




**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapscenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

**Suport pentru dezvoltarea serviciilor comunitare de sănătate mintală
pentru copii și adolescenți
NT 125/ 30.03.2020**

Activitatea 5

**Creșterea competențelor profesioniștilor din domeniul sănătății
mentale în vederea tratării copiilor tulburări de sănătate mintală –
tulburări pervazive, ADHD, anxietate, depresie, tulburări de
atașament**

Modul ADHD

Dr. Carment Trușescu

Dr. Simona Macovei



Cuprins

1. ADHD și concepte asociate
2. Etiopatogenie - noi perspective
3. Corelații între ADHD și dezvoltarea psihică a copilului și adolescentului
 - 3.1. Funcțiile executive, Teoria minții și etapele dezvoltării psihice la copil și adolescent
 - 3.2. Impactul ADHD asupra funcțiilor cerebrale în copilărie și adolescență
 - 3.2.1. Organizarea, prioritizarea și activarea pentru sarcina de lucru
 - 3.2.2. Concentrarea, susținerea și dezvoltarea atenției
 - 3.2.3. Reglarea stării de alertă cerebrală, atenția de lungă durată și viteza de procesare a sarcinilor cognitive
 - 3.2.4. Controlul frustrărilor și modularea emoțiilor
 - 3.2.5. Memoria de lucru, memoria de scurtă durată și de lungă durată
 - 3.2.6. Monitorizarea și autoreglare activităților
4. Manifestări clinice și formularea diagnosticului de ADHD
 - 4.1. Forme clinice de ADHD
 - 4.2. Provocări legate de diagnosticul diferențial cu alte tulburări psihice.
 - 4.3. Aspecte psiho-developmentale și comorbidități ale ADHD
5. Tratament
 - 5.1. Intervenție farmacologică
 - 5.2. Intervenția psihoterapeutică și abordarea educațională a copilului cu ADHD
 - 5.2.1. Psihoterapia copilului și adolescentului
 - 5.2.1.1. Abordare în Terapie comportamentală a copilului cu ADHD grupa de vârstă 3- 6 ani, respectiv 7-10 ani
 - 5.2.1.2. Abordare în terapia comportamentală a adolescentului cu ADHD



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapscenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

- 5.2.2. Intervenții psihoterapeutice adresate familiei și aparținătorilor pacienților cu ADHD
 - 5.2.3. Măsuri de ordin educațional / recomandări adresate specialiștilor din formele de învățământ
 - 5.2.4. Modele aplicate de intervenție multimodală
6. Resurse intervenționale și rețea de specialiști din echipa multidisciplinară implicată în îngrijirea copilului cu ADHD. Cadrul legislativ.



CAPITOLUL 1

ADHD ȘI CONCEPTE ASOCIATE

Tulburarea de deficit de atenție cu hiperactivitate este una dintre cele mai frecvente tulburări mentale care afectează copiii, conform American Psychiatric Association (APA). Aceasta afectează de asemenea și mulți adulți, tulburarea fiind recunoscută în copilărie și persistând la vârsta adultă. (NICE 2009)

Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) este denumirea generală actuală a afecțiunii. Termenul ADHD a devenit oficial în mai 2013, când American Psychiatric Association (APA) a lansat Manualul de diagnostic și statistic al tulburărilor mintale, ediția a cincea (DSM-5). Printre simptomele ADHD se numără:

- neatenția - nu se poate menține focalizarea atenției în sarcini de lucru sau de joc,
- hiperactivitatea - excesul de mișcare inadecvat contextului sau indicațiilor, și
- impulsivitatea - acte pripite, desfășurate aproape simultan cu gândul.

Aceste manifestări sunt prezente în cel puțin două contexte de viață și sunt asociate cu deficiențe sociale și academice semnificative. Debutul manifestărilor este înainte de 12 ani. (APA, 2013)

Attention Deficit Disorder (ADD) sau Tulburarea deficitului de atenție, este un termen învechit. Aceasta a fost folosită anterior pentru a descrie persoanele care au probleme cu atenția, dar nu sunt hiperactive. Tipul ADHD - predominant neatent este utilizat acum în locul ADD.

Tulburările hiperchinetice sunt descrise în ICD-10, ca fiind:

un grup de tulburari caracterizate printr-undebut timpuriu (de obicei in primii cinci ani de viata), lipsa perseverentei în activitățile care necesită implicare cognitivă și o tendință de



a trece de la o activitate la alta fără a termina nici una, împreună cu o activitate dezorganizată, neregulată și excesivă. Pot fi asociate multe alte anomalii. Copiii hiperkinetici sunt deseori imprudenți și impulsivi, predispuși la accidente și au probleme disciplinare mai degrabă din cauza încălcărilor nechibzuite ale regulilor decât a nesupunerii deliberate. Relațiile lor cu adulții sunt deseori neinhibate social, lipsind prudența și rezerva normale. Ei sunt nesimpatizați de ceilalți copii și pot deveni izolați. Deficiența funcțiilor cognitive este obisnuită, iar întârzierile specifice în dezvoltarea motorie și a limbajului sunt disproporționate în mod frecvent. Complicațiile secundare include comportamentul antisocial și stima de sine scăzută.

Conceptul ADHD s-a dezvoltat inițial din recunoașterea faptului că unii copii și tineri sunt greu de controlat și nu sunt capabili să se controleze. De la începutul secolului al XIX-lea, Benjamin Rush în SUA, Alexander Crichton în Scoția, Désiré-Magloire Bourneville în Franța și George Frederick Still în Anglia au fost printre cei care au scris în termeni clinici despre eșecurile autocontrolului ca tulburare de neurodezvoltare (Taylor, 2011).


Ideea conform căreia ADHD este o condiție produsă de o societate care funcționează la intensitate maximă și fără limite clare ale comportamentelor apare atât în opiniile anumitor persoane implicate în serviciile de sănătate mintală cât și în rândul părinților, profesorilor sau educatorilor care se confruntă cu comportamentele specifice ADHD.

Unii autori (Kendall, 2003) consideră ca dificultățile de concentrare ale copiilor s-ar datora unui mediu de viață excesiv de stimulant, în care fluxul permanent de stimuli și informații creează o formă de dependență de stimulare continuă, mergându-se până la ideea că ADHD ar fi doar un mit întreținut de folosirea medicației (Perry, 2003).

În practica clinică întâlnim mai puțin ideea de conspirație economică, dar apar frecvent, în discursul aparținătorilor anumite obiecții critice în ceea ce privește conceptul de boală al ADHD. Printre aceste critici putem identifica două direcții principale:



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂȚATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapscenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

- medicii pun superficial și rapid diagnosticul de ADHD și recomandă cu ușurință medicație specifică;

-comportamentele care primesc diagnosticul de ADHD se datorează de fapt unor neglijențe educaționale sau unor presiuni sociale și culturale inadecvate.

Ca răspuns la aceste critici trebuie menționat că pentru a formula un diagnostic de ADHD medicii de psihiatrie pediatrică utilizează, în medie, un timp de evaluare de aproximativ o oră, 25% dintre copiii cu acest diagnostic nu primesc tratament medicamentos (Safer, 2000) și, de asemenea, sunt date potrivit cărora ADHD este o tulburare subdiagnosticată.

În ceea ce privește implicarea mediului educațional în cauzalitatea acestei patologii este util să precizăm că factorii familiali și cei psihosociali (deprivarea maternă precoce, mediul educațional haotic, etc.) pot conduce la o simptomatologie tipică ADHD, dar determinanții genetici sunt factorii cauzali principali în etiologia ADHD.

ADHD este o tulburare neuropsihică heterogenă, în 80% din cazuri existând un determinism genetic (Faraone SV, 2005; Brooks, 2006), iar restul de 20% tulburarea este consecința unor leziuni cerebrale produse prin coacțiunea unor variați factori de mediu (Taylor, 2004; Swanson, 2007).

Descoperirea acțiunilor terapeutice ale amfetaminelor a făcut mai clar faptul că acestea au efect asupra triadei hiperactivitate /neliniște - impulsivitate - neatenție, iar nevoia de a măsura efectele tratamentului a dus la apariția scalelor de măsurare sistematizate, analiza statistică a acestora confirmând că triada comportamentelor se produce într-adevăr împreună în ADHD. (Taylor 2011). Studiile longitudinale au arătat că manifestările au tendința de a persista și de a afecta individul, iar cercetările clinice au arătat că persistența acestora poate determina în mod constant modificări cognitive și, de asemenea, că aceste manifestări pot fi controlate cu tratament. (Taylor et al, 2008).



În ciuda evidențelor clinice și a progreselor terapeutice, ADHD rămâne un subiect controversat. Mulți educatori, jurnaliști și politicieni din Europa și-au exprimat suspiciunea în legătura cu veridicitatea diagnosticului, susținând că definiția este prea vagă și subiectivă și permite aplicarea unui concept medical copiilor care, de fapt, se dezvoltă normal, că medicamentele se folosesc prea mult și că a cincea revizuire a manualului de diagnostic și statistic al Asociației Americane de Psihiatrie exacerbează toate aceste tendințe. Diagnosticul și medicația cresc în frecvență, în special în SUA. (Visser et al. 2014)

Cele mai frecvente întrebări sunt:

- De ce ratele de diagnostic și tratament diferă atât de mult de la un studiu la altul?
- Cât de des trebuie diagnosticat și tratat ADHD?
- De ce nu există teste obiective și pe baza cărora să se valideze/ invalideze diagnosticul?
- De ce nu există o limită certă pentru a-i delimita pe cei cu și fără ADHD?


Aceste dileme au apărut în zona sănătății mintale a copilului și adolescentului nu numai pentru ADHD și tulburări hiperkinetice, ci și pentru diagnosticul psihiatric în general. Dat fiind faptul că încă nu există o înțelegere completă a proceselor fiziologice de bază, diagnosticul depinde în totalitate de prezentarea clinică și nu poate fi încă “obiectivat” prin teste și analize de laborator.

Întrebările de mai sus apar, de asemenea, în manieră naturală având în vedere că manifestările clinice ce constituie ADHD sunt distribuite continuu în populație. Limitele dintre dezvoltarea normală, dezvoltarea atipică și tulburarea hiperchinetică în formă severă nu sunt absolute, ci reflectă măsura în care acestea pot afecta funcționarea normală a individului.

Mai mult, manifestările tipice pentru ADHD pot coexista cu alte particularități comportamentale pe durata primilor ani de viață, unele dintre acestea fiind elemente din spectrul autist, probleme de comportament opozițional și stări de anxietate. Această coexistență a manifestărilor poate fi întâlnită în cazul copiilor de vârstă mică cu tulburări de neurodezvoltare așa



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapscenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

cum au fost inițial descrise de Gillberg, acesta din urmă lansând conceptul de Tulburări de neurodezvoltare (Gillberg, 2010; Zablotsky et al, 2018), recunoscute ulterior și de clasificările internaționale (ICD 10).

La vârste mai mari, mulți dintre copiii cu ADHD prezintă comorbid și alte tulburări psihice cum ar fi Tulburarea de spectru autist, Tulburare de opoziție cu provocare, Tulburări de limbaj sau alte forme de Întârziere în dezvoltarea psihică. Diferențierea sindroamelor menționate se bazează pe judecata psihiatrică și pe experiența clinică, iar intervenția se va adresa fiecărui tip de afectare în parte.

Deși mulți oameni asociază ADHD-ul cu un comportament impulsiv și hiperactiv în care persoanele afectate se precipită să vorbească sau să acționeze, plângerea principală a persoanelor diagnosticate cu ADHD este dificultatea în a începe sarcinile propuse. Deși pot fi impulsivi în unele domenii ale activității, cei cu acest sindrom se plâng adesea că amânarea este o problemă majoră, în special atunci când se confruntă cu sarcini care nu le stârnesc interesul. Adesea, acești indivizi se plâng că evită sarcini importante până când ele devin o urgență. Numai atunci când se confruntă cu consecințe cumplite devin capabili să se motiveze suficient pentru a începe.

În continuare ne propunem o trecere în revistă a principalelor puncte de interes asociate manifestărilor clinice, diagnosticului și intervenției optime în cazul copiilor și adolescenților cu ADHD, încercând să venim în întâmpinarea nevoilor specialiștilor din educație, asistență socială și sănătate mintală, care împreună formează echipa de lucru ce poate ajuta la diminuarea impactului acestei tulburări asupra funcționalității beneficiarilor.



CAPITOLUL 2

ETIOPATOGENIA ADHD - NOI PERSPECTIVE

Datele epidemiologice și patofiziologia tulburărilor de hiperactivitate, însoțite sau nu de deficit atențional, variază între diferite studii.

Aspectele etiopatogenice sunt încă extrem de controversate, cauzalitatea acestor tulburări fiind considerată relativ incertă având în vedere că niciun factor de risc unic nu poate explica în totalitate manifestările ADHD. Cele mai recente studii se concentrează asupra rolului dopaminei, noradrenalinei și, cel mai recent, al serotoninei. (Faraone et al., 2003; Sthal, 2008)

ADHD cuprinde un spectru larg de manifestări clinice extrem de heterogene în ceea ce privește prezența și severitatea simptomelor. Asistăm la o permanentă cercetare legată de etiopatogenie și modalități de investigare, cu impact asupra modalităților de intervenție și tratament adresate tulburării.

Deși intricată, factorii etiopatogenici par a fi de ordin *neurobiologic, genetic și de mediu*.

Studiile de neurobiologie a ADHD s-au concentrat în general asupra circuitelor neuronale dintre cortexul prefrontal și striatum, precum și asupra sistemelor de catecolamină ale creierului asociate acestor circuite. În prezent, se presupune că simptomele ADHD apar secundar unor anomalii în diferite părți ale cortexului prefrontal, astfel: în mod specific, deficitul legat de atenția selectivă este legat în mod ipotetic de prelucrarea inefficientă a informației în cortexul cingular anterior (ACC); simptomele disfuncției executive, în special incapacitatea de a susține atenția și, prin urmare, incapacitatea de a rezolva problemele sunt legate în mod ipotetic de prelucrarea inefficientă a informației într-o altă parte a cortexului prefrontal, cortexul prefrontal dorsolateral (DLPC); simptomele hiperactive la ADHD sunt legate de cortexul motor / cortexul motor prefrontal suplimentar, în timp ce simptomele impulsive sunt legate în mod ipotetic de cortexul orbital frontal. (Goldberg, 2001; Sthal, 2008)



Considerată tulburare de neurodezvoltare, ADHD, asemeni altor entități diagnostice ale copilăriei, a ridicat suspiciunea asupra *subtratului genetic* al vulnerabilității, și totodată, dilema legată de eritabilitate versus modificare de novo.

Cercetările în acest sens au concluzionat că ADHD este o tulburare neuropsihiatrică extrem de heterogenă, existând o bază genetică în aproximativ 80% din cazuri, ce implică numeroase gene, în restul de 20% fiind vorba de leziuni cerebrale dobândite prin acțiunea diverșilor factori de mediu, deși nu se cunoaște clar modul în care aceste influențe interacționează pentru a cauza ADHD. De asemenea, nu par să existe diferențe între tabloul clinic al ADHD cu baze genetice și cel al ADHD dobândit. (Faraone et al., 2003; Sthal, 2008)

Studiile referitoare la genom au identificat cu succes 12 loci cu risc semnificativ pentru ADHD. Aceste asocieri reprezintă aproximativ 22% din eritabilitatea tulburării. Studiile au arătat, de asemenea, îmbogățirea anumitor variante (secvente) genetice specifice în ADHD. (Martin et al., 2015; Thapar, 2018)

Pe baza numeroaselor studii efectuate pe gemeni, care au variat considerabil în metodologia și definițiile ADHD, a fost demonstrat că eritabilitatea medie pentru ADHD a fost de 77%. Șapte gene candidate demonstrează dovezi semnificative din punct de vedere statistic de asociere cu ADHD pe baza raportului de șanse comune (1,18-1,46) în cadrul studiilor: DRD4, DRD5, DAT, DBH, 5-HTT, HTR1B și SNAP-25. (Spencer, 2008; Mick et Faraone, 2008)

Rolul acestor gene, conform analizei, este asociat cu sinteza mai multor structuri, după cum urmează:

- Receptorul dopaminei D4 (DRD4), prevalent în rețelele frontal-subcorticale și asociat cu trăsătura de personalitate a căutării aproape continue de elemente de noutate; acesta determină polimorfismul alelei 7-repeat a VNTR în exonul III
- Receptorul dopaminei D5 (DRD5), (cu polimorfismul 148-bp microsatellite repeat), implicat în apariția anomaliilor ce stau la baza ADHD,



- DAT1 (cu polimorfismul 480-bp VNTR in 3' UTR),
- Transportor dopamină SLC6A3 care reglează dopamina și este vizat în tratamentul cu medicamente stimulante,
- Proteină asociată sinaptozomului de SNAP-25 (o proteina sinaptozomal asociată, de 25kD, cu polimorfismul T1065G), care afectează nivelurile de dopamină și serotonină și poate provoca hiperactivitate,
- Receptorul serotoninei HTR1B – considerat a fi implicat în apariția impulsivității din ADHD.
- COMT (gena care codează O metil transferaza și catalizează degradarea dopaminei; prezintă polimorfismul Val158Met, ce rezulta în tranziția valina-metionina și afectează activitatea enzimei) se asociază cu o activitate enzimatică mai mare, ce se asociază la rândul său cu comportamentul antisocial la pacienții cu ADHD. Comportamentul antisocial este explicat prin înțelegerea socială deficitară. (Mick et Faraone, 2008; Franke et al., 2009; Gizer et al., 2009; Langley et al., 2010; Thapar, 2018)


Cele mai multe studii, așa cum se poate vedea, susțin că genele majore implicate în ADHD sunt cele legate de neurotransmiterea Dopaminei, deși legăturile cu genele pentru receptorii adrenergici alfa 2A, receptorii serotoninei și alte proteine sunt, de asemenea, în curs de investigare intensă (Sthal, 2008)

Polimorfismul din regiunea promotor a genei responsabile de recaptarea serotoninei (SERT), cu impact asupra eliminării serotoninei în fanta sinaptică, a fost asociat cu numeroase tulburări psihice, incluzând ADHD dar și autismul, depresia, tulburările psihosomatice, alcoolismul, fumatul sau tulburările de alimentație. (Serretti et al., 2006).

În mod similar, polimorfismele din gena dopaminei beta-hidroxilază (DBH), al cărei produs este ultimul pas în sinteza norepinefrinei din dopamină, au fost asociate cu schizofrenia, paranoia indusă de cocaină, depresie, ADHD și alcoolism. (Cubells et Zabetian, 2004; Sthal, 2008). Deși genele candidate au fost asociate cu ADHD, în special gene legate de sistemele catecolaminergice,



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapscenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

fiecare genă pare să fie responsabilă pentru doar o mică creștere a riscului de a dezvolta tulburarea. (Faraone, 2005)

Cu toate acestea, deținerea unei variante genetice asociate bolii, rareori garantează dezvoltarea bolii, literatura de specialitate subliniind asocierea dintre apariția sindromului clinic și coexistența contribuitorilor genetici cu factorii de mediu. (Faraone et al, 2000; Caspi et al., 2003; Sthal, 2008; Kooij et al., 2010). În plus, studiile care scanează întregul genom fără o ipoteză a priori, așa-numitele studii de asociere la nivelul genomului nu au adăugat polimorfisme noi la cunoștințele actuale (Neale, 2010)

O altă abordare se concentrează pe modificările epigenetice la persoanele cu ADHD. Deși această abordare nu poate explica, prin ea însăși, diagnosticul sau nu poate fi relevantă pentru boală în lipsa eredității, epigenetica a indicat până acum faptul ca metilarea diferențială a ADN-ului în genele legate de sistemele monoaminergice și GABA-ergice, precum și în genele implicate în procesele de neurodezvoltare poate avea un rol în ADHD. (Walton et al., 2017)

Această aparentă contradicție între o ereditabilitate ridicată și rezultate negative din studiile de asociere la nivelul genomului a încurajat cercetarea pentru ipoteze etiologice alternative. O posibilitate este aceea ca tulburarea reiese din interacțiunea dintre genetică și factorii de mediu. (Nigg et al., 2010)

O serie de anomalii cromozomiale diferite, inclusiv anomalii ale numărului de cromozomi (în special aneuploidiile cromozomiale de sex) și de structura cromozomială, precum și unele tulburări de genă unică sunt asociate cu rate mai mari de ADHD. Sindromul X fragil, scleroza tuberoasă și mai multe sindroame de microdeletie, inclusiv sindroamele Smith Magenis și Velocardiofacial (VCFS; microdeleție 22q11) sunt asociate cu ADHD (mai frecvent tip neatent). Ele sunt, de asemenea, asociate cu alte tulburări de neurodezvoltare și tulburări psihiatrice (de exemplu, TSA, psihoza din VCFS). Cu toate acestea, screening-ul de rutină la pacienții fără aceste defecte nu este indicat. (Bastain et al., 2002)



Copiii cu ADHD prezintă o întârziere în maturarea corticală (măsurată prin grosimea corticală). Întârzierea s-a observat mai ales în ariile responsabile de atenție, în special în cortexul prefrontal lateral (Shaw et al., 2007), activitatea în aceste circuite fiind mediata de GABA și modulată de catecolamine (dopamina și norepinefrina). (Kielling, 2008). De asemenea, disfuncție fronto-striatală asociată ADHD, afectează funcțiile executive și controlul inhibitor (care sunt anatomic asociate cu circuite talamo-cortico-striatale). (Castellanos et al., 2006)

Fără a fi simptom cheie al ADHD, agresivitatea se asociază frecvent impulsivității, fiind adesea acuza care solicită evaluarea de specialitate a copilului cu ADHD. Din punct de vedere biologic, agresivitatea este determinată de particularitățile funcționale ale unor formațiuni nervoase ale sistemului nervos și ale sistemului endocrin. Trauma și violența din copilăria timpurie, asupra cărora vom insista în cele de mai jos, par să lase o semnătură epigenetică pe o genă a receptorului serotoninei implicată în reglarea emoției, și anume HTR3A. Această semnătură epigenetică periferică în rândul mamelor copiilor foarte mici, corespunde unui număr de manifestări psihiatrice, comportamentale și de activitate neuronală maternă, implicate în reglarea emoției și agresiunii. Cercetări suplimentare sunt necesare pentru a înțelege dacă metilarea genei HTR3A, în special a locusului CpG2 III, reflectă un endofenotip matern, cu potențial agresiv, dezinhibat, ce poate afecta transmiterea intergenerațională a traumei post violență domestică. (Schechter et al., 2017)

În timp ce genetica susține implicarea extra-cromozomului Y, mai frecvent întâlnit la criminalii și la bolnavii psihici cu agresivitate extremă (Gotz et al., 1992), neurobiologii au indicat trei niveluri posibile ale agresivității:

1. nivelul unui comportament reflex, în mare parte preprogramat genetic;
2. un nivel la care stimulului îi este asociat o conotație afectivă, în funcție de trăirea individuală;



3. un nivel de elaborare cognitivă în care sunt luate în calcul experiențele personale și contextul sociocultural. (Weiger et Bear, 1988)

Dacă agresivitatea reprezintă starea sistemului psihofiziologic de a răspunde printr-un ansamblu de conduite ostile (în plan conștient, inconștient sau fantasmatic) în scopul distrugerii unui „obiect” investit cu semnificație, violența este agresivitatea liberă, exteriorizată sau manifestarea comportamentală a unei stări de agresivitate (Turliuc et al., 2009)

Rolul factorilor de mediu și al al injuriilor psiho-sociale a fost evaluat în cadrul multor studii, atât referitoare la dezvoltarea ADHD cât și la favorizarea asocierii acestuia cu alte entități diagnostice cum ar fi tulburarea de conduită (CD) sau tulburarea de opoziție cu provocare (CDD).

În relație cu membrii familiei, manifestările ADHD pot varia substanțial, ceea ce a susținut ipoteza că variabilele de mediu pot juca un rol în dezvoltarea ADHD (Barkley, 2006; Das Banerjee și colab., 2007).

Variabilele de mediu se consideră că joacă un rol în exprimarea simptomelor ADHD includ atât factori biologici, cât și psihosociali (Rutter et al., 1975; Kay et Tasman, 2006; Das Banerjee și colab., 2007). Alte două medii variabilele care nu au primit sprijin ca fiind o cauză a ADHD includ dieta și vizionarea la televizor.

Factorii biologici frecvent asociați cu ADHD sunt în special factorii de risc prenatali, cum ar fi expunerea la alcool, nicotină, medicamente, hipertensiune arterială în timpul sarcinii, nașterea prematură și/sau greutate mică la naștere (Banerjee et al., 2007) la care se asociază factori peri- și postnatali de natură toxică, hipoxică, etc. (Rutter et al., 1975; Kay et Tasman, 2006).

Prematuritatea pare să fie factorul de mediu cel mai des asociat cu ADHD (Bhutta, 2002), datele raportând un risc relativ de 2,64 ori mai are pentru ADHD la copiii prematuri. Copiii născuți înainte de 33 săptămâni gestație și cei care au greutate foarte mică la naștere (sub 1500g) prezintă deficite moderate până la severe în performanța școlară, probleme de atenție, probleme comportamentale de internalizare și funcție executivă slabă. În timpul tranziției către vârsta adultă



tânăra, acești copii continuă să rămână în urmă față de colegii născuți la termen. (Aarnoudse-Moens et al., 2009). De asemenea, riscul în ceea ce privește simptomele de neatenție pare a fi mai mare pentru copii cu prematuritatea extremă și greutatea foarte mică la naștere (subtipul neatent ADHD). (Hack, 2004; Johnson, 2010).

Expunerea la mai multe toxine diferite a fost asociată cu o creștere risc pentru ADHD, inclusiv plumb, mercur, mangan și bifenili policlorurați (PCB-uri). Cu toate acestea, în majoritatea cazurilor de ADHD nu pot fi identificate astfel de expuneri. În egală măsură, mulți indivizi cu niveluri ridicate de plumb nu dezvoltă simptome specifice ADHD (Biederman et Faraone, 2005; Das Banerjee et al., 2007) iar analizele atente pe această temă sugerează nivelul ridicat de plumb poate explora mai mult de 4% din variația apariției ADHD. (Barkley, 2006; Eubig, 2010) Expunerea la plumb și bifenili policlorinatti (PCB - poluanți organici), poate duce la afectarea memoriei de lucru, vigilenței și flexibilității cognitive și cresc riscul pentru apariția impulsivității. (Nigg, 2008).

Expunerea la pesticide poate să afecteze cogniția și sistemele neurale cunoscute a fi implicate în ADHD. Organoclorurile sunt contaminanți persistenți din mediul înconjurător care traversează ușor placenta, prezentând un risc potențial pentru fătul în curs de dezvoltare. Un studiu realizat pe 607 copii (varsta 7-11 ani, născuți între 1993-1998, din mame care locuiau lângă un port contaminat cu PCB în Massachusetts), în care s-a recoltat sânge ombilical și s-a urmărit evoluția și comportamentul copiilor, a relevat o asocierie importantă între expunerea prenatală la organoclorine și comportamentele tip ADHD la copil. (Sagiv, 2010)

S-au sugerat, de asemenea, expuneri prenatale la fumul de tutun și alcool să fie factori de risc pentru ADHD (Langley, 2005; Das Banerjee et al., 2007). Mai multe studii prospective la sugari demonstrează asocieri clinice și epidemiologice consistente între expunerea prenatală la nicotină (date colectate din raportările mamelor și nivelurile de cotinină urinară) și ADHD-ul la copil, asocieri ce sunt doză-dependente. De asemenea, expunerea fetală la consumul matern de alcool duce la probleme de comportament compatibile cu simptomele ADHD (Mick et Faraone, 2008) Alte studii evidențiază importanța interacțiunilor genă-mediu cum ar fi interacțiunea dintre



expunerea la tutun intra-utero și variații ale genelor DAT1 (dopamine transporter gene) și DAT4 asociate cu apariția ADHD. (Nigg et al., 2010)

Alți autori au fost preocupați de felul în care factorii de risc se pot potența reciproc și de riscul apărut prin expunerea intrauterină la serii de factori. Astfel au fost publicate date legate de expunerea la tutun și realitatea acestuia cu stresul matern și obezitatea în timpul sarcinii, care deși sunt asociate cu ADHD, dar pot fi explicate în totalitate prin factori genetici, ceea ce duce la confuzii. Dovezile sunt încă insuficiente în ceea ce privește expunerea intrauterină la alcool și droguri, precum și în ceea ce privește complicațiile prenatale și perinatale legate de naștere. (Knopik et al., 2005)

Anumite leziuni cerebrale, sechelare în urma unor infecții, traumatisme craniene, accidente vasculare cerebrale pot conduce la dezvoltarea de comportamente asemănătoare ADHD însă acestea reprezintă un procent mic (probabil mai puțin de 5%) dintre persoanele cu ADHD (Rutter et al., 1975, Stevens et al, 2008).


Deși anumite diete pot îmbunătăți comportamentul tip ADHD, nu există dovezi suficiente pentru a afirma că lipsa sau consumul inadecvat de anumite alimente, precum zaharul, coloranții artificiali, aditivii, zincul, fierul, magneziul sau omega-3 joacă un rol causal în această patologie (William Ballard, 2010):

Adversitățile psihosociale includ familiile mari, educația parentală scăzută, familiile care au experimentat separarea, monoparentalitatea, clasa socială, bullyingul și agresiunea/victimizarea, parentingul negativ, maltratarea și neglijarea copilului, tensiuni interparentale și sărăcia sunt asociate cu ADHD. Practicile parentale de creștere a copilului, cum ar fi disciplina fizică severă și supravegherea slabă, au fost, de asemenea, implicate în CDD, CD și ADHD. (Rutter et al., 1975; Kay et Tasman, 2006; Thapar et al., 2012)

Relația de atașament nesecurizantă și instituționalizarea se asociază atât cu dezvoltarea ADHD cât și cu dificultatea de tratament întâlnită la acești copii. (Stevens et al, 2008; Kreppner, 2010)



CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG

 NTNU
Regionalt kunnskapscenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

Iceland 
Liechtenstein
Norway grants

Unii cercetatori au raportat o creștere de 7 ori a incidenței ADHD la persoanele care au suferit mai mult de 6 luni de deprivare maternă în copilărie, comparativ cu cei care au experimentat mai puțin de 6 luni. Amploarea acestui efect, combinată cu puterea designului studiului (în contrast cu cele cu deprivare mai mare și mai mică de 6 luni), sugerează că este puțin probabil ca acest rezultat să fie atribuit riscului genetic sau intrauterin preexistent (Kennedy et al., 2016) deși există multe întrebări legate de diferențierea ADHD de manifestările clinice ale tulburării de atașament.

Conflictele cronice de familie, diminuarea coeziunii familiale și expunerea la psihopatologia părintească (în special maternă) sunt mai frecvente în familiile ADHD comparativ cu familiile de control. (Spencer, 2008) Alte studii longitudinale și de tratament sugerează că relațiile tensionate mamă - fiu apar frecvent ca răspuns la simptomele ADHD ale copilului. Acest lucru contrastează cu descoperirile în comportamentul antisocial/tulburarea de conduită la copil, în care o varietate de modele științifice, inclusiv studiile de tratament, au constatat în mod constant că mediile sociale și familiale adverse sunt cauzale. În orice caz, factorii psihosociale pot modifica expresia ADHD mai ales la cei care sunt susceptibili genetic, de exemplu prin influențarea comorbidităților precum tulburarea de conduită, depresia și nivelul de afectare. (Lifford et al., 2008; Thapar et al., 2012)

Violența în cadrul familiei, definită ca *ansamblul conflictelor din grupul familial, care au ca efect maltratarea partenerului sau a copilului*, nu include doar violența fizică (omor, vătămare, lovire), ci și cea sexuală (violul marital), psihologică (șantaj, denigrare, umilire, ignorare, abandon, izolare), verbală (insultă, amenințare) și economică (privarea membrilor familiei de mijloace și bunuri vitale). (Popa, 2006)

Delicvența unui membru al familiei sau reședința într-un cartier cu rate ridicate de criminalitate precum și statutul de victimă, repetat și/sau prelungit, în relațiile cu egalii de vârstă, se adaugă, de asemenea, la etiologia de agresivități și dezvoltarea tulburării de conduită (CD). Sărăcia și / sau șomajul se asociază cu apariția mai devreme a modificărilor comportamentale. Acești factori par să funcționeze într-un mod aditiv, probabilitatea conturării CD crescând linear cu agregarea factorilor de risc (Rutter et al., 1975; Kay et Tasman, 2006; Langley et al., 2010)



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapscenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

Adversitatea psihosocială apare ca predictor universal al funcției de adaptare a copiilor și a sănătății emoționale, mai degrabă decât predictorii specifici ai ADHD. Ca atare, tensiunile din microclimatul familial pot fi conceptualizate ca declanșatoare nespecifice ale unei predispoziții subiacente sau ca modificatori ai cursului bolii. (Spencer, 2008; Langley et al., 2010)



CAPITOLUL 3

CORELAȚII ÎNTRE ADHD ȘI DEZVOLTAREA PSIHICĂ A COPILULUI ȘI ADOLESCENTULUI

3.1. FUNCȚIILE EXECUTIVE, TEORIA MINȚII ȘI ETAPELE DEZVOLTĂRII PSIHICE LA COPIL ȘI ADOLESCENT

Principalele sarcini sau provocări în copilărie și adolescență sunt:

- Deprinderea unui comportament adecvat acordând atenție normelor și regulilor,
- Buna cooperarea cu adulți și colegii,
- Comunicarea verbală și nonverbală eficientă,
- Învățarea citirii și scrierii.

Atenția este o funcție a minții incredibil de complexă, cu rol crucial în ceea ce percepem, ne amintim, gândim, simțim și facem. Procesul este unul continuu și implică organizarea și stabilirea priorităților, menținerea / schimbarea focusului atențional, reglarea vigilenței, susținerea efortului și reglarea vitezei de procesare a informației și formularea de răspunsuri. De asemenea, atenția este implicată în gestionarea frustrării și a altor emoții, în evocări ale evenimentelor utilizând memoria de scurtă durată și capacitatea de autoreglare.

Performanța copilului pentru fiecare dintre aceste sarcini este inițial în grija părinților, fraților mai mari sau a altor îngrijitori, până când copilul este capabil să îndeplinească sarcinile singur. (Brown, 2005) Odată cu creșterea și maturizarea neuronală, copilul ar trebui să devină capabil să gestioneze emoțiile și să își organizeze sarcinile de lucru, așteptările fiind corelabile cu vârsta cronologică dar și cu vârsta de dezvoltare minatălă.



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapscenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

Funcțiile executive se bazează, așa cum s-a arătat în capitolul anterior, pe relația neurobiologică de hipo-activare în circuitele cerebrale dintre cortexul prefrontal și striatul dorsal, respectiv aria striată ventral - nucleu accumbens - cortexul orbito-frontal.

Persoanele cu ADHD par deosebit de sensibile la recompensa întârziată ceea ce face ca la vârstă mică, copiii cu ADHD să își dorească să obțină imediat răspuns la solicitare, sau, la vârstă școlară, să prezinte nevoia cvasicontinuă de a primi validare sau recompense.

Înțelegerea funcțiilor executive (EF) a fost facilitată de analiza consecințelor deteriorării cortexului prefrontal, în anumite context ajungând ca acestea să fie sinonime cu funcția corticală prefrontală. Studiile timpurii pe pacienți cu leziuni prefrontale au relevat un model particular de disfuncționalitate, în ciuda păstrării funcțiilor cognitive de bază, inclusiv multe aspecte degate de limbajul, memorie și inteligență. Aceste deficiențe includ eșecuri în a înțelege judecăți, o planificare deficitară a acțiunilor viitoare și dificultăți de inhibare a răspunsurilor inadecvate (Stuss et Benson, 1986; Zelazo et al., 1997).

Construirea EF stă în spatele abilităților de a emite judecăți înțelepte, de a planifica activități și de a inhiba răspunsurile inadecvate etc. Alți autori au subliniat și alte aspecte ale EF, cum ar fi memoria de lucru, inhibarea și controlul atenției în sarcini de lucru. (Luria, 1973; Baddeley, 1996; Diamond, 1996; Stuss et al., 2001) Cortexul prefrontal și alte circuite neurologice sunt sisteme funcționale interactive care implică integrarea subsistemelor cu roluri specific. Așa cum arăta Luria, EF reprezintă o funcție și nu un mecanism sau o structură cognitivă. EF sunt în esență constructe comportamentale definite în funcție de rezultatul lor.

Conform teoriilor cognitive centrate pe complexitatea cognitivă și menținerea controlului (CCC) există mai multe modificări legate de vârstă în EF care apar în timpul copilăriei și pentru fiecare tranziție de dezvoltare, mai exact ca urmare a dobândirii un sistem de reguli cu un anumit nivel de complexitate, iar acest sistem de reguli permite copiilor să exercite un nou grad de control asupra raționamentului și comportamentului lor.



Sistemul de reguli însă nu poate fi adoptat atunci când există seturi de limite evident contradictorii, cum se întâmplă în cazul abuliei, când apar disocieri între a avea cunoaștere și a utiliza efectiv acea cunoaștere (Frye et al., 1998; Zelazo et al., 2005)

Din acest motiv, reflectarea și utilizarea regulilor de ordin superior sunt considerate ca fiind principalele funcții psihologice realizate de sistemele care implică cortexul prefrontal, dar diferite regiuni ale cortexului prefrontal sunt implicate în reflecția cognitivă asupra diferitelor tipuri de reguli (funcții executive la rece) în timp ce altele sunt responsabile cu reguli în contexte emoționale complexe (fierbinți). Putem găsi așadar nenumărate exemple de situații în care o persoană își poate organiza comportamentul în anumite contexte dar nu și în situația în care sunt implicate aspecte emoționale puternice, cu atât mai frecvent la pacienții cu ADHD de vârstă mică, când aceste sisteme de reguli sunt în curs de asimilare.

Așa cum a fost descris inițial de Piaget (1954), eroarea A-nu-B are loc la sugari, de obicei cu vârste cuprinse între 8 și 10 luni. Aceștia găsesc cu ușurință un obiect într-un loc prestabilit (locația A) care a fost ulterior ascuns în mod vizibil într-o altă locație (locația B). În mod remarcabil, sugarii de la această vârstă caută adesea în prima locație, în ciuda faptului că au văzut ultima dată obiectul în locația B. În timp ce Piaget a atribuit eroarea unei înțelegeri imature a conceptului de obiect, cercetătorii contemporani susțin mai mult că sugarii au dificultăți în utilizarea unei reprezentări a locației unui obiect pentru a suprascrie un răspuns prepotent adică, sugarii prezintă un eșec al EF. (Diamond, 1996)

O altă analiză realizată de DeLoache a sugerat că în cazul copiilor cu vârstă de 2,5 ani persistă modelul cognitiv al unui obiect tridimensional (ex: e o cameră de jucărie), mai degrabă decât să se gândească la el în funcție de ceea ce reprezintă (adică, camera versus jucărie și locul actual în care se găsește). La copiii de 3 ani același autor găsește că au dificultăți de a comuta între perspective incompatibile asupra unui singur obiect - perseverează în reprezentarea obiectelor într-un mod particular chiar și atunci când nu mai este potrivit să o facă. Un experiment legat de sarcinile de evaluare a înțelegerii aspectului și a realității, copiilor li se arată un obiect înșelător,



cum ar fi un burete pictat pentru a arăta ca o piatră și sunt întrebați despre aspectul său („Cum arată?”) și adevărata natură sau funcție (“Ce este?”) iar rezultatele au arătat că cei de trei ani sunt mult mai predispuși decât cei de 5 ani să dea același răspuns la ambele întrebări (Flavell et al., 1986).

ToM definește capacitatea de a imputa stări mentale pentru sine și pentru ceilalți. Aceasta a fost investigată pornind de la o varietate de concepte precum înțelegerea falselor convingeri, distincția aparență-realitate, evaluarea consecințelor și a perspectivei sau dezamăgirea. (Flavell et al., 1986; Carlson et Moses, 2001).

La preșcolari a fost urmărită, de asemenea dezvoltarea abilității de a genera etichete multiple pentru un singur obiect sau de luare a deciziilor afective, și s-a observat că vârsta este un factor important în dezvoltarea acestora, însă presupun implicarea unor EF optime. De asemenea, se pare că o abordare reușită pentru rezolvarea unor probleme cu componentă afectivă importantă este bazată pe capacitatea de a reconceptualiza problema în mod relativ neutru, în termeni descontextualizați, aspect corelate cu EF, memoria de lucru și Teoria Minții (ToM).

Funcțiile de sincronizare sunt bazate pe circuite cortico-talamo-cerebeloase. Acestea au fost, de asemenea, îndelung studiate în cazul copiilor cu ADHD (Smith et al., 2006). Caracterul extrem de dependent de context al performanței ADHD este în concordanță cu noțiunea că copiii cu ADHD au dificultăți deosebite în adaptarea stării lor în timp ce se pregătesc să răspundă cerințelor în schimbare ale mediului lor, mai evident în perioadele de sub sau supraactivare în care copiii cu ADHD pot fi incapabili să depună eforturi pentru a reglementa stările sub-optime.

În jurul vârstei de 3.5- 4 ani se dezvoltă unul din cele mai importante aspecte ale ToM, înțelegerea falselor credințe (False-beliefs), care se referă la faptul că acum copiii pot să înțeleagă absența cunoștințelor, adică faptul că oamenii pot să creadă ceva ce nu este adevărat. La vârsta de 8 ani, teoria minții devine o modalitate complexă de cogniție socială. Copiii vor fi capabili să se



gândească la cum se va simiți sau va reacționa o persoană într-o anumită situație, devin interesați de modul în care gândesc alte persoane și încep să se dezvolte empatia.

Memoria de lucru și capacitatea inhibitorie au fost considerate esențiale pentru a rezolva sarcinile legate de falsele credințe, element central în ToM, însă ulterior s-a dovedit că la fel de mare importanță trebuie alocată duratei memoriei, dar și altor aspect cum ar fi vârsta, vocabularul receptiv sau memoria fonologică de lucru (Davis et Pratt, 1996; Perner et Lang, 1999; Carlson et Moses, 2001).

3.2. IMPACTUL ADHD ASUPRA FUNCȚIILOR CEREBRALE ÎN COPILĂRIE ȘI ADOLESCENȚĂ

Majoritatea persoanelor diagnosticate cu ADHD raportează dificultăți cronice semnificative ce depind de o combinație a funcțiilor executive. Pentru o bună înțelegere a acestor, funcțiile executive au fost grupate de către Tomas E Brown (fig 3.1) în șase grupuri ce tind însă să apară împreună, iar dificultățile de funcționalitate par a fi clinic legate de acestea. În plus, aceste grupuri de funcții cognitive tind să se modifice împreună pe parcursul intervenției terapeutice, astfel încât atunci când o persoană cu ADHD primește un tratament adecvat și prezintă îmbunătățiri semnificative într-unul dintre aceste șase grupuri, o îmbunătățire semnificativă se observă și în celalalte cinci cluster.

FUNCȚIILE EXECUTIVE (funcționează împreună, în diferite combinații)					
Organizare, Prioritizare și Activarea pentru inițierea unei sarcini	Menținere Atenției Focusate și Mobilitatea atenției	Reglarea vigilenței, Sustținerea efortului și Viteza de procesare	Gestionarea frustrării și Modularea emoțiilor	Utilizarea memoriei de lucru și Accesarea memoriilor	Monitorizarea și Autoreglarea acțiunii



1. ACTIVARE	2. CONCENTRARE	3. EFORT	4. EMOȚIE	5. MEMORIE	6. ACȚIUNE
------------------------	---------------------------	---------------------	----------------------	-----------------------	-----------------------

(adaptare dupa Thomas E. Brown)

3.2.1. Organizarea, prioritizarea, începerea lucrului

Deși mulți oameni asociază ADHD-ul cu un comportament impulsiv și hiperactiv în care persoanele afectate se grăbesc să vorbească sau să acționeze, dificultățile de a începe sarcinile sunt frecvent raportate. Deși pot fi impulsivi în unele domenii de activitate, cei cu acest sindrom se plâng adesea că amânarea este o problemă majoră, mai ales atunci când se confruntă cu sarcini care nu sunt intrinsec interesante. Adesea, acești indivizi se plâng că ei nu sunt capabili să se motiveze suficient pentru a începe lucrul și continuă să amâne intrarea în sarcină până când aceasta devine o urgență și percep confruntarea direct, termenul limită foarte scurt, adesea cu consecințe severe în viitorul imediat.

De regulă ei că evită inițierea unor sarcini importante până când acestea devin o urgență și resimt presiunea imediată a unui termen final. Ei sunt conștienți că trebuie îndeplinită sarcina specifică, doresc și intenționează să le facă, dar nu pot să înceapă acțiunile necesare. Adesea acestea sunt de sarcini de rutină precum teme sau proiectele academice, sarcini legate de activități extracurriculare, dar și unele cu importanță esențială, mai puțin comune, cum ar fi pregătirea pentru un examen important sau finalizarea unei teze pentru licență.

În egală măsură mulți adolescenți și adulți cu ADHD raportează o mare dificultate în a stabili o ordine a priorităților, nereușind să respecte astfel diferite termene limită în îndeplinirea temelor pentru acasă, predarea proiectelor, sau chiar un bun management al timpului alocat întâlnirilor, ceea ce aduce cu sine și frecvente întârzieri și lipsa punctualității. O tendință similară este aceea de a ignora limitările, vizibilă adesea în listele „to do” ale unor persoane cu ADHD. Deși pot fi foarte inteligenți, mulți par a avea o capacitate limitată de a aproxima cât de multe sarcini pot îndeplini într-o singură zi sau săptămână. Mulți creează liste cu treizeci sau mai multe sarcini într-o singură zi, dintre care unele sunt consumatoare de timp și pe care nimeni nu le-ar putea realiza



nici într-o lună. Se pare că au o mare dificultate în a aproxima cât va dura o sarcină, în stabilirea priorităților, amânând unele pentru o altă zi, sau pur și simplu recunoscând că unele din ele momentan nu sunt realizabile.

Motivația pentru începerea lucrului este raportată ca fiind extrem de scăzută, desi la nivel rational aceștia sunt conștienți de necesitatea îndeplinirii acelor sarcini. Această dificultate de activare în sarcini de lucru este adesea îmbunătățită atunci când persoana cu ADHD este tratată medicamentos cu succes, ceea ce susține ipoteza neurochimiei motivației.

3.2.2. Menținere atenției concentrate și mobilitatea atenției

Una dintre cele mai frecvente plângeri ale persoanelor cu sindrom ADHD este că nu își pot menține atenția asupra unei sarcini. Problema lor este selecția, fiindu-le foarte greu să se concentreze asupra stimulului care necesită atenție: vocea profesorului, instructorului, testul tipărit pe o pagină.


Persoanele cu sindrom ADHD se descriu adesea ca fiind incapabili să se concentreze și să-și mențină atenția, cu excepția cazului în care subiectul este din aria lor de interes.

Copiii cu ADHD pot trece cu privirea peste fiecare frază și poate exista un fals sentiment de înțelegere, dar sensul propoziției sau pasajului nu este clar. Recunoașterea cuvintelor nu este însoțită de suficientă concentrare activă pentru a capta semnificația și a o codifica în memoria de lucru. Persoanele care nu suferă de ADHD pot experimenta acest tip de „lectură pasivă”, dacă încearcă să citească în timp ce sunt foarte obosiți.

O altă dificultate este legată de distragerea excesivă. Chiar și atunci când se concentrează pe o sarcină, fie că citesc, fie că ascultă sau încercă să facă alte activități, persoanele cu ADHD se simt adesea distrase. Ca oricine altcineva ei văd și aud ce se întâmplă în jurul lor și au multe gânduri care le trec continuu prin cap. Dar spre deosebire de majoritatea celorlalți, care blochează cu ușurință distracțiile pentru a face ceea ce trebuie, persoanele cu sindrom ADHD au dificultăți



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

cronice și severe de a bloca acei stimuli care distrag atenția. Ei nu pot ignora nenumăratele gânduri, zgomotele de fundal și percepțiile mediul înconjurător.

Aceiași indivizi care au distractibilitate marcată și dificultăți de menținere a atenției într-o sarcină, uneori acuză opusul: ei nu se pot controla când se concentrează asupra unui singur lucru și nu își pot redirecționa atenția atunci când este nevoie. Unii numesc acest lucru „hiperfocus”. Ei descriu problema ca „blocându-se” într-o sarcină, care îi interesează, în timp ce ignoră total sau pierd urma tuturor celorlalte lucruri, inclusiv unele esențiale. La copiii și adolescenții cu ADHD putem întâlni acest tip de blocaj în timp ce folosesc computerul sau chiar în conversație. Prietenii și rudele acuză deseori că persoanele cu sindrom ADD deseori continuă discuția despre ceva ce îi interesează chiar și când conversația a trecut deja la alte subiecte. Această problemă poate fi frecvent întâlnită în timpul disputelor, când individul cu sindrom ADHD susține un punct de vedere cu o intensitate atât de mare încât nu este în stare ia în considerare alte perspective.

Unele persoane cu ADHD raportează probleme similare și în scris. În timp ce încercă să compună o scrisoare, un eseu, un raport, sau un alt proiect scris, se blochează pe o singură frază sau o anumită propoziție, depun efort făcând-o perfectă. Totodată, timpul pentru a finaliza examenul a trecut, interesul pentru completarea scrisorii lor s-a risipit sau termenul limită pentru finalizarea proiectului a fost depășit.

Menținerea atenției necesită abilitatea de a selecta cei mai importanți stimuli externi și interni și de a-i elimina pe cei care tulbură starea de concentrare. Cu toate acestea, este implicată și capacitatea de mutare a atenției, după cum este necesar.


Ca și în celelalte grupuri de simptome descrise aceste dificultăți se întâlnesc ocazional la toată lumea, dar pentru persoanele cu ADHD ele par a fi mai persistente, mai răspândite și mai problematice.

3.2.3. Reglarea stării de alertă cerebrală, atenția de lungă durată și viteza de procesare a sarcilor cognitive

Mulți pacienți cu ADHD raportează că devin frecvent foarte somnolenți - până la punctul în care cu greu își pot ține ochii deschiși – atunci când este necesar ca ei să stea liniștiți, ceea ce poate



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapscenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

fi considerat de către unii autori ca narcolepsie. De obicei, aceasta nu este o problemă atunci când sunt activi fizic sau angajați activ într-o conversație. Însă acest fapt poate implica dificultăți serioase atunci când ei trebuie să fie atenți la un curs sau la anumite instrucțiuni. Somnolența apare deosebi atunci când aceștia încearcă să citească, mai ales dacă ceea ce citesc nu este de interes pentru ei. Dificultăți similare apar pentru mulți atunci când trebuie să scrie un eseu sau un raport. Unii raportează această somnolență și atunci când conduc distanțe mari pe autostradă, fără existența unei stimulări cum ar fi traficul aglomerat sau prezența multor persoane pe strada.

Această problemă a somnolenței ce apare atunci când stau nemișcați și tăcuți, nu este legată de oboseala, ci mai degrabă de dificultățile cronice în susținerea vigilenței, a stării de alertă cerebrală. Așadar, pacienții cu ADHD au nevoie să se fie în mișcare, să își audă propria voce sau să fie implicați activ într-o conversație internă cu ceea ce citesc.

Mulți cu sindromul ADD raportează că sunt deseori obosiți în timpul zilei, deoarece aceștia au dificultăți cronice și severe de adormire, chiar și atunci când sunt foarte obosiți și doresc să adoarmă. Acesta este unul din aspectele problemei: dificultate în controlarea stării de alertă. Părinții afirmă adesea despre copiii lor cu ADHD că prezintă dificultăți de a adormi, chiar și atunci când este târziu și copiii sunt în mod evident obosiți, dificultate ce poate persista și la vârsta adultă.

De reținut este aspectul dual al problemei legate de reglarea stării de alertă. Este ca și cum ei rămân blocați într-o stare de activare și nu se pot deconecta pentru a adormi sau dorm atât de profund încât eforturile pentru a se trezi seamănă cu eforturile de a învia morții.

Pe lângă problemele persistente în reglarea atenției și vigilenței, multe persoane cu ADD raportează, de asemenea, o mare dificultate în susținerea efortului pentru sarcini de lucru. Deși pot avea un rezervor inepuizabil de energie pentru sarcini interesante pentru ei, tind să rămână rapid fără combustibil atunci când se angajează în activități ce necesită susținerea efortului, cu recompensă imediată prea mică. Copiii și adolescenții invocă adesea starea de plictiseală și chiar conștientizarea nevoii de a primi o recompensă care să le mențină motivația de a continua. Un alt tip de dificultate în funcționarea academică este legată de viteza de procesare



lentă, principala restricție corelată cu capacitatea de a compune text scris și de a se exprima coerent, fiind adesea văzuți ca leneși, când de fapt capacitatea lor de coordonare și integrare a mai multor abilități necesare scrisului este afectată. Alte studii vorbesc despre elevi ce pot fi considerați prea lenți sau prea rapizi, având o capacitate limitată de a-și regla în mod corespunzător viteza de procesare pentru sarcini cu solicitări diferite. (Levine, 2003; Thomas, 2005)

3.2.4. Controlul frustrărilor și modularea emoțiilor

Pacienții cu ADHD se luptă cu gestionarea emoțiilor și frecvent raportează simptome legate de gestionarea frustrării și modularea emoțiilor. Unii au un prag foarte scăzut pentru frustrare și dificultăți cronice în reglarea emoțională cât și a exprimării acesteia. Manifestările sunt frecvent considerate labilitate afectivă și presupun frecvent apariția unei dispoziții de plictiseală sau demoralizare, plângeri iritabile, izbucniri furioase sau excitabilitate insuficient controlată. Aceștia se pot simți rapid „copleșiți” sau „stresați”. (Wender, 1987, 1995; Brown, 2001b, 2001c)


Sentimentul acestora este că o emoție, în acest caz iritantă, acaparează mintea, ocupând tot spațiul disponibil. Această intensitate copleșitoare a sentimentului poate face individul să-și piardă controlul și să vorbească sau să acționeze în moduri care nu țin cont în mod adecvat de alte sentimente, idei sau informații care pot fi, de asemenea, importante. Reacțiile frustrare pot fi de severitate diferită, unii putând arunca obiecte, trânti ușile, lovi pereții, conducând cu nesăbuintă sau agresa fizic alte persoane din anturajul imediat.

Iritabilitatea și furia nu sunt singurele emoții care sunt problematice pentru persoanele cu sindrom ADD. Multi au dificultăți similare sau mai mari în a modula și alte emoții, cum ar fi tristețea, îngrijorarea ori anxietatea, în timp ce alții se descriu ca fiind „excesiv de sensibili” și reacționează prea intens chiar și la remarci ori critici minore, manifestări ce pot fi controlate de medicația specifică pentru ADHD.

3.2.5. Memoria de lucru, memoria de scurtă durată și de lungă durată



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

Mulți pacienți cu ADHD spun că le este destul de ușor să acceseze memoria de termen lung, cum ar fi detalii din experiențe trăite cu mulți ani în urmă. Cu toate acestea, majoritatea acuză dificultăți cronice ale capacității de a ține minte o idee în timp ce fac o activitate simultană. Deseori uită ceea ce tocmai voiai să spună sau nu mai știu cu ce scop au intrat într-o cameră. Tind frecvent să uite unde numai ce și-au pus cheile, ce au făcut cu un document necesar sau pe cine au apelat mai devreme.

Se pare că dificultățile cronice de memorie sunt problema de bază în ADHD, dar acestea nu sunt în general cu memoria pe termen lung, ci cu „memoria de lucru”, un termen care a fost folosit în multe moduri diferite, dintre care majoritatea nu au legătură cu termenul de „memorie pe termen scurt”. Memoria de lucru are mai multe funcții: una dintre ele este să păstreze o parte din informații active, în timp ce lucrează cu alta.

Un alt aspect al memoriei de lucru implică accesarea unei informații dintr-un folder al memoriei pe termen lung. Multe aspecte ale performanțelor academice depind foarte mult de funcționarea efectivă a memoriei de lucru. Când citim, trebuie să reținem sunetul asociat cu prima parte a cuvântului în timp ce decodăm sunetul ultimelor silabe pentru a recunoaște cuvântul în întregime. Trebuie, deci, să extragem din memorie sensul asociat cuvântului respectiv și să-l reținem în timp ce găsim asocierea cu sensul celorlalte cuvinte pentru a desluși înțelesul întregului context al propoziției. Acest proces complex se desfășoară automat pentru cititorul fluent, care interconectează rapid sensurile cuvintelor și paragrafelor. Persoanele a căror memorie de lucru este afectată semnificativ, au mari dificultăți în a înțelege textul complet, chiar dacă sunt capabile să decodeze sensul fiecărui cuvânt în parte. Cititul comprehensiv se bazează pe funcționarea efectivă a memoriei de lucru împreună cu menținerea activă și susținută a atenției pe text.

Memoria de lucru este, de asemenea, esențială în matematică, chiar și pentru aritmetica simplă. Dacă nu putem reține cantitățile care au fost împrumutate sau care trebuie trecute de pe o coloană pe alta în timpul calculului, cel mai probabil rezultatul final nu va fi corect. Și dacă nu putem reține secvența și ordinea operațiilor, algebra, geometria sau analiza matematică sunt de neînțeles.



3.2.6. Auto-monitorizarea și autoreglarea

Cea mai mare parte a descrierilor tulburării cunoscute în prezent sub denumirea de ADHD, subliniază probleme legate de comportamentul hiperactiv și impulsiv. Multe dintre persoanele identificate cu această tulburare au tendința să acționeze fără a-și planifica dinainte acțiunile sau sunt, în mod cronic, neliniștite și hiperactive, având dificultăți semnificative în a-și controla adecvat acțiunile. Copiii cu ADHD au fost de multe ori descriși ca fiind neastâmpărați, neliniștiți și impulsivi, respectiv incapabili să își controleze acțiunile și cuvintele, necesitând mult mai multă supraveghere din partea profesorilor și a părinților decât alți copii de aceeași vârstă.

Cercetătorii au identificat „capacitatea redusă de inhibiție” ca fiind o problemă centrală în cadrul acestor simptome de hiperactivitate și impulsivitate din ADHD, dintre toate funcțiile executive afectate în cadrul acestei tulburări, aceasta fiind una de care depind dezvoltarea și funcționarea eficientă a tuturor celorlalte. (Barkley et Biederman, 1997)

Cu toate acestea, toate funcțiile executive sunt implicate în buna funcționare a individului, iar pentru realizarea unei singure acțiuni este necesară parcurgerea unor etape extrem de clare:

- I. inhibarea acțiunii până la momentul potrivit,
- II. monitorizarea propriei persoane și a circumstanțelor situației,
- III. executarea acțiunii potrivite la momentul potrivit și
- IV. monitorizarea propriei persoane și a circumstanțelor acțiunii în timpul desfășurării acesteia.

Autoreglarea eficientă a comportamentelor presupune coordonarea simultană, de multe ori instantanee, a tuturor acestor 4 etape cheie.

Nenumărate acțiuni din viața de zi cu zi implică îndeplinirea acestor componente într-un mod integrat: interacțiunile din orelor de curs, mersul la cumpărături în supermarket, jocul, participarea la o petrecere sau conducerea unei mașini.



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapscenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

Deseori pacienții cu ADHD raportează o dificultate constantă în monitorizarea contextului social și în exercitarea autocontrolului. Ei nu observă suficiente detalii legate de atitudinea lor și a celorlalți și au probleme constante în a se abține sau a sta liniștiți măcar și pentru câteva minute.

Alții tind să fie exagerat de concentrați pe felul în care reacționează ceilalți la comportamentul lor și exagerat de atenți la propriul comportament. Aceștia tind să fie prea timizi, prea închiși în ei și prea inhibați în contexte sociale.



CAPITOLUL 4

MANIFESTĂRI CLINICE ȘI FORMULAREA DIAGNOSTICULUI ADHD

6.1. Forme clinice de ADHD

Problemele asociate cu ADHD apar în moduri diferite la vârste diferite, pe măsură ce individul se maturizează și pe măsură ce cresc cerințele de mediu pentru autocontrol. (Taylor et Sonuga-Barke, 2008). Hiperactivitatea la un copil preșcolar poate fi manifestată clinic prin grade ridicate de activitate, copilul se află aproape neîncetat în mișcare și solicită atenție și supraveghere susținute din partea anturajului, riscând adesea să se autovătămeze în lipsa unui control strict din partea adulților; în cazul copiilor de vârstă școlară, un copil afectat poate face mișcări excesive în situații în care se așteaptă ca acesta să rămână așezat, făcând adesea greșeli mai degrabă din neatenție; în timpul adolescenței hiperactivitatea se poate prezenta în timpul adolescenței, hiperactivitatea se poate prezenta ca o stare de agitație excesivă, mai degrabă decât mișcare a întregului corp; în viața adultă, hiperactivitatea poate fi un sentiment interior susținut de neliniște. De asemenea, neatenția se poate diminua în termeni absoluți, iar durata de atenție va crește de obicei odată cu vârsta dși tinde să rămână în urmă față de cea a persoanelor neafectate și inferioară nivelului care este așteptat pentru potențialul cognitiv al individului.

Debutul

Comportamentele de bază ale ADHD sunt de obicei prezente înainte de vârsta de 7 ani, dar la toate vârstele prezentarea poate fi extrem de diferită (Sayal et al., 2002). Formele ușoare pot trece neobservate (Mannuzza et al., 2004) în timp ce formele extreme sunt considerate a fi incompatibile cu funcționarea individului în majoritatea culturilor, deși există diferențe culturale în nivelul de activitate și neatenție considerate problematice (Sonuga-Barke et al., 1993). În timp



ce atât profesorilor, cât și părinților le este greu să se ocupe sau să trăiască cu un copil hiperactiv, toleranța și capacitatea lor de a face față pot determina dacă hiperactivitatea este prezentată ca o problemă. Copiii cu hiperactivitate rareori solicită ei înșiși ajutorul. Neatenția fără hiperactivitate nu este adesea prezentă ca o problemă, chiar dacă un copil neatent poate avea o afectare cognitivă marcată. Prezentarea către clinician depinde, așadar, de un complex de factori, având în centru abilitățile și toleranța adulților care înconjoară copilul dar și calitățile copilului înșuși.

Studiile realizate pe copii diagnosticați cu ADHD, cu vârste între 4 - 14 ani au arătat că aceștia au tendința, în comparație cu persoanele de aceeași vârstă care nu au avut probleme de sănătate mintală, persistența hiperactivității și neatenției, performanțe școlare slabe și o rată mai mare de tulburări de comportament perturbatoare. (Hechtman et Weiss, 1983; Klein et Mannuzza, 1991; Hill et Schoener, 1996; Faraone et al., 2006). Studiile longitudinale ale populației au arătat că prezența comportamentului hiperactiv impulsiv se asociază cu risc pentru mai multe tipuri de inadaptare la adolescență, lipsa prietenilor, munca și activitățile de agrement constructive, fiind afectată calitatea vieții. Nivelurile severe de hiperactivitate și impulsivitate fac, de asemenea, ca acești copii să aibă mai multe șanse de a dezvolta o ajustare antisocială și să prezinte mai multe disfuncții ale personalității sau abuz de substanță în adolescența și viața adultă ulterioară. (Moffitt 1990; Mannuzza et al., 2004)

Deși simptomele ADHD persistă în majoritatea cazurilor, este important să subliniem că mulți tineri cu ADHD vor avea însă o bună adaptare la maturitate și nu vor avea probleme de sănătate mintală, această evoluție favorabilă fiind mai probabilă atunci când afectarea principală este neatenția, mai degrabă decât hiperactivitatea-impulsivitate și când conduita antisocială nu se dezvoltă iar relațiile cu membrii familiei și cu alți copii rămân armonioase. Sunt necesare mai multe cercetări asupra influențelor asupra prognosticului pe termen mediu și lung, unele dintre cercetări putând fi centrate și pe posibilele beneficii legate de diagnosticul și tratamentul precoce.

Formularea diagnosticului



Cele mai frecvent utilizate criterii de diagnostic, atât pentru copii cât și pentru adulți, sunt cele prezentate în manualele de diagnostic internațional, revizuite periodic și aflate în prezent la dispoziția clinicienilor din întreaga lume, respectiv ICD-11 și DSM-5.

Anterior, criteriile DSM IV împărțea simptomele ADHD în două grupuri: neatent și hiperactiv-impulsiv. Șase din cele nouă simptome din fiecare secțiune erau necesare pentru un diagnostic „de tip combinat” al ADHD. Dacă există simptome insuficiente pentru un diagnostic combinat, atunci sunt disponibile diagnostice predominant neatente (ADHD-I) și hiperactive (ADHD-H). În plus, simptomele trebuie să fie: cronice (prezente timp de 6 luni), dezadaptative, și afectând funcțional în două sau mai multe contexte, incompatibil cu nivelul de dezvoltare și diferențiat de alte tulburări mentale. ADHD se caracterizează printr-un model de comportament, prezent în mai multe medii (de exemplu, școală și casă), ce poate duce la probleme de adaptare sau afectarea performanțelor în mediile sociale, educaționale sau de lucru.

Dificultățile considerate sugestive includ comportamente precum eșecul în a acorda o atenție deosebită detaliilor, dificultăți de organizare a sarcinilor și activităților, vorbire excesivă, agitație sau incapacitatea de a rămâne așezat în locurile adecvate situații.

În prezent, DSM 5 precizează că pentru formularea diagnostică la copii trebuie să fie îndeplinite cel puțin șase din unul /sau din ambele categorii de criterii (neatenție și hiperactivitate/impulsivitate), în timp ce la adolescenții cu vârsta peste 17 ani și adulții sunt suficiente cinci criterii dintre cele menționate. În timp ce criteriile nu s-au schimbat de la DSM-IV, au fost incluse exemple pentru a ilustra tipurile de comportament pe care ar putea să le prezinte copiii, adolescenții și adulții cu ADHD. Descrierile vor ajuta clinicienii să identifice mai bine simptomele tipice ADHD în fiecare etapă a vieții pacienților.

Folosind DSM-5, mai multe dintre simptomele ADHD ale individului trebuie să fie prezente înainte de vârsta de 12 ani, comparativ cu 7 ani ca vârsta de debut în DSM-IV. Această schimbare este susținută de cercetări substanțiale publicate începând cu 1994, care nu au găsit diferențe clinice între copiii identificați la 7 ani față de mai târziu în ceea ce privește cursul, severitatea, rezultatul sau răspunsul la tratament.



DSM-5 nu include criteriile de excludere pentru persoanele cu tulburări ale spectrului autist, deoarece simptomele ambelor tulburări coincid. Cu toate acestea, simptomele ADHD nu trebuie să apară exclusiv în cursul schizofreniei sau altei tulburări psihotice și nu trebuie să fie mai bine explicate de o altă tulburare mentală, cum ar fi o tulburare depresivă sau bipolară, tulburare de anxietate, tulburare disociativă, tulburare de personalitate sau intoxicație sau retragere de substanțe.

ICD utilizează o nomenclatură diferită; aceleași simptome sunt descrise ca parte a unui grup de tulburări hiperkinetice ale copilăriei și neatenția, hiperactivitatea și impulsivitatea trebuie să fie toate prezente; deci numai ADHD „de tip combinat” se califică. În plus, criteriile de diagnostic ale cercetării ICD oferă un set și mai limitat de cerințe: numărul simptomelor trebuie îndeplinite în mai multe contexte.

Deși în edițiile anterioare ale acestor clasificări existau criterii de excludere destul de stricte (diagnosticul tulburării hiperkinetice nu se face atunci când nu sunt îndeplinite criteriile pentru anumite alte tulburări, inclusiv stările de anxietate) și nu era acceptată ideea de comorbiditate între ADHD și alte tulburări de neurodezvoltare posibile diagnosticate în copilărie, aceste restricții au fost treptat eliminate, fiind recunoscută în prezent posibilitatea coexistenței mai multor tulburări chiar la copilul preșcolar, așa cum vom detalia în subcapitolul 4.2.

Respectând criteriile de diagnostic menționate în clasificările internaționale, medicul de psihiatrie pediatrică poate formula diagnosticul de Tulburare hiperchinetică cu/fără deficit atențional.

Se consideră esențială diferențierea față de alte modificări comportamentale sau tulburări organice sau psihice ce pot mima ADHD.

6.2. Diagnosticul diferențial și comorbidități ale ADHD



ADHD nu este diagnosticat dacă simptomele apar numai în cursul schizofreniei sau o altă tulburare psihotică sau dacă simptomele sunt mai bine explicate de o altă tulburare mintală. Excluderea anterioară pentru dezvoltarea omniprezentă tulburări, acum incluse în tulburarea spectrului autist, au fost eliminate. (APA, 2013)

O persoană cu tulburare de spectru autist, dizabilitate intelectuală sau alte tulburări de dezvoltare ar trebui, de asemenea, să fie diagnosticate cu ADHD dacă el îndeplinește criteriile, cu atenție la frecvența și severitatea simptomelor, care să depășească nivelul așteptat în general pentru nivelul de dezvoltare al acelei persoane.


Multe tulburări mentale au caracteristici ADHD. Clinicianul trebuie să stabilească dacă simptomele sunt mai bine explicate de alte tulburări sau dacă sunt alte tulburări comorbide cu ADHD. Adesea, o caracteristică decisivă în sprijinul ADHD este un istoric persistent de dificultăți cu neatenție și / sau hiperactivitate-impulsivitate, iar simptomele preced și continuă în afara oricărui episod discret de afectarea a dispoziției, anxietate sau dificultăți de comportament. Atunci când simptomele nu sunt persistente, ele sunt mai probabil să reprezinte alte condiții decât ADHD.

Alte tulburări ar trebui să fie considerate *comorbide* cu ADHD atunci când ambele seturi de criterii sunt îndeplinite și se întâmplă foarte frecvent ca problemele de bază ale ADHD la copii să apară împreună cu alte tulburări de dezvoltare și / sau probleme de sănătate mintală. Există multe probleme destul de nespecifice, care sunt foarte frecvente în ADHD și pot fi chiar folosite- incorect - ca teme pentru diagnostic.

Acestea au nevoie de recunoaștere și, uneori, de intervenție, dar nu sunt în sine motive pentru diagnostic, deoarece pot fi rezultatul multor cauze diferite. În mod similar, tinerii și adulții pot prezenta, în plus, alte probleme asociate, cum ar fi auto-vătămarea, o predispoziție la accidente de trafic rutier (și alte), utilizarea abuzivă a substanțelor, delincvența, stările de anxietate și randament academic scăzut; în mod similar, ele nu sunt în sine motive pentru diagnostic și pot rezulta fie din ADHD, fie din alte cauze.



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapscenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

Evaluarea corectă a ADHD se face prin interviuarea copil-profesor-părinte. Dacă în mica copilărie părintele/îngrijitorul este cel mai avizat în raportarea simptomelor ADHD, datorită timpului petrecut majoritar cu acesta, mai târziu, la vârstă școlară și în adolescență, pentru aproximativ o jumătate dintre adolescenții cu ADHD este esențială opinia profesorilor/coordonatorilor de activități extra-curriculare pentru stabilirea diagnosticului și monitorizarea evoluției. În cazul adolescenților, este important, de asemenea, să avem în vedere o bună comunicare între specialiștii din sănătate mintală (medici, psihologi, etc) și cadrele didactice, mai ales dacă luăm în considerație disponibilitatea adolescenților de a se lăsa evaluați și de a se schimba, precum și deschiderea de a-și asuma responsabilitatea pentru managementul general solicitat de tratament. (Verhulst et al., 1997)

Când evaluăm impactul ADHD asupra funcționalității copilului sau adolescentului este esențial să cunoaștem faptul că pot exista, comorbid sau secundar, tulburări de anxietate, depresie, tulburări afective – tulburare bipolară, tulburări de opoziție și de comportament, sau chiar structurări dizarmonice ale personalității, uneori mai evidente în unul din mediile de desfășurare a activității copilului decât în mediul familial. (Biederman et al., 2008)

Tulburările de opoziție și comportament sunt foarte frecvent asociate cu hiperactivitatea; atunci când există comorbiditate, hiperactivitatea este, de obicei, considerată ca fiind problema inițială. Cu toate acestea, unii dintre copii, dezvoltă tulburări de opoziție și de conduită, fără a evidenția deloc hiperactivitate. În general, aceștia au o dezvoltare neurocognitivă normală, iar debutul problemelor lor este spre adolescență. Diagnosticul diferențial are la bază recunoașterea prezenței sau absenței comportamentului neatent și impulsiv. (Taylor, 2005)

Comportamentul anti-social neasociat tulburării hiperchinetice este adesea determinat de emoții tip furie sau disperare, constituind o formă de protest la adresa diferitelor adversități în mediul psiho-social, cum ar fi lipsa suportului emoțional adecvat din cadrul familiei, un parenting supra-autoritar sau incapacitatea de a se adapta cerințelor sociale și de învățare. (Taylor, 2005; Mulraney et al., 2016) În acest context poate fi vorba de comorbite între deficit atențional și a



Tulburare emoțională reactivă la contextul psihi-social, iar intervenția va fi planificată vizând separat cele două aspecte ce impactează funcționalitatea copilului.

Consumul de substanțe. Comparativ cu tinerii neafecțați, persoanele cu ADHD sunt mai predispuse să experimenteze consumul de substanțe psihoactive la vârste mai mici și să dezvolte probleme legate de acesta. Estimările de prevalență pe durata vieții a tulburărilor de consum de substanțe în ADHD variază de la 20% la 25% pentru adolescenți și de la 45% -55% pentru adulți. Cele mai utilizate substanțe psihoactive sunt nicotina, alcoolul și canabisul, ponderea acestora, fiind evident influențată de tiparele sociale.

ADHD poate favoriza apariția tulburării de *consum de alcool*, utilizarea tutunului sau abuzul de marijuana și alte substanțe ilicite. (Faraone et al., 2000; Kuperman et al., 2001) Alte studii vorbesc despre valoarea predictivă pe care tulburările de comportament asociate cu hiperchinezie o au pentru dezvoltarea *tulburărilor de personalitate* la vârsta adultă (Flory et al., 2007), cu un efect crescut atunci când sunt prezente multiple comorbidități încă din copilărie. (Kasen et al., 1999; Nolan et al. 2004; Simon et al. 2004)

Numeroase studii au evaluat riscul tratamentului psihotrop de a crește consumul de substanțe și vulnerabilitatea pentru dependențe ulterioare, multe dintre acestea concluzionând că un risc mai important pentru tulburările severe ale consumului de substanțe este în general asociat cu un istoric de tulburare de conduită decât cu ADHD. S-a discutat de asemenea, despre riscul asociat cu facilitarea accesului altor persoane decât pacienții cu ADHD la substanțele stimulante prescrise. În acest context a apărut un consens ca în cazul pacienților cu ADHD care primesc medicație specifică este esențial ca medicii să evalueze foarte atent simptomele țintă specifice, răspunsurile la tratament și dozele și cantitățile de medicamente furnizate împreună cu fiecare rețetă, tocmai pentru a evita îngrijorările cu privire la potențialul abuz și trafic al acestora către persoane fără ADHD. De asemenea, o atenție specială ar trebui acordată asocierii medicației stimulante cu alte medicamente psihoactive, sau cu consumul ocazional recreativ de alcool sau canabis.



Medicamentele ADHD nestimulante sunt alternative acceptabile dacă furnizorul constată că există un risc prea mare la administrarea medicației stimulante. (McGough, 2014)

Tulburările de spectru autist (TSA) pot fi frecvent suspicinate în cazul copiilor cu comportament hiperchinet și întârziere în achizițiile cognitive și de limbaj, la vârstă mică. Așadar, nevoia majoră este de a diferenția discontactul psihio-vizual aparținând TSA de hiperchinezie, aceasta din urmă fiind frecvent asociat cu diminuarea capacității copilului de a urmări și de a răspunde adecvat instrucțiunilor specifice vârstei. Complexitatea problemei crește în practica clinică dat fiind faptul că cel mai frecvent cele două aspecte coexistă, și evaluarea transversală poate conduce la concluzia că există o tulburare de neurodezvoltare. De mare utilitate este în acest caz evaluarea în dinamică a copilului și monitorizarea consecventă pe toate ariile de dezvoltare.

În cazul copiilor de vârstă preșcolară și la școlarul mic cu ADHD, pornind de la datele anamnestice legate de izolarea socială și/sau respingerea din grupul de vârstă, se poate suspiciiona comorbiditatea cu TSA. Incompetența socială asociată cu impulsivitate, egocentrism, stări de neliniște și nerăbdare conduc către nevoia unui diagnostic diferențial între ADHD și dizabilitatea socială a copiilor cu Autism. Deși dificultatea diagnostică este mai mare la vârste mici, unele dileme semiologice pot persista până la vârsta adolescenței iar comorbiditatea ADHD cu alte tulburări de neurodezvoltare exprimate subclinic nu este o excepție. (Taylor, 2005; Frith, 2004; Spencer, 2008; Ropper et al., 2014)

Tulburări de vorbire. Diferite grade de dislexie pot fi prezente atât la copii hiperkinetici, cât și la copii cu autism. Dificultățile de comunicare verbală asociate hiperchineziei sunt cele ale unui tip semantic expresiv, fără a asocia întârzieri semnificative ale achiziției limbajului receptiv. Acestea sunt înregistrate în general în perioada de mică copilărie, recuperarea fiind relativ ușoară sub intervenție psiho-comportamentală și logopedică, spre deosebire de afectarea de comunicare din cadrul tulburărilor de spectru autist. (Spencer, 2008; Mulraney et al., 2016)



Tulburări de învățare. Băieții manifestă mai des hiperactivitate decât fetele, cu afectarea funcționării academice prin hiperprosexie spontană asociată cu diferite probleme de achiziție școlară, în special de achiziție a scrisului și cititului.

Fetele cu ADHD tind să asocieze mai frecvent deficitului atențional elemente de discalculie, performanțele academice sub medie presupunând un diagnostic diferențial atent cu diferite forme de întârziere mintală. (Semrud-Clikeman et al. 1992; Faraone et al., 2001; Kalff et al., 2002; Taylor, 2005; Mulraney et al., 2016)

Evaluarea unor copii cu ADHD cu vârste între opt și șaisprezece ani, în paralel cu evaluarea altor copii, cu alte probleme emoționale sau comportamentale dar fără ADHD, a evidențiat faptul că 65% din cei cu ADHD obțin scoruri semnificativ mai mici la exprimarea scrisă comparativ cu scorul prezis de IQ, în timp ce în grupul copiilor fără ADHD doar 27 % au prezentat o astfel de discrepanță. (Mayes et al., 2000)

Ticurile cronice.

Ticurile motorii, adică mișcările rapide, recurente, involuntare, sunt frecvente și adesea neobservate. Ticurile motorii și vocale, necesită persistența simptomelor timp de cel puțin 1 an și sunt asociate cu niveluri variate de suferință și afectare. Ticurile apar de obicei înainte de pubertate și cel mai frecvent scade frecvența și severitatea în timpul adolescenței.

Aproximativ 10% dintre copiii cu ADHD au tulburări de tic - mult mai mari decât se observă la populația generală. Unii au propus relații genetice între cele două tulburări.

Exacerbările episodice alternează adesea cu perioadele de diminuare, iar intensitatea acestora poate fi uneori influențată și de medicația pentru ADHD, în special medicația stimulantă, deși studiile clinice mai recente subliniază ideea că în cazul pacienților cu ticuri comorbide ADHD nu există contraindicație pentru tratamentul specific.

Sindromul Tourette (ST) apare adesea în asociere cu ADHD, 50% dintre persoanele cu ST prezentând și ADHD (Comings et Comings, 1988); evaluarea copiilor diagnosticați cu această



comorbiditate a arătat că factorii de risc prenatal, cum ar fi greutatea mică la naștere, prematuritatea, dificultățile de respirație și fumatul matern comparativ sunt mai frecvenți decât în cazul copiilor cu SD fără ADHD. Cele mai multe dintre dovezile disponibile indică ipoteza că ST este legat de o interacțiune a factorilor genetici și epigenetici (Pollak et al., 2009; Pringsheim et al., 2009) și secundar de dezvoltarea circuitelor neuronale care leagă cortexul frontal cu ariile motorii primare și secundare. (Faraone et Biederman, 2004)

Tulburări afective, anxietate și/sau depresie sau Tulburare bipolară

Aproximativ o treime din copii și până la jumătate dintre adulții cu ADHD au anxietate semnificativă din punct de vedere clinic. Mulți îndeplinesc criteriile complete de diagnostic pentru fobie socială, tulburare de anxietate generalizată și, în tinerețe, anxietate de separare tulburare. Alții suferă de tulburări substanțiale legate de anxietate, dar nu îndeplinesc strict criteriile categorice specifice. Copiii anxioși cu ADHD au mai multe dificultăți legate de școală și de colegi decât cele cu ADHD singur. Familiile acestor copii prezintă rate mai mari de dificultăți conjugale, separări, și divorț. (McGough, 2014)

Depresia este o altă comorbiditate obișnuită a ADHD care se dezvoltă de obicei după pubertate. Tinerii cu ADHD și depresie sunt mai afectați decât cei diagnosticați doar cu ADHD sau depresie. (Blackman et al., 2005).

La copii prepuberi, episoadele depresive au tendința să apară în asocieră cu modificări de comportament sau cu tulburări de anxietate (Angold et Costello, 1993; Polanczyk et al., 2007).

Manifestările maniacale la copiii mai mici pot implica iritabilitate, labilitate emoțională, hiperarousal, manifestări disforice sau hipomaniacale, precum și mai multe simptome tipice de hiperactivitate, grandiozitate, presiunea de a vorbi și distractibilitate.

Iritabilitatea, asociată de multe ori cu hiperactivitatea și impulsivitatea din cadrul ADHD poate fi, de asemenea, asociată cu un risc crescut de tulburări emoționale și depresie la populația generală. Cu toate acestea, unii dintre autori consideră că nivelurile ridicate ale acestor simptome



în ADHD sunt un marker timpuriu al problemelor de dispoziție. (Krieger și colab., 2013, Stringaris et al., 2012; Vidal-Ribas et al., 2016)

Mai recent, iritabilitatea cronică severă a copiilor a fost conceptualizată ca o nouă entitate diagnostică în secțiunea privind tulburările de dispoziție a Manualului de Diagnostic și Statistic al Tulburărilor Mentale, ediția a V-a (APA, 2013), cunoscută sub numele de Tulburare Disruptivă a Dispoziției (DMDD). Aceasta este caracterizată de izbucniri puternice de furie, extrem de disproporționate ca intensitate și durată. Alături de aceste izbucniri, copilul trăiește o stare de iritabilitate sau furie persistentă în cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi. Pentru îndeplinirea criteriilor de diagnostic, izbucnirile de furie și iritabilitatea trebuie să fie prezente timp de cel puțin 12 luni și au un debut înainte de vârsta de 10 ani.

DMDD în contextul ADHD nu a fost studiat pe scară largă deși există studii care sugerează că 4.3-23.5% dintre cei cu ADHD îndeplinesc criteriile de diagnostic DMDD, iar DMDD este mai frecventă la cei cu ADHD decât în populația generală. Examinând asocierea dintre diagnosticul DMDD și depresie, același autor nu a găsit nicio asociere între cele două în lotul examinat. (Mulraney et al., 2016).

Metaanaliza realizată de către Vidal-Ribas și colab. în 2016 arată că șase studii pe loturi populaționale diferite au evaluat valoarea predictivă a iritabilității pentru apariția ADHD. Dintre acestea, 1 studiu a raportat concluzii semnificative în timp ce toate celelalte 5 au sugerat că iritabilitatea nu a fost un predictor semnificativ al ADHD.

Tulburări de somn. 55-75% dintre părinții copiilor cu ADHD au raportat schimbări ale calității somnului la copiii lor (Sung et al., 2008; Weiss et Salpekar, 2010).

Unele studii vorbesc despre importanța esențială a ariilor cerebrale occipitale în reglarea vigilenței și reglarea fină a proceselor cognitive. Circuite neuronale care controlează motivația intrinsecă și memoria sunt legate și de vigilența creierului și de ciclurile de veghe și somn. Aspectele sistemului de avertizare pentru pericol potențial continuă să funcționeze în timpul



somnului, astfel încât, de exemplu, o persoană să se trezească din somn la mirosul de fum sau la un sunet brusc, necunoscut. Cu toate acestea, în cea mai mare parte, funcțiile executive depind de faptul că persoana este trează și nu este prea obosită. (Brown, 2005)

În controlul stării de veghe sau somn sunt implicate de asemenea, substanța reticulată ascendentă, care are de asemenea un rol cheie și în menținerea atenției, în managementul emoției și controlul trăirilor afective, precum și în reprezentarea mediului intern, a stărilor viscerale și a controlului autonom.

O altă structură importantă în reglarea somnului și a stării de veghe este Locus Coeruleus, situat în apropierea formațiunii reticulare. Această structură minusculă este alcătuită din două segmente, fiecare dintre ele având aproximativ douăsprezece mii de neuroni care se extind în tot creierul. Conexiunile sale sunt mult mai ușoare decât în orice altă cale neuronală, acoperind ca o plasă de păr nu numai întregul cortex cerebral, ci și cortexul cerebelului, „mini-creierul” din spatele capului. Aceste conexiuni se extind în măduva spinării și în jos prin restul corpului, unde afectează tonusul muscular. Studiile legate de implicarea acestuia în controlul somnului au arătat că structurile sale sunt de asemenea implicate în reglarea atenției, excitării și ciclurilor de somn-veghe, precum și în învățare și memorie, anxietate și durere. (Bear et al., 1996)

Mecanismele tulburărilor de somn la pacienții cu ADHD rămân însă neclare și pare a fi multifactoriale, cu intricarea factorilor neurologici, genetici și de mediu (tehnici educaționale parentale și igienă deficitară a somnului). În cele mai multe cazuri problemele sunt legate de latența somnului și dificultăți de menținere a stării de somn. (Owens, 2005; Noble et al., 2012)

Asocierea tulburărilor de somn la un copil cu suspiciune de ADHD ridică însă ipoteza coexistenței unei Tulburări fobice, mai ales la copilul de vârstă școlară, cunoscut fiind faptul că imaginația și creativitatea copiilor cu hiperchinetici poate fi la un nivel crescut, iar teama de monștri sau alte creaturi fantastice poate și mai intensă în cursul serii și poate afecta relaxarea care să permită inducerea somnului.



Tulburările de alimentație și obezitatea. Asocierea între ADHD și tulburările de alimentație a fost evaluată mai puțin, comparativ cu celelalte comorbidități amintite anterior. Unii autori au evidențiat însă această asociere în lucrările publicate. (Bleck et al., 2015; Mikami et al., 2008, 2010) Datele referitoare la copii școlari sunt însă modeste, existând evaluări mai degrabă la adolescenți și adulții tineri (Davis et al., 2006, 2009; Curtin et al., 2013) cu anorexie nervoasă sau diferite forme de *Binge Eating Disorders*.

Cu toate acestea au fost publicate studii care evidențiază faptul că la copiii și adolescenții cu ADHD există risc triplu de a dezvolta Tulburări de alimentație comparativ cu copiii fără ADHD. În consecință, a fost ridicată recomandarea monitorizării și depistării precoce a modelelor de alimentație dezordonate la copiii iar adolescenții cu ADHD. (Jahrami et al., 2020)

Mulți autori vorbesc, de asemenea, de asocierea ADHD cu tulburări ale procesului de creștere, metabolice și endocrinologice, modificările rutinelor zilnice și a comportamentului alimentar favorizând excesul ponderal și apariția obezității de aport. ADHD a fost asociată cu un risc crescut de obezitate cu 30 - 40% față de non-ADHD, în timp ce Tulburările de conduită se asociază cu un risc crescut de obezitate la adulți de până la 40-60%. (White et al., 2012)

În loturile analizate, excesul ponderal prin aport crescut a fost asociat în principal cu dificultățile de menținere a atenției în sarcina precum și cu impulsivitatea crescută. (Agranat-Meged et al., 2005; Graziano et al., 2012; Thamocharan et al., 2013)

Copiii cu ADHD nu asociază în general afectare neurologică, IQ este normal în marea majoritate a cazurilor (85%), deși există și cazuri de *întârziere mintală* (5%) sau inteligență de limită. Afectarea neurologică cerebrală minimă s-a asociat la 5- 10 % și s-a observat că mulți sunt stângaci. (Kalff et al., 2002; Mulraney et al., 2016)

E importantă, de asemenea, evaluarea neurologică a copiilor cu suspiciune de ADHD, ținând cont de faptul că asect tip de dizabilitate constituie cea mai răspândită comorbiditate psihiatrică la



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapscenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

pacienții cu *epilepsie*. În cazurile de epilepsie refractară la tratament, hiperchinezia și deficitul atențional sunt descrise la 70% dintre pacienții epileptici, simptomele ADHD agravând în mod substanțial prognosticul psihosocial al acestor pacienți. (Ott et al., 2001)



CAPITOLUL 5

TRATAMENT

Tratamentul ADHD presupune în cele mai multe cazuri asocierea unei intervenții psiho-comportamentale cu tratament medicamentos. Dacă în cazul medicației psihotrope se pune problema eficacității și efectelor secundare ca determinanți principali ai complianței la tratament, intervenția comportamentală presupune modificări complexe ale stilului de relaționare socială în cadrul familiei și în afara acesteia.

5.1. Intervenție psihofarmacologică

Cel mai important aspect al tratamentului pentru ADHD este educația pacientului și a familiei despre natura tulburării și despre modul în care aceasta poate a fi tratat. Educația nu schimbă problemele chimice care stau la baza deficiențe ale funcției executive, dar dacă pacientul și familia pacientului nu înțeleg în mod adecvat utilizările și limitările medicamentelor și alte opțiuni de tratament, ele pot sări în utilizarea unor intervenții care nu sunt sigure sau utile. Ei pot dezvolta așteptări nerealiste pentru beneficiile care pot fi obținute din medicamente sau pot fi prea rapide să oprească tratamentele care ar fi fost eficiente dacă ar fi fost adecvate adaptat la individ.

Educația este, de asemenea, esențială pentru a ajuta fiecare pacient și familie să recunoască sentimentele problematice și presupunerile greșite pe care le-au dezvoltat despre ADHD și despre ei înșiși. Din primii ani, pacienții tind să dezvolte sentimente puternice de autovinovăție și inadecvare, bazate pe teoria „voinței” .

Instruirea acestora și explicarea mecanismelor pato-fiziologice din spatele manifestărilor clinice ale ADHD pot ajuta copiii și familiile lor să reducă intensitatea trăirilor menționate, evitând



în același timp utilizarea diagnosticului de ADHD ca scuză pentru toate neajunsurile sau nereușitele personale.

Considerând toate acestea, este de știut faptul că în ciuda psiho-educației corecte și complete, tratamentul efectiv nu schimbă problemele de bază în materie de funcții executive. În majoritatea cazurilor, manifestările clinice rezultă din dezechilibrul anumitor substanțe chimice la nivel cerebral, în special defecțiuni ale sistemului dopaminergic și sistemele noradrenergice, implicate în reglarea celor mai multe funcții executive. Așadar, ADHD este în esență o problemă “chimică”, influențată de diverse aspecte psiho-educaționale ce țin de pacient dar și de mediul în care acesta își desfășoară activitatea, iar schimbarea aspectelor relevante ale chimiei creierului se face prin abordare farmacologică cu medicație specifică ADHD, asociată diferitelor metode de intervenție psihologică.

În afara tratamentelor concepute pentru tratamentul specific, în practică se pot utiliza și alte tratamente suplimentare, ce se pot dovedi a fi destul de utile, însă ca tratamentul ADHD să fie eficient este necesară o bună gestionare a medicației și monitorizarea atentă a efectelor obținute.

Medicamentul ajută, dar nu vindecă

În prezent, nu există un remediu pentru ADHD, dar există medicamente tratamente care s-au dovedit sigure și eficiente în atenuarea simptomelor sindromului ADD la 80-90% dintre copii, adolescenți, și adulții care au această tulburare. La fel cum ochelarii de vedere nu repară pacientul ochii și vindecă tulburările de vedere, deci medicamentele care ameliorează ADD sindromul nu vindecă problemele chimiei creierului care cauzează aceste afectări: îmbunătățirile durează numai atât timp cât medicamentul este activ în corp. Cu toate acestea, atunci când sunt utilizate cu atenție și în mod adecvat, aceste medicamente poate facilita îmbunătățirea substanțială a funcționării zilnice a majoritatea persoanelor afectate de ADHD, deși nu cu o eficiență egală pentru toți. Pentru unii pacienți, acetse medicamente aduc îmbunătățiri care dramatice și omniprezente; pentru alții,



efectele sunt semnificative, dar nu imens; pentru alții, rezultatele sunt mai modeste; și pentru 10 - 20% la sută dintre cei afectați de ADHD, tratamentele medicamentoase actuale nu sunt deloc efective.

Pentru cei mai norocoși dintre cei care suferă de ADHD, bine gestionate, medicamentele le ameliorează deficiențele în măsura în care nu este nevoie de mult mai mult tratament. Acești indivizi au o bună înțelegere despre ceea ce ar trebui să facă în majoritatea situațiilor; sunt doar incapabili să o facă în mod constant, cu excepția cazului în care este tratat în mod adecvat. Fără medicamente, sunt și ei adesea incapabili să se activeze la momentul potrivit sau să susțină necesitatea

Medicația fără alte forme de intervenție poate să nu fie suficientă

Medicația specifică sau alte molecule psihotrope nu conduc direct la învățarea unor abilități deficitare în cazul copiilor cu ADHD. Pentru acești indivizi, un efect important al medicamentului este de a-i face mai pregătiți să învețe.

Tot ce anterior, profesorii, părinții, supraveghetorii și prietenii s-au străduit să-i antreneze pentru a-și dezvolta înțelegeri și abilități importante, a condus la concluzia că, în ciuda intențiilor bune de ambele părți, învățarea pur și simplu nu a fost la nivelul așteptat pentru potențialul cognitiv al copilului și durata de timp alocată învățării și nici nu s-a ameliorat cu trecerea timpului.

Cu ajutorul unor medicamente gestionate în mod adecvat, aceste persoane pot să devină mai capabili să-și amintească și să-și folosească învățarea în moduri care nu au fost niciodată posibile pentru ei, în timp ce simptomele ADHD nu erau tratate.

Pentru cei care asociază ADHD cu manifestări de tip depresie, anxietate, dislexie, abuzul de substanțe sau alte tulburări, tratamentul cu medicamente eficiente pentru simptomele ADHD poate fi util, dar nu suficient de util, incluzând, probabil, două sau mai multe medicamente diferite utilizate în combinație.



Ce vizează medicația?

- *Optimizarea vitezei de lucru.* Adesea, persoanele cu ADHD lucrează prea repede și nu recunosc când trebuie să încetinească pentru a avea un randament optim. Deborah Krusch și alții (1996) au studiat acuratețea și viteza de procesare a copiilor cu ADHD. În ceea ce privește medicamentul, copiii au prezentat îmbunătățiri asupra mai multor funcții executive: concentrare, auto-monitorizare a acțiunii și viteză de procesare. Virginia Douglas (1999) a demonstrat un efect și mai larg al metilfenidatului (MPH) asupra autoreglării la copiii cu ADHD. Când li s-a oferit MPH, băieții cu ADHD au accelerat în mod corespunzător pentru sarcini mai automate, cu ritm mai rapid și au încetinit, după cum este necesar, pentru sarcini complicate care necesită mai multă concentrare și efort.
- *Creșterea focusului atențional.* Persoanele cu ADHD se plâng adesea că sunt distrase prea ușor, în special în rândul băieților. Datele studiilor au arătat că sub tratament aceștia au fost mai capabili să ignore distractorii din mediu și să susțină concentrarea, viteza de lucru și acuratețea lucrului în sarcina lor principală. (Carlson et al., 1991)
- *Îmbunătățirea memoriei de lucru.* Date clinice publicate la începutul anilor 2000 au arătat că Methyphenitatul (MPH) administrat copiilor cu ADHD a făcut ca performanțele lor să se amelioreze semnificativ, devenind la fel de bune ca și ale copiilor tipici din aceeași categorie de vârstă. Medicamentul le-a normalizat memoria de lucru afectată. (Chelonis, 2002)
- *Creșterea toleranței la frustrare.* Persoanele cu ADHD renunță adesea prea rapid la sarcina de lucru atunci când sunt frustrate. Eficiența medicației în acest sens a fost evidențiată clinic într-un studiu în care i-au cerut băieților cu ADHD să rezolve o serie de puzzle-uri, dintre care unele erau de nerezolvat. Au testat dacă, în timp ce luau MPH, acești băieți, după ce au experimentat frustrarea de a nu rezolva unele puzzle-uri de nerezolvat, vor continua să încerce să rezolve alte puzzle-uri mai mult decât au făcut atunci când au luat un placebo. (Milich et al., 1991)



- *Diminuarea impulsivității.* Copilul cu ADHD s-a observat că nu este capabil să ezite suficient de mult timp pentru a da un răspuns, având tendința de a răspunde chiar înainte de finalizarea întrebării. Într-o cercetare din 2003, cu ajutorul unei sarcini pe un computer, s-a evaluat capacitatea lor de a reține un răspuns până când a fost dat un semnal. S-a evidențiat faptul că acei copii cu ADHD, care primeau medicație specifică, s-au oprit mai repede de la a da răspunsuri incorecte și au fost mai rapizi și mai consistenți în a răspunde corect. (Bedard et al., 2003)
- *Modularea motivației.* În 2004 acest lucru a fost ilustrat cu studii de imagistică cerebrale ale adulților sănătoși a căror motivație pentru a face probleme de matematică a crescut semnificativ în timp ce li s-a administrat MPH. Când luau medicamentul, ei erau mai „activi” la sarcină. Acest lucru a fost arătat nu numai în rapoartele lor de sine, ci și într-o creștere vizibilă a activității metabolice în scanările cerebrale din sectoare specifice ale creierului lor. Astfel, MPH poate contracara problema cronică motivându-se să îndeplinească sarcinile necesare, dar nu intrinsec interesante. . (Volkow, et al., 2004; Vohs et Baumeister, 2004)

Tipuri de medicație

Deși rezultatele pozitive ale tratamentului medicamentos pentru simptomele ADHD au fost recunoscute pe scară largă de mulți ani, așa cum poate fi observat și în exemplificarea de mai sus, în ultimii ani tehnicile imagistice nou dezvoltate au făcut posibil ca cercetătorii să înțeleagă mecanismele prin care pacienții beneficiază în urma administrării acestor medicamente. Extrem de utilă s-a dovedit a fi Tomografia cu emisie de pozitroni (PET) pentru a observa direct efectele medicamentelor stimulante din creier. (Volkow et al., 2002)

Volkow a arătat că MPH atinge concentrația maximă în creier în aproximativ 60-90 minute după ingestie și că dozele terapeutice de MPH oral blochează mai mult de 50 % din transportorii de dopamină din creier. Această blocare încetinește procesul normal de recaptare, astfel încât o cantitate mai mare de dopamină să fie menținută puțin mai mult la nenumărate joncțiuni sinaptice,



îmbunătățind astfel comunicarea în acele rețele neuronale care operează pe dopamină. (Volkow et al., 2002)

Volkow a constatat, totuși, că MPH nu controlează complet cantitatea de dopamină din sinapse. Persoanele variază în ceea ce privește rata și cantitatea de dopamină eliberată în diferite rețele ale creierului lor, deci există doar atât de multă dopamină care poate fi susținută prin blocarea transportorilor de dopamină la sinapsă. Dacă cantitatea eliberată este insuficientă, încetinirea recaptării acesteia nu este probabil să atenueze în mod adecvat problema.

Efectele adverse ale stimulentei includ unele răspunsuri frecvente și tranzitorii sau ușor de ajustat, cum ar fi ușoară durere de stomac, cefalee și (mai ales în primele câteva zile cu agenți cu acțiune mai lungă) întârziere prelungită în somn. Mulți pacienți care iau stimulente constată, de asemenea, că pofta de mâncare este diminuată în timp ce medicamentul este cel mai activ; s-ar putea să nu se simtă foarte flămânzi până când medicamentul nu s-a uzat, ceea ce uneori nu este până aproape de culcare. (McGough, 2016)

Durerile de stomac și durerile de cap, dacă sunt experimentate, nu sunt de obicei severe și de multe ori dispăre în câteva zile, după ce corpul persoanei a devenit mai obișnuit cu medicamentul. Durerea de stomac este mai puțin probabilă dacă pacientul poate mânca niște alimente, chiar și doar o bucată de pâine prăjită sau un pahar de lapte, înainte de a lua medicamentul. Și apetitul diminuat este adesea pur și simplu întârziat. Mulți pacienți care iau stimulente mănâncă foarte puțin în timpul zilei, în unele cazuri acestea putând genera scăderi ponderale. De menționat ar fi că în cazul pacienților cu ADHD ce asociau anterior comportamente de tip Binge Disorder și prezentau ușoară supraponderalitate sau chiar obezitate, acest efect secundar se dovedește a fi extrem de benefic, permițând o revenire a greutate corporală normală și evitarea altor condiții de patogenitate asociate obezității pediatrice.

Un alt efect secundar raportat în unele studii mai vechi ar putea fi apariția de ticuri (mişcări repetitive involuntare sau zgomote) sau amplificarea unora preexistente. Cu toate acestea, dizabilitatea dată de ticuri poate fi mult mai mică comparativ cu cea dată de manifestările ADHD,



astfel încât clinicianul poate judeca în context clinic utilitatea acestora și posibilitatea continuării tratamentului, eventual modificarea dozelor. (McGough, 2016)

Deși medicamentele stimulante sunt eficiente în ameliorarea simptomelor ADHD la majoritatea copiilor, adolescenților și adulților care suferă de această tulburare, aproximativ 20-30% nu răspund bine la medicație de tip stimulant. Pentru aceste persoane, medicamentele nestimulante pot fi eficiente, cum ar fi Atomoxetina (ATM).

Aceasta vizează în primul rând sistemul neurotransmițător noradrenergic, încetinește cu succes recaptarea norepinefrinei în sinapsele noradrenergice din creier în același mod în care stimulanții încetinesc recaptarea transmițătorului în sinapsele sistemului dopaminergic.

Sistemele dopaminergice și noradrenergice contribuie ambele la elemente biologice care stau la baza sindromului ADHD. Pacienții cu ADHD variază considerabil în ceea ce privește aspectele clinice cele mai problematice pentru ei. Este probabil, așadar, ca unii pacienți să răspundă mai bine la ATM decât la stimulante, în timp ce alții să răspundă mai bine la tratament cu un stimulant. Din păcate, nu există încă o bază suficientă de cercetare și experiență clinică pentru ca medicii să prezică în mod fiabil care dintre aceste medicamente va fi cel mai util pentru un anumit pacient. Experiența clinică și cercetarea ar trebui să dea în cele din urmă linii utile pentru astfel de decizii.

Monitorizarea tratamentului

Odată ce a fost identificată medicația și doza aparent optime, este recomandabil să se mențină o conduită constantă pentru cel puțin o lună și apoi să se reevalueze clinic pacientul pentru a confirma că simptomele sunt controlate în mod adecvat, atât din perspectiva clinicianului cât și a pacientului și aparținătorilor acestuia. Dacă se ajunge la un acord în acest sens, vizitele ulterioare ulterioare poate fi programate la fiecare 3 luni, ocazie cu care se vor analiza, pe lângă beneficiile clinice urmărite și alți parametri somatici (cum ar fi creșterea în înălțime, greutatea corporală,



pulsul și tensiunea arterială) sau psiho-emoționali (modificări de afectivitate sau ideeație autolitică). (Faraone et Buitelaar, 2010; McGough, 2016)

În 2002, Academia Americană de Psihiatrie a Copilului și Adolescenților (AACAP) a publicat linii directoare aprobate pentru utilizarea medicamentelor stimulante în tratamentul copiilor, adolescenților și adulților, preluate și în practica psihiatrică din România. La fel ca în toate afecțiunile cronice, relația pacientului cu medicul prescriptor poate crește complianța acestuia la medicație și asigură un standard acceptabil de îngrijire.

Durata tratamentului poate varia de la caz la caz, în anumite situații fiind necesară administrarea de medicație psihotropă pe durată mai mare de 24 luni, situație în care beneficiile obținute sau scontate vor fi atent evaluate de către medicul specialist. (Biederman et Spencer, 2008; Faraone et Buitelaar, 2010)

Controverse și mituri legate de medicația specifică în ADHD



Medicamentele ADHD împiedică creșterea?

Dilemele legate de o posibilă afectare a creșterii în înălțime și greutate la copiii tratați cu medicamente specifice ADHD pornesc de la efectele secundare, bine cunoscute, de scădere a apetitului alimentar, urmat de o posibilă scădere ponderală. În unele cazuri au fost semnalate efecte inhibitorii ale dopaminei sinaptice crescute asupra hormonului de creștere. Deși doar unii pacienți pierd greutate semnificativă în timpul tratamentului, practic toate studiile clinice au arătat că unii copii nu reușesc să câștige în greutate și înălțime, în special în primii ani din perioada de tratament. Întârzierile de creștere apar cel mai mult la cei mai tineri față de tineri mai în vârstă și la copii mai înalți și mai grei. Cu toate acestea, ratele de creștere la începutul adolescenței par a fi neafectate, luând în considerație numeroase investigații ce au comparat traiectorii de creștere ale copiilor care nu au fost niciodată medicați, precum și a tinerilor în curs de dezvoltare fără ADHD.



În cazul medicației stimulante, s-a observat în mod clar asocierea cu o viteză de creștere scăzută, cu creșteri în înălțime și greutate mai mici decât se aștepta pentru o anumită vârstă, decelerările de creștere fiind mai semnificative în primele 8 luni, dar se atenuează cu tratamentul continuu. (McGough, 2016)



Medicamentele pentru ADHD pot cauza Moarte subită?

Medicația de tip stimulant a fost asociată cu creșteri ale presiunii sanguine diastolice de 2–5 mm Hg, precum și cu creșteri mici, dar semnificative, ale frecvenței medii a pulsului. Se poate aștepta ca aceste creșteri să aducă un risc suplimentar de probleme cardiovasculare. Cu toate acestea, metaanalize recente au arătat că nu au existat diferențe în ceea ce privește ratele de evenimente cardiovasculare, cum ar fi infarctele miocardice, accidentele cerebrovasculare sau moartea subită cardiacă la persoanele cărora li s-a prescris medicație stimulantă pentru ADHD, nici pe durata tratamentului și nici la distanță, riscul fiind comparabil cu cel asociat și cu administrarea altor amfetamine. (McGough, 2016)

Screeningul riscului cardiac face parte din protocoalele de prescriere a medicației pentru ADHD iar standardele actuale de practică prevăd o evaluare prealabilă la inițierea medicamentelor ADHD pentru orice antecedente personale de sincopă, amețeli, palpitații sau dureri toracice, orice antecedente familiale timpurii bruste cardiace deces și finalizarea unui examen cardiac atent. De asemenea, FDA recomandă monitorizarea pulsului și tensiunii arteriale la pacienții cărora li s-au prescris medicamente ADHD.

Deși Academia Americană de Pediatrie nu susține screening-ul EKG de rutină înainte de inițierea medicației ADHD, liniile directoare ale American Heart Association recomandă acest lucru atunci când există suspiciuni clinice sau anamnestice. Cu toate acestea, EKG-urile de rutină nu poate depista în mod eficient moartea subită cardiacă timpurie, astfel încât de referință rămâne



examinarea clinică a pacienților și examenul cardiologic specializat pentru persoanele considerate expuse riscului.



Tratamentul în cazul comorbidităților

În situația particulară în care ADHD este comorbid cu Ticuri Atomoxetina nu are impact asupra ticurilor, dar este eficientă pentru ADHD. S-a demonstrat că agoniștii Alpha-2 reduc ticurile și îmbunătățesc ADHD, deși acestea sunt tratamente off-label. Terapiile combinate, în special, adăugarea unui agonist alfa-2 la un stimulant, poate fi deosebit de eficientă și poate oferi beneficii suplimentare ADHD, precum și controlul ticurilor.

Dacă persistă ticurile și acestea sunt severe și refractare, clinicianul de poate orienta către moleculele antipsihotice de primă generație, cum ar fi haloperidol sau pimozidă (care au aprobarea FDA ca terapii pentru ticuri) sau a doua generație precum risperidona sau ziprasidona, care nu au indicație FDA, însă poate fi justificat. (McGough, 2016)

Tratament adjuvant cu terapie cognitiv-comportamentală s-a dovedit a fi eficient în reducerea ticurilor și utilă în managementului general.

Atomoxetina poate fi de asemenea folosită cu succes atunci când există anxietate asociată, aceasta fiind recunoscută pentru acțiunea sa anxiolitică. (Brown et al., 2005; McGough, 2016)

Abordarea recomandată în cazul pacienților cu ADHD și depresie comorbidă este aceea de a determina care dintre cele două afecțiuni are impact mai puternic. Dacă descurajarea sau depresia sunt mai ușoare, tratamentul inițial stimulant poate îmbunătăți rapid simptomele ADHD și se vor ameliora sentimentele de eșec asociate și alte simptome ale dispoziției. Terapia antidepresivă ulterioară este adecvată la cei cu dificultăți persistente legate de dispoziție. În cazurile dominate de starea de spirit scăzută, în special cu orice grad de suiciditate, este de obicei recomandată inițierea tratamentului adecvat pentru depresie, incluzând atât terapia, cât și medicația



antidepresivă. Poate fi asociată ulterior medicație stimulantă adjuvantă dacă ADHD persistă după rezolvarea simptomelor afective. O alternativă la această abordare secvențială este utilizarea unui medicament care ar putea îmbunătăți pe ambele simultan. Bupropionul s-a dovedit eficient atât în ADHD-ul juvenil cât și în cel adult și este util în depresia adulților, deși nu este aprobat de FDA pentru ADHD. Un studiu al atomoxetinei la copii și adolescenți a arătat îmbunătățirea ADHD, dar nu a existat niciun răspuns antidepresiv. (Brown et al., 2005; Turgay et Ansari, 2006; Emslie et al., 2006)

În ceea ce privește antidepresivele, există dovezi în creștere privind eficacitatea ISRS pentru depresia pediatrică; fluoxetina și escitalopramul sunt ambele aprobate de FDA pentru tulburările de dispoziție la copii. Sertralina, fluoxetina și fluvoxamina sunt aprobate de FDA pentru tratarea tulburării obsesiv compulsive pediatrică. Acestea și alte ISRS sunt utilizate pe scară largă pentru a trata alte tulburări de anxietate și depresie la copii și adolescență. (Emslie et al., 2006; Diler et al, 2007)

Multe persoane cu ADHD au dificultăți de somn, la inițierea sau oprirea medicației specifice, în special legate de inducerea somnului, însă odată adormit copilul e foarte greu detrezit. Este esențial însă să cunoaștem modelul de somn de bază înainte de inițierea medicației. Evaluarea în laboratorul de somnologie poate fi indicată dacă există suspiciuni de apnee în somn, fenomene nocturne episodice, mișcări excesive ale membrilor sau somnolență inexplicabilă în timpul zilei. Igiena adecvată a somnului, punerea în aplicare a unei rutine standard de culcare și utilizarea minimă a dispozitivelor electronice după ora cinei, trebuie subliniată înainte de orice modificare a farmacoterapiei. Odată ce dificultățile de somn sunt atribuite în mod clar medicației ADHD, opțiunile pot include adăugarea unui stimulant cu acțiune scurtă în doză mică seara pentru a contracara hiperactivitatea de revenire, trecând la o acțiune mai scurtă, înlocuirea medicației de dimineață cu o moleculă stimulantă cu acțiune scurtă sau tratament adjuvant cu un agonist alfa-2 administrat după cină sau de două ori pe zi. Melatonina poate fi de asemenea considerată. (Brown et al., 2005, Hirota et al., 2014)



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapscenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

O atenție deosebită se va acorda copiilor și adolescenților cu epilepsie și ADHD, mai ales în cazul asocierii de neuroleptice, acestea scăzând pragul convulsivant și crescând riscul apariției manifestărilor convulsive,



5.2. Intervenția psihoterapeutică și abordarea educațională a copiilor cu ADHD

5.2.1. Psihoterapia copilului și adolescentului

Copilul cu ADHD poate avea dificultăți în internalizarea și adoptarea indicațiilor și recomandărilor, necesitând reguli - simple și clare, iar copiii ar trebui recompensați pentru că le-au urmat. Recompensarea, repetarea și întărirea pozitivă pot ajuta copilul să înțeleagă mai bine regulile. Sarcina principală a părintelui este să definească regulile, să permită o anumită flexibilitate și să rămână consecvent.

Dificultățile de a se adapta la schimbare a copiilor cu ADHD solicită părintelui să învețe să tolereze greșelile și comportamentele bizare ale copilului, să le accepte ca parte a personalității individuale, să nu îl descurajeze și să îl ajute să gestioneze emoțiile negative resimțite precum și manifestările agresive. (Barkley et al., 2006)

Psihoeducația prezintă în mod ideal informații didactice despre ADHD, consecințele sale și strategiile de intervenție. Există numeroase abordări pentru încorporarea psihoeducației într-un plan de management al ADHD. Formatele utile includ discuții informale, prelegeri structurate, diapozitive și videoclipuri, furnizarea de broșuri și foi de informații sau trimiterea la cărți, site-uri web și grupuri de asistență.

Dezvoltarea abilităților prin joc de rol iar exercițiile de rezolvare a problemelor s-au dovedit utile. Psihoeducația este potrivită pentru părinți și copii cu ADHD. Accentul său se deplasează în mod corespunzător către pacient educație în timpul adolescenței, când adolescenții sunt înclinați să-și asume mai mult responsabilitatea pentru luarea deciziilor personale. Psihoeducația este utilă și pentru profesori și alți profesioniști care interacționează cu tinerii afectați de ADHD.

Psihoeducația poate fi încorporată în vizitele medicale periodice, terapii comportamentale, sesiuni de consiliere familială și dezvoltare profesională programe. Poate fi structurat în sesiuni didactice unice sau ateliere. Studiile de rezultate indică faptul că programele psihoeducaționale



creșterea gradului de conștientizare a părinților și a profesorilor, îmbunătățirea competențelor parentale, crește satisfacția pacientului și a familiei, scade stigmatul social în rândul pacienților și altor membri ai familiei, scade conflictul familial și îmbunătățește complianței la tratamentul medicamentos. (McGough, 2014).

5.2.1.1. Abordare in Terapie comportamentala a copilului cu ADHD grupa de varsta 3- 6 ani, respectiv 7-10 ani

Strategiile academice sunt cu siguranță necesare pentru a îmbunătăți rezultatele școlare și a aduce schimbări de comportament, uneori absolut indispensabile pentru gestionarea situațiilor de urgență la copiii din școala primară (DuPaul et Stoner., 2003) sau chiar în adolescență. (Evans et al., 1995)


Deși frecvent părintele nu adoptă cu ușurință rutina zilnică, în cazul copiilor cu ADHD părinții primesc recomandarea de a stabili ritualuri legate de desfășurarea meselor, temelor, orelor de joc și timpului de culcare. Sarcinile zilnice simple se transformă într-un algoritm de funcționare, format din piese mai ușor de gestionat pentru copil, previzibile, ușor de anticipat. (Lundahl et al., 2006)

Utilizarea unor calendare de perete, tabele de monitorizare comportamentală, codificarea în culori a diferitelor comportamente și consecințe simplifică și organizează viața copilului cu ADHD însă pot să copleșescă părintele și să îl descurajeze. (Cowan et al., 1998; Hinshaw, 2000; Barkley et al., 2006) Formarea părinților în metodele comportamentale este cea mai bună intervenție validată pentru o educație mai eficientă în cazul copiilor cu agresiune și tulburări de comportament comorbide cu ADHD. (Brestan et Eyberg, 1998; Lundahl et al., 2006).

Tehnicile terapeutice prin joc poate fi folosite pentru a ajuta copiii cu ADHD să se conecteze, să învețe, să ofere siguranță, să calmeze anxietatea și să îmbunătățească stima de sine. Jocul este o modalitate indirectă pentru terapeuți de a reface percepțiile, cognitiile și comportamentele copiilor. Copiii exprimă emoții prin metafora jocului, ceea ce servește ca instrument terapeutic, și



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapscenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

Îl face pe cel mic să simtă conectat, în siguranță și fără a pierde suportul persoanei primare de atașament. Jocul de rol facilitează înțelegerea atribuțiilor și a regulilor, dezvoltarea imaginației și creativității dar și experimentarea unor emoții diferite în funcție de perspectiva nou aleasă. Atelierele de teatru pentru copii pot reprezenta, de asemenea, o alternativă la jocul de rol.

Pentru micii școlari intervenția TCC cuprinde recomandări specifice ce vizează: formularea cerințelor / sarcinilor în mod concis și clar, oferirea de sarcini alternative (Zentall, 1989; Lundahl et al, 2006), implicarea în sarcini în pereche cu un coleg sau însoțirea de către părinte (DuPaul et al., 1998) și instruirea asistată de calculator (Ota et DuPaul, 2002) atât pentru a crește implicarea în sarcina academică cât și pentru creșterea achizițiilor în cadrul orelor de curs. Sistemele de monitorizare și recompensă a comportamentelor dezirabile pot fi realizate folosind rapoartele zilnice, sistemele de puncte și jetoane. Manifestările impulsiv agresive pot fi gestionate folosind intervenția de tip timeout. (DuPaul et Stoner., 2003; Lundahl et al, 2006)

5.2.1.2. Abordare în terapia cognitiv- comportamentală (TCC) a adolescentului cu ADHD

Modalitatea de intervenție în lucrul cu adolescenții este asociată de mulți dintre psihoterapeuți cu modelele intervenționale adresate adulților. Protocoalele de lucru, adaptate au inclus module de bază despre psihoeducație și organizare / planificare, distragere și restructurare cognitivă, precum și module opționale privind reducerea amânării, îmbunătățirea abilităților de comunicare și îmbunătățirea gestionării furiei / frustrării. Particular în cazul adolescenților este faptul că protocolul a inclus părinții în toate sesiunile, cu excepția sesiunilor de restructurare cognitivă, comunicare și îmbunătățirea gestionării furiei / frustrării. (Antshel et al, 2012; Sprich et al., 2015).

Primul modul de tratament este rezervat familiarizării adolescenților cu modelul de lucru TCC, pentru a promova credibilitatea abordării și creșterea motivației de lucru, dar și pentru a oferi



psihoeucație despre ADHD. Sunt vizate de asemenea, abilitățile de organizare și planificare, implicând adolescentul în evidența întâlnirilor, sarcinilor și testelor, precum și deprinderea cu liste de sarcini și obiective. Aceasta poate implica utilizarea unui sistem de hârtie sau a unui telefon inteligent pentru a configura un sistem care este eficient pentru fiecare persoană.

Sesiunile de terapie cresc șansele ca aceștia să se angajeze în noi comportamente, însă e important ca procesul de învățare să dureze suficient de mult timp încât să devină obiceiuri personale.

Adolescenții vor căpăta abilități de rezolvare a problemelor ceea ce înseamnă că vor putea, de exemplu, să rupă sarcinile aparent copleșitoare în pași gestionabili, cu scopul de a reduce evitarea cognitivă sau, pentru a ajuta la prioritizarea mai multor sarcini de lucru academic, ei pot învăța să evalueze o listă de sarcini fie ca „A”, „B” sau „C” în ceea ce privește importanța.

O altă abilitate de rezolvare a problemelor implică listarea diferitelor soluții alternative la o problemă și alegerea celei mai bune soluții posibile. Această abilitate poate ajuta atât la evitarea amânării cât și la reducerea impulsivității. Abilitățile de organizare vizează atât sarcinile de lucru cât și a mediul, cum ar fi rucsacul său pentru școală, dulapul sau camera acestuia.

Pentru adolescenții cu ADHD care raportează de obicei că nu îndeplinesc sarcini precum temele, sarcinile sau treburile, deoarece apar mereu alte sarcini sau distrageri, mai puțin importante, dar mai atrăgătoare, care îi împiedică, sunt selectate tehnici ce vizează controlul distractibilității excesive pentru o perioadă determinată. Participanții pot fi învățați tehnica de *întârziere a distragerii* care implică notarea elementului distractor, astfel încât să poată face față acesteia până la încheierea perioadei de timp stabilită. Proceduri similare sunt utilizate în mod obișnuit în procedurile de control al anxietății și de control al îngrijorărilor (Zinbarg et al., 1993).

Adolescenții mai sunt învățați să seteze alarme pe telefoane mobile, ceasuri sau alte dispozitive care să se declanșeze la fiecare 30 de minute. Ori de câte ori sună alarma, ei pot să se întrebe dacă au fost distrași de la sarcina principală și, dacă da, să revină la acea sarcină. Un rol



major îl are programarea pauzelor scurte și reducerea numărului de distractori din mediului extern (de exemplu, internet, telefon).

Participarea părinților la majoritatea ședințelor de tratament ajută la generalizare și crește alianța terapeutică dintre adolescent și terapeut. (Antshel et al., 2012) Se vorbește, de asemenea, despre dificultăți de comunicare pe care le au adesea părinții adolescenților cu ADHD (Robin, 1998), iar participarea acestora la ședințele de TCC facilitează construirea relației părinte-copil prin optimizarea comunicării în familie și ajută la susținerea instrumentală a tratamentului. (Evans et al., 2013; Sprich et., 2015)

Scopul implicării părinților vizează totodată deprinderea acestora de diferenția sprijinul pozitiv de sprijinul negativ (adică, copleșitor), capacitatea de a evalua corect situația prezentă (identificarea *situațiilor de urgență*) și abilitatea unui management corect al acestora. Părinții și adolescentul pot lucra împreună în implementarea sistemelor discutate în tratament.

Părinților li se oferă și sugestii cu privire la modul de interacțiune cu școala copilului lor și cum să pledeze pentru copilul lor cu ADHD.

La finalul intervenției, cel puțin o sesiune se recomandă a fi rezervată pentru prevenirea recăderii. Deși revizuirea abilităților învățate anterior poate avea loc în fiecare sesiune, în această sesiune de încheiere, adolescentului i se cere să revizuiască fiecare abilități care au fost acoperite și evaluează utilitatea fiecărei abilități. Adolescenții pot fi invitați să se gândească la modul în care o vor continua să aplice tehnicile pe care le-au învățat și uneori poate fi programată o ședință de control peste 2 săptămâni pentru a evalua utilizarea continuă a abilităților și încrederea în controlul obținut.

Rezultatele cercetărilor specifice au evidențiat faptul că o serie de variabile au fost îmbunătățite post-intervenție, atât în cadrul auto-raportării realizate de adolescenți, inclusiv referitor la stima de sine cât și în evaluarea părinților și a profesorilor a simptomelor specifice legate de inatenție. În plus, asocierea intervenției TCC a condus la necesitatea unor doze mai mici



de medicamente pentru a menține îmbunătățirile funcționale ale adolescenților cu ADHD. (Sprich et al, 2015)

5.2.2. Intervenții psihoterapeutice adresate familiei și aparținătorilor pacienților cu ADHD

Ce ar trebui să urmărească părinții copiilor cu ADHD?



Dezvoltarea abilităților sociale

Abilitățile sociale reprezintă un repertoriu de comportamente care facilitează interacțiunea și integrarea socială a copiilor. Studiile arată că interacțiunea pozitivă cu copiii de aceeași vârstă este un important predictor pentru sănătatea mentală la vârsta adultă. Adaptarea la viața adultă este garantată nu de notele școlare sau de un potențial cognitiv ridicat, ci de abilitatea copiilor de a stabili relații sănătoase cu cei din jur, abilitatea de a face față eșecurilor, abilitatea de a explora mediul.

Dezvoltarea abilităților sociale la copii se asociază cu efecte benefice pe termen scurt și lung: relații interpersonale sănătoase, rețea extinsă de suport social (prieteni), performanțe academice superioare, încredere în sine, sănătate emoțională (Berndt, 2004).

Inițierea și menținerea unei relații sociale adecvate vârstei este o competență care se referă la însușirea unor comportamente esențiale pentru buna funcționare a unei relații cum ar fi: inițiativa de a comunica cu cei din jur, încurajarea celorlalți copii să se joace împreună, integrarea într-un joc în desfășurare, stabilirea contactului vizual cu persoana, așteptarea rândului, împărțirea materialelor comune, formularea unei cereri atunci când solicită un obiect care nu-i aparține, manifestarea afecțiunii față de ceilalți, oferirea de complimente atât adulților cât și colegilor, etc.



(Berndt, 2004) Aceste abilități, subdezvoltate la copiii cu ADHD duc la afectarea severă a relaționării cu cei din jur și face obiectul programului de intervenție comportamentală.

Studiul factorilor psihosociali implicați în achiziția abilităților sociale arată că părintele este principala figură de autoritate menită să ofere suport copilului și să-l învețe comportamentele specifice de interacțiune în perioada preșcolară mică (Coplan et al., 2003). Al doilea factor responsabil este grupul social oferit de grădiniță, iar acei copii (chiar și cei respinși) care inițiază și mențin cel puțin o relație de prietenie apropiată cu un coleg au șansa de a dezvolta o atitudine pozitivă față de grădiniță și școală (Ladd et Golter, 1988).

McCollum și Ostrosky, într-o revizuire a sprijinului familial pentru relațiile de vârstă între copiii lor, au sugerat trei căi legate de modul în care părinții sprijină dezvoltarea relațiilor sociale ale copiilor mici (McCollum et Ostrosky, 2008). Suportul parental poate fi realizat prin:

- (1) interacțiuni pozitive între părinți și copii,
- (2) asumarea de către părinți a rolului de supervizor, antrenor și/sau consilier în timpul jocului copiilor ,
- (3) furnizarea de oportunități sociale.



Dezvoltarea competențelor emoționale

Studii efectuate au aratat că abilitățile de control parental și abilitățile de responsivitate emoțională sunt diminuate în rândul părinților copiilor cu Tulburări hiperchinetice și comportamentale, cu sau fără deficit atențional (Healey et al., 2003; Deault, 2010)

În același timp, părinții au tendința de a raporta mai frecvent problemele emoționale, afectarea relaționării sociale și de comportament comparativ cu cadrele didactice sau alți adulți cu care interacționează copiii. (Roussos et al., 1999; Murray et al., 2007; Papageorgiou et al., 2008)

Mamele copiilor cu ADHD par să fie mai impunătoare, folosesc mai puține recompense și sunt mai puțin interactive decât mamele copiilor cu dezvoltare tipică. (Wood, 2007) Modelul de



management emoțional al mamei poate afecta capacitatea celor mici de a-și gestiona propriile emoții negative, existând posibilitatea ca ulterior aceștia să dezvolte manifestări disruptive, vor fi mai puțin docili și vor avea o tendință mai accentuată de a interpreta în mod negativ experiențele trăite. (Wood, 2007) Putem vorbi așadar de un cerc vicios care amplifică intensitatea impulsivității și agresivității, atât de frecvent asociate cu ADHD și raportate subiectiv de către părinți.



Limite și norme educaționale adaptate

Accesând noțiunea sociologică de capital cultural al unei familii, întâlnim modele specifice de educație parentală pornind de la resursele culturale ale unei familii, considerate în contextul clasificării–diferențierii practicilor parentale. Se vorbește așadar despre diferențele educaționale implicate de statutul părinților, descendenții familiilor analizate beneficiind de dezvoltare culturală neomogenă și dobândind valori, abilități, motivație și atitudine față de studiu diferite. (Kingston, 2001; Sullivan, 2001; Lareau, 2003)

Literatura de specialitate vorbește despre diferite stiluri de parenting, caracterizate prin natura limitelor și normelor impuse dar și de așteptările pe care părinții le au de la copiii lor. Așadar, bazându-se pe două dimensiuni ale comportamentului parental, și anume:

- (I) *Solicitările* părinților referitor la comportamentul copiilor și maturitatea acestora lor, și
- (II) *Responsivitatea parentală*, ce se referă la măsura în care părinții acceptă și sunt sensibili la nevoile emoționale și de dezvoltare ale copiilor lor,

Întâlnim așadar, **patru stiluri parentale**:

- **Parentingul autoritar**: părintele așteaptă de la copil să urmeze reguli strict stabilite de părinți. În caz contrar copilul este pedepsit. Acești părinți nu explică copilului rațiunea pe care se bazează regulile, singura „explicație” pe care o oferă fiind Pentru că așa am spus eu!. Acești părinți



au așteptări mari, dar nu sunt foarte atenți la nevoile copilului. Acești părinți sunt orientați spre supunere și statut și se așteaptă ca ordinele lor să fie executate fără explicații.

- **Parentingul democratic:** în mod similar cu părinții autoritari părinții democratici stabilesc reguli și se așteaptă să le fie respectate, însă o fac într-o manieră democratică. Acești părinți sunt sensibili la nevoile copiilor și le ascultă întrebările. Atunci când copiii nu se comportă așa cum se așteaptă ei, sunt mai iertători și nu sunt atât de orientați spre pedeapsă ca și părinții autoritari. Baumrind consideră că acești părinți au standarde clare pentru comportamentul copiilor și urmăresc măsura în care copiii le ating. Sunt asertivi, dar nu sunt intruzivi sau restrictivi. Metodele lor de disciplinare sunt suportive, mai degrabă decât punitive. Ei doresc de la copiii lor să fie asertivi și responsabili, disciplinați dar și cooperanți.

- **Parenting permisiv (indulgent):** părinții au foarte puține așteptări de la copii; își disciplinează foarte rar copiii pentru că au expectanțe foarte scăzute cu privire la maturitate și auto-control; sunt atenți la nevoile copiilor dar nu au așteptări clare de la ei. Sunt non-conformiști și blânzi, nu impun copiilor un comportament matur, lasă la latitudinea copiilor procesul de autoreglare, evită confruntările. Sunt în general apropiați de copii și comunicativi, adoptând de multe ori mai degrabă statutul de prieten al copilului decât cel de părinte.

- **Părintele permisiv (neimplicat)** nu are prea multe așteptări de la copil, nu este atent la nevoile acestuia și comunică destul de puțin. Deși satisfac nevoile fundamentale ale copiilor, ei sunt în general detașați de viața copilului. În cazuri extreme acești părinți pot ajunge chiar să respingă sau să neglijeze nevoile copiilor. (Maccoby et Martin, 1983).

Fiecare dintre aceste stiluri de parenting poate fi susținut ca fiind cel mai oportun în viziunea adulților, însă trebuie precizat faptul că aceasta este percepția subiectivă a părintelui, este o conștință a propriilor experiențe și convingeri ale acestuia și în concordanță cu propriul stil de atașament și personalitate.

Din perspectiva descendenților acestor părinți, stil de parenting optim este acela care poate oferi limite, repere dar și sentimentul de apartenență, adaptate personalității copilului. Diametral



opus putem vorbi de *Stilul parental disfuncțional*, ca rezultată dintre receptivitate și cerere, ce poate apărea așadar prin:

- diminuarea capacității de supervizare și monitorizare a comportamentelor copilului (reflectede în: abilitatea de a formula comenzi și instrucțiuni clare, disponibilitate pentru realizarea de planuri și găsirea de soluții împreună cu copilul atunci când acesta nu are abilitățile necesare pentru a face față provocărilor socio-academice) precum și
- prin folosirea inadecvată a consecințelor unui comportament (apelarea la consecințe este inconsecventă, acestea sunt ilogice și/sau necorelate cu abaterea comportamentală). (Johnston et al., 2012)

Atenție! Copiii nu sunt copii ale părinților, nu sunt varianta în miniatură a adultului și pot fi diferiți ca structură de personalitate față de părinții lor.

Diferit de la caz la caz, părinții pot aduce argumente legate de stilul de parenting adoptat de proprii părinții. În timp ce unii au modele pe care își propun să de replice considerându-l optim și validat prin propria reușită ("Mama așa a făcut și am ajuns om..."), alții, dimpotrivă, vor încerca să adopte un stil complet diferit, invocând suferințe personale pe care nu doresc să le preia în relație cu proprii copii ("la cât am suferit eu, vreau ca ea/el să aibă de toate și să nu trecă prin așa ceva"). Provocarea pentru acești părinți este să învețe să adopte un stil educațional optim pentru cei mici, din însăși relația cu aceștia și să separe propriile nevoi și eventualele traume de nevoile emoționale ale copilului, acest lucru fiind uneori anevois și necesitând sprijinul unui psihoterapeut.

Același tip de convingere individuală parentală poate interfera cu punerea în practică a recomandărilor terapeutice acolo unde copilul se află în program de terapie ce vizează manifestările ADHD-like și să scadă dramatic șansele de recuperare a copilului, crescând sentimentul de eficacitate scăzută și de efort inutil. În aceste situații, frecvent sunt necesare ședințe de psihoterapie adresată familiei ca sistem, și vizează:

- (1) restructurare cognitivă parentală, a valorilor și convingerilor legate de parenting;



(2) identificarea și monitorizarea comportamentelor și emoțiilor negative ale copilului, simultan cu automonitorizare comportamentală și emoțională a părintelui;

(3) implementarea unui sistem de norme și reguli de funcționare în cadrul familiei, în manieră naturală, consecventă; asumarea acestui tipar de relaționare înlocuiește post-intervenție vechile obiceiuri, devenind un nou stil de viață pentru toți membrii familiei implicați.



Adolescența, o provocare !


Arthur Robin (1998) a scris principiile directe pentru părinții adolescenților cu ADHD și a oferit explicații și exemple multiple despre modul în care acestea pot fi implementate. Cele mai importante recomandări ar fi:

- Facilitați căutarea adecvată a independenței;
- Mențineți o structură și o supraveghere adecvate;
- Stabiliți reguli de bază pentru a locui în dumneavoastră și aplicați-le în mod consecvent;
- Negociați toate problemele care nu sunt linii de bază cu adolescentul tău;
- Folosiți în mod înțelept consecințele pentru a vă influența comportamentul adolescentului;
- Mențineți o comunicare bună;
- Păstrați o perspectivă a handicapului și arătați-vă disponibilitatea de a oferi a doua șansă;
- Concentrați-vă asupra reușitelor și păstrați o atitudine pozitivă.

Aceste principii evidențiază problemele de dezvoltare care apar în timpul adolescenței, care necesită modificări care sunt adesea dificile pentru adolescenți și părinți deopotrivă. Accentul lui Robin pe încurajarea independenței adecvate- căutarea amintește părinților că sarcina lor în anii adolescenței este de a-și hrăni eforturile fiului sau fiicei lor pentru a funcționa cu mai multă auto-gestionare și dependență mai puțin intensivă de părinți și profesori. A lui menționarea nevoii de



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapsenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

iertare recunoaște inevitabilitatea adolescenților uneori comportându-se, alteleori în mod deliberat, în moduri care sunt dezamăgitor sau rănitor pentru părinții lor. Iertarea poate ajuta la repararea și pune în perspectivă astfel de greșeli astfel încât să nu perturbe inutil legătura dintre părinte și copil care este atât de crucială pentru facilitarea creșterii reciproce. Alte cărți care pot fi de ajutor părinților adolescenților cu ADHD include cartea lui Marlene Snyder din 2001 despre probleme problematice care deseori Medicamente și alte tratamente 277 apar atunci când adolescenții cu ADHD încep să conducă autovehicule și Chris Ghidurile practice ale lui Dendy privind adolescenții cu ADHD (1995) și predarea adolescenților cu ADHD (2000). Comparații dintre medicamente și tratamente comportamentale: Studiul MTA Uneori părinții și clinicienii se întreabă ce tip de tratament, comportamental sau medicamentele sunt mai eficiente pentru tratamentul ADHD. Până recent existau foarte puține date empirice pentru a aborda această întrebare. Acest situația sa schimbat odată cu finalizarea studiului de tratament multimodal al Copii cu ADHD (MTA Cooperative Group 1999). Această cercetare masivă proiect, sponsorizat în comun de Institutul Național al Mentalului Health și Departamentul Educației din SUA au căutat să răspundă la trei întrebări: (1) Cum funcționează medicamentele și tratamentele comportamentale pentru ADHD comparați între ei pe termen lung? (2) Există suplimentar beneficii atunci când cele două moduri de tratament sunt utilizate împreună? și (3) Ce este eficacitatea tratamentelor sistematice, livrate cu grijă, comparativ cu tratamentul îngrijire de rutină oferită de obicei în majoritatea comunităților din Statele Unite? La șase site-uri diferite din Statele Unite și Canada, copiii erau recrutați pentru a participa la studiu. Toți aveau vârsta de șapte până la 9,9 ani când studiul a început și toate au fost găsite după o evaluare cuprinzătoare la îndeplinirea criteriilor de diagnostic DSM-IV pentru ADHD, tip combinat; fără copii cu tip predominant neatent au fost incluse. După evaluare acești copii au fost repartizați aleatoriu să treacă de paisprezece luni de tratament într-unul din cele patru grupuri diferite: 1. Numai monitorizarea medicamentelor. Pacienții au fost tratați cu atenție tratament medicamentos pentru ADHD, care a fost monitorizat fiecare lună și ajustat în conformitate cu formulele prestabilite pentru optimizare răspuns. Acești copii și familiile lor au fost asigurați niciun alt tratament pentru ADHD. 2. Numai tratament



comportamental. Familiilor de pacienți li s-a oferit un program complet pachet de tratament comportamental: pregătirea părinților, un curs intensiv opt săptămâni



Echilibrarea dinamicii familiale și stabilirea rutinei zilnice

Diagnosticul de ADHD aduce în cadrul familiei stigma și încărcătura dizabilității psihice, considerată de-a lungul istoriei un eveniment tragic, amenințător și tulburător și un eveniment foarte dureros pentru părinți, despre care s-a vorbit mult în literatura științifică începând din anii '40. S-au descris suferințe ale membrilor familiei copilului cu dizabilitate psihică și s-au descris efectele negative ale prezenței acestuia în dinamica familiei, cum ar fi: depresie, anxietate, frustrare, vinovăție, povară economică, izolare etc.

Prezența unui copil cu dizabilități modifică calitatea vieții de familie, deoarece necesită o mai mare adaptare la nevoile tuturor membrilor. Nevoile acestor copii au un caracter aparte, toți ceilalți membrii necesitând acumulare de cunoștințe legate de boală și frecvent se impune schimbarea unor rutine și obiceiuri ale familiei.

Lucrări recente vorbesc însă despre impactul pozitiv pe care prezența unei dizabilități psihice o poate avea asupra îngrijitorilor acestei persoane. Frecvent, părinții sunt nevoiți să caute informații despre fiecare dintre caracteristicile diferențiale ale copilului lor și despre riscurile implicate.

Cercetările au arătat că o formă de afectare psihică a copilului este un pretext pentru membrii familiei să dezvolte noi strategii de a face față, generează abilități superioare de detectare a nevoilor și riscurilor, căutând noi resurse, își dezvoltă adaptabilitatea și flexibilitatea, precum și atenția la diversitate, devin mai empatici și mai răbdători. (Summer et al., 1988; Blancher et Baker, 2007; Erwin et Soodak, 2008) Instruirea părinților de către un specialist în sănătate mintală, legat de nevoile propriului copil, și-a demonstrat eficiența în alte aspecte ale dinamicii familiale:



creșterea competențelor de comunicare, rezolvarea conflictelor și reducerea stresului parental. (Robles et Romero, 2011)

Aceast efort depus de către toți membrii familiei poate însă să genereze o oboseală care poate schimba calitatea vieții de familie, deoarece necesită o mai mare dedicare de timp copilului cu probleme și poate duce la lipsa de îngrijire a altor membri.



Raportarea la valori și ritualuri sociale și spirituale

Aderența socială la valori și ritualuri spirituale sau religioase, influențează limitele și atribuțiile parentale și raportarea la semenii.

Multe dintre credințe vorbesc despre respect față de anumite persoane investite cu autoritate, fie că acestea sunt membrii ai familiei sau alte figuri ale grupului socio-cultural. Împartășirea acestor valori și practicarea ritualurilor religioase aduc beneficii pentru starea de sănătate fizică și mentală, crescând abilitățile de ascultare, management al emoțiilor negative, creșterea empatiei, așteptarea recompensei și variația acesteia de la material la spiritual. În general, normele religioase descurajează impulsivitatea și agresivitatea, studiile dovedind creșterea rezilienței la indivizii credincioși comparativ cu loturile de control. (Sinats et al., 2005; Scholte et Van Aken, 2006)

Putem considera însă că aderența exclusivă și neadaptată la norme și ritualuri spirituale poate duce la scăderea spontaneității și abilităților decizionale, stimulând dezvoltarea unui caracter mai degrabă submisiv, sănătatea psihică a oricărui individ fiind garantată de echilibrul dinamic între tehnicile de coping folosite.

5.2.3. Măsuri de ordin educațional / recomandări adresate specialiștilor din formele de învățământ



Raportările copiilor, părinților dar și ale profesorilor ilustrează relația dificilă pe care elevii cu ADHD o au adesea cu cadrele didactice, precum și așteptările negative generalizate se confruntă aceștia, colaborarea dintre familie și școală ajungând să fie adesea compromisă. Elevii cu ADHD se simt adesea neînțeleși și tratași nedrept, iar profesorii lor se simt copleșiți de creșterea factorilor de stres ai clasei și nevoia de strategii adaptate pentru a putea manageria diferite situații limite apărute în cadrul orelor de curs.

De multe ori copiii cu ADHD ajung la medic după ce cadrele didactice raportează dificultăți de adaptare în școală a copiilor, părinții fiind subiectivi și tentați să considere că au un copil *plin de energie*, fără a lua în calcul disfuncționalitatea acestuia. Cu toate acestea, este cunoscut fiind faptul că profesorii sunt în general observatori mai buni ai simptomelor hiperactiv-impulsive decât neatenția sau distragere. Deficitul atențional în lipsa hiperactivității poate trece neobservat, în special în rândul fetelor care dezvoltă mai frecvent decât băieții această formă de ADHD, cu impact mai important asupra rezultatelor academice decât asupra dinamicii grupului din care face parte.



Profesori diferiți, așteptări diferite

Cadrele didactice au adesea așteptări inadecvate cu privire la ADHD, care le poate influența comportamentul față de acești elevii. (Ohan et al., 2011). Rapoartele unora dintre profesori ar putea fi rezultatul mai multor prejudecăți personale în timp ce unii profesori sunt puternici susținătorii ai evaluării medicale a ADHD, cu așteptări ca medicamentele eliberate pe bază de rețetă să ajute atât copilul cât și conducerea clasei. Alții rezistă diagnosticului, uneori bazat pe neîncrederea în medicamente sau lipsa de interes în a oferi feed-back constant familiei în timpul tratamentului.

De asemenea, un alt inconvenient în aprecierea corectă a simptomatologiei copiilor este că unii profesori nu au timp sau nu sunt dispuși să finalizeze evaluările solicitate de către medici sau terapeuți.



Acest aspect este considerat a fi însă esențial în monitorizarea copiilor cu ADHD, deoarece diagnosticul necesită dovezi ale simptomelor și afectării în mai multe domenii de activitate a copilului și este absolut necesar să se ia în considerare alte surse de informații dacă părintele și profesorul raportează dacă contradictorii. Revizuirea evidențelor școlare de câțiva ani este foarte folositoare, facilitând înțelegerea evoluției simptomatologiei în sensul diminuării sau accentuării acesteia și corelarea cu diferiți factori psiho-educationali implicați. În general, este recomandabil să se țină cont de plângerile profesorilor, mai ales dacă dificultățile copilului au fost discutate în cadrul comisiilor școlare și există o perioadă semnificativă de timp pe parcursul căreia au fost consemnate mai multe modificări de comportament în cadrul școlii.

Intervenția terapeutică în cazul copiilor cu ADHD ar trebui să cuprindă măsuri implementate în toate mediile în care copilul își desfășoară activitatea, inclusiv la școală.

Aceste măsuri pot viza tehnicile specifice intervenționale dar și măsuri de profilaxie a exacerbărilor adresate colectivului de copii.



Ce poate face diferit profesorul cu propria persoană?

Cel mai frecvent, profesorii tind să adopte ca referință *Modelul Încălcare-Așteptare* (Violation-Expectation Model, ViolEx) definit de Rief și colab. (2015) care consideră secvența „dacă-X-apoi-Y” care apare din procesele de învățare. Modelul arată că o situație unică „X” (de exemplu când un elev se comportă greșit) duce previzibil la apariția unui răspuns unic „Y” (de exemplu, ora nu va fi posibilă și studentul va fi obositor). Dacă „Y” nu se întâmplă (nu apar probleme importante în clasă și elevul se comportă adecvat), așteptările sunt încălcate. Acest lucru ar putea duce la trei diferite răspunsuri generale:

1) acomodare, caz în care are loc învățarea, iar studenții cu ADHD ar putea fi priviți mai diferențiat;



2) asimilare* - indivizii elimină activ orice discrepantă între așteptările lor generalizate și aștepta rezultate inconsistente, fără a-și reevalua așteptările. De exemplu, evită considerarea rezultatelor incompatibile cu așteptările lor în viitor și / sau contribuie activ la creșterea așteptării pentru probabilitate mai mare de rezultate adecvate în viitor, situație cunoscută în literatura ca „auto-împlinirea profeției” (Miller et Turnbull, 1986; Stinson et al., 2011) sau „inferență activă” (Friston, 2009; Hechler et al., 2016).

3) imunizare* - indivizii minimizează impactul potențial al informațiilor discrepante asupra așteptărilor lor (de ex. „faptul că copilul s-a comportat pozitiv a fost o excepție”), ajungând astfel la concluzia conform căreia aceste comportamente adecvate sunt un fapt atipic și, prin urmare, pot fi ignorate (Carnaghi et Yzerbyt, 2007; Kunda et Oleson, 1995).

*- în ambele cazuri nu are loc nicio învățare, deoarece reacțiile neașteptate nu vor fi considerate relevante..

De reținut însă că anumite variabile semnificative, cum ar fi experiențele directe, influențele sociale și diferențele individuale, influențează secvențele dacă- X -apoi -Y în modelul ViolEx.

Potrivit lui Ajzen, așteptările generalizate față de strategiile necesare în gestionarea clasei pot fi măsurate ca atitudine comportamentală și influențează comportamentul profesorului. De exemplu, cercetările au arătat că atitudinea profesorului față de incluziune este un factor relevant care schimbă poziția profesorului intenția de a sprijini incluziunea. În plus, așteptările profesorului pot fi influențate și de propria atitudine față de elevii cu ADHD, controlul comportamental perceput și normele subiective, așa cum sunt definite de teoria comportamentului planificat TPB (Ajzen, 1991,2005).



Intervenție în clasă

Mai mulți autori, dintre care îi amintim pe George DuPaul și Gary Stoner (2003), Sandra Rief (2005) au scris volume special dedicate cadrelor didactice, descriind în detaliu o varietate de



moduri în care copiii cu ADHD pot fi sprijiniți la școală, oferind sugestii practice pentru profesorii care doresc să-și adapteze strategiile educaționale pentru a maximiza oportunitățile de învățare pentru elevii lor cu ADHD.

În cele ce urmează vom trece în revistă câteva dintre posibilele abordări recomandate în cazul copiilor cu ADHD, nu înainte de a preciza însă că pentru rezultate optime, abordarea va trebui adaptată de la caz la caz. De asemenea, toate strategiile educaționale și tehnicile terapeutice vor fi adoptate în acord cu părinții și psihoterapeutul copilului, buna colaborare între adulții implicați în tratamentul copiilor cu ADHD fiind un factor de prognostic favorabil și crescând șansele de ameliorare funcțională a acestuia atât în școală cât și în afara acesteia. (Rief, 2005)

- Formularea de cerințe eficiente - asigurați-vă ca în timp ce formulați o cerință, copilul este atent, încercați să mențineți contactul vizual cu copilul, astfel îi demonstrați clar copilului că îndeplinirea sarcinii este importantă pentru dumneavoastră. Exprimați cerințele concis, clar și pe un ton neutru, și nu sub forma unor rugăminți sau pe un ton amenințător sau sever. Formulați o singură cerință, maxim două, iar dacă este vorba de o sarcină complexă, ar fi utilă descompunerea acesteia în pași mici, astfel încât copilul să le poată rezolva pe rând, acest lucru fiind cu atât mai important cu cât copilul este mai mic.
- De asemenea, este benefic să formulați la început sarcinile mai simple și mai rapid de îndeplinit, dându-i șansa copilului de a îndeplini sarcina și de a se comporta așa cum vă doriți; în cazul copiilor mai mici este important ca acesta să repete ceea ce i se cere, astfel asigurându-ne că și copilul a înțeles ceea ce se pretinde de la el și, totodată, accentuăm importanța cerinței.
- Evaluarea, ideal împreună cu copilul, a timpului maxim pe care copilul îl poate acorda rezolvării sarcinilor din clasă. Mai ales în cazul copiilor din școala primară este util să apreciem timpul maxim pe care îl poate alocă copilul cu ADHD rezolvării unor sarcini statice cum sunt cele specifice școlii.



- Dacă observăm că adesea copilul se ridică din bancă sau își pierde concentrarea (nu mai privește la tablă, se uită pe fereastră, se joacă cu diverse obiecte, etc) înainte de finalizarea orei, putem aprecia ca perioada de 50 de minute depășește capacitatea copilului de a-și menține focusată atenția pe sarcina respectiva și, în acest caz, fragmentarea acestei perioade ar putea fi de ajutor atât copilului în cauză cât și întregului colectiv. În acest sens ar putea fi utilă atribuirea unor sarcini care să-i permită copilului să se ridice din banca și să desfășoare o activitate fizică în mod controlat, ca de exemplu să ștergă tabla, să împartă creioanele colorate, etc.
- Reducerea surselor de distragere în timpul orelor - este recomandat ca locul copilului în clasă să-i permită acestuia să urmărească profesorul fără a-i fi distrasă atenția, de aceea este util ca banca în care este plasat copilul să fie într-un loc liniștit, departe de fereastră și cât mai aproape de tablă, astfel încât privirea copilului să nu fie atrasă de alți colegi sau de obiecte ale acestora.
Surse de distragere pot fi obiecte de recuzită școlară colorate, diverse jucării, dar și diverse mișcări sau jocuri repetitive ale colegilor aflați în imediata apropiere a copilului, precum și diverși factori sonori.
- Alcatuirea unui *Caiet de teme* în care copilul își va nota toate temele pentru acasă pe care le primește în decursul zilei, în clasele mici -prima sau a doua clasă- ar putea nota profesorul temele în acest caiet putând chiar adauga diverse observații utile părinților.
- Strategii care vizează **îmbunătățirea scorurilor obținute la evaluările școlare:**
Acordarea unui *timp de lucru* prelungit în cazul lucrărilor scrise, de obicei de 1,5 ori mai mult decât cel alocat colegilor. Astfel scorurile lor se pot îmbunătăți semnificativ pur și simplu pentru că au putut să răspundă la mai multe întrebări. Profesorii ar trebui să țină seama că acești indivizi lucrează adesea mai încet. În situațiile în care timpul de lucru nu poate fi prelungit, poate fi recomandată fragmentarea testului și evaluarea în două etape, oferind, de asemenea, un feed-back prompt copiilor care au putut termina evaluarea.



Timpul prelungit poate, de asemenea, atenua anxietatea excesivă care îi afectează, știind că deseori nu pot termina testul, deoarece ei se îngrijorează excesiv: „Nu voi putea răspunde la toate întrebările înainte să se termine ora! Trebuie să mă grăbesc!” amplificând astfel posibilitatea unui număr și mai mare de greșeli din neatenție.

Astfel de acomodări pot să fie extrem de importante pentru persoanele care susțin examene cu *miză mare* care determină eligibilitatea lor pentru niveluri mai avansate sau specializate (evaluări naționale, admitere, etc).

O altă posibilitate de facilitare a examinării ar ar putea fi permisiunea de a susține examenul într-un *spațiu* în care distracțiile externe sunt reduse la minimum - adică acolo sunt mai puțini colegi care se mișcă, își freacă picioarele sau creioanele și așa mai departe, gesturi banale care îi pot distra excesiv pe unii dintre copiii cu ADHD.

- Strategii pentru îmbunătățirea comportamentului **în grupul școlar:**

Accese de furie - unii copii reacționează prin astfel de accese dacă li se interzice ceva, când li se cere să facă ceva, când nu reușesc să facă ceva, sau când sunt provocați de colegi. În aceste situații este important să vă păstrați calmul și să îi asigurați copilului un mediu în care acesta se poate liniști; deoarece, în timpul acceselor de furie, comunicarea cu copilul este dificilă sau chiar imposibilă, ar fi util să reacționați când copilul începe să se enerveze și nu când criza de furie a ajuns la apogeu. După ce copilul reușește să se liniștească, lăudați-l pentru că a reușit să se calmeze și pentru faptul că acum puteți vorbi cu el. Este important ca prin aceste accese de furie, copilul să nu aibă consecințe pozitive, să nu primească beneficii în urma acestor manifestări. După ce s-a liniștit trebuie ca el să se conformeze cerinței care a dus la accesul de furie, dacă acesta refuză va trebui să suporte consecința negativă discutată.

Certuri și cauzele lor - discuțiile despre certuri și cauzele lor sunt benefice într-o atmosferă de calm și liniște și nu în condițiile tensionate ale unor conflicte. În cadrul orelor de educație civică, educație socială sau dirigenție puteți aborda aceste subiecte având grijă să nu



învinovățiți, să căutați un vinovat sau să anunțați rezolvări de la prima discuție. În primul rând, ascultați copiii și încercați să le înțelegeți argumentele pentru a putea ulterior să-i ajutați să-și schimbe comportamentul. Descrieti comportamentele problematice astfel încât copiii să le poată identifica, cu acțiunile exacte și situațiile în care apar frecvent aceste probleme. Îndemnați-i pe copii să găsească alternative la comportamentele lor și puteți să îi lăudați dacă reușesc să respecte regulile și să evite problemele.

Discutați reguli de aplanare a conflictelor în afara condițiilor antagonice, indicându-le comportamente concrete care pot fi utilizate în condițiile unor viitoare neînțelegeri, încercați să stabiliți reguli concrete despre ceea ce ar trebui să facă și mai puțin despre ce nu au voie să facă.



Colaborarea profesor-părinte-specialist

- **Psihoeducația**, adresată membrilor familiilor copiilor cu ADHD sau persoanelor care îngrijesc acești copii, poate fi integrată cu succes în sesiuni de consiliere familială și grupuri de dezvoltare personală. Poate fi realizată în sesiuni didactice unice sau ateliere.

Rolul său este esențial și complex, studiile indicând faptul că programele psihoeducaționale duc la creșterea gradului de conștientizare a părinților, îmbunătățirea competențelor parentale, crește satisfacția pacientului și a familiei, scade stigmatul social în rândul pacienților și altor membri ai familiei, scade conflictul familial și îmbunătățește complianța la recomandările terapeutice și chiar la tratamentul medicamentos. (McGough, 2014).

Consilierul școlar, psihoterapeutul, medicul pedopsihiatru sau alt membru al echipei de sănătate mintală pot fi invitați să participe la întâlnirile desfășurate în carul școlii la întâlniri informaive cu părinții.

De asemenea, cadrele didactice pot la rândul lor să participe la programe de formare profesională specifice care să vizeze creșterea nivelului de informare specifică și dezvoltarea



de noi competențe necesare unui management optim al claselor în care sunt incluși copii cu ADHD.

Deși mai puțin frecvent, în cadrul întâlnirilor dintre profesori și părinți au fost semnalate și situații în care plângerile părinților au depășit intensitatea manifestărilor observate în cadrul școlii. În acest caz, acuzele pot fi atribuite unor probleme de dinamică familială, iar raportul transmis familiei de către cadrele didactice joacă un rol esențial în evaluarea atentă a copilului cu suspiciune de ADHD și permite medicului psihiatru să realizeze un diagnostic diferențial acurat precum și să identifice cauza simptomatologiei copilului.

- **Strategii pentru îmbunătățirea comunicării cu familia copilului:**

Familia copilului trebuie văzută ca un colaborator în procesul învățării, profesorul și părinții fiind nevoiți să comunice în vederea coordonării acțiunilor și stabilirii anumitor jaloane de urmat pentru copil.

Disponibilitatea părinților de a recepționa și răspunde la solicitările profesorului depinde de modalitatea de abordare a acestora și, în acest sens, discuțiile preliminare, de început de an școlar, sunt utile dacă se desfășoară cu fiecare familie în parte, pe o perioadă scurtă de timp, 15-20 minute, și constau în principal în cunoașterea succintă a familiei, afirmarea disponibilității dumneavoastră pentru colaborare și precizarea obiectivelor și metodelor dumneavoastră de învățare pentru buna desfășurare a anului școlar ce urmează.

Anuntarea comportamentelor nedorite ale copilului (teme neefectuate, absente școlare, agresivitate, etc) trebuie comunicate părinților printr-o modalitate stabilită anterior, de comun acord.

Buletinul zilnic – o strategie de tratament comportamental care poate fi utilă în special pentru părinți. Ea constă în realizarea unui dispozitiv simplu care permite unui profesor rapid să înregistreze în fiecare zi cât de bine s-a comportat un elev pe mai multe arii comportamentale în clasă, clar definite în cadrul programului terapeutic. Părinții pot recunoaște și recompensa copilul lor acasă pentru comportamente adecvate specifice la



școală chiar în ziua respectivă. Uneori, buletinele săptămânale, de asemenea, pot fi foarte utile și mai puțin împovărătoare pentru un profesor, recompensa fiind una de tip întârziat și nu imediată ca în prima variantă.

De precizat că această tehnică pare că funcționează bine la școală pentru mulți copii mai mici cu ADHD însă este mai puțin eficientă pentru copii mai mari sau adolescenți, care de obicei interacționează cu cinci până la șapte profesori zilnic. Obținerea de informații exacte și actualizate despre cum un adolescent se desfășoară la școală - indiferent dacă le fac temele. Stabirea, de comun acord cu părinții, a unor *discuții periodice*, lunare sau bilunare, pentru evaluarea situației copilului.

5.2.4. Modele aplicate de intervenție multimodală

În cele ce urmează ne propunem să aducem în atenția dumneavoastră istoriile unor pacienți diagnosticați cu Tulburare hiperchinetică cu/sau fără defict atentional.și măsurile de intervenție adoptate împreună cu familia, cadrele didactice și psihoterapeuți, pentru o exemplificare a contextului psiho-social- emotional de la momentul diagnostic și abordarea nonfarmacologică a acestor copii, prin implicarea familiei și școlii/grădiniței.

În toate situațiile de mai jos a fost realizată evaluare psihiatrică a copilului, folosind date anemnestice furnizate de familie dar și examinarea direct, completată cu evaluari paraclinice și psihologice ce au avut ca rezultat stabilirea diagnosticului menționat și diferențierea sa de alte condiții medicale.

5.2.4.1. L.S, o domnișoară de 9 ani

Motivele prezentării în clinica de psihiatrie pediatrică:

- *dificultăți școlare*
- *certuri frecvente*
- *dificultăți de menținere a atenției pe sarcinile școlare*



Din anamneza realizată cu părinții reținem:

- Dificultăți de atenție și concentrare:
“trage de timp la teme”,
“mereu își gasește ceva de făcut atunci când ar trebui să își facă temele”,
“la școală învățătoarea o surprinde că se uita pe pereți sau pe fereastra în ore”.
- Comportamente impulsive:
nu are răbdare cu fratele ei,
nu respectă regulile de joc în colectivitate.
- Hiperactivitate:
schimbă des tipul de activitate, nu termină ce începe,
preferă activitățile gălăgioase.

Manifestările apar în diferite situații, fără ca familia să poată identifica sau raporta un anumit eveniment declanșator.

După stabilirea diagnosticului de ADHD și excluderea altor tulburări psihice sau organice ce ar fi putut sta în spatele acestor dificultăți, au fost adoptate, după cum urmează, mai multe modalități de intervenție:

În familie

- a) Analiza situațiilor problematice: *trage de timp la efectuarea temelor*

Descriem concret problema comportamentală:

- când se așază la birou pentru teme își amintește că vrea să bea apă sau are nevoie la toaletă,
- ridică vocea la fratele ei și dă vina pe el pentru faptul ca nu își termină temele la timp.



Descriem situațiile în care apare problema comportamentală:

- când trebuie să își facă temele,
- când fratele este în aceeași camera.

Descriem reacția părinților la aceste situații:

- *o tot rog “cu frumosul” să își facă temele, dar până la urmă tot trebuie să țip la ea după care o ajut să își facă tema”*

Descriem reacția copilului în aceste situații:


- *la început parca nu aude, apoi o vad că se supară, dar până la urmă ne împăcăm*

Descriem cum se încheie aceste situații:

- *mama îi spune că trebuie să-și facă singura temele și că data următoare când va mai întârzia cu temele nu o să o mai ajute”*

b) Analiza particularităților familiei:

Identificarea calităților și trăsăturilor problematice ale:

- Copilului: -  prietenoasă, imaginație bogată

-  dezordonată, răzbunătoare

-Mamei: -  înțelegătoare, iertătoare

-  meticuloasă, irascibilă

-Tatal: -  vesel, activ

-  superficial, neimplicat

-Fratele: -  vesel, jucăuș,

-  agitat, cu tulburări de vorbire



Alte caracteristici ale familiei:

- 👍 Prezenta aproape constanta a bunicilor materni,
- 👎 Program de lucru încărcat al părinților.

c) Înțelegerea relațiilor între diverse situații:

- 👎 Presiunea din partea bunicilor pentru rezultate școlare este resimțită de părinți și le influențează comportamentul față de copii
- 👎 Activitatea încărcată la locul de muncă provoacă reacții exagerate la comportamentul fetei

d) Înțelegerea cercului vicios:

- Copilul amână începutul temelor până când mama ridică vocea,
- Pe parcursul efectuării temei fetița este supărată pe mama și pare că face temele pentru aceasta,
- Mama se simte vinovată pentru că a țipat la fetiță și o ajută la teme,
- Mama o amenință că data viitoare nu o va mai ajuta.

e) Înțelegerea trăirilor copilului în cadrul cercului vicios:

Fetita învață că poate face ce-i place o perioadă, apoi trebuie să suporte țipetele mamei, dar până la urmă va primi ajutor la efectuarea temelor.

f) Ruperea cercului vicios:

Identificarea, împreună cu părinții, a unor principii de bază pentru comportamentul adecvat unor situații problematice în familie:



1. Stabilirea unor reguli și cerințe clare pentru copil	<ul style="list-style-type: none">• Ajutam parintii sa identifice reguli de familie.• Identificam regulile prezente din familie și stabilim o lista de reguli și limite, de exemplu:<ul style="list-style-type: none">- timpul alocat temelor este de la 17:00 la 19:00,- televizorul ramane inchis pe perioada efectuării temelor,- mama poate acorda ajutor punctual în efectuarea temelor, dar nu rezolva temele integral.• Stabilim de ce sunt importante aceste reguli.• Stabilim modalitatile de urmarire a indeplinirii acestor reguli.• Explicam aceste reguli și limite copilului.• Ajutam parintii sa inteleaga deosebirile dintre reguli, cerinte și rugaminti.• Ajutam parintii sa formuleze cerinte și reguli clare.
2. Prioritizarea consecințelor pozitive față de cele negative	<ul style="list-style-type: none">• Parintii trebuie sa utilizeze timpul petrecut impreuna cu fetita la efectuarea temelor pentru a incuraja autonomia acesteia și pentru a-i identifica și incuraja competentele scolare.
3. Consecintele pozitive sau negative trebuie să fie imediate	<ul style="list-style-type: none">• Subliniem importanța aplicării consecvențe a consecințelor.
4. Creșterea numărului experiențelor pozitive cu fetița	



	<ul style="list-style-type: none">• Ajutăm părinții să structureze timpul de activitate al copiilor respectând nevoia de joacă și de instrucție a acestora.
--	---

În școală:

Profesorul însoțitor poate completa fișele de apreciere referitoare la manifestările comportamentului hiperactiv.

Identificăm principalele comportamente problematice în școală:

- distractibilitate în timpul orelor
- lentoare în efectuarea sarcinilor școlare
- nevoia de încurajare permanentă

Recomandări pentru timpul petrecut în școală:

1. Stabilirea locului în bancă cât mai aproape de tablă.
2. Fragmentarea timpului de lucru prin pauze scurte, controlate.
3. Utilizarea unui caiet de corespondență între învățătoare și părinți pentru comunicarea evenimentelor speciale și a temelor recomandate.

5.2.4.2. A.R., un puști simpatic de 5 ani

Motivele prezentării:

- *nu respectă indicații*
- *crize de furie*
- *conflicte la gradiniță*

Anamneza furnizează următoarele aspecte cheie:



- ✓ Dificultati de atenție și concentrare:
 - foarte puțin timp (minute) rămâne la aceeași activitate, chiar dacă este impusă (să coloreze, să deseneze) sau chiar dacă este aleasa de el (jocul cu masini, lego),
 - trece mereu de la o activitate la alta fără să finalizeze sarcina.

- ✓ Comportamente impulsive:
 - atunci când vrea ceva trebuie să primească imediat, nu poate să aștepte și ajunge la crize de furie atunci când nu i se îndeplinesc cerințele,
 - nu respecta regulile jocurilor cu ceilalți copii, el trebuie să fie primit sau nu vrea să cedeze când vine rândul celorlalți copii, uneori ajungându-se la conflicte,
 - la grădiniță răspunde neîntrebat și nu înțelege să îi lase și pe alți copii să răspundă.


- ✓ Hiperactivitate:
 - permanent agitat, greu de stăpânit
 - prefera alergatul în locul mersului
 - se trezește de dimineață (ora 6), face gălăgie pentru că vrea să se trezească toți din casă
 - jocurile lui sunt în general violente: aleargă, lovește, se trânteste

- ✓ Comportamente de opoziție:
 - când i se cere să îndeplinească o sarcină care nu îi place (să se spele pe mâini când intra în casă, să închidă TV și să vină la masă) parca nu aude și “ până nu se ajunge la ceartă nu face nimic din ce nu-i place”.

Toate aceste comportamente apar în diferite situații: în familie, la grădiniță, în vizita și în timpul activităților destinate petrecerii timpului liber cu cei de vârstă apropiată.



CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG

 NTNU
Regionalt kunnskapscenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

Iceland 
Liechtenstein
Norway grants

Modalitati de intervenție adoptate:

In familie

a) Analiza situatiilor problematice:

*toata ziua, de dimineata pana seara, sunt doar probleme =>
nu respecta cerinte/reguli*

Descriem concret problema comportamentală:

nu reactionează când îi cer ceva

Descriem situațiile în care apare problema comportamentală :

*când îi spun sa stea linistit în pat dimineata
când îi spun sa inchida TV
când îl chem la masă*

Descriem reacția parinților la aceste situații:

repetă cerința, dar devin din ce în ce mai nervoși și ridică vocea

Descriem reacția copilului în aceste situatii:

*inițial ignora, apoi uneori executa sau uneori se impotriveste, se infurie și dupa criza
sfârsește în lacrimi*

Descriem cum se incheie aceste situatii:


*Ridic vocea și îl ameninț că nu mai are voie afară sau la TV
Când face crize, îl las puțin și apoi eu îl impac “*

b) Analiza particularitatilor familiei:

Identificarea calitatilor și trasaturilor problematice ale:



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂȚATE MENTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapscenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

<i>Copilului:</i> - interesat de multe lucruri	- agitație
- vesel	- impulsivitate
<i>Mamei:</i> - optimista	- nervozitate
- activa	- iritabilitate
<i>Tatal:</i> - glumet	- impulsivitate
- activ	- nervozitate

Alte caracteristici ale familiei:

- locuinta neadecvata, spatiu mic, comun
- critici din partea rudelor cu privire la modul în care este educat copilul
- program în ture

Puncte forte:

- familie unită
- prieteni de familie care îi susțin

c) Înțelegerea relațiilor între diverse situații:

- existența stresului la servicii determină o reacție mai intensă la comportamentul copilului
- spațiul comun al locuinței determină participarea constantă a tuturor membrilor la toate activitățile

d) Înțelegerea cercului vicios:

- Părintele formulează diferite cerințe: spală-te pe mâini și vino la masă.
- Părintele reformulează cerințe: cu nervozitate și creștere progresivă a tonului, repetă de 4-5 ori.
- Părintele amenință: “eu mănânc și apoi strâng masă”
- Părintele renunță la verificarea îndeplinirii cerințelor: - copilul vine la masă și spune că nu îi place mâncarea pregătită și îi cere mamei altceva, iar mama îi prepară un nou fel de



mancare, de obicei un sandwich pentru ca “ altfel nu mananca nimic toata ziua” sau copilul vine la masa și mananca puțin și repede

- De cele mai multe ori mama nu verifica dacă s-a spalat pe maini

e) Înțelegerea trăirilor copilului în cadrul cercului vicios:

- Copilul învață că trebuie săa suporte un timp și să nu facă ceea ce i se cere pentru ca apoi să facă ce vrea
- Copilul învată că amenințările părinților sunt serioase

f) Ruperea cercului vicios:

- Indentificarea, împreună cu părinții, a unor principii de bază pt comportamentul adecvat unor situatii problematice în familie:

1. Stabilirea unor reguli și cerinte clare pentru copil

Ajutam parintii sa indentifice regulile de familie:

- Identificam regulile care au provocat dispute în familie
- Stabilim o lista de reguli și limite rezonabile care ofera stabilitate, orientarea și siguranta necesare copilului
- Stabilim de ce sunt importante aceste reguli
- Stabilim modalitatile prin care parintii pot urmari respectarea acestor reguli
- Explicam aceste reguli și limite copilului

Ajutam parintii intre reguli, cerinte și rugaminti:

- Formularea unei rugaminti adresate copilului. Implica libertatea copilului de a da curs sau nu acestei cerinte
- Parintii trebuie sa respecte decizia copilului cu privire la alegerea facuta și sa nu existe consecinte în cazul în care copilul alege sa nu dea curs respectivei rugaminti.



Ajutam parintii sa formuleze cerinte/ reguli eficiente

- Ne asiguram ca avem atentia copilului
- Ne exprimam clar, cu un ton neutru
- Formulam doar o singura cerinta
- Formulam cerinte/reguli doar când putem sa le urmarim indeplinirea.

2. Prioritizarea consecințelor pozitive față de cele negative

Ajutam parintii sa:

- Intelega importanta recompensarii imediate ale comportamentelor dorite ale copilului: când se multumeste copilului pt indeplinirea unei cerinte se diminueaza necesitatea ingradirii comportamentului prin pedepse

Ajutam parintii sa:

- Intelega importanta discutiilor în fiecare seara cu copilul prin care se demonstreaza aprecierea parintilor pentru faptul ca acesta respecta regulile

Ajutam parintii sa:

- Intelega necesitatea aprecierii tuturor situatiilor în care copilul respecta o cerinta sau indeplineste o sarcina, nu doar în cerintele în care ei au exprimat o cerere explicita

3. Consecintele pozitive sau negative trebuie să fie imediate!

Ajutam parintii sa inntelega importanta aplicarii consecvente a consecintelor.

- Importanta stabilirii inițiale ale unor consecinte naturale ale comportamentelor copilului
- Importanta explicarii conform logicii copilului a consecintelor



Consecintele negative naturale constau în remediarea pagubelor, excluderea din situație, retragerea privilegiilor, regândirea spațiului de joacă.

4. Creșterea numărului de experiențe pozitive cu copilul

Ajutăm părinții să identifice beneficiile unui timp bine definit destinat distracției și jocului.

Ajutăm părinții să înțeleagă importanța implicării lor și a copilului în căutarea unor modalități de petrecere a timpului destinat distracției și jocului.

Explicăm părinților necesitatea respectării necondiționate a deciziilor de joc ale copilului pe perioada de timp destinată, de obicei 20 – 30 min.

Explicăm părinților importanța exprimării aprecierilor lor pentru timpul plăcut petrecut împreună cu copilul.

Subliniem părinților importanța notării impresiilor despre desfășurarea jocului.

Explicăm părinților importanța adoptării unor atitudini adecvate în cazul în care copilul se comportă problematic în timpul destinat distracției și jocului.

- Identificarea comportamentelor problematice de tipul agresivității (distrugerea jocului, lovituri, țipete, care nu fac parte din joc)

- Recomandăm o primă reacție a părinților care să conste într-o aparență inatenție la copil și la joc.

- În cazul în care comportamentul problematic nu va înceta, recomandăm părinților să explice copilului pe un ton liniștit că dacă acest comportament (definit concret “țipat” de exemplu) continuă, vor întrerupe timpul destinat distracției și jocului.

- Recomandăm părinților că în cazul în care au fost nevoiți să întrerupă jocul, în încheiere să îi spună copilului care va fi următorul timp destinat distracției și jocului.

II. În grădiniță:



La cererea parintilor și a medicului, educatoarea copilului a completat fise de apreciere referitoare la manifestarile comportamentale hiperactive.

Identificarea principalelor comportamente problematice la gradinita:

- *Raspunde neintrebat*
- *Loveste copiii în cursul jocurilor, prefera jocurile agresive*
- *Joc galagios*

Recomandarile pentru timpul petrecut în gradiniță au fost:

1. Dimineata la sosirea în gradinita, copilul primea sarcina de a alege un joc și sa il joace un timp determinat (10 min inițial), fara a intrerupe și fara a cauta sa faca altceva. Ducerea la bun sfarsit a jocului implica recompensarea verbala a copilului. Scopul acestei sarcini era acela de a aduce copilul în situatia de a se implica intens și pentru o durata mai lunga în joc.
2. Utilizarea planului de recompensare cu puncte pentru zilele în care comportamentele identificate ca problematice nu sunt manifestate.
 - Se recomanda educatoarei sa îi descrie cat mai exact copilului comportamentul pe care copilul ar trebui sa il aiba (“ raspundem la intrebare doar dupa ce ne auzim numele spus de educatoare”).
 - Se recomanda și de catre educatoare și copil, sa stabileasca punctajul pe care il primeste copilul dacă se comporta corespunzator.
 - Se recomanda educatoarei sa stabileasca impreuna cu copilul o lista cu recompense: sa joace un anumit joc, sa imparta copiilor creioanele, sa își aleaga prietenii de exerciții, etc.
 - Se recomanda educatoarei ca impreuna cu copilul sa stabileasca numarul de puncte care este necesar pentru pentru fiecare recompensa.



5.2.4.3. A.P., adolescent de 16 Ani

Motivele prezentării:

- impulsivitate (*reactionează pe moment, parca nu gândește înainte să vorbească; spune ce îi trece prin minte; sparge obiecte sau lovește când se enervează*)
- toleranță scăzută la frustrare (*se enervează foarte repede și țipa dacă nu îi convine ceva*)
- iritabilitate (*parcă e nervos constant; certuri frecvente cu părinții, colegii și profesorii*)
- probleme școlare încă de când era mic (*inițial se foia în banca și îi era greu să își facă temele, de când a crescut chiulește, nu vrea să își facă temele, profesorii spun că nu este atent la ore, se ridică frecvent și iese din clasă „la baie”, nota scăzută la purtare, note mici în general*)
- dificultăți de concentrare/atenție în conversații, la școală sau pe stradă (*nu este atent la lumina semaforului, trece pe roșu fără să își dea seama, „era să fie calcat de o mașină*)
- dificultăți în inducerea somnului (*sta până noaptea târziu, iar dimineata îi este greu să se trezească și de obicei întârzie la școală sau nu merge la primele 2 ore*)

Anamneza:

Dificultăți de atenție și concentrare:

- când era mic foarte puțin timp (minute) rămânea la aceeași activitate, chiar dacă era impusă (*sa coloreze, sa deseneze*) sau chiar dacă era aleasă de el (*jocul cu mașini, lego*)
- când i se spunea să aducă ceva din frigider sau din alta cameră, aducea cu totul altceva, sau doar un obiect din cele două cerute,
- când este trimis la magazin fără listă în mână, uită ce are de cumpărat,
- trece mereu de la o activitate la alta fără să o finalizeze, nu își poate face planuri și dacă există un orar, nu îl poate respecta,
- în vacanțe se pierde deseori,



*-la școală nu poate sta liniștit mai mult de 15 minute, nu își notează temele sau le uita,
-în general uita dacă este rugat să facă ceva,
-parcă este absent atunci când vorbești cu el, se uita în alta parte, se gândește la alte lucruri, nu se poate concentra la conversație și sare de la un subiect la altul,
-nu își termină niciodată temele complet, trebuie recompensat ca să și le facă,
-de multe ori nu este atent la mașini când merge pe stradă „parcă e cu capul în nori”, se lovește de oameni pe stradă, nu e atent la semne sau indicatoare, ia autobuzul greșit, desigur merge cu același de ani de zile, uita să își cumpere bilete, a luat amenzii,
-în casa se lovește din greșeală de diferite obiecte de mobilier, parcă nu le vede când trece pe lângă ele, aluneca, cade, are diferite vânătăi și zgârieturi,
-își strică hainele (le agăta sau varsă mâncare pe ele din gresală).*

Comportamente impulsive:

*-înca de când era mic, când voia ceva trebuia să primească imediat, nu putea să aștepte și ajungea la crize de furie atunci când nu i se îndeplineau cerințele,
-nu respecta regulile jocurilor cu ceilalți copii, el trebuia să fie primul sau nu voia să cedeze când venea rândul celorlalți copii, uneori ajungându-se la conflicte,
-înca de la grădiniță răspundea neîntrebat și nu înțelegea că trebuie să îi lase și pe alți copii să răspundă,
-când primește bani pentru cadoul de ziua lui îi cheltuie pe toți dintr-o dată pe lucruri de care nu mai are nevoie ulterior.*

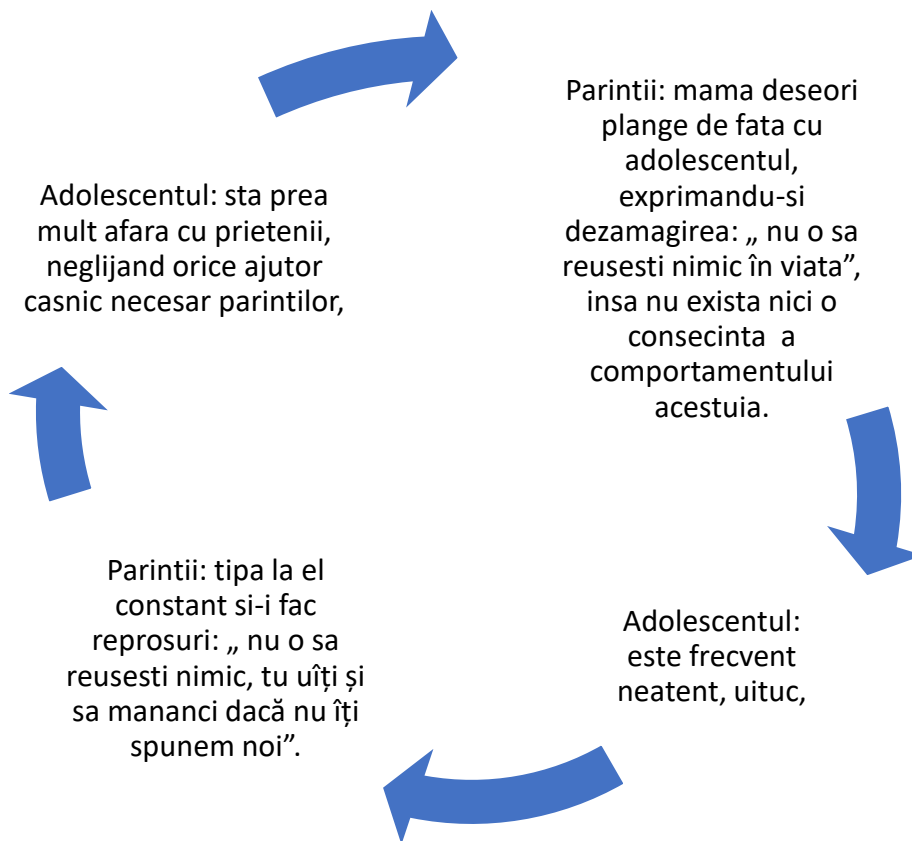
Hiperactivitate:

*- de mic alerga de colo colo, nu își găsea locul, nu avea astampar, parcă nu mergea niciodată, doar alerga
- da din picior și se foiește în bancă sau acasă la temă,
- vrea mereu să iasă cu prietenii, să se plimbe, să joace fotbal, nu sta în același loc,*



- adoarme greu seara („când vine seara, parca se activeaza și vrea sa iasa afara”)
- vrea sa faca 10 lucruri deodata și nu finalieaza niciunul,
- a inceput sa joace fotbal, apoi baschet, a inceput diferite sporturi dar a renuntat repede,
- vorbeste foarte mult și sare de la un subiect la altul.

Identificarea factorilor care duc la perpetuarea comportamentului:



Modalitati de interventie:

In familie

a. Analiza situatiilor problematice, cu descrierea cat mai clara a parcursului acestora



- *Actiunea adolescentului din perspectiva parintilor: „nu ma asculta niciodata, cateodata parca nu ma aude, nu vrea sa respecte reguli”*

Descrierea concreta a problemei comportamentale:

- *nu ma ascultă*

Descrierea situatiilor în care apare problema comportamentala:

- *când îi spun sa cumpere ceva de la magazin*
- *când îi spun sa faca curat*
- *când îi spun sa vina acasa pana la ora 2*
- *când îi spun sa nu mai chiuleasca*
- *când îi spun sa își faca temele*

Descrierea reactiei parintilor în aceste situatii:

- *ridica vocea din ce în ce mai tare,*
- *ameninta cu diferite dezavantaje pe care adolescentul le-ar putea suporta dacă nu face ce i se cere*

Descrierea reactiilor adolescentului în aceste situatii:

- *inîțial ne ignora, dupa care incepe sa tipe la noi sa îi dam telefonul inapoi sau bani de buzunar”*

Descriem cum se incheie situatia:

- *ca sa nu mai faca crize, îi dam telefonul inapoi și bani, în timp ce ridicam vocea la el și il amenintam cu alte dezavantaje pe viitor, insa nu le ducem la bun sfarsit.*
-

b. Identificarea calitatilor și trasaturilor problematice ale:

Adolescentului:



- *carismatic, glumet*
- *interesat de multe lucruri, curios*
- *vesel*
- *plin de energie*
- *inteligent-manipulator*
- *neatent*
- *agitatat*
- *impulsiv*
- *toleranta scazuta la frustrare*

- Mamei: - *energica*
- *activa*
- Tatal : - *optimist*
- *activ*
- *nervozitate*
 - *iritabilitate*
 - *impulsivitate*
 - *nervozitate*

Alte caracteristici ale familiei:

- ✓ *situatie finaciara buna, spre foarte buna, copilul nu cunoaste valoarea banului*
- ✓ *crîțiți din partea rudelor cu privire la modul în care este educat adolescentul*
- ✓ *parintii pleaca constant în delegatii de serviciu*
- ✓ *tensiuni în relatia de cuplu, frecvent certurile pleaca de la situatia adolescentului*

Puncte forte:

- ✓ *familie unita*
- ✓ *prieteni de familie care îi sustin*
- ✓ *locuinta cu curte mare, unde adolescentul practica diverse sporturi*

c. Intelegerea relatiilor între diverse situatii:

- *Lipsa constanta a parintilor de acasa, lipsa unui control și a unei atentii asupra comportamentului adolescentului, duce la lipsa limitelor, adolescentul nu invata necesitatea regulilor;*
- *Problemele din cuplu, între mama și tata, chiar dacă aparent tinute sub control, afecteazaemotiile copilului, care se va simtii constant în pericolul abandonului din partea unuia dintre parinti;*



- Existenta stresului la serviciu determina o reactie mai intensa și mai irascibila la comportamentul copilului
- Spatiul comun al locuintei determina participarea constanta a tuturor membrilor la toate activitatile

d. Intelegerea cercului vicios:

- parintele formuleaza diferite cerinte: „apuca-te de facut temele!”.
- parintele reformuleaza cerinte: cu nervozitate și cresterea progresiva a tonului, repeta de 4-5 ori.
- parintele ameninta: “nu te mai las sa iesi din casa pana nu le termini”
- parintele renunta la verificarea indeplinirii cerintelor: - copilul incepe efectuarea temelor, insa le termina în 10 minute, temele nefiind complete și nici corecte. Parintele nu verifica și il lasa sa iasa afara cu prietenii.

e. Intelegerea trairilor adolescentului în cadrul cercului vicios:

- adolescentul invata ca trebuie sa suporte un timp sau sa se prefaca pentru ca apoi sa faca ce vrea.
- adolescentul invata ca nu exista consecinte ale faptelor lui, iar amenintarile parintilor nu sunt serioase
- adolescentul invata sa manipuleze, pentru a obtine ce vrea

f. Ruperea cercului vicios - indentificarea, impreuna cu parintii, a unor principii de baza pentru comportamentul adecvat unor situatii problematice în familie:

1. Stabilirea unor reguli și cerinte clare pentru adolescent



Ajutam parintii sa indentifice necesitatea regulilor de familie:

- identificam regulile care au provocat dispute în familie
- stabilim o lista de reguli și limite rezonabile care ofera stabilitate, orientarea și siguranta necesara
- stabilim de ce sunt importante aceste reguli
- stabilim modalitatile prin care parintii pot urmari respectarea acestor reguli
- explicam aceste reguli și limite adolescentului

Ajutam parintii sa inteleaga diferenta între reguli, cerinte și rugaminti:

- formularea unei rugaminti adresate adolescentului, implica libertatea acestuia de a alege dacă va da curs sau nu rugamintii
- parintii trebuie sa respecte decizia adolescentului cu privire la alegerea facuta și sa nu existe consecinte în cazul în care acesta alege sa nu dea curs respectivei rugaminti.

Ajutam parintii sa formuleze cerinte/ reguli eficiente

- ne asiguram ca avem atentionia totala a adolescentului
- ne exprimam clar, cu un ton neutru
- formulam doar o singura cerinta
- formulam cerinte/reguli doar când putem sa le urmarim indeplinirea.

2.Priorizarea consecintelor pozitive față de cele negative

Ajutam parintii sa inteleaga:

- importanta recompensarii imediate ale comportamentelor dorite ale adolescentului,
- importanta discutiilor cu adolescentul, prin care se demonstreaza aprecierea parintilor
- necesitatea aprecierii tuturor situatiilor în care adolescentul respecta o cerinta sau indeplineste o sarcina

3.Consecintele pozitive sau negative trebuie sa fie imediate!



Ajutam parintii sa inteleaga importanta:

- aplicarii consecvente a consecintelor,
- stabilirii inițiale ale unor consecinte ale comportamentelor adolescentului,
- explicarii conform logicii adolescentului a consecintelor.

Consecintele negative naturale constau în remediarea pagubelor, excluderea din situatie, retragerea privilegiilor sau a beneficiilor.

4.Cresterea numarului de experiente pozitive cu adolescentul

Ajutam parintii sa:

- indentifice beneficiile unui timp bine definit destinat distractiei și jocului,
- inteleaga importanta implicarii lor și a adolescentului în cautarea unor modalitati de petrecere a timpului destinat distractiei impreuna: sa mearga la fotbal, pescuit, cumparaturi cu tatal sau mama,
- sa adopte un ton calm, dar ferm, sa explice clar și succint de ce este necesar sa respecte respectiva cerinta/regula - stabilita în prealabil - iar dacă adolescentul ignora, sa se treaca direct la consecintele stabilite, fara amenintari sau ridicari de ton din partea parintilor.

La școală

Identificarea problemelor principale:

- chiulit,
- agitatie în timpul orelor,



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapscenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

- vorbeste neintrebat,*
- iese din clasa în timpul orelor,*
- nu își efectueaza temele/nu și le noteaza.*

Recomandari:

- sedinte de informare, scurte, prin care parintii și profesorii sa stabileasca conduite comune în cazul comportamentelor problematice,
- folosirea unor metode de comunicare alternative (mail, retele de socializare) intre parinti, diriginte și profesori pentru monitorizarea evolutiei comportamentului scolar al adolescentului.



CAPITOLUL 6

RESURSE INTERVENȚIONALE ȘI REȚEA DE SPECIALIȘTI DIN ECHIPA MULTIDISCIPLINARĂ IMPLICATĂ ÎN ÎNGRIJIREA COPILULUI CU ADHD. CADRUL LEGISLATIV.

Diagnosticul de ADHD, conform clasificărilor internaționale a maladiilor, aparține categoriei de tulburări mentale. În acest context, evaluarea medicală de specialitate și precizarea diagnostică se vor efectua în serviciile de psihiatrie pediatrică. Evaluarea psihiatrică a minorilor se poate realiza în cabinete medicale individuale, ambulatorii de spital, policlinici, centre de sănătate mintală și departamente specializate, cu paturi.

Evaluarea medicală este decontată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) și cuprinde atât parte de culegere a datelor (anamneza) cât și recomandările medicale. Pacienții care accesează aceste servicii pot beneficia de evaluări conexe actului medical (evaluare psihologică de către psihologi clinicieni, consiliere psihologică a copilului și familiei). Evaluarea psihologică poate fi efectuată în cadrul internării în departamentele cu paturi, staționare de zi sau Centre de Sănătate Mintală, în regim de gratuitate pentru pacient. Evaluarea psihologică, poate fi, de asemenea, realizată contra cost în cabinete psihologice individuale sau alte forme de organizare ale acestora, conform reglementărilor privind exercitarea profesiei de psiholog de către Colegiul Psihologilor din România (COPSI).

Evaluarea psihologică, realizată de către un psiholog clinician cu drept de practică conform COPSI, va cuprinde, recomandabil, interviul clinic precum și aplicarea de instrumente (teste și chestionare) standardizate și validate pe populația autohtonă. Rezultatul evaluării psihologice poate conține cel mult un psihodiagnostic și suspiciunea de Tulburare hiperchinetică cu sau fără deficit atențional, urmând ca acesta să fie considerat de către medicul psihiatru în formularea diagnosticului medical de ADHD.



Ținând cont de numeroasele comorbidități și de variabilitatea sindromică, se consideră necesară dispensarizarea psihiatrică a copiilor și adolescenților cu ADHD în vederea adaptării permanente a recomandărilor și a planului de intervenție.

Drepturile copiilor cu ADHD

Copiii și adolescenții diagnosticați cu ADHD sunt în mare măsură încadrați în școală de masă, aceștia având în general o dezvoltare cognitivă în limite normale. Mai mult, România a adoptat conceptul de educație incluzivă, facilitând astfel integrarea copiilor cu ADHD în colectivitățile de copii. Educația incluzivă caută “să răspundă tuturor necesităților copiilor, tinerilor sau adulților, cu un accent deosebit pe cei vulnerabili la marginalizare și excludere socială ” (UNESCO, 1994)

Pentru o incluziune reușită este necesar ca:

- Comunitatea să identifice incluziunea ca pe un program care să ajute copiii.
- Managerii instituției de învățământ să vadă incluziunea ca pe o cale de a oferi o educație mai bună copiilor.
- Părinții să identifice incluziunea ca pe o oportunitate pentru copilul lor.
- Învățătorul să distingă incluziunea ca pe o provocare și o ocazie de a promova creșterea.
- Colegii de clasă să vadă incluziunea ca pe o posibilitate de dezvoltare personală.
- Elevul să vadă incluziunea ca pe o cale de acces la viața normală

Conform reglementărilor legale în vigoare, copiii cu ADHD pot beneficia de adaptarea măsurilor pedagogice și de asistență în școală, conceptul fiind deja cunoscut în cadrul echipei multidisciplinare ca Cerințe Educaționale Speciale (CES). CES fac referire la acele cerințe care derivă din nevoile speciale ale unor persoane, generate de existența unor disfuncții la



nivel intelectual, senzorial, fizic, psiho-afectiv, socio-economic, cultural (MECTS – Ordinul 5574/ 2011).

Copilul cu CES are nevoie de condiții de învățare care să stimuleze și să sprijine dezvoltarea sa, un curriculum adaptat și individualizat. Adaptarea curriculumului la clasă pentru predarea, învățarea, evaluarea diferențiată se poate realiza prin:

- ✓ *adaptarea conținuturilor cantitativ și calitativ, la potențialul de învățare al elevului;*
- ✓ *adaptarea proceselor didactice (metode utilizate, material didactic, timp de lucru alocat) nivelul de sprijin acordat elevului;*
- ✓ *adaptarea mediului de învățare fizic, psihologic și social;*
adaptarea procesului de evaluare (diverse proiecte și produse scrise, orale, vizuale ale muncii elevilor).

Mai mult decât atât, conform Ordinului MECTS 5574/ 2011, articolul 6, „Pentru integrarea eficientă a persoanelor cu CES este necesară crearea unor servicii de sprijin specializate în asistența psihopedagogică de care să beneficieze copiii/elevii/tinerii integrați, precum și a unor servicii de consultanță pentru cadrele didactice din școala incluzivă, ceilalți elevi, familie și comunitate.”

Putem spune, așadar, că echipa multidisciplinară realizată de către medic și psihologul clinician se completează cu profesorul consilier școlar, cu medicul de medicină școlară, cadre didactice și alte persoane implicate în creșterea și educarea copiilor.



REFERINTE:

- Agranat-Meged AN, Deitcher C, Goldzweig G, Leibenson L, Stein M, Galili-Weisstub E. (2005). Childhood obesity and attention deficit/hyperactivity disorder: a newly described comorbidity in obese hospitalized children. *Int J Eat Disord.*;37(4):357–359
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211
- Ajzen, I. (2005). Attitudes, personality and behavior *Mapping social psychology* (2nd ed.). Maidenhead: Open University Press.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth ed. (DSM-5). Washington, USA: American Psychiatric Press; 2013.
- Angold, A., Costello, E.J. (1993). Depressive comorbidity in children and adolescents: Empirical, theoretical, and methodological issues. *American Journal of Psychiatry*. 150, 1779 – 1791
- Antshel KM, Faraone SV, Gordon M. (2012) Cognitive behavioral treatment outcomes in adolescent ADHD. *Journal of Attention Disorders*; 18(6):1–13
- Aarnoudse-Moens CS, Smidts DP, Oosterlaan J, Duivenvoorden HJ, Weisglas-Kuperus N.J (2009). Executive function in very preterm children at early school age. *Abnorm Child Psychol. Oct*;37(7):981-93
- Baddeley A. (1996). Exploring the central executive [special issue]. *Quarterly Journal of Experimental Psychology: Human Experimental Psychology*, 49, 5-28.
- Bastain TM, Lewczyk CM, Sharp WS, et al. (2002) Cytogenetic abnormalities in attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 41: 806 – 10.
- Blancher, J., Baker, B. L. (2007). Positive impact of intellectual disability on families. *American Journal on Mental Retardation*, 112(5), 330- 348
- Brestan, E. V., Eyberg, S. M. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 180-189.
- Banerjee, T.D., Middleton, F., Faraone, S.V. (2007). Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatr*, 96(9):1269-1274.
- Barkley RA, Biederman J (1997) Toward a Broader Definition of the Age-of-Onset Criterion for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36(9):1204 –1210.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., Fletcher, K. (2006). Young adult outcome of hyperactive children: Adaptive functioning in major life activities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 192–202
- Barkley, RA (2006). *Attention-deficit/hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (3rd ed.)*. New York: Guilford Press.



- Bear, M. F., B. W. Connors, and M. A. Paradiso. (1996). *Neuroscience: Exploring the Brain*. Baltimore, Md.: Williams and Wilkins.
- Bedard, A.-C., A. Ickowicz, et al. (2003) Selective Inhibition in Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Stimulant Medication. *Journal of Abnormal Child Psychology* 31(3): 315–327.
- Berndt, T. J. (2004). Children's friendships: Shifts over a half-century in perspectives on their development and their effects. *Merrill-Palmer Quarterly*, 50(3), 206-223
- Bhutta AT, Cleves MA, Casey PH, Cradock MM, Anand KJ. (2002) Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis. *JAMA*. Aug 14;288(6):728-37. doi: 10.1001/jama.288.6.728. PMID: 12169077.
- Biederman, J., Petty, C.R., Fried, R., Kaiser, R., Dolan, C.R., Schoenfeld, S., Doyle, A.E., Seidman, L.J., (2008). Educational and occupational underattainment in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a controlled study. *J Clin Psychiatry*. 69(8):1217-1222.
- Biederman J, Spencer T (2008). Psychopharmacological interventions. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am.*;17:439–458
- Blackman, G.L., Ostrander R., Herman K.C. (2005). Children with ADHD and depression: a multisource, multimethod assessment of clinical, social and academic functioning *J. Atten. Disord.*, 8: 195-207
- Bleck, J., DeBate, R. D., Olivardia, R. (2015). The comorbidity of ADHD and eating disorders in a nationally representative sample. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 42 (4), 437 – 451.
- Brooks K. si colab (2006). The analysis of 51 genes in DSM-IV combined type attention deficit/ hyperactivity disorder: association signals in DRD4, DAT1 and 16 other genes. *Mol Psychiatry*. 11:934-53.
- Brown T E (2005). *Attention Deficit Disorder/ The unfocused mind in children and adults*. Yale University Press
- Carnaghi, A., Yzerbyt, V. Y. (2007). Subtyping and social consensus: The role of the audience in the maintenance of stereotypic beliefs. *European Journal of Social Psychology*, 37(5), 902–922.
- Carlson, C. L., W. E. Pelham, et al. (1991). A Divided Attention Analysis of the Effects of Methylphenidate on the Arithmetic Performance of Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 32(3): 463– 471.
- Carlson, S. M., Moses, L. J. (2001). Individual differences in inhibitory control and children's theory of mind. *Child Development*, 72, 1032-1053.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T.E., et al. (2003) Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*. 301, 386 – 389.
- Castellanos FX, Sonuga-Barke EJ, Milham MP et al (2006). Characterizing cognition in ADHD: beyond executive dysfunction. *Trends in Cognitive Sciences*, 10:117-123.



- Chelonis, J. J., M. C. Edwards, et al. (2002). Stimulant Medication Improves Recognition Memory in Children Diagnosed with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 10(4): 400– 407.
- Coplan, R. J., Bowker, A., Cooper, S. M. (2003). Parenting daily hassles, child temperament, and social adjustment in preschool. *Early Childhood Research Quarterly*, 18, 376-395.
- Cowan, P. A., Powell, D., Cowan, C. P. (1998). Parenting interventions: A family systems perspective. In W. Damon, & I. E. Sigel (Eds.). *Handbook of child psychology: Child psychology in practice* (pp. 3–72). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Cubells, J.F., Zabetian, C.P. (2004). Human genetics of plasma dopamine beta-hydroxylase activity: applications to research in psychiatry and neurology. *Psychopharmacology*. 174, 463–476.
- Curtin, C., Pagoto, S. L., Mick, E. (2013). The association between ADHD and eating disorders/pathology in adolescents: A systematic review. *Open Journal of Epidemiology*,
- Davis, C., Levitan, R. D., Smith, M., Tweed, S., Curtis, C. (2006). Associations among overeating, overweight, and attention deficit/hyperactivity disorder: A structural equation modelling approach. *Eating Behaviors*, 7 (3), 266 –274.
- Davis, C., Pate, K., Levitan, R. D., Carter, J., Kaplan, A. S., Zai, C., Kennedy, J. L. (2009). A psycho-genetic study of associations between the symptoms of binge eating disorder and those of attention deficit (hyperactivity) disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 43 (7), 687 – 696.
- Davis, H. L., Pratt, C. (1996). The development of children's theory of mind: The workingmemory explanation. *Australian Journal of Psychology*, 47, 25–31.
- Deault, L. C. (2010). A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attentiondeficit/ hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry and Human Development*, 41, 168–192
- Diamond A. (1996). Evidence for the importance of dopamine for prefrontal cortex functions early in life. *Philosophical Transcripts of the Royal Society of London*, 351(1346), 1483-1493.
- Diler RS, Daviss WB, Lopez A, et al. (2007). Differentiating major depressive disorder in youths with attention deficit hyperactivity disorder. *J Affect Disord.*,102:125-130
- Dophner M, SchOrmann S, Frolich J (2006). *Program teerapeutic pentru copiii cu probleme comportamentale de tip hiperchinetice și opozant -THOP*, Ediția a 3-a, RTS Romanian Psychological Testing Services
- Douglas, V. I. (1999) Cognitive Control Processes in Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. In *Handbook of Disruptive Behavior Disorders*, ed. H. C. Quay and A. E. Hogan. New York: Kluwer Academic and Plenum. Pp. 105–138.
- DuPaul, G.J., Stoner, G. (2003). *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies*. New York: Guilford Press
- Emslie G, Kratochvil C, Vitiello B, et al. (2006).Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS): safety results. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 45:1440-1455.



- Erwin, E. J., Soodak, L. C. (2008). The evolving relationship between families of children with disabilities and professionals. En T. C. Jiménez, V. L. Graf (Eds.), Education for all: critical issues in the education of children and youth with disabilities. San Francisco: Jossey Bass, 35-69.
- Eubig PA, Aguiar A, Schantz SL. (2010) Lead and PCBs as risk factors for attention deficit/hyperactivity disorder. *Environ Health Perspect.* 118(12):1654-67.
- Evans SW, Owens JS, Bunford N. (2013) Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology.*; 43(4):527–551. [PubMed: 24245813]
- Evans, S. W., Pelham, W. E., Grudberg, M. V. (1995). The efficacy of notetaking to improve behavior and comprehension of adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Exceptionality.* 5, 1-17
- Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, et al (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*; 57:1313–23. [PubMed: 15950004]
- Faraone, S.V., Biederman, J., Feighner, J.A., Monuteaux, M.C. (2000). Assessing symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: which is more valid? *J Consult Clin Psychol.* 68(5):830-842.
- Faraone, S., Biederman, J., Monuteaux, M.C. et al. (2001). A psychometric measure of learning disability predicts educational failure four years later in boys with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Affective Disorders.* 4, 220–230.
- Faraone, S.V., Sergeant, J., Gillberg, C., Biederman, J., (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry* 2, 104–113.
- Faraone SV, Biederman J. (2004). Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. In: Charney DS, Nestler EJ, (Eds.). *Neurobiology of mental illness.* 2nd edn. New York, NY: Oxford University Press.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Mick, E. (2006) The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*, 36, 159–165.
- Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, Sklar P. (2005) Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*, 57:1313-23.
- Faraone SV, Buitelaar J. (2010) Comparing the efficacy of stimulants for ADHD in children and adolescents using metaanalysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry.*;19:353–364.
- Flavell, J. H., Green, F. L., Flavell, E. R. (1986). Development of knowledge about the appearance-reality distinction. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 51(1, Serial No. 212).
- Flory, J.D., Newcorn, J.H., Miller, C. et al. (2007). Serotonergic function in children with attention-deficit hyperactivity disorder: Relationship to later antisocial personality disorder. *British Journal of Psychiatry.* 190, 410 – 414.



- Franke B, Neale BM, Faraone SV. (2009) Genome-wide association studies in ADHD. *Hum Genet*, 26: 13 – 50.
- Frith, U. (2004). Emanuel Miller lecture: confusions and controversies about Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 45 , 672 – 686.
- Frye D, Zelazo Z D, Burack J A. (1998). Cognitive complexity and control: Implications for theory of mind in typical and atypical development. *Current Directions in Psychological Science*, 7, 116–121.
- Friston, K J (2009). Modalities, modes, and models in functional neuroimaging. *Science* (New York, N.Y.), 326(5951), 399–403.
- Gillberg C. (2010). The ESSENCE in child psychiatry: Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations, *Res Dev Disabil*. Nov-Dec; 31(6):1543-51
- Gizer IR, Ficks C, Waldman ID. (2009) Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review. *Hum Genet*; 126: 51 – 90
- Goldberg, E. (2001). *The Executive Brain: Frontal Lobes and the Civilized Mind*. Oxford University Press. NY, USA.
- Gotz, M. J., Hohnstone, E.C., Rateliffe, S.G. (1992). Criminality and Antisocial Behavior in Unselected Men with Sex Chromosome Abnormalities. *Psychological Medicine*, 29: 953-62.
- Graziano, P.A., Bagner, D.M., Waxmonsky, J.G., Reid, A., McNamara, J.P., Geffken, G.R. (2012). Co-occurring weight problems among children with attention deficit/hyperactivity disorder: the role of executive functioning. *Int J Obes (Lond)*; 36(4):567–572
- Hack M, Youngstrom EA, Cartar. L, Schluchter M, Taylor HG, Flannery D, Klein N, Borawski El. (2004) Behavioral Outcomes and Evidence of Psychopathology Among Very Low Birth Weight Infants at Age 20 Years, *Pediatrics* 114 (4) 932-940.
- Hall BW, Kaufmann MN. (2010) Clinical inquiries. Do dietary interventions improve ADHD symptoms in children? *J Fam Pract*. 59(4):234-5.
- Hanan CS, Aarnoudse-Moens, Weisglas-Kuperus N, van Goudoever JB, Oosterlaan J (2009) Meta-Analysis of Neurobehavioral Outcomes in Very Preterm and/or Very Low Birth Weight Children, *Pediatrics* 124 (2) 717-728; DOI: 10.1542/peds.2008-2816
- Harvey, E., Danforth, J. S., Eberhardt McKee, T., Ulaszek, W. R., Friedman, J. L. (2003). Parenting of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): The role of parental ADHD symptomatology. *Journal of Attention Disorders*, 7, 31–42
- Hechler, T., Endres, D., Thorwart, A. (2016). Why harmless sensations might hurt in individuals with chronic pain: About heightened prediction and perception of pain in the mind. *Frontiers in Psychology*, 7, 1638.
- Hechtman L., Weiss G. (1983) Long-term outcome of hyperactive children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 53, 532–541.
- Hill J. C., Schoener E. P. (1996) Age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1143–1146.



- Hinshaw, S.P., Owens, E.B., Wells, K.C. (2000) Family processes and treatment outcome in the MTA: Negative/ineffective parenting practices in relation to multimodal treatment. *J Abnorm Child Psychol* 28, 555–568.
- Hirota T, Schwartz S, Correll CU. (2014) Alpha-2 agonists for attention-deficit/hyperactivity disorder in youth: a systematic review and meta-analysis of monotherapy and add-on trials to stimulant therapy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* Feb;53(2):153-73, doi: 10.1016/j.jaac.2013.11.009. Epub 2013 Dec 6.
- Jahrami H, Al Ansari AM, Janahi AI, Janahi AK, Darraj LR, et al. (2020) The risk of eating disorders among children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: Results of a matched cohort study. *International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine*, <https://doi.org/10.1016/j.ijpam.2020.06.002>
- Johnston, C., Mash, E. J., Miller, N., Ninowski, J.E. (2012). Parenting in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Clinical Psychology Review* 32: 215–228
- Johnson S, Hollis C, Kochhar P, Hennessy E, Wolke D, Marlow N. (2010) Psychiatric disorders in extremely preterm children: longitudinal finding at age 11 years in the EPICure study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.49(5):453-63
- Kalf, A. C., Hendriksen, J. G. M., Kroes, M., Vles, J. S. H., Steyaert, J., Feron, F. J. M. (2002). Neurocognitive performance of 5-and 6-year-old children who met criteria for attention deficit/hyperactivity disorder at 18 months follow-up: Results from a prospective population study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(6), 589–598.
- Kasen S., Cohen, P., Skodol, A.E., et al. (1999). Influence of child and adolescent psychiatric disorders on young adult personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 156, 1529 – 1535.
- Kay, J., Tasman, A. (2006). *Essentials of Psychiatry*. John Wiley & Sons, Ltd
- Kendall J., Hattore D., Beckett A., Leo M. (2003). Children’s accounts of attention – Deficit/ Hyperactivity Disorder. *Adv Nurs Science*, 26:114-30.
- Kennedy M, Kreppner J, Knights N, et al. (2016) Early severe institutional deprivation is associated with a persistent variant of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: clinical presentation, developmental continuities and life circumstances in the English and Romanian Adoptees study. *J Child Psychol Psychiatry*; 57: 1113–25
- Kieling C, Goncalves RR, Tannock R et al (2008). Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 17:285-307.
- Kingston, P. W. (2001). The unfulfilled promise of cultural capital theory. *Sociology of Education*. 88-99.
- Klein R. G., Mannuzza, S. (1991) Long-term outcome of hyperactive children: a review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 383–387.



- Knopik VS, Sparrow EP, Madden PA, et al. (2005) Contributions of parental alcoholism, prenatal substance exposure, and genetic transmission to child ADHD risk: a female twin study. *Psychol Med* 35: 625–35.
- Krepner J, Kumsta R, Rutter M, Beckett C, Castle J, Stevens S, Sonuga-Barke EJ. IV. (2010) Developmental course of deprivation-specific psychological patterns: early manifestations, persistence to age 15, and clinical features. *Monogr Soc Res Child Dev. Apr*;75(1):79-101.
- Kooij, JJS, Aeckerlin, LP, Buitelaar, JK (2001) Functioning, comorbidity and treatment of 141 adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) at a Psychiatric Outpatients' Department. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 145(31):1498-1501.
- Kooij, J.J.S, Francken, M:S. (2010). Diagnostisch Interview Voor ADHD (DIVA 2.0). Diva Foundation
- Krieger, F.V. Polanczyk, G.V. Goodman, R. Rohde, L.A. Graeff-Martins, A.S. Salum, G. Gadelha, A. Pan, P. Stahl, D. Stringaris, A. (2013) Dimensions of oppositionality in a Brazilian community sample: testing the DSM-5 proposal and etiological links. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 52 (4), pp. 389-400
- Krusch, D. A., R. Klorman, et al. (1996). Methylphenidate Slows Reactions of Children with Attention Deficit Disorder during and after an Error. *Journal of Abnormal Child Psychology* 24(5): 633–650
- Kuperman, S., Schlosser, S.S., Kramer, J.R., et al. (2001) Developmental sequence from disruptive behavior diagnosis to adolescent alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry*. 158 , 2022 – 2026
- Kunda, Z, Oleson, KC (1995). Maintaining stereotypes in the face of disconfirmation: Constructing grounds for subtyping deviants. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 565–579
- Ladd, G.W., Golter, B.S. (1988). Parents' management of preschooler's peer relations: Is it related to children's social competence? *Developmental Psychology*, 24(1), 109-117.
- Lareau, A. (2003) *Unequal Childhoods: Class, Race, and Family Life*. L.: University of California Press.
- Langley K, Rice F, van den Bree MB, Thapar A. (2005) Maternal smoking during pregnancy as an environmental risk factor for attention deficit hyperactivity disorder behaviour. A review. *Minerva Pediatr*; 57(6):359-71.
- Langley K, Heron J, O'Donovan MC, et al. (2010) Genotype link with extreme antisocial behavior: the contribution of cognitive pathways. *Arch Gen Psychiatry*; 67: 1317 – 23
- Langley, K., Fowler, T., Ford, T., Thapar, A. K., van den Bree, M., Harold, G., et al. (2010). Adolescent clinical outcomes for young people with attention-deficit hyperactivity disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 196(3), 235–240.
- Levine, M. (2003). *The Myth of Laziness*. New York: Simon and Schuster



- Lifford KJ, Harold GT, Thapar (2008) A. Parent-child relationships and ADHD symptoms: a longitudinal analysis. *J Abnorm Child Psychol.* Feb;36(2):285-96.
- Lundahl, B., Risser, H. J., Lovejoy, C. M. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26, 86-104.
- Luria AR. (1973). *The working brain: An introduction to neuropsychology* (B. Haigh, Trans.). New York: Basic Books
- Maccoby, E.E.; Martin, J.A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In Mussen, P.H.; Hetherington, E.M. *Manual of child psychology, Vol. 4: Social development.* New York: John Wiley and Sons. pp. 1–101.
- Mannuzza S., Klein R. G., Abikoff H., et al. (2004) Significance of childhood conduct problems to later development of conduct disorder among children with ADHD: a prospective follow-up study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 565–573
- Martin J, O'Donovan MC, Thapar A, Langley K, Williams N. (2015) The relative contribution of common and rare genetic variants to ADHD. *Transl Psychiatry*; 5: e506.
- Mayes S D., Calhoun, SL et al. (2000). Learning Disabilities and ADHD: Overlapping Spectrum Disorders. *Journal of Learning Disabilities* 33(5):417– 424.
- McCollum, J.A., Ostrosky, M. M. (2008). Family roles in young children's emerging peer-related social competence. In Brown, W. H., Odom, S.L., McConnell, S.R. (Eds.), *Social competence of young children: Risk, disability, and intervention* (pp. 31-60). Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- McGough J (2014) ADHD. Oxford University Press
- Mick E., Faraone S V. (2008). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17, 261–284
- Mikami, A. Y., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Hoza, B., Hechtman, L., Newcorn, J. H., Abikoff, H. B. (2010). Bulimia nervosa symptoms in the multimodal treatment study of children with ADHD. *International Journal of Eating Disorders*, 43 (3), 248 – 259.
- Miller, DT, Turnbull, W (1986). Expectancies and interpersonal processes. *Annual Review of Psychology*, 37(1), 233–256
- Milich, R., C. Carlson, et al. (1991). Effects of Methylphenidate on the Persistence of ADHD Boys Following Failure Experiences. *Journal of Abnormal Child Psychology* 19(5): 519–536.
- Moffitt, T. E. (1990) Juvenile delinquency and attention deficit disorder: boys' developmental trajectories from age 3 to 15. *Child Development*, 61, 893–910.
- Mulraney, M., Schilpzand, E.J., Hazell, P., Nicholson, J.M, Anderson, V.A., Efron, D., Silk, T.J., Sciberras, E. (2016). Comorbidity and correlates of disruptive mood dysregulation disorder in 6-8 years old children with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 25: 3: 321-330
- Murray DW, Kollins SH, Hardy KK, Abikoff HB, Swanson JM, Cunningham C, et al. (2007) Parent versus teacher's ratings of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in the



preschoolers with attention-deficit/hyperactivity disorder treatment study (PATS). *J Child Adolesc Psychopharm*; 17(5): 605-620

- National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. London: British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists. <<http://www.nice.org.uk/CG72>>
- Neale BM, Medland SE, Ripke S et al (2010). Meta-analysis of genomewide association studies of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49:884-897.
- Nigg JT. (2008) ADHD, lead exposure and prevention: how much lead or how much evidence is needed? *Expert Rev Neurother*. 8(4):519-21. doi: 10.1586/14737175.8.4.519.
- Nigg J, Nikolas M, Burt SA (2010). Measured gene-by-environment interaction in relation to attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49:863-873.
- Noble, GS, O’Laughlin, L, Brubaker, B. (2012). Attention deficit hyperactivity disorder and sleep disturbances: consideration of parental influence. *Behav Sleep Med*; 10(1):41– 53
- Nolan, W.A., Luckenbaugh, D.A., Altshuler, L.L., et al. (2004) Correlates of 1-year prospective outcome in bipolar disorder: Results from the Stanley Foundation Bipolar Network. *American Journal of Psychiatry*. 161, 1447 – 1454.
- Ohan, JL, Visser, TAW, Strain, MC, Allen, L (2011). Teachers’ and education students perceptions of and reactions to children with and without the diagnostic label “ADHD”. *Journal of School Psychology*, 49(1), 81–105.
- Ott, D.C.R, Guthrie, D, et al. (2001). Measures of psychopathology in children with complex partial seizures and primary generalized epilepsy with absence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 40:907 – 14.
- Ota, K. R., DuPaul, G. J. (2002). Task engagement and mathematics performance in children with attention-deficit hyperactivity disorder: Effects of supplemental computer instruction. *School Psychology Quarterly*, 17, 242-257.
- Owens JA. (2005). The ADHD and sleep conundrum: a review. *J Dev Behav Pedia*; 26(4): 312 – 322.
- Papageorgiou, V., Kalyva, E., Panos, D. Vostanis, (2008) Differences in Parents’ and Teachers’ Ratings of ADHD Symptoms and Other Mental Health Problems *Eur. J. Psychiat*. Vol. 22, 4, 200-210
- Perry P., Kuperman S. (2003) Attention –Deficit/ Hyperactivity Disorder Pharmacotherapy . *Virtual Hospital*. www.vh.org/adult/provider/psychiatry.
- Pollak, Y., Benarroch, F., Kanengisser, L., et al. (2009). Tourette syndrome-associated psychopathology: roles of comorbid attention-deficit hyperactivity disorder and obsessivecompulsive disorder. *J Dev Behav Pedia*, 30 (5), 413–419.



- Popa, S. (2006). Violența domestică și consecințele asupra sănătății. *Romanian Journal of Legal Medicine*, 14(3), 199 – 208.
- Perner, J., Lang, B. (1999). Development of theory of mind and executive control. *Trends in Cognitive Sciences*, 3, 337-344.
- Piaget, J. (1954). *The construction of reality in the child*. New York: Basic Books
- Pringsheim, T., Sandor, P., Lang, A., et al. (2009). Prenatal and perinatal morbidity in children with Tourette syndrome and attention-deficit hyperactivity disorder. *J Dev Behav Pediatr*, 30 (2), 115–121.
- Rief, SF (2005). *How to Reach and Teach Children with ADD/ADHD*. San Francisco: Jossey-Bass
- Robin, A. L. (1998). *ADHD in Adolescents: Diagnosis and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Robin, AL. Training families of ADHD adolescents. (1998) In: Barkley, RA., editor. *Attention deficit hyperactive disorder: A handbook for diagnosis and treatment. 2nd ed.*, Guilford Press; New York, NY
- Robles, P. Z., Romero, T. E. (2011). Programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta: una revision de su eficacia. *Anales de psicología*, 27, (1)86-101.
- Ropper, A. H., Samuels, M.A., Klein J. (2014) *Adams and Victor's Principles of Neurology* (10th Edition). McGraw Hill Education.
- Roussos A, Karantanos G, Richardson C, Hartman C, Karajiannis D, Kyprianos S, et al. (1999) Achenbach's Child Behavior Checklist and Teacher Report Form in a normative sample of Greek children 6-12 years old. *Eur Child Adolesc Psychiatry*; 8(1): 165-172
- Rutter M, Cox A, Tupling C et al. (1975). Attainment and adjustment in two geographical areas, Vol. 1. The prevalence of psychiatric disorders. *Br J Psychiatr* 126, 493–509.
- Safer DJ. (2000) Are stimulants overprescribed for youth with ADHD? *Ann Clin Psychiatry*, 12:55-61.
- Sagiv KS, Thurston SW., Bellinger D., Tolbert PE., Altshul LM., Korrick S., (2010) Prenatal Organochlorine Exposure and Behaviors Associated With Attention Deficit Hyperactivity Disorder in School-Aged Children, *American Journal of Epidemiology*, Volume 171, Issue 5, Pages 593–601.
- Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T. et al. (2018). ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry* , Volume 5 , Issue 2 , 175 - 186
- Schechter, D.S., Mosera, D.A., Pointeta, V.C., Auec, T., Stenze, L., Paoloni-Giacobinod, A., et al. (2017). The association of serotonin receptor 3A methylation with maternal violence exposure, neural activity, and child aggression. *Behavioural Brain Research*, 325: 268–277



- Semrud-Clikeman, M.S., Biederman, J., Sprich, S., et al. (1992) Comorbidity between ADHD and learning disability: A review and report in a clinically referred sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* .31, 439–448.
- Serretti, A., Mandelli, L., Lorenzi, C. et al. (2006). Temperament and character in mood disorders: influence of DRD4, SERTPR, TPH and MAO-A polymorphisms. *Neuropsychobiology*. 53, 9 – 16.
- Shaw P, Eckstrand K, Sharp W et al (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proceedings of the National Academy of Sciences U. S A*, 104:19649-54
- Simon, N.M., Otto, M.W., Wisniewski, S.R., et al. (2004) Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: Data from the first 500 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*. 161, 2222 – 2229.
- Smith AB, Taylor E, Brammer M, Toone B, Rubia K. (2006). Task-specific hypoactivation in prefrontal and temporoparietal brain regions during motor inhibition and task switching in medication-naive children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Am. J. Psychiatry* 163, 1044–1051.
- Spencer T. (2008). Attention-Deficit/ Hiperactivity Disorder. În Ebert, M., Loosen, PT., Nurcombe, B., Leckman, J., *Current Diagnosis & Treatment Psychiatry*, 2nd Edition (Lange Current Series), The McGraw-Hill Companies
- Sprich SE, Burbridge J, Lerner JA, Safren SA (2015) Cognitive-Behavioral Therapy for ADHD in Adolescents: Clinical Considerations and a Case Series. *Cogn Behav Pract.* May; 22(2): 116–126. Published online
- Stevens SE, Sonuga-Barke EJ, Kreppner JM, Beckett C, Castle J, Colvert E, Groothues C, Hawkins A, Rutter M. (2008) Inattention/overactivity following early severe institutional deprivation: presentation and associations in early adolescence. *J Abnorm Child Psychol*, 36(3):385-398
- Stahl, S.M. (2008) *Stahl's Essential psychopharmacology. Neuroscientific Basis and Practical Applications*, 3rd ed. Cambridge University Press, Cambridge.
- Stinson, DA, Logel, C, Shepherd, S, Zanna, MP (2011). Rewriting the self-fulfilling prophecy of social rejection: Self-affirmation improves relational security and social behavior up to 2 months later. *Psychological Science*, 22(9), 1145–1149.
- Stringaris, A., Zavos, H., Leibenluft, E., Maughan, B., Eley T. (2012). Adolescent irritability: phenotypic associations and genetic links with depressed mood. *Am. J. Psychiatry*, 169, 1: 47-54
- Stuss DT, Benson D F (1986). *The frontal lobes*. New York: Raven Press.
- Stuss DT, Floden D, Alexander MP, Levine B, Katz, D. (2001). Stroop performance in focal lesion patients: Dissociation of processes and frontal lobe lesion location. *Neuropsychologia*, 39, 771-786.



- Sullivan, A. (2001). Cultural capital and educational attainment. *Sociology*. T. 35. N 4. pp. 893-912.
- Summer, J.A., Behr, S.K., Turnbull, A.P. (1988). Positive adaptation and coping strengths of families who have children with disabilities. În G.H.S. Singer, L.K. Irvin (Eds.), *Support for care giving families: Enabling positive adaptation to disability*. Baltimore, Paul H. Brookes Publishing, 27-40.
- Sung, V., Hiscock, H., Sciberras, E., Efron, D. (2008). Sleep problems in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: prevalence and the effect on the child and family. *Arch Pediatr Adolesc Med*; 162(4):336 – 42.
- Swanson YM și colab (2007). Etiologic subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: brain imaging, molecular genetic and environmental factors and the dopamine hypothesis. *Neuropsychol Rev* 17: 39-59.
- Taylor, E. (2005). Hyperkinetic disorders. În Gillberg, C., Harrington, R., Steinhausen, H.C. *A Clinician's Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Cambridge University Press
- Taylor E., Sonuga-Barke, E. (2008) Disorders of attention and activity. In *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry (5th edn)* (eds M. Rutter, E. Taylor, J. S. Stevenson, et al.). London: Blackwell
- Taylor E, Dopfner M și colab. (2004) European Clinical guidelines for Hyperkinetic Disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 13: 17-130.
- Taylor, E (2011). Antecedents of ADHD: A historical account of diagnostic concepts. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, 3, 69–75.
- Thamocharan, S., Lange, K., Zale, E.L., Huffhines, L., Fields, S. (2013). The role of impulsivity in pediatric obesity and weight status: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 33(2):253–262
- Thapar A, Cooper M, Jefferies R, Stergiakouli E. (2012) What causes attention deficit hyperactivity disorder? *Arch Dis Child*; 97(3):260-265.
- Thapar A. (2018) Discoveries on the genetics of ADHD in the 21st century: new findings and their implications. *Am J Psychiatry*; 175: 943–50. [PubMed: 30111187]
- Turgay A, Ansari R (2006). Major Depression with ADHD In Children and Adolescents. *Psychiatry (Edgmont)*. Apr; 3(4): 20–32 (Published online)
- Turliuc M. N., Karner Huțuleac, A., Dănilă, O., (2009) *Violența în familie. Teorii, particularități și intervenții specifice*. Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza”, Iași, ISBN 978-973-703-4366.
- Verhulst, F. C., Dekker, M. C., van der Ende, J. (1997). Parent, teacher, and self-reports as predictors of signs of disturbance in adolescents: Whose information carries the most weight? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 75-81.
- Vidal-Ribas, P., Brotman, M.A., Valdivieso, I., Leibenluft, E., Stringaris, A. (2016). The status of irritability in psychiatry: a conceptual and quantitative review. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 55, 7: 556-570



- Visser S, Danielson M, Bitsko R, et al. (2014). Trends in the Parent-Report of Health Care Provider-Diagnosed and Medicated ADHD: United States, 2003–2011. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53, 34–46.
- Volkow, N. D., J. S. Fowler, et al. (2002). Mechanism of Action of Methylphenidate: Insights from PET Imaging Studies. *Journal of Attention Disorders* 6 (supplement 1): S31–S43.
- Vohs, K. D., and R. F. Baumeister. (2004). Understanding Self-Regulation. In *Handbook of Self-Regulation: Research, Theory, and Applications*, ed. R. F. Baumeister and K. D. Vohs. New York: Guilford Press.
- Walton E, Pingault JB, Cecil CA, et al. (2017) Epigenetic profiling of ADHD symptoms trajectories: a prospective, methylome-wide study. *Mol Psychiatry*; 22: 250–56.
- Weiger, W.E., Bear, D.M. (1988). Aggression: types and consequences. *Aggressive behavior*, 13:15-24
- Weiss, MD, Salpekar, J. (2010). Sleep problems in the child with attention-deficit hyperactivity disorder: defining aetiology and appropriate treatments. *CNS Drugs*. 24(10):811 – 28.t
- Wender, P. (1987). *Hyperactive Child, Adolescent, and Adult: Attention Deficit Disorder through the Lifespan*. New York: Oxford University Press.
- Wender, P. (1995). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adults*. New York: Oxford University Press.
- Wolraich, M. L., Wibbelsman, C. J., Brown, T. E., Evans, S.W., Gotlieb, E. M., Knight, J. R., et al. (2005) Attention-deficit/hyperactivity disorder among adolescents: A review of the diagnosis, treatment, and clinical implications. *Pediatrics*, 115, 1734–174
- Wood, J. M. (2007). *Examining stress among parents of children with attention deficit Hyperactivity Disorder*. University of Rochester. New York, pp. 8-50.
- World Health Organization (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva, Switzerland
- Zablotzky B, Bramlett MD, Visser S, Danielson ML, Blumberg S (2018). Latent Class Analysis of ADHD Neurodevelopmental and Mental Health Comorbidities. *J Dev Behav Pediatr*, Jan;39(1):10-19
- Zelazo P D, Carter A, Reznick J S, Frye D. (1997). Early development of executive function: A problem-solving framework. *Review of General Psychology*, 1, 1-29.
- Zelazo PD, Qu L, Müller U (2005) Hot and Cool Aspects of Executive Function: Relations in Early Development in Schneider W, Schumann-Hengsteler R, Sodian R. *Young Children’s Cognitive Development Interrelationships among Executive Functioning Working Memory Verbal Ability and Theory of Mind*, Lawrence Erlbaum Associates Publisher S, Mahwah, London
- Zentall, S. S. (1989). Attentional cuing in spelling tasks for hyperactive and comparison regular classroom children. *The Journal of Special Education*, 23, 83-93.
- Zinbarg, RE.; Craske, MG.; Barlow, DH. 2nd ed. (1993). *Mastery of your anxiety and worry: Therapist guide*. Oxford University Press; New York, NY:



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**



NTNU

Regionalt kunnskapscenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**