



**Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al
Republicii Moldova**

**Tulburarea cu Deficit de Atenție/Hiperactivitate
(ADHD)
Protocol clinic național**

PCN-368

Chișinău
2020

Aprobat prin ședința Consiliului de experți al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale a Republicii Moldova din 18.12.2019, proces verbal nr. 4
Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale a Republicii Moldova nr. 142 din 12.02.2020 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Tulburarea cu Deficit de Atenție/ Hiperactivitate (ADHD)”

Elaborat de colectivul de autori:

Anatol Nacu	USMF „Nicolae Testemițanu”
Jana Chihai	USMF „Nicolae Testemițanu”
Ion Coșciug	USMF „Nicolae Testemițanu”
Inga Deliv	USMF „Nicolae Testemițanu”
Grigore Garaz	USMF „Nicolae Testemițanu”
Irina Hîncu	CCSM Buiucani.

Recenzenți oficiali:

Nicolae Bacinschi	Catedra Farmacologie și farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemițanu”;
Valentin Gudumac	Catedra Medicină de laborator, USMF „Nicolae Testemițanu”;
Ghenadie Curocichin	Catedra Medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”;
Iurie Osoianu	Compania Națională de Asigurări în Medicină;
Silvia Cibotari	Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale.

CUPRINS

CUPRINS	3
SUMARUL RECOMANDĂRIILOR	5
ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	7
PREFAȚĂ	7
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	8
A.1. Diagnosticul. TULBURAREA CU DEFICIT DE ATENȚIE/ HIPERACTIVITATE (ADHD), TULBURĂRI HIPERKINETICE	8
A.2. Codul bolii (CIM 10): F 90.	8
A.3. Utilizatorii	8
A.4. Scopul protocolului	8
A.5. Elaborat (anul) 2020	8
A.6. Revizuire (anul) 2024.....	8
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborare..	8
A.8. Definițiile folosite în document	9
A.9. Informația epidemiologică	9
B. PARTEA GENERALĂ	10
B.1. Nivelul de asistență medicală primară	10
B.2. Nivelul de asistență medicală urgentă.....	10
B.3. Nivelul de asistență medicală specializată de ambulator - CCSM	11
B.4. Nivelul de asistență medicală spitalicească.....	12
C. CONDUITA	13
C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ	13
C.1.1. Algoritm de diagnostic	13
C.1.2. ADHD Tratament. Algoritmul vizând copiii cu vârsta de până la 6 ani.	14
C.1.3. ADHD Tratament. Algoritmul vizând copiii cu vârsta cuprinsă între 6 și 12 ani	15
C.1.4. ADHD Tratament. Algoritmul vizând adolescenții cu vârsta cuprinsă între 13 și 18 ani.	16
C.1.5. ADHD Tratament. Algoritmul vizând persoanele adulte cu ADHD.	17
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR	18
C.2.1. Clasificarea clinică	18
C.2.2. Profilaxia	18
C.2.2.1. Factorii de risc.....	18
C.2.2.2. Screening-ul	19
C.2.3. Conduita pacientului	21
C.2.3.1. Anamneza	21
C.2.3.2. Examenul fizic	24
C.2.3.3. Investigațiile paraclinice	26
C.2.3.4. Diagnosticul diferențiat	27
C.2.3.5. Prognosticul	32
C.2.3.6. Criteriile de spitalizare.....	33
C.2.3.7. Criterii de transfer de la un nivel de asistență medicală la alt nivel.....	33
C.2.3.8. Tratamentul:	34
C.2.3.8.1. Nemedicamentos (la necesitate);	34
C.2.3.8.2. Medicamentos	37
C.2.3.9. Evoluția	45
C.2.3.10. Supravegherea	47
C.2.3.11. Reabilitarea (la necesitate).....	48
C.2.4. Stările de urgență	48
D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI	51
D.1. Pentru instituțiile de AMP	51
D.2. Pentru echipele de AMU	51
D.3. Pentru instituțiile consultativ-diagnostice	51
D.4. Secțiile de profil general ale spitalelor raionale și municipale, UPU	52

D.5. Secțiile specializate ale spitalelor (raionale, dacă există), municipale și republicane	52
E. INDICATORI DE PERFORMANȚĂ CONFORM SCOPURILOR PROTOCOLULUI	53
ANEXE	54
ANEXA 1. Fișa standardizată de audit medical	54
ANEXA 2. Instrumentele de screening in ADHD.....	56
ANEXA 3. Mituri și adevăruri despre ADHD	73
ANEXA 4. Intervenții la domiciliu.....	75
ANEXA 5. Intervenții la școală.....	76
ANEXA 6. Intervenții la locul de muncă	78
ANEXA 7. Ghidul pentru pacient și părinți	79
ANEXA 8. Curriculumul pentru formarea părinților în activitatea cu copii cu adhd	91
ANEXA 9. Ghidul pentru educatori și pedagogi.....	101
ANEXA 10. Nivele de evidență și grade de recomandare	109
BIBLIOGRAFIE.....	110

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

- Monitorizare și prudență, vizând grupurile cu risc înalt de ADHD [16, 21, 23, 28, 36, 38, 41, 42, 49, 50, 54].
- Suspectarea ADHD la copiii cu dificultăți de concentrare a atenției, agitație psihomotorie, acțiuni sub impactul primului impuls, manifestate în cel puțin două contexte de viață (ex. acasă și la școală) cu afectarea funcționării zilnice în cel puțin două contexte (ex. acasă și la școală/grădiniță). Comportamentele sunt persistente în ultimele 6 luni, fiind inconsistente cu nivelul de dezvoltare, totodată sunt prezente deficiturile cognitive asociate ADHD (dificultăți la nivelul memoriei de lucru, abilităților de organizare și planificare, înțelegerii relațiilor cauzale într-o succesiune de evenimente, abilităților de autoreglare emoțională și motivațională) [10, 16, 33, 50].
- Simptomele ADHD, conform ICD 10 trebuie să fie prezent pînă la vârsta de 7 ani, conform DSM V pînă la vîrsta de 12 ani [10, 16, 33].
- La prezentarea semnalelor de alarma se vor utiliza chestionare de evaluare, instrumente de screening a copiilor, părinților, rudelor, apărținătorilor, profesorilor [2, 6, 7, 11, 14, 17, 50, 57].
- Confirmarea diagnosticului de ADHD se va efectua prin evaluarea multidisciplinară comprehensivă a persoanelor cu ADHD, iar diagnosticul se va conforma cu standardele ICD 10 - 11 și DSM-V cu specificarea tipului și severității ADHD [10, 16, 31, 33, 59].
- Asistența medicală primară (medicul de familie, asistentul medical) va face istoricul cazului, va recunoaște simptomele ADHD, va face trimitere pentru intervenție psihiatrică, va superviza prescripțiile medicamentoase, la fiecare 6 luni [7, 10, 11, 50, 59].
- La prezentarea simptomelor afective sau afectiv-psihotice, care nu prezintă pericol pentru sine sau pentru cei din jur se va trimite pacientul în mod obligatoriu la CCSM.
- Se va efectua investigarea comorbidităților și a cărorva probleme coexistente (tulburările de spectru autist, tulburări cognitive, tulburări de vorbire și limbaj, ticurile-inclusiv patologie Tourette, alte tulburări de dezvoltare, leziuni cerebrale, tulburarea opoziționistă cu provocare și cea de conduită, probleme interpersonale, tulburările de stres posttraumatic, tulburările de anxietate, tulburarea obsesiv-compulsivă, depresia, tulburarea disruptivă a dispoziției, abuzul de substanțe, probleme somatice (deficiențe de auz sau vîz, probleme de somn, efecte secundare ale medicamentelor pentru căile respiratorii(β -simpatomimetice), alte patologii medicale, alte tulburări de sănătate mintală) [2, 10, 59].
- Diagnosticul diferențial se va face cu: psihoză, manie, depresie, tulburări de spectru autist (TSA), tulburarea bipolară, tulburarea afectivă cu dereglare disruptivă, tulburări de adaptare, tulburări anxioase, tulburarea de personalitate antisocială, borderline. [10, 15, 59].
- Indiferent de severitatea ADHD se vor oferi psihoeducație și sfaturi pentru părinți și/sau școală [3, 15, 52, 53, 54, 65, 66, 67].
- CCSM va informa pacientul/părinții despre ADHD iar decizia referitor la necesitatea inițierii tratamentului va fi luată de comun acord. [3, 11, 65, 66].
- În ADHD manifestat cu probleme comportamentale se va efectua trainingul părinților (posibil trainingul profesorilor) [3, 15, 65, 66].
- Adolescenții și tinerii cu ADHD ar trebui să fie reexaminați la vîrsta de aproximativ 14 ani pentru a stabili o tactică de gestionare a pacienților.
- Timpul pentru transferul unui pacient la un grup de adulți poate varia individual, dar de obicei trebuie să fie completat pînă cînd un tînăr are 18 ani.
- CCSM/centre specializate de intervenție în ADHD vor efectua intervenție activă în criză, iar în caz de ineficiență, trimitere la secția psihiatrică din spitalele generale din regiunea deservită.
- În cazul predominării simptomaticeii afectiv-psihotice, agresive, autoagresive, dacă este limitată siguranța pacientului și persoana prezintă pericol pentru sine și/sau societate se va transporta și spitaliza obligatoriu pacientul fără liberul consimțămînt, în condițiile prevăzute de Legea privind sănătatea mintală în secțiile psihiatrice ale spitalelor de profil general, sau spitalul de psihiatrie
- Spitalizarea pacienților psihotici, în caz de decompensare a stărilor comorbide, a celor cu tentative de suicid și celor cu comportament heteroagresiv sau/și bizar la solicitarea serviciilor

de urgență, poliției cu informarea imediată a echipei comunitare de sănătate mintală din CCSM.

- Tratamentul ADHD vizează intervenții nemedicamentoase, gestionarea comportamentului și tratament farmacologic centrate pe pacient. [19, 20, 26, 27, 46, 52, 53].
- Abordarea nemedicamentoasă ADHD include intervenții psihosociale, psihoeducație, psihoterapie: Terapia cognitiv-comportamentală, Instruire Mindfulness. [26, 27].
- În alegerea tratamentului farmacologic în ADHD se va lua în considerare următoarele: (1). Vârsta și variația individuală; (2). Durata efectului; (3). Rapiditatea instalării efectului terapeutic al medicației; (4). Tabloul clinic al ADHD; (5). Profilul simptomelor comorbide; (6). Comorbiditățile psihiatrice; (7). Atitudinea referitor la medicație; (8). Probleme medicale și alte medicamente administrate de către pacient. [4, 19, 20, 46, 52, 53].
- Metifenidatul sau Dexamfetamina sunt primele opțiuni în tratamentul farmacologic al adulților cu ADHD [4, 8, 12, 13, 14, 22, 24, 27, 44, 45, 47, 51, 55, 63].
- Dacă tratamentul cu Methylphenidatum* și Dexamfetamină s-a dovedit a fi insuficient de eficient sau nu este bine tolerat, utilizați mai întâi Atomoxetină [1, 5, 29, 30, 32, 39, 40, 60, 64].
- Pentru copii de 6-18 ani, dacă este indicat tratament medical, atunci Methylphenidatum* trebuie ales ca primă opțiune [4, 8, 12, 13, 14, 22, 24, 27, 44, 45, 47, 51, 55, 63].
- În caz de eficacitate inadecvată sau efecte secundare (grave) ale Methylphenidatum*ui, examinați oportunitatea utilizării, Dexamfetaminum* sau eventual a Dexamfetaminum* cu acțiune prelungită. [4, 8, 12, 13, 14, 22, 24, 27, 44, 45, 47, 51, 55, 63].
- În caz de eficacitate inadecvată sau efecte secundare grave ale medicației cu acțiune stimulantă, sau dacă se dorește o acoperire de 24 de ore, Atomoxetinum* sau Guanfacinum* sunt remediile recomandate pentru pasul următor [1, 5, 29, 30, 32, 39, 40, 60, 64].
- Nu se va utiliza Risperidonă pentru tratamentul ADHD, (excepție este: prezența ticurilor, comportamentului de opoziție, tulburărilor psihotice și/sau maniei bipolare) [9, 34, 43, 56].
- Se va urmări și reevalua eficacitatea și nevoia de tratament în mod regulat prin stabilirea unui program al vizitelor și contactelor cu pacientul și familia. [4, 11, 19, 20, 46, 52, 53].
- După atingerea scopului terapeutic din staționar, externarea va fi cât mai timpuriu, iar Extrasul obligatoriu va conține: diagnosticul exact detaliat, rezultatele investigațiilor efectuate, recomandările explicite pentru pacient, programul individual de recuperare elaborat în comun cu echipa comunitară de sănătate mintală, recomandările pentru medicul de familie. [11, 58].
- Inițierea cât mai timpurie a procesului de reabilitare în școală, la domiciliu și la locul de muncă, ce oferă beneficii. [3, 7, 65, 66].

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

ADHD	Tulburarea cu deficit de atenție/hiperactivitate
BP	Tensiunea Arterială
BPD	Tulburarea de personalitate borderline
CADDRA	Canadian ADHD Resource Alliance
CCSM	Centru Comunitar de Sănătate Mintală
CD	Tulburarea de conduită
CIM-10	Clasificatorul internațional al maladiilor, ediția a 10-a, O.M.S.
CPTs	Testele de performanță continuă
DSM-5	Manualul de Diagnostic și Statistică al Tulburărilor Mentale, ediția a 5-a
ECG	Electrocardiografie
ECSM	Echipa comunitară de sănătate mintală
EEG	Electroencefalografie
EUPD	Tulburarea de personalitate emoțional instabilă
FDA	Food and Drug Administration (USA)
fMRI	Functional magnetic resonance imaging
GRTH	Generalized resistance to thyroid hormone
HR	Frecvența cardiacă
ISRS	Inhibitori selectivi de recaptare a serotoninei
LDH	lactat dehidrogenaza
MTA	Tratament multimodal dedicat copiilor cu ADHD
NICE	Ghidurile NICE al National Institut for Health and Care Excellence
NIMH	The National Institute of Mental Health (USA)
NVvP	Dutch association for psychiatry
ODD	Tulburarea defiantă, opoziționistă cu provocare
PCC	Psihoterapie cognitiv-comportamentală
PET	Positron emission tomography
SCR	Studiu clinic randomizat
SNC	Sistemul nervos central
SPECT	Single- photon emission computer tomography
SUA	Statele Unite ale Americii (USA)
TC	Traumatism cranian
TP	Tulburare de personalitate
TSA	Tulburări de spectru autist
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie

PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Catedrei Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, cu suportul proiectului “**MENSANA - Reforma Serviciilor de Sănătate Mintală în Republica Moldova**” implementat de către consorțitul format din Institutul Trimbos (Institutul Național de Sănătate Mintală și Adicții din Olanda), Luzerner Psychiatrie (Serviciile de Sănătate Mintală din Lucerna, Elveția) și Liga Română pentru Sănătate Mintală.

Protocolul clinic este elaborat în baza sumarului următoarelor documente:

- NICE guideline ADHD (2018);
- Care standard ADHD (2017/2018);
- Guideline modules ADHD (2017/2018) and Guideline module Adults screening, diagnosis and pharmacotherapy (2015) (2013);
- Canadian ADHD Practice Guidelines (2018);

e) Canadian ADHD Resource Alliance.

Protocolul va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale, în funcție de posibilitățile reale ale fiecărei instituții în anul curent. La recomandarea MSMPS, pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în PCN.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1.DIAGNOSTICUL.

TULBURAREA CU DEFICIT DE ATENȚIE/ HIPERACTIVITATE (ADHD), TULBURĂRI HIPERKINETICE

EXEMPLE DE FORMULARE A DIAGNOSTICULUI CLINIC:

1. Tulburare a activității și atenției.
2. Tulburare hiperkinetică de conduită.
3. Alte tulburări hiperkinetice.
4. Tulburare hiperkinetică, nespecificată.

A.2.CODUL BOLII (CIM 10): F 90.

A.3.UTILIZATORII

1. prestatorii de servicii medicale la nivel de AMP;
2. centrele comunitare de sănătate mintală (psihiatri, psihoterapeuți, psihologi, asistente medicale, asistenți sociali);
3. cabinetele de consultanță psihiatrică în centrele consultative raionale (medici psihiatri);
5. secțiile de psihiatrie în spitalele de profil general (municipale, raionale);
6. spitalele de psihiatrie (medici psihiatri, medici rezidenți);
7. centrele medicinii de urgență (medici ai serviciului urgență);
8. centrele de intervenție în criză (medici psihiatri, psihoterapeuți, toxico-reanimatologi, reanimatologi, psihologi, asistente medicale).

Notă: Protocolul, la necesitate, poate fi utilizat și de alți specialiști implicați în acordarea asistenței medicale pacienților cu Tulburare cu Deficit de Atenție/ Hiperactivitate (ADHD).

A.4.SCOPUL PROTOCOLULUI

1. Facilitarea procesului de diagnostic al Tulburării cu Deficit de Atenție/ Hiperactivitate (ADHD).
2. Sporirea calității managementului, tratamentului și calității vieții pacientului cu Tulburare cu Deficit de Atenție/ Hiperactivitate (ADHD).
3. Depistarea precoce a pacienților cu Tulburare cu Deficit de Atenție/ Hiperactivitate (ADHD).
4. Evitarea dezvoltării dizabilității și a stigmatizării pacienților cu Tulburare cu Deficit de Atenție/ Hiperactivitate (ADHD).

A.5.ELABORAT (ANUL) 2020

A.6.REVIZUIRE (ANUL) 2025

A.7.LISTA ȘI INFORMAȚIILE DE CONTACT ALE AUTORILOR ȘI ALE PERSOANELOR CE AU PARTICIPAT LA ELABORARE.

Numele	Funcția
Anatol Nacu	d.h.ș.m., profesor universitar, șef catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”
Jana Chihai	d.ș.m., conerențiar universitar, Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”
Ion Coșciug	d.ș.m., conerențiar universitar, Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”
Inga Deliv	d.ș.m., conerențiar universitar, Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”
Grigore Garaz	asistent universitar, Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”
Irina Hîncu	psihiatru, doctorand USMF „Nicolae Testemițanu”, CCSM Buiucani.

Protocolul a fost discutat aprobat și contrasemnat:

Denumirea	Numele și semnătura
Catedra de psihiatrie, narcologie și psihologie medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”	Anatol Nacu
Comisia științifico-metodică de profil Psihiatrie și Narcologie	Stanislav Groppa
Catedra de medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”	Ghenadie Curocichin
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	Silvia Cibotari
Consiliul de experți al Ministerului Sănătății	Aurel Grosu
Compania Națională de Asigurări în Medicină	Iurie Osoianu

A.8.DEFINIȚIILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

Tulburare cu Deficit de Atenție/ Hiperactivitate (ADHD) – modelul persistent de lipsa de atenție și/sau hiperactivitate-impulsivitate care afectează funcționarea sau dezvoltarea.

Afectarea atenției – întreruperea prematură a activităților cu scop, lăsându-le neterminate. Lipsa de atenție se manifestă comportamental în ADHD prin abaterea de la sarcini, lipsa de consecvență, dificultatea de a rămâne concentrat și dezorganizarea, și nu este cauzată de sfidare sau de lipsă de înțelegere.

Hiperactivitate – o agitație în special în situațiile ce impun un calm relativ. Hiperactivitatea se referă la un individ cu activitate motorie în exces (cum ar fi un copil care aleargă de colo-colo), în situații inadecvate, excesiv de neastâmpărat, de vorbăreț, care se foiește sau bate ritmic cu degetele în semn de nerăbdare.

Impulsivitate – se referă la acțiuni pripite realizate pe moment, fără a le pregăti în prealabil, și care au potențial crescut de a provoca rănirea individului (e.g., traversarea străzii fără a se asigura dacă vine sau nu o mașină). Impulsivitatea poate fi expresia unei dorințe de recompensă imediată sau a incapacității de a întârzia obținerea satisfacției. Comportamentele impulsive se pot manifesta ca intruziune socială (e.g., întreruperea abuzivă a celorlalți) și/sau luarea unor decizii importante fără a se gândi la consecințele pe termen lung ale acestora (e.g., acceptarea unui loc de muncă fără a obține suficiente informații despre el).

A.9.INFORMAȚIA EPIDEMIOLOGICĂ

Studiile populaționale sugerează că ADHD apare la aproximativ 5% din copii și 2,5% din adulți¹. Este o afecțiune frecventă printre tineri (copii și adolescenți), cu rata prevalenței de aproximativ 3,4% (BI 95% 2,6-4,5)². Cercetările au arătat că ADHD este mult mai răspândită printre băieți, comparativ cu fetele.³ (Ford și colab., 2003). Rata de prevalență printre adulți este mai puțin evidentă și se estimează între 2,5-5%.^{4,5,6,7,8}, iar printre vârstnici (peste 65 ani) – este de peste 3%^{9,10}.

¹ DSM – 5. Manual de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale. Ediția a 5-a. 2016.

² Polanczyk, G.V., Salum, G.A., Sugaya, L.S., Caye, A., Rohde, L.A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365. (Dovadă de nivel A)

³ Ford T, Goodman R, Meltzer H (2003) The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The Prevalence of DSM-IV Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42(10): 1203–11 (Dovadă de nivel B)

⁴ Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E. e.a. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35(2), 245-256 (Dovadă de nivel C)

⁵ Murphy, K. & Barkley, R.A. (1996). Prevalence of DSM -IV symptoms of ADHD in adult licensed drivers: Implications for clinical diagnosis. *Journal of Attention Disorders* 3, 147-161. (Dovadă de nivel C)

⁶ Kooij, J.J.S., Buitelaar, J.K., Oord, E.J. van den, Furer, J.W., Rijnders, C.A., & Hodiamont, P.P. (2005). Internal and external validity of attention-deficit hyperactivity disorder in a population-based sample of adults. *Psychological Medicine*, 35(6), 817-827. (Dovadă de nivel B)

⁷ Simon, V., Czobor, P., Bálint, S., Mészáros, A., & Bitter, I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 194(3), 204-211. (Dovadă de nivel A)

⁸ Fayyad, J., de Graaf, R., Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., e.a. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry*, 190, 402-409. (Dovadă de nivel B)

⁹ Guldberg-Kjär T, Johansson B. (2009) Old people reporting childhood AD/HD symptoms: Retrospectively self-rated AD/HD symptoms in a population-based Swedish sample aged 65-80. *Nordic Journal of Psychiatry*. 63(5):375–382. (Dovadă de nivel B)

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ		
Descrierea măsurilor	Motivele	Pașii
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară.	Evaluarea și monitorizarea copiilor și adulților cu risc înalt pentru ADHD.	Obligatoriu: • Psihoeducația privind ADHD (Anexa 3, 4, 5, 6) • Recunoașterea grupului de risc pentru ADHD (Caseta 1)
2. Diagnostic		
2.1. Suspectarea și detectarea ADHD.	Anamneza și observarea permite suspectarea ADHD la persoanele din grupul de risc.	Obligatoriu: • Identificarea semnelor de alarmă (Caseta 2) • Anamneza (Caseta 5). • Examen fizic (Caseta 6C.2.3.2). • Trimiterea la CCSM (Caseta 21)
3. Tratamentul		
3.1. Referire pentru tratament.		Obligatoriu: • Trimiterea la CCSM (Caseta 21)
4. Supravegherea clinică	Prevenirea recidivelor.	Obligatoriu: • Monitorizarea sănătății fizice. • Trimiterea la CCSM (Caseta 21)

B.2. NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ URGENTĂ		
Descrierea măsurilor	Motivele	Pașii
1. Diagnostic		
1.1. Suspectarea și detectarea ADHD.	Manifestarea ADHD la persoanele din grupul de risc.	Obligatoriu: • Identificarea semnelor de alarmă (Caseta 2) • Anamneza (Caseta 5). • Examen fizic (Caseta 6) • Trimiterea la CCSM (Caseta 21)
1.2. Referire pentru stabilirea diagnosticului de ADHD	În caz de dubii, sau de diagnostic concomitent ce necesită intervenții suplimentare pentru a exclude/ confirma ADHD.	• Evaluarea simptomelor (Caseta 6) • Anamneza. (Caseta 5) • Efectuarea diagnosticului diferențial (Algoritmul C.1.1, Compartimentul C.2.3.4). • Trimiterea la CCSM pentru evaluare multidisciplinară (Caseta 21) • Spitalizarea cu acordul beneficiarului (Caseta 20)
2. Tratamentul		
2.1. Intervenție activă în criză	Stabilizarea stării psihice	Obligatoriu: • Intervenție urgentă (Caseta 34, Caseta 35, Caseta 36, Caseta 37, Caseta 38) • Farmacoterapie (Algoritmii C.1.2, C.1.3, C.1.4, C.1.5)
2.2. Referire pentru	La prezentarea simptomelor	Obligatoriu:

¹⁰ Michielsen M, Semeijn E, Comijs HC, van de Ven P, Beekman ATF, Deeg DJH, et al. (2012) Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in older adults in The Netherlands. British Journal of Psychiatry. 201:298–305. (Dovadă de nivel B)

B.2. NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ URGENTĂ

Descrierea măsurilor	Motivele	Pașii
tratament.	afective sau afectiv-psihotice, care nu prezintă pericol pentru sine sau pentru cei din jur.	Trimiterea la CCSM (Caseta 21)
2.3. Spitalizarea.	Predomină simptomatice afectiv-psihotice, agresive, autoagresive, este limitată siguranța pacientului și persoana prezintă pericol pentru sine și/sau societate.	Obligatoriu: Transportul și spitalizarea pacienților psihotici în secțiile psihiatrice ale spitalelor de profil general, sau spitalul de psihiatrie (Caseta 20, Caseta 21)

B.3. NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ SPECIALIZATĂ DE AMBULATOR - CCSM

Descriere	Motivele	Pașii
1. Diagnosticul		
Confirmarea diagnosticului de ADHD	Nu există simptome tipice pentru ADHD.	Evaluare multidisciplinară comprehensivă a persoanelor cu ADHD (Caseta 3, Algoritmul C.1.1)
<u>Screening-ul</u> copiilor și persoanelor care solicită ajutor serviciilor specializate de asistență de sănătate mintală.	<u>La prezentarea semnalelor de alarmă</u> se vor utiliza niște chestionare de evaluare a copiilor și a părinților.	Aplicarea instrumentelor recomandate (Caseta 3, Anexa 2).
Selectarea tipului de intervenție.	Intervențiile adecvate sunt posibile în urma unei evaluări corespunzătoare a stării psihice/fizice a persoanei.	Evaluarea etapei și tipului de îngrijire (Algoritmii C.1.2, C.1.3, C.1.4, C.1.5, C.2.3.8).
2. Tratamentul		
Tratament farmacologic.	Beneficiu ca rezultatul al administrării remediilor medicamentoase.	- Informarea pacientului/părinților despre ADHD și decizia luată de comun acord referitor la necesitatea inițierii tratamentului (Anexa 7) - Farmacoterapie (Caseta 22, Caseta 26, Caseta 27, Caseta 28, Caseta 29).
Tratament psihologic și psihoterapeutic.	Beneficiu de la inițierea precoce și menținerea alianței (conlucrări) în intervenții (psihologice, sociale)	Inițierea și menținerea programelor educaționale, tratamentului psihologic (Caseta 22, Caseta 23, Caseta 24, Caseta 25).
3. Supravegherea clinică continuă	Pentru a asigura stabilitatea statutului psihic obținut prin intervențiile efectuate se va menține o legătură stabilă cu ECSM, și după depășirea stării de criză.	Menținerea stării de sănătate mintală și supravegherea clinică a persoanelor cu ADHD (Caseta 31).
4. Reabilitarea	Inițierea cât mai timpurie a procesului de reabilitare în școală, la domiciliu și la locul de muncă, ce oferă beneficii.	Recuperarea psihosocială și asigurarea psihoterapiei; includerea în procesul recuperativ a diferitor actori din viața pacientului (Caseta 24, Caseta 25, Anexa 4, Anexa 5, Anexa 6, Anexa 9)

B.4.NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ SPITALICEASCĂ		
Descrierea măsurilor	Motivele	Pași
1. Spitalizare	Beneficiul constă în stabilizarea stării psihice, în caz că, predomină simptomatologia afectiv-psihotică, este limitată siguranța pacientului și persoana prezintă pericol pentru sine și/sau societate după episodul morbid, când intervențiile la nivelul etapelor anterioare nu au fost eficiente.	• Recepționarea pacienților psihotici, a celor cu tentative de suicid și celor cu comportament heteroagresiv sau/și bizar la solicitarea serviciilor de urgență, poliției cu informarea imediată a echipei comunitare de sănătate mintală din CCSM. (Caseta 20, Caseta 21)
2. Diagnosticul		
Confirmarea diagnosticului de ADHD.	În caz de dubii, sau de diagnostic concomitent ce necesită intervenții suplimentare pentru a exclude/ confirma ADHD.	• Anamneza (Caseta 5). • Evaluarea simptomelor. (Algoritmul C.1.1) • Examen fizic (C.2.3.2) • Examenul de laborator. (C.2.3.3) • Efectuarea diagnosticului diferențial. (C.2.3.4) • Evaluare multidisciplinară comprehensivă a persoanelor cu ADHD (Caseta 3, Algoritmul C.1.1)
3. Tratamentul		
	În unele cazuri sunt necesare intervenții mai complexe și intensive cu asigurarea unor condiții de staționar specializat – spitalul de psihiatrie	Conform recomandărilor psihiatrului din ECSM, cu acordul pacientului are loc spitalizarea în spitalul de psihiatrie (C.2.3.8)
4. Externarea	Externarea cât mai timpurie după atingerea scopului terapeutic comun oferă beneficii (eradicarea discriminării, sindromului de hospitalism, stigmei, ameliorarea contactului cu societatea și mediul ambiental)	• Conform recomandărilor psihiatrului din staționar, cu acordul pacientului/părinților și a recomandărilor psihiatrului din CCSM. Extrasul obligatoriu va conține: • Diagnosticul exact detaliat. • Rezultatele investigațiilor efectuate. • Recomandările explicite pentru pacient. • Programul individual de recuperare elaborat în comun cu echipa comunitară de sănătate mintală. • Recomandările pentru medicul de familie.

C. CONDUITA

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C.1.1.ALGORITM DE DIAGNOSTIC

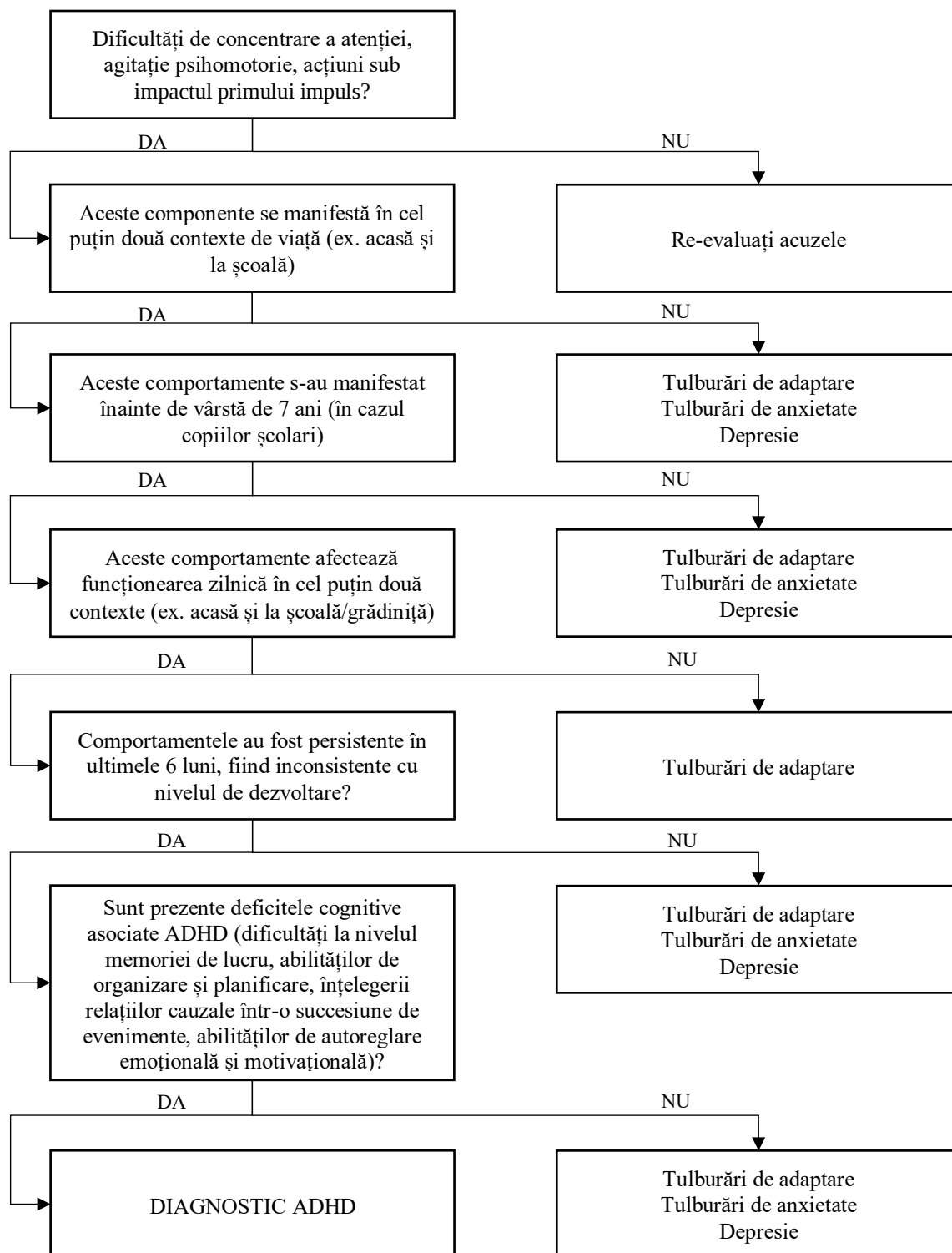


Fig. 1 Algoritm de diagnostic - ADHD

C.1.2. ADHD TRATAMENT. ALGORITMUL VIZÂND COPIII CU VÂRSTA DE PÂNĂ LA 6 ANI.

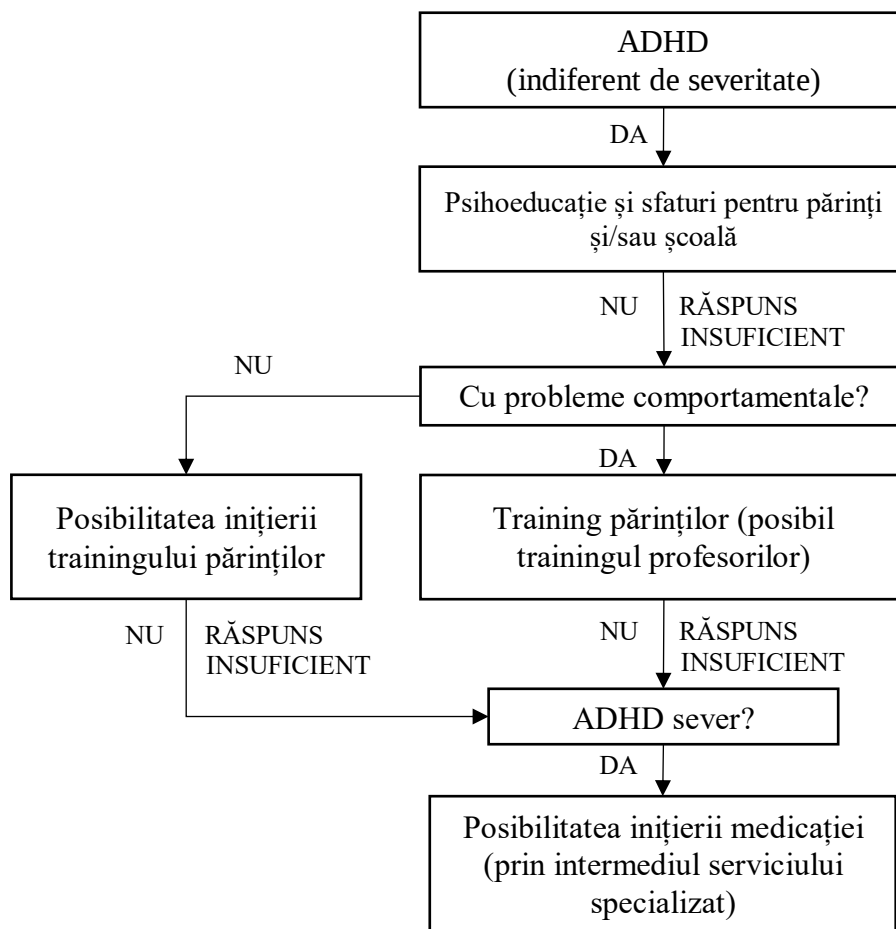


Fig. 2 Algoritmul de tratament vizând copiii cu vârsta de până la 6 ani cu ADHD

C.1.3.ADHD TRATAMENT. ALGORITMUL VIZÂND COPIII CU VÂRSTA CUPRINSĂ ÎNTRE 6 ȘI 12 ANI .

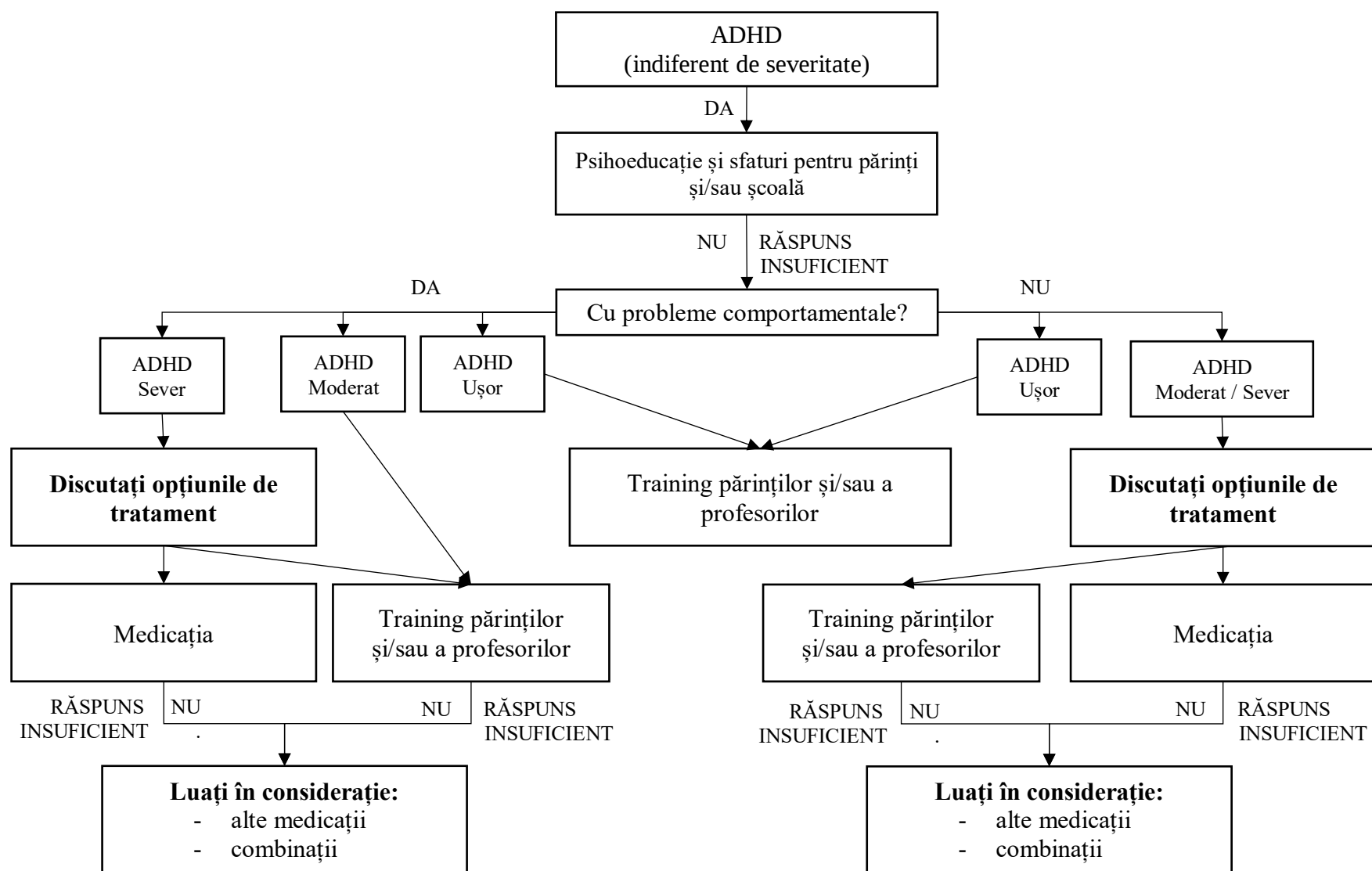


Fig. 3 Algoritmul de tratament vizând copiii cu vârsta cuprinsă între 6 și 12 ani cu ADHD

C.1.4. ADHD TRATAMENT. ALGORITMUL VIZÂND ADOLESCENȚII CU VÂRSTA CUPRINSĂ ÎNTRE 13 ȘI 18 ANI

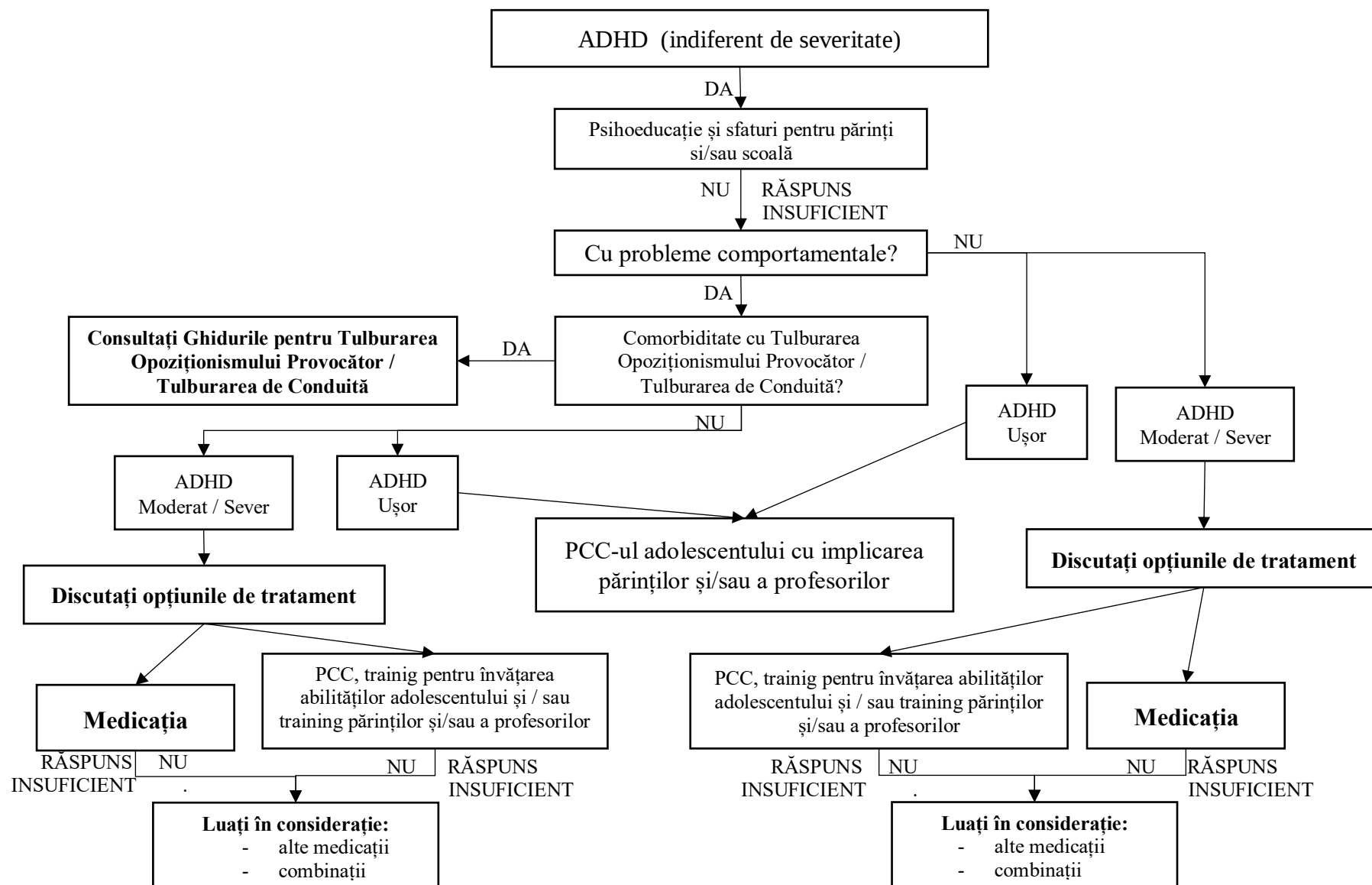


Fig. 4 Algoritmul de tratament vizând adolescenții cu vârsta cuprinsă între 13 și 18 ani cu ADHD

C.1.5.ADHD TRATAMENT. ALGORITMUL VIZÂND PERSOANELE ADULTE CU ADHD.

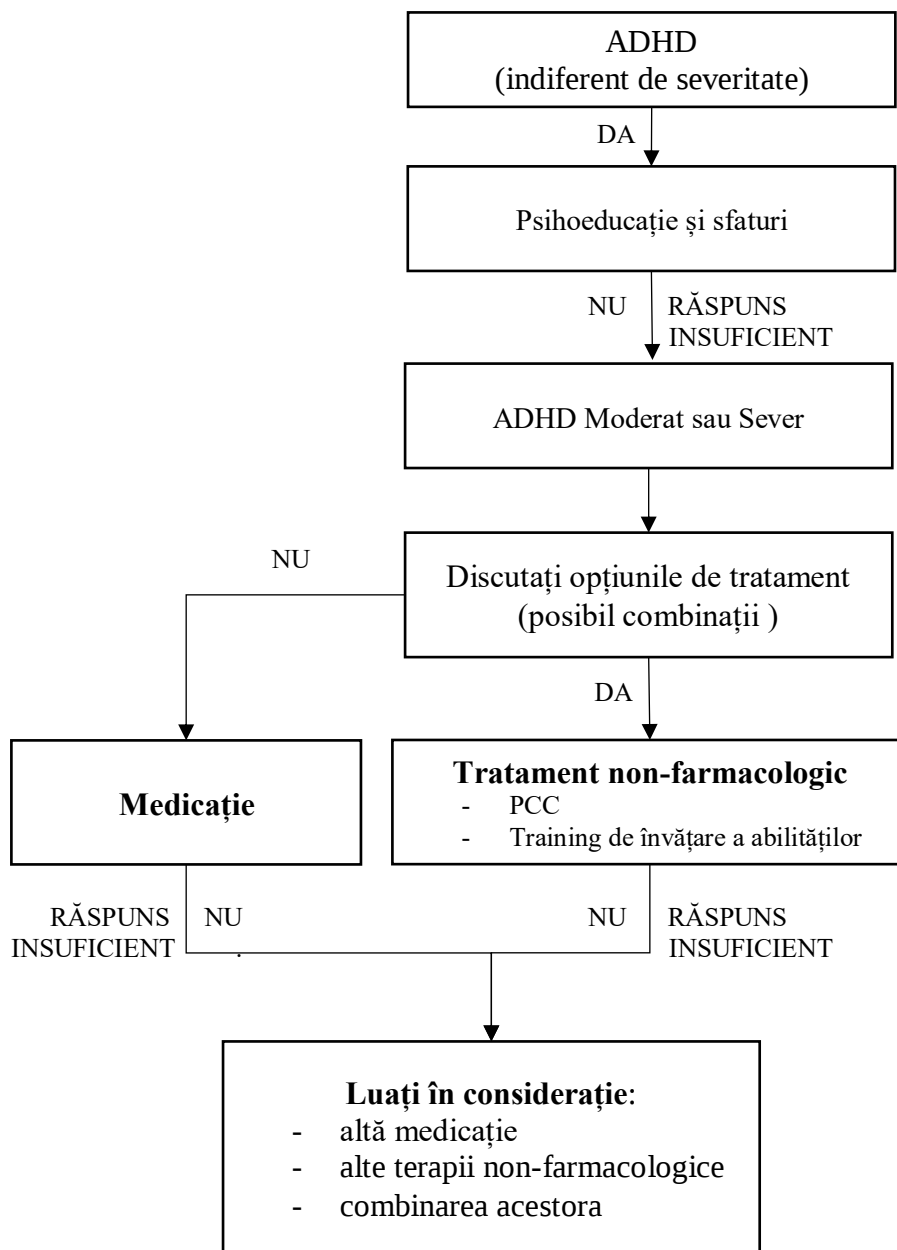


Fig. 5 Algoritmul vizând persoanele adulte cu ADHD.

C.2.DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1.CLASIFICAREA CLINICĂ

Tabelul 1 Clasificarea tulburărilor ADHD

Forma nosologică și codul clasificării	
CIM – 10 - 11	DSM - 5
F 90 Tulburări hiperkinetice	Tulburarea cu deficit de atenție/hiperactivitate
F 90.0 Tulburare a activității și atenției	Tablou clinic cu predominanța lipsei de atenție (314.00)
F 90.1 Tulburare hiperkinetică de conduită	Tablou clinic cu predominanța hiperactivității/impulsivității (314.01) A se specifica dacă: În remisiune parțială A se specifica severitatea actuală: ușoară, moderată, severă
F 90.8 Alte tulburări hiperkinetice	Altă tulburarea cu deficit de atenție/hiperactivitate specificată (314.01)
F90.9 Tulburare hiperkinetică, nespecificată	Tulburarea cu deficit de atenție/hiperactivitate nespecificată (314.01)

C.2.2.PROFILAXIA

Monitorizare și prudență, vizând grupurile cu risc înalt de ADHD, care includ:

- istoric de ADHD la alți membri ai familiei
- născuți prematur
- copii și adolescenți aflați în asistență paternală sau cu tulburare de anxietate ori de dispoziție, sau tulburare de opoziție ori altă tulburare comportamentală
- persoanele cu tulburare epileptică sau tulburare de dezvoltare neurobiologică (de exemplu, tulburare din spectrul autist, tulburare de tic, dizabilitate intelectuală sau dificultăți de învățare)
- adulții cu alte boli mintale (de exemplu, psihoză, tulburare de dispoziție, tulburare de anxietate, tulburare de alimentație) sau cu leziuