente pentru dezvoltarea abilităților copiilor și reducerea comportamentelor dificile.
2. S-a demonstrat că intervențiile, care implică modificările caracteristicilor activităților copilului și ale mediului social și fizic al acestuia, reduc comportamentele dificile.
3. Intervențiile implementate pe un interval de timp mai lung, în contexte relevante și bazate pe componente multiple pot produce creșteri durabile, generalizate, de comportament pro-social și reduceri ale comportamentelor dificile.

Poate fi dificil ca ADHD să fie abordat într-un program de intervenție eficientă din cauza lipsei de consens privind cauzele tulburării. Astfel, au existat câteva încercări de a implementa sistematic orice program în legătură cu ADHD, mai ales în copilăria timpurie (Powell & Dunlap et al., 2006). Deși au existat inovații în tratamentele medicamentoase bazate pe o mai bună înțelegere a tratamentelor existente (Volkow & Swanson, 2003; Swanson 2003), abordările nonfarmaceutice, adaptate la modelele generice de intervenție și “împrumutate” din alte domenii clinice (Sonuga-Barke et al., 2005) au fost rareori dezvoltate cu scopul de a trata ADHD.

Ideea de intervenție timpurie, ca o măsură preventivă în cazul ADHD, este încă în fază incipientă. Acele programe de intervenție timpurie care abordează problema au adoptat modelele farmacologice standard (Jones et al., 2008). Programele de intervenție bazate pe medicamente și pe intervenția comportamentală nu sunt curative și nu duc la îmbunătățiri semnificative pentru cei tratați. În plus, dovezile acumulate până în prezent nu includ date referitoare la efectele pe termen lung și nu sunt generalizate (Miller & Hinshaw, 2012).

Această cercetare a intenționat să investigheze rezultatele unui model ecologic-psiho-pedagogic de intervenție ca o măsură alternativă la îmbunătățirea autoreglării la copii, care este văzută ca o dificultate esențială la copiii mici cu simptome ADHD. Calitatea interacțiunilor dintre copiii mici și adulții semnificativi din viața lor, părinții și cadrele didactice va fi, de asemenea, îmbunătățită.

II. 6 Modelul psihopedagogic de tip ecologic

Acest model a fost folosit pentru a examina interacțiunile dintre copiii cu risc, care prezintă simptome ADHD și adulții semnificativi din viața lor, părinții și educatorii. Aceștia au fost implicați într-un program de intervenție axat pe dezvoltare, bazat pe măsuri pedagogice și pe două strategii de predare diferite: eșafodajul și învățarea mediată. Programul de intervenție a intenționat să dezvolte capacitatea copilului de a pune în aplicare strategii de autoreglare comportamentală, pentru a facilita integrarea cu succes a acestora în activitățile de zi cu zi de la grădiniță și de acasă. Modelul se bazează pe trei teorii de bază: teoria ecologică a lui Bronfenbrenner, teoria lui Vygotsky despre eșafodaj și teoria lui Feurestein despre învățarea mediată.

II.7 Teoria ecologică a lui Bronfenbrenner

Teoria ecologică a lui Bronfenbrenner (1979) explică faptul că dezvoltarea copiilor mici este afectată de mediul lor de proveniență și de mediul grădiniței. Educația și tratamentul fizic al acestor copii mici sunt, prin urmare, împărțite între personalul grădiniței și părinții acestora. Pentru a permite unui copil să ajungă la dezvoltarea optimă, ambele medii trebuie să coopereze zi de zi. Importanța teoriei ecologice a lui Bronfenbrenner constă în faptul că dezvoltarea personală este văzută în legătură cu diferite tipuri și niveluri de sisteme: micro-sistemul, mezo-sistemul, exo-sistemul și macro-sistemul:

Micro-sistemul: Acesta este nivelul cel mai apropiat de copil și conține structuri cu care copilul are contact direct. Micro-sistemul cuprinde relațiile și interacțiunile pe care copilul le are cu mediul său imediat, cum ar fi familia sau persoanele care îl îngrijesc și școala sau grădinița (Berk, 2000).

Mezo-sistemul: Acest sistem include legăturile și procesele care au loc între două sau mai multe medii ce includ persoana în curs de dezvoltare, adică relațiile între casă și grădiniță, școală și locul de muncă. Un mezo-sistem este de fapt un sistem de micro-sisteme.

Exo-sistemul: Acest sistem cuprinde legătura și procesele care au loc între două sau mai multe medii, cel puțin unul dintre ele neincluzând în mod obișnuit persoana în curs de dezvoltare, dar în care evenimentele desfășurate influențează procesele din mediul imediat care include acea persoană, de exemplu, relația dintre casă și locul de muncă al

părintelui.

Macro-sistemul: Acest sistem poate fi considerat ca o schemă socială pentru o anumită cultură, subcultură sau un alt context social mai larg. Macro-sistemul cuprinde modelele de micro-, mezo- și macro-sisteme care oferă un cadru de referință sistemelor de convingeri, modelelor de interacțiune socială, culturii sau subculturii (Bronfenbrenner, 1979).

II.8 Eșafodajul ca teorie a predării la preșcolari

Conceptul lui Vygotsky de Zonă a dezvoltării proximale (ZPD) și utilizarea de către acesta a “eșafodajului” ca practică de predare au fost influente în practicile pedagogice moderne. Vygotsky a definit ZPD ca: “distanța dintre ceea ce pot face copiii de uni singuri și următoarea etapă pe care ei pot fi ajutați să o atingă cu un ajutor competent” (Raymond, 2000, p. 176). Instrumentul folosit pentru a ajuta copiii să traverseze ZPD este “eșafodajul”. Acesta este folosit pentru a-i învăța pe copii noi competențe, prin implicarea acestora într-un mod colaborativ în sarcini care ar fi prea dificile pentru ca ei să le poată efectua pe cont propriu. Eșafodajele sau suporturile sunt furnizate de către alții pentru a facilita dezvoltarea copilului. Eșafodajul permite acestuia să își construiască înțelegerea conceptelor sau proceselor noi și, atunci când acesta este în măsură, să preia singur responsabilitatea pentru finalizarea procesului sau a activității, schela fiind înlăturată. Vygotsky a definit “instruirea pe bază de eşafodaj” ca “rolul profesorilor și nu numai în susținerea dezvoltării elevului și furnizarea de structuri de sprijin pentru a-i permite să ajungă la nivelul următor” (Raymond, 2000, p.176). Învățarea se produce în ZPD.

Instructorul își propune să pregătească elevul pentru a deveni un elev independent, cu capacitate de autoreglare și de rezolvare a problemelor (Hartman, 2002). Noile cunoștințe dobândite devin permanente în structurile cognitive ale copilului. Teoria lui Vygotsky a adus o contribuție importantă la concepția conform căreia cunoștințele pot fi mediate prin ceilalți indivizi semnificativi din viața unui copil, iar nivelul de cunoștințe pe care un copil îl poate obține nu depinde numai de capacitățile sale naturale sau de experiențele imediate. Vygotsky sugerează că este posibil ca un copil să își extindă și să aprofundeze cunoștințele prin sprijinul unor alți oameni bine informați.

Cercetarea observațională despre învățare în copilăria timpurie arată modul în care părinții și îngrijitorii facilitează învățarea printr-un eşafodaj. Eșafodajul oferit motivează

sau angajează interesul copilului și simplifică sarcina, făcând-o mai ușor de gestionat și realizabilă pentru copil (Bransford, Brown & Cocking, 2000). Interacțiunea socială permite copilului să își dezvolte capacitatea de “discurs interior”. Abilitatea de a se angaja într-un discurs interior presupune capacitatea copilului de a folosi dialogul reflexiv pentru a-l ajuta să își monitorizeze acțiunile cognitive (Ibid, 2000). Atunci când acest lucru este realizat, copilul intră în zona de dezvoltare reală (ZAD). Pentru ca eșafodajul să fie eficient, adultul trebuie să se asigure că nu îi oferă asistență copilului un timp prea îndelungat, astfel încât copilul să devină dependent în loc să fie independent. Obiectivele de învățare trebuie să fie incluse în ZPD astfel încât copilul să fie provocat cu sarcini care sunt chiar deasupra nivelului său, dar nu foarte sus. Conform lui Vygotsky, cunoașterea este construită social și cultural. Ce și cum învață un copil depinde de calitatea interacțiunilor pe care le are cu profesorul și părintele său. Copilul este un participant-colaborator, iar rolul profesorului este acela de a observa elevii îndeaproape, ca indivizi și ca grupuri.

II.9 Învățarea mediată în instituțiile pentru educație timpurie

Teoria învățării mediate sugerează modificări ale percepției proceselor educaționale și aplicațiile practice ale acestora (Pressein & Kozulin, 1992). Calitatea relațiilor interpersonale dintre copiii mici și adulții din mediul lor depinde de capacitatea adulților de a adopta un rol activ, concentrându-se pe experiențele de învățare la care doresc să îi expună pe copii. Experiențele de învățare trebuie să fie specifice și mai puțin aleatorii. Pentru a fi un mediator eficient este necesară conștiința de sine și formare explicită. Există 11 până la 12 caracteristici ale MLE (învățare mediată), dar numai primele trei sunt considerate a fi necesare și suficiente pentru ca o interacțiune să fie clasificată ca o interacțiune mediată: intenționalitatea și reciprocitatea, sensul și transcendența.

Printre implicațiile teoriei învățării mediate se numără și faptul că adulții semnificativi din viața copiilor, fie că sunt părinții sau educatorii lor, pot servi drept mediatori capabili, eficienți. Conceptul este simplu, medierea nu necesită circumstanțe speciale, echipamente scumpe sau oameni profesioniști pentru a-i “antrena” pe copii. Teoria se bazează pe calitatea interacțiunilor sociale.

Există două elemente esențiale ale strategiilor de intervenție:

Crearea condițiilor pentru dezvoltarea potențialului de învățare al tuturor persoanelor, ca

parte a interacțiunii normale părinte/ copil, îndreptate spre a-i ajuta pe părinți să maximizeze interacțiunile pentru dezvoltare, care fac parte din spațiul tipic la care au acces.

Abordarea copilului cu nevoi speciale, în cazul căruia deficiențele în dezvoltare sunt cauzate de o varietate de condiții, necesită intervenții special concepute și implementate pentru depășirea unor obstacole în dezvoltare (Falik, II).

Pentru a realiza primul obiectiv, vor trebui identificate tiparele comportamentale necesare pentru a spori mobilitatea cognitivă și apoi va fi necesară intervenția pe un anumit comportament sau model de limbaj. Pentru a atinge al doilea obiectiv, ar trebui să fie identificate obstacolele specifice, strategiile de dezvoltare pentru a le depăși și apoi vor trebui utilizate, într-o manieră sistematică, activă și conștientă strategiile, iar ulterior, să se continue utilizarea acestora pentru a fi creată mobilitatea.

II.10 Consultul psihiatric în copilăria timpurie

Consultul psihiatric în copilăria timpurie este “o abordare sistematică prin care se poate promova dezvoltarea social-emoțională și comportamentală a copiilor” (Perry et al. 2009, p. 1). Consultul se bazează pe conceptul de construcție a unei relații de colaborare între consultant, educator și părinți; accentul fiind pus pe faptul că toți participanții sunt egali în ceea ce privește pozițiile lor și că fiecare “expert” din această constelație deține importante abilități și cunoștințe pentru a contribui la o percepție de ansamblu și la o înțelegere a progresului înregistrat în dezvoltarea copilului. Acesta s-a dovedit a fi un mijloc eficient pentru reducerea probabilității exmatriculării sau suspendării copiilor cu comportamente dificile (Gilliam, W.S. Shahr, G. 2006). Scopul metodei consultului este acela de a construi un program de intervenție individualizat, care va promova dezvoltarea sănătoasă și va preveni dezvoltarea comportamentelor problematice, reducând apariția tulburărilor de comportament (Perry et al., 2008). Consultul are loc acasă sau în instituțiile specializate, concentrându-se pe strategiile intervenționale prin care adulții semnificativi le pot implementa în interacțiunile lor cu copilul, spre deosebire de furnizarea unei terapii individuale pentru copil.

Consultantul care lucrează în domeniul copilăriei timpurii trebuie să aibă o experiență vastă, studii de specialitate și să înțeleagă dezvoltarea copiilor mici, interacțiunile din cadrul familiei și partea practică a muncii cu copiii mici în cadrul unui grup. El trebuie, de

asemenea, să aibă acces la un alt specialist calificat pentru a avea o supervizare reflexivă (Glikerson, 2004). Rolul unui consultant este diferit de acela al unui terapeut. Obiectivul consultantului este de a construi abilitățile și capacitatea celorlalți. În cercetarea de față, cercetătorul a acționat în calitate de consultant.

Într-un studiu care a examinat eficacitatea consultului în copilăria timpurie, s-a arătat că în clasele în care profesorii nu aveau acces la consult au avut rate mai mari de expulzare în rândul copiilor. În situațiile în care consultul a fost disponibil, a existat un sentiment sporit de eficacitate și de încredere în rândul cadrelor didactice care se confruntă cu comportamente dificile ale elevilor; mai mulți membri ai personalului au semnalat mai puțin stres legat de locul de muncă și niveluri mai ridicate de sensibilitate față de copiii cu comportamente dificile (Brennan , Bradley, Allen & Perry, 2008).

În această cercetare programul de consultare vizează dezvoltarea comportamentului de autoreglare și reducerea comportamentelor problematice pentru a asigura o îmbunătățire a relațiilor interpersonale. Principalele puncte ale programului au fost:

Focalizarea pe individ și pe copil:

- Focalizarea pe dezvoltarea comportamentelor de autoreglare ale copiilor și susținerea nevoilor personalului și părinților.
- Focalizarea pe teoriile MLE și eșafodaj ca teorii ale schimbării cognitive.

Punctele centrale ale programului:

- Concentrarea pe adaptarea curriculum-ului prin integrarea unor practici care pot fi adaptate corespunzător pentru copiii cu comportamente problematice.
- Consultul influențează climatul din mediul copilului prin creșterea capacității adulților de a promova interacțiuni pozitive în aceste medii, în timpul programului zilnic.
- Abordarea și atenuarea stresului personalului specializat în probleme ale copilăriei timpurii.

III Metodologia

III.1 Cercetarea-acțiune

Cercetarea-acțiune este o metodă care are drept scop îmbunătățirea practicii, implicând acțiunea. Evaluarea și reflecția critică se bazează pe probele colectate - iar apoi are loc implementarea schimbărilor în practică. Este participativă și colaborativă și este efectuată de persoane care au un scop comun.

III.2 Paradigma cercetării:

Cel mai potrivit design al cercetării în cazul de față este designul metodelor mixte, care presupune integrarea rezultatelor cantitative și calitative.

III.3 Scopul și obiectivele cercetării:

Obiectivul pe termen lung al studiului a fost acela de a facilita înțelegerea fenomenului privind copiii mici care prezintă comportamente ADHD și a interacțiunilor interpersonale delicate dintre acești copii și adulții semnificativi din viața lor și anume, educatorii și părinții lor.

Următoarele scopuri au fost derivate din acest obiectiv:

- De a construi un profil al copiilor preșcolari care prezintă trăsături ale ADHD.
- De a construi un model de intervenție pe baza colaborării intersistemice care să ajute la dezvoltarea comportamentului de autoreglare la copiii mici.
- De a oferi părinților și profesorilor de la grădiniță abilități de interacțiune eficiente, potrivite pentru copiii care prezintă comportamente ADHD, în scopul de a îmbunătăți interacțiunile dintre părinți, educatori și preșcolari.

III.4 Întrebările cercetării:

- Este posibilă identificarea ADHD încă din copilăria timpurie?
- Cum afectează manifestarea simptomelor ADHD relațiile dintre copiii mici, părinții și educatorii acestora?

- Este posibil ca prin metode educaționale și de consultare să fie controlată manifestarea ADHD la preșcolari?

III.5 Ipotezele cercetării :

Următoarea ipoteză a fost testată în cadrul prezentei cercetări:

Un program de intervenție care este axat pe învățarea mediată și eșafodaj, pus în aplicare prin metode de consultare, unde educatorii și părinții lucrează împreună, poate îmbunătăți comportamentul de autoreglare al copiilor care prezintă simptomele ADHD, sporind astfel calitatea relațiilor dintre copii, părinți și profesori.

Variabila independentă: Programul de intervenție.

Variabilele dependente: comportamentul de autoreglare, relațiile interpersonale.

Design-ul prezentei cercetări s-a bazat pe cerințele formulate în întrebările cercetării, pe necesitatea de triangulație, pe necesitatea de a consolida, elabora și ilustra rezultatele datelor cantitative și pe dorința de a îmbunătăți înțelegerea relațiilor dintre copii, părinți și educatori.

Paradigma cercetării care pare cea mai potrivită pentru acest studiu este paradigma pragmatică, cunoscută sub numele de cercetare prin metode mixte.

Cercetarea prin metode mixte presupune o strategie de cercetare care angajează mai mult de o singură metodă de cercetare. Aceasta poate consta într-o combinație de metode calitative și cantitative, o combinație de metode cantitative sau o combinație de metode calitative. Bryman (2001) a indicat că în cercetarea prin metode mixte există o singură tehnică dominantă, dar cercetarea va fi îmbogățită per ansamblu prin adăugarea altor tehnici (Bryman, 2001).

În această cercetare, obiectivul final al anchetei, așa cum s-a menționat, a fost dorința de a îmbunătăți înțelegerea grupului de copii selecționat din cadrul sistemului, în scopul de a produce principii și strategii practice pentru îmbunătățirea practicilor pedagogice. Populația de participanți, educatorii și părinții s-au angajat într-un design colaborativ de care să beneficieze toți cei implicați. Prin urmare, cercetarea-acțiune a fost un model

potrivit pentru acest proiect de cercetare.

III.6 Instrumentele cercetării

Pentru a culege date cantitative în prima etapă a studiului au fost utilizate următoarele instrumente:

Lista de control a comportamentului copilului (CBCL)

Aceasta este un chestionar de tip raport al părintelui pe baza căruia copilul este evaluat pentru diverse probleme comportamentale și emoționale. A fost dezvoltat mai întâi de Achenbach (2000) și este alcătuit din 100 de itemi care fac referire la comportamentul unui copil mic; a fost tradus în ebraică.

Lista Achenbach de control a comportamentului copilului pentru educatori (C-TRF)

Lista pentru copiii în vârstă de 1.5-5 ani se referă la comportamentul copiilor care prezintă simptome ADHD, așa cum sunt ele definite în DSMIV, făcând referire la tipare de comportament cum ar fi lipsa de concentrare, impulsivitatea, hiperactivitatea și autoreglarea. Lista de verificare, care constă din 100 de afirmații vizând comportamentul unui copil mic, a fost tradusă în ebraică. În prima etapă, numai educatorii au fost solicitați să completeze chestionarele. Cercetătorul a selectat trei candidați pentru următoarea etapă a cercetării, iar părinții au fost invitați să răspundă la o listă de verificare similară, adaptată pentru părinți și tradusă în ebraică.

După încheierea a cinci observații distincte, la fiecare copil, în momente diferite ale zilei, cercetătorul s-a consultat cu educatorul privind punerea în aplicare a modelului de intervenție în grădiniță. Această discuție a avut loc în biroul directorului de la grădiniță. Într-o ședință ulterioară, cercetătorul a realizat o întâlnire cu părinții, cu privire la punerea în aplicare a programului de intervenție în mediul lor de acasă.

Două instrumente principale au fost folosite pentru a culege datele calitative, în a doua etapă a cercetării: observația nestructurată și interviurile deschise post și pre-intervenție atât cu educatorii, cât și cu părinți care au participat la program. Programul a fost evaluat printr-un raport de evaluare închis, completat de doi educatori și de părinții care au participat la program și prin analiza de conținut a interviurilor deschise post - intervenție.

Programul a fost dezvoltat pe baza programului de practici adecvate de dezvoltare (DAP), (NAEYC, 2009).

Intervenția a implicat cinci etape:

1. Identificarea și definirea unei probleme,
2. Stabilirea scopurilor comune între educatori și părinții care au participat la program.
3. Construirea unui plan pedagogic, de către părinți și educatori, bazat pe eșafodaj și învățarea mediată, care poate fi pus în aplicare la domiciliu și în grădiniță
4. Punerea în aplicare a planului în două contexte, acasă și la grădiniță.
5. Culegerea datelor pentru a determina realizarea obiectivelor.

III.7 Eșantionul de participanți:

Populația investigată pentru etapa calitativă a cercetării a fost selectată din grădinițe din partea de nord a Israelului și a inclus 30 de copii care prezintă comportamente deficitare de autoreglare, 24 de educatori și 6 părinți. Educatorii au fost selectați în funcție de dorința de a lua parte la programul de cercetare și ca urmare a acordului dat de directorii acestora. Din analiza datelor cantitative, cercetătorul a selectat trei copii, care au constituit eșantionul de populație pentru a doua etapă a cercetării, culegerea de date calitative. Alegerea participanților pentru a doua etapă a cercetării s-a bazat pe măsura în care participanții au fost tipici sau diferiți față de populația de cercetare, adică pe măsura în care ei ar putea fi reprezentativi pentru grupul luat în studiu. Pe baza acestui criteriu de selecție, cercetătorul a ales participanții care au fost tipici pentru grupul de interes, în acest caz fiind vorba de copii care au demonstrat un comportament frecvent impulsiv, hiperactiv și neatent.

Programul de intervenție psihopedagogică pe baza modelului DAP a fost realizat de către educatori în grădinițe. Cercetătorul s-a întâlnit inițial cu cadrele didactice pentru o sesiune introductivă în care le-a furnizat informații privind Lista de control a comportamentului copilului (CBCL), dar și cu privire la natura și incidența ADHD și la efectele sale asupra comportamentului de învățare și a celui social, cu un accent deosebit asupra

comportamentului de autoreglare. Cercetătorul și educatorul s-au întâlnit apoi cu părinții, care au primit aceleași informații. Educatorii și copilul selectat au fost observați de către cercetător pe durata unei perioade de douăzeci de minute în mediul lor natural, în grădiniță. După încheierea a cinci observații distincte, asupra fiecărui copil, în diferite momente ale zilei, cercetătorul a realizat o consultare de 45 minute cu educatorii în legătură cu implementarea modelului de intervenție în grădiniță, în biroul directorului acestora. Educatorii au primit linii de ghidare cu privire la abilitățile de management pedagogic adecvate pentru copiii mici care prezintă simptome ADHD. Într-o ședință secvențială, cercetătorul a realizat o consultare cu părinții cu privire la punerea în aplicare a programului de intervenție, acasă.

Datele care au fost colectate au fost analizate prin analiza de conținut și măsurători cantitative.

IV. Rezultate:

Rezultatele cercetării au fost în concordanță cu cercetările anterioare (Egger et al., 2006), conform cărora ADHD poate fi identificat în copilăria timpurie și este caracterizat prin comportamente similare cu cele care apar în DSMIV (2000), hiperactivitate, impulsivitate și probleme de atenție. Principalele constatări din chestionarul Achenbach au arătat că este posibilă identificarea ADHD în copilăria timpurie; copiii din cercetare au avut vârste cuprinse între 2-5 ani. Rezultatele au arătat că 15: 50% dintre copiii din eșantionul de populație manifestau comportamente ADHD similare cu scala DSMIV. Prin analiza de conținut a fost, de asemenea, posibilă identificarea faptului că acești copii prezintă tipare comportamentale de hiperactivitate, impulsivitate și probleme de atenție, care sunt similare cu categoriile DSMIV (2000) pentru identificarea ADHD. Aceste comportamente au fost, de asemenea, identificate în timpul observațiilor naturale. Concluziile care au reieșit din analiza de conținut au relevat faptul că aceste modele de comportament afectează calitatea relațiilor dintre copil, părinți și personalul grădiniței. Programul de intervenție bazat pe învățarea mediată și pe strategii de predare de tip eșafodaj, care au avut un rol central în procesele de consultare, i-au ajutat pe copii să își îmbunătățească abilitățile de autoreglare, ceea ce a contribuit pozitiv la calitatea relațiilor interpersonale. Aceste descoperiri au fost notate în raportul de evaluare și au fost identificate prin analiza de conținut a interviurilor deschise de la sfârșitul programului.

Repartizarea în cadrul populației eșantion - 50% peste intervalul normativ și 50% sub acesta - poate explica media totală a scorurilor T care nu au prezentat scoruri T medii semnificative peste punctul de oprire în ambele scale. Cei 50% din populație care nu au prezentat simptome ADHD, dar, conform educatorilor, au dificultăți în privința comportamentelor de auto-reglare demonstrează că este necesară examinarea comportamentul copilului, înainte de a presupune că lipsa unui comportament de autoreglare este echivalentă cu ADHD.

Din eșantionul de populație de 30 de copii, 15 băieți și 6 fete au fost în intervalul clinic de externalizare completă a problemelor, 3 băieți în intervalul marginal, 24 de copii în total, ceea ce, conform literaturii de specialitate, are o corelație cu ADHD (Hudziak, J.J., Copeland, W. Stranger, C. and Wadsworth M. 2004). Prin urmare, o evaluare combinată a lipsei de comportamente de autoreglare și totalul externalizării problemelor ar putea fi un mod mai precis de a identifica ADHD.

Constatările cantitative au fost extinse prin concluziile calitative: Cele trei aspecte ale ADHD, care sunt definite în DSMIV (2000) ca fiind esențiale pentru identificarea acestei tulburări, sunt problemele de impulsivitate, hiperactivitate și problemele de atenție; prin intermediul chestionarului Achenbach, au fost identificate nivelul problemelor de atenție și problemele ADH în intervale care variază de la normal la clinic. Procentul de copii care s-a dovedit a fi în intervalul de la marginal la clinic a fost, pentru probleme de atenție, de 39,1% în populația de băieți și de 42,9% în populația de fete, ceea ce diferă de literatura de specialitate, care indică un nivel mai ridicat de probleme de atenție la băieți decât la fete (Barkley, 1977).

Probleme ale Deficitului de Atenție/ de Hiperactivitate s-au dovedit a fi în 56,5% în populația de băieți și de 28,6% în populația de fete, un raport de 1:2, ceea ce nu este compatibil cu literatura de specialitate, care indică un raport de 1: 3 băieți - fete. Acest lucru ar putea fi explicat prin eșantionul mic de populație, 7 fete, 23 băieți, interpretarea acestor procente trebuind prin urmare să fie făcută cu precauție.

Aceste comportamente au fost, de asemenea, identificate prin analiza de conținut a rezultatelor calitative din interviurile cu părinții și educatorii și pe parcursul observațiilor naturale, ceea ce a confirmat rezultatele cantitative.

Pe baza datelor cantitative și calitative ale populației studiate este posibil să se afirme că

simptomele ADHD sunt vizibile de la o vârstă fragedă, vârsta de 2-5 ani, în acest caz. Comportamentele care s-au manifestat: problemele de impulsivitate, hiperactivitate și tulburări de atenție, au apărut atât la populația de fete, cât și la populația de băieți. Acest lucru a fost verificat prin instrumente cantitative. Unele dintre scorurile pe care copiii din eșantion, care au participat la programul de intervenție, le-au primit pe lista Achenbach de control a comportamentului copilului, s-au încadrat în intervalul clinic.

Pe baza raportului de evaluare și interviurilor deschise a fost posibilă detectarea unei îmbunătățiri în comportamentul copiilor, care a fost sesizată de către educatori și părinți și, ca rezultat, a avut loc o îmbunătățire a relațiilor interpersonale.

Copilul 1: Au existat îmbunătățiri ale capacității de a fi atent la alții, ale capacității de a sta liniștit, de a regla stările de furie, o creștere a abilităților sociale, un comportament mai prietenos și mai puțin argumentativ, mai puțin distras, o capacitate mai mare de a se opri și a se gândi înainte de a acționa și niveluri de concentrare mai bune.

Copilul 2: Au existat îmbunătățiri ale capacității de a sta liniștit, ale capacității de a regla stările de furie, o creștere a abilităților sociale, mai puține distrageri, mai puțin argumentativ, mai în măsură să se oprească și să se gândească înainte de a acționa, mai puțin temător, niveluri de concentrare mai bune.

Copilul 3: Au existat îmbunătățiri ale capacității de a fi atent față de alții, ale capacității de a sta liniștit, ale capacității de a regla stările de furie, o creștere a abilităților sociale, mai puțin ușor de distras, mai în măsură să se oprească și să se gândească înainte de a acționa, niveluri de concentrare mai bune.

VI Concluzii

Această cercetare a urmărit identificarea ADHD în copilăria timpurie, la vârsta de 2-5 ani, prin instrumente adecvate din punctul de vedere al dezvoltării și prin interviuri deschise. Pe baza constatărilor, s-a descoperit că ADHD este prezent în copilăria timpurie. Se consideră că ADHD în copilăria timpurie cuprinde trei caracteristici principale: un deficit al atenției susținute, impulsivitate și hiperactivitate, similar cu ADHD la copiii mai mari (American Psychiatric Association, 1980; Barkley, 1981). În toate cele trei cazuri care au fost examinate în această cercetare s-a constatat o îmbunătățire a abilităților de atenție, a problemelor de hiperactivitate și impulsivitate.

Copiii care prezintă simptome ADHD au mari dificultăți în relațiile interpersonale și sunt percepuți într-o lumină negativă de către îngrijitorii lor. Această cercetare a implementat un program de intervenție care vizează măsuri pedagogice pentru a dezvolta comportamentele de autoreglare ale copiilor și care poate conduce la îmbunătățirea calității relațiilor interpersonale. Potrivit constatărilor, programul de intervenție a avut succes prin dezvoltarea anumitor aspecte ale comportamentelor de autoreglare ale copiilor acasă și la grădiniță. Programul de intervenție a fost bazat pe comportamente de colaborare între familie și grădiniță, ceea ce a intensificat procesul de comunicare între părinți și educatori.

Prin urmare, este posibil să se constate că atunci când există un program organizat de intervenție sistematică, bazat pe strategii pedagogice care sunt implementate atât în mediul familial cât și în cel de la grădiniță, este posibilă modificarea comportamentelor problematice specifice ADHD, conducând la îmbunătățirea relațiilor dintre educatori și copii. În această cercetare, efectul asupra părinților a fost mai puțin evident, probabil pentru că relațiile emoționale sunt mult mai complicate între părinți și copii. Acesta ar fi un domeniu important pentru o cercetare viitoare, întrucât ar constitui un subiect de cercetare longitudinală cu scopul de a vedea dacă modificările sunt de lungă durată. Cercetarea a arătat că în grădinițele de masă au existat un număr mare de copii cu comportamente dificile, peste nivelurile normative. Educatorii și-au exprimat dificultățile de ținere sub control a acestor comportamente. În Israel există o lege de integrare a copiilor cu nevoi speciale în sistemele de învățământ de masă (1980). Acest lucru are implicații pentru formarea cadrelor didactice. Este necesar ca educatorii să își formeze abilitățile necesare pentru a lucra cu copiii care prezintă comportamente dificile și cu familiile acestora.

În plus, această cercetare indică faptul că un program de intervenție bazat pe filosofia psihopedagogică de tip ecologic îi poate ajuta pe părinți și educatori în interacțiunile de zi cu zi cu preșcolarii cu comportamente dificile. Este necesară existența constantă a unor servicii de consiliere profesională, pentru a le permite părinților și educatorilor să își examineze și să își adapteze practicile în interacțiunile de zi cu zi cu acești copii.

VII Contribuții ale prezentei cercetări

Această cercetare poate contribui cu informații privind identificarea ADHD în copilăria timpurie, indicând instrumente care ar putea fi eficiente în procesul de identificare.

Constatările afirmă că identificarea timpurie a simptomelor ADHD la copiii mici, sesizarea precoce a acestora și intervenția corespunzătoare permit cadrelor didactice și părinților să stimuleze comportamentele de autoreglare ale copilului mic. O astfel de intervenție poate preveni experiențierea comportamentelor problematice, care afectează în mod negativ calitatea interacțiunilor dintre copii mici și adulții semnificativi din viața lor.

Această cercetare permite formularea unor recomandări privind programele de formare a cadrelor didactice, fiind esențial ca programa de formare a educatorilor să includă competențe și cunoștințe cu privire la identificarea, la capacitatea de a construi programe de intervenție și de evaluare a copiilor cu nevoi speciale în toate mediile educaționale. Curriculum-ul ar trebui să includă, de asemenea, formarea la educatori a abilităților de consiliere și asistare a părinților în interacțiunile lor complexe cu copiii lor care prezintă nevoi speciale. Acestea nu sunt competențe relevante doar pentru cadrele didactice din învățământul special.

Ministerul Educației ar putea oferi consiliere profesională continuă educatorilor ca parte a dezvoltării lor profesionale continue.

Această cercetare indică, de asemenea, o mare nevoie pentru un sistem de sprijin destinat părinților copiilor cu ADHD, datorită importanței calității relațiilor interpersonale încă din copilăria mică și valorii predictive a acestora privind sănătatea mintală din viitor.

Referințe bibliografice:

Altepeter, T.S., & Breen, M.J. (1992). Situational variation in problem behaviour at home and school in Attention Deficit Disorder with Hyperactivity: a factor analytic study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33(4), 741–748.

American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th ed.), Washington, DC: A.P.A.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (4th ed., Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric

American Association of Child Psychiatry and Adolescent Psychiatry and American Academy of Pediatrics.

Antshel, K.M., & Barkley, R. (2008). Psychosocial interventions in attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17, 421-437.

Barkley, R.A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*, New York: Guildford Press.

Barkley, R. A. (2007). What may be in store for DSM-V? *ADHD Report*, 15, 1-7.

Barkley, R. A., & Edelbrock, C. S. (1987). Assessing situational variation in children's problem behaviors: The Home and School Situations Questionnaires. In R. J. Prinz (Ed.), *Advances in behavioral assessment of children and families* (Vol. 3, pp. 157-176). Greenwich, CT: JAI.

Barkley, R. A., Du Paul, G, J., & McMurray, M. B. (1991). Attention deficit disorder with and without hyperactivity: Clinical response to three doses of methylphenidate.

Pediatrics, 87, 519-531.

Barkley, R. A., Du Paul, G, J., & McMurray, M. B. (1991). Attention deficit disorder with and without hyperactivity: Clinical response to three doses of methylphenidate. *Pediatrics*, 87, 519-531

Barkley, R.A. (1990). *Attention-deficit hyperactive disorder: A handbook for diagnosis*

and treatment. New York: Guildford Press.

Barkley, R.A., Copeland, A. & Sivage, C. (1980). A self-control classroom for hyperactive children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 10, 75-89.

Beebe, B., & Lachmann, F. (1998). Optimal responsiveness in a systems approach to representational and self-object transferences. In H. Bacal (Ed.) *Optimal responsiveness* (pp. 305-328). Northvale, NJ: Jason Aronson.

Beebe, B., & Lachmann, F. (2002). *Infant research and adult treatment: Co constructing interactions*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Beebe, B., & Lachmann, F. (2002). *Infant research and adult treatment: Coconstructing interactions*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Berger, I., Dor T., Nevo, Y., & Goldzweig, G. (2008). Attitudes toward attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) treatment: Parents' and children's perspectives.

Journal of Child Neurology, 23, 1036-1042.

Berk, L.E. (2000). *Child development* (5th ed., pp. 27-33) Needham Heights, M

Berkowitz, M. W. (1982). Self-control development and relation to pro-social behavior: A response to Peterson. *Merrill-Palmer Quarterly*, 28, 223-236.

Bransford, J., Brown, A., & Cocking, R. (2000). *How people learn: Brain, mind, and experience & school*. Washington, DC: National Academy Press.

Brennan, E. M., Bradley, J.R., Allen, M.D., & Perry, D.F. (2008). The evidence base for mental health consultation in early childhood settings: Research synthesis addressing staff and program outcomes. *Early Education and Development*, 6, 82-1002.

Bronfenbrenner, U. (1979a). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bronfenbrenner, U. (1979b). Contexts of child rearing, problems and prospects.

American Psychologist, 34(10), 844-50.

Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human Development. Research Perspectives. *Developmental Psychology*, 22, 723-742.

Bronson, M. B. (2000). *Self-regulation in early childhood*, New York, NJ: Guildford Press.

Brooks-Gunn, J., Duncan, G. J., & Aber, J. L. (Eds.). (1997a). *Neighborhood poverty*. (Vol. 1. Context and consequences for children). New York: Russell Sage.

Bryman, A. (2001). *Social research methods*. Oxford, New York: Oxford University.

Campbell, S.B. (1995). Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 113-149.

Casey, M.B., & Lippman, M. (1991). Learning to plan through play. *Young Children*, 46, 52-58.

Casey, M.B., & Tucker, E.C. (1994). Lifelong learning in a problem-centred classroom. *Phi Delta Kappa*, 139-143.

Ceci, S. J., & Tishman, J. (1984). Hyperactivity and incidental memory: Evidence for attention diffusion. *Child Development*, 55, 2192-2203.

Crick, N. & Dodge, K. (1994). A review and reformulation of social information-Processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74-101.

Dodge, K. (1993). The future of research on conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 311-320.

Douglas, V.I., & Parry P.A. (1983). Effects of reward on delayed reaction time task performance of hyperactive children, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11, 313-326.

Douglas, V.I., & Parry P.A. (1983). Effects of reward on delayed reaction time task performance of hyperactive children, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11, 313-326.

Draeger, S., Prior, M., & Sanson, A. (1986). Visual and auditory attention performance in hyperactive children: Competence or compliance. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 411-424.

Dupaul, G.J., & Barkley, R.A. (1992). Situational variability of attention problems: Psychometric properties of the Revised Home and School Situations Questionnaires.

Journal of Clinical Child Psychology, 21, 178-188.

Egger, H.L., Kondo, D., & Angold, A. (2006). The epidemiology and diagnostic issues in preschool attention-deficit/ hyperactivity disorder - A review. *Infants and Young Children*, 19, 109-122.

Eisenberg, N., et al. (2001). The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child Development*, 72(4), 1112-1134.

Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science mag*, 196 (4286), 129-135.

Falik Louis H. (n.d.) Using mediated learning experience parameters to change children's behavior: Techniques for parents and childcare providers. Retrieved from: <http://xa.yimg.com/kq/groups/23138465/1481574432/name/ParentMednPrFalik.pdf>.

Freedman, N., Barroso, F., Bucci, W., & Grand, S. (1978). The bodily manifestations of listening. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 1, 156-19.

- Gilliam, W.S., & Shahar, G. (2006). Preschool and child care expulsion and suspension: Rates and predictors in one state. *Infants and Young Children*, 19(3), 228-245.
- Glikerson, L. (2004). Reflective supervision in infant / family programs: Adding clinical process to non-clinical settings. *Infant Mental Health Journal*, 25(5), 424-439.
- Gomez, R., & Sanson, A.V. (1994b). Mother –child interactions and non-compliance in hyperactive boys with and without conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 477-490
- Greene, R.W. Biederman, J., Farone, S.V., Ouelletter, C.A., Penn, C., & Griffin, S.M. (1996). Toward a new psychometric definition of social disability in children with attention deficit hyperactivity disorder. *J.Am.Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 35, 571-579.
- Gresham, F.M. (1998). Assessment of treatment integrity in school consultation and preferral intervention. *School Psychology Review*, 18, 37-50.
- Harden, B.J., et al. (2000). Externalizing problems in Head Start children- An ecological exploration. *Early Education and Development*, 11(3), 357-385.
- Hartman, H. (2002). *Scaffolding and cooperative learning. Human learning and instruction* New York: City College of City University of New York.
- Hinde, R. (1979). *Towards understanding relationships*. New York: Academic Press.
- Hudziak, J.J., Copeland, W., Stanger, C., & Wadsworth, M. (2004). Screening for DSM-IV externalizing disorders with the Child Behaviour Checklist: a receiver-operating characteristic analysis. *Journal of Child Psychological Psychiatry*, 45(7):1299-307.
- Jones, K., Daley, D., Hutchings, J., Bywater, T., & Heath, C. (2008). Efficacy of the Incredible Years Programme as an early intervention for children with conduct problems

and ADHD: Long-term follow-up. *Child Care, Health and Development*, 34(3), 380-390.

Kazdin, A. (1985). *Treatment of antisocial behavior in children and adolescents*.

Homewood, IL: Dorsey

Kazdin, A. E. (1987). Parent Management Training: Evidence, Outcomes and Issues.

Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36(10), 1349-1356.

Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.

Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T., Harrington, H., Milne, B., & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, 60, 709-717.

Kochanska, G., Coy, K.C., & Murry, K.T. (2001). The development of self-regulation in the first four years of life. *Child Development*, 72, 1091-1111.

Kopp, C. (1982). Antecedents of self-regulation: A developmental perspective.

Developmental Psychology, 18, 199-214.

Kopp, C. (Ed.) (1991). *Young children's progression to self-regulation*. Basel: Karger.

Lahey, B.B., et al. (2004). Three year predictive validity of DSM-IV attention deficit hyperactive disorder in children diagnosed at 4-6 years of age. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2014-2020.

Lavelli, M., & Fogel, A. (2005). Developmental changes in the relationship between the infant's attention and emotion during early face-to-face communication: The 2-month transition. *Developmental Psychology*, 41, 265-280.

Lavigne, J.V., et al. (1996). Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 204-214.

Luk, S. (1985). Direct observations studies of hyperactive behaviors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 338-344.

Masten, A.S., & Coatsworth, J.D. (1995). Competence, resilience and psychopathology. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology*. (Vol. 2: Risk disorder and adaptation, pp. 715-752). New York: Wiley.

McCabe, L. A., Cunningham, M., & Brooks-Gunn, J. (2004). The development of self-regulation in young children: Individual characteristics and environmental contexts. In R. F. Baumeister & K. D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 340–356). New York: Guilford.

McClelland, M.M., Morrison, F.J., & Holmes, D.L. (2000). Children at risk for early academic problems: The role of learning-related social skills. *Early Childhood Research Quarterly*, 15(3), 307–329.

Miller, M. & Hinshaw, S.P. (2012). ADHD and Treatment. Encyclopedia on early childhood development. Retrieved from: <http://www.child-encyclopedia.com/pages/PDF/Miller-HinshawANGxp1.pdf>.

Moffitt, T.E., et.al. (2007). Depression and generalized anxiety disorder: cumulative and sequential comorbidity in a birth cohort followed prospectively to age 32 years.

Archives of General Psychiatry, 64(6), 651-660.

NAEYC (2009). Position statement: Developmentally appropriate practice in early childhood programs serving children from birth through age. Retrieved from: <http://www.naeyc.org/files/naeyc/file/positions/PSDAP.pdf>

Perez-Edgar, K. (2012). Attention as a central mechanism of socio-emotional development.

Retrieved from: <http://www.apa.org/science/about/psa/2012/05/socioemotional-development.aspx>

Perry, D., Dunne, M.C., McFadden, L., & Campbell, D. (2008). Reducing the risk for preschool expulsion: Mental health consultation for young children with challenging behavior. *Journal of Child and Family Studies*, 17, 44-54.

Perry, Deborah, F., & Kaufman, Roxanne, K. (2009, November). Policy brief: Integrating early childhood mental health consultation with the Pyramid Model. Tampa, FL: Technical Assistance Center on Social Emotional Intervention for Young Children. Retrieved from: <http://www.challengingbehavior.org/do/resources/briefs.htm>

Porrino, L. J., Rappaport, J. L., Behar, D., Sceery, W., Ismond, D. R., & Bunny, W.E., Jr. (1983). A naturalistic assessment of the the motor activity of hyperactive boys. *Archives of General Psychiatry*, 40, 681-687.

Powell, Diane, Glen Dunlap, and Lise Fox.(2006) "Prevention and intervention for the challenging behaviors of toddlers and preschoolers." *Infants & Young Children* 19.1 (2006): 25-35.

Preseisen, Barbra, Z., & Kozulin, Alex (1992). Mediated Learning - The contributions of Vygotsky and Feuerstein in theory and practice. A paper presented at the *Annual Meeting of the American Educational Research Association*

Price, T.S., Simonoff, E., Waldman, I. et al. (2001). Hyperactivity in preschool children is highly heritable. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40(12), 1362-1364.

Raffaelli, M., Crockett, L.J., & Shen, Y. (2005). Developmental stability and change in self-regulation from childhood to adolescence, *Journal of Genetic Psychology*, 166(1), 54-75.

Raymond, E. (2000). *Cognitive characteristics. learners with mild disabilities.*

Needham Heights, MA: Allyn & Bacon, A Pearson Education Company.

Reid, John, B. (1993). Prevention of conduct disorder before and after school entry: Relating interventions to developmental findings. *Development and Psychopathology*, 5, 243-262.

Retrieved from: <http://www.apa.org/science/about/psa/2012/05/socioemotional-development.aspx>

Sameroff, A. McDonough, S., & Rosenblum, K. (Eds.) (2006). *Treating parent-infant relationship problems: Strategies for intervention* . New York: Guilford Press.

Sander, L. (1975). Infant and caretaking environment. In E.J.Anthony (Ed.), *Explorations in child psychiatry* (pp. 129-165). New York: Plenum Press.

Sander, L. (1977). The regulation of exchange in the infant-caretaker system and some aspects of the context-content relationship. In M. Lewis & L. Rosenblum (Eds.),

Interaction, conversation, and the development of language (pp. 133-156). New York: .Wiley

Sander, L. (1985). Toward a logic of organization in psycho-biological development. In K. Klar & L. Siever (Eds.), *Biologic response styles: Clinical implications*. Monograph Series American Psychiatric Press.

Schore, A.N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale. NJ: Erlbaum

Smith, B., & Fox, L. (2003). Systems of service delivery: A synthesis of evidence relevant to young children at risk of or who have challenging behavior. Tampa, FL: University of South Florida, Center for Evidence-Based Practice: Young Children with

Challenging Behavior.

Sonuga-Barke, E.J., Auerbach, J., Campbell, S.B., Daley, D., & Thompson, M. (2005). Varieties of preschool hyperactivity: Multiple pathways from risk to disorder. *Dev. Sci.* 8, 141–150.

Sroufe, A., Duggal, S., Weinfield, N., & Carlson, E. (2000). Relationships, development and psychopathology. In Arnold J. Sameroff, Michael Lewis, and Suzanne M. Miller (Eds). *Handbook of Developmental Psychopathology* (2nd ed.). New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.

Sroufe, L.A., Egeland, B., & Carlson, E. A. (1999). One social world. In W.A. Collins & T.B. Laursen (Eds), *Minnesota Symposia on Child Psychology*. Vol.30: Relationships in developmental context (pp241-262). Hillside, NJ: Erlbaum.

Steingard, R., Biederman, J., Doyle, A., & Sprich-Buckminster, S. (1992). Psychiatric comorbidity in attention deficit disorder: Impact on the interpretation of

Child Behaviour Checklist results. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 449-454.

Stormont, M. (2002). Externalizing behavior problems in young children: Contributing factors and early intervention. *Psychology in the schools*, 39(2), 127-138.

Stormot, M. (1998). Family factors associated with externalizing disorders in preschoolers. *Journal of Early Intervention*, 21(3), 232-251.

Swanson, J. M. (2003). Role of executive function in ADHD. *J. Clin Psychiatry*, 64, (Supplement 14), 35-39

Taylor, E. (2004). ADHD is best understood as a cultural context. *British Journal of Psychiatry*, 18, 8-9.

Taylor, E., & Timmi S. (2004). ADHD is best understood as a cultural context, *British*

Journal of Psychiatry, 184, 8-9.

Taylor, E., et al. (1996). Hyperactivity and conduct problems at risk factors for adolescent development. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1213-1226.

Thapar, A., Langley, K., Asherson, P., & Gill, M. (2007). Gene-environment interplay in attention-deficit hyperactivity disorder and the importance of a developmental perspective. *British Journal of Psychiatry*, 190, 1-3.

Timimi, S. (2002) *Pathological child psychiatry and the medicalization of childhood*. Hove: Brunner-Routledge

Tronick, E.Z. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant Mental Health Journal*, 19, 290–299.

Ullman, D.G., Barkley, R.A., & Brown, H.W. (1978). The behavioural symptoms of hyperkinetic children who successfully responded to stimulant drug treatment.

American Journal of Orthopsychiatry, 485-437.

Volkow, N.D. & Swanson, J.M. (2003). Variables that affect the clinical use and abuse of methylphenidate in the treatment of ADHD. *Am J Psychiatry*, 160(11), 1909-1918.

Vygotsky, L. S. (Ed.). (1986). *Thought and language*. Cambridge MA: MIT Press

WHO, World Health Organisation, (1992). ICD-10: The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, Switzerland: World Health Organisation.

Zager, R., & Bowers, N. D. (1983) .The effect of time of day on problem-solving and classroom behavior. *Psychology in the schools*, 20, 37-345.

Zentall, S.S. (1985). A context for hyperactivity. In K. D. Gadow & I. Bailer (Eds),

Advances in learning and behavioral disabilities. (Vol. 4, pp. 273-343). Greenwich, CT, JAI Press.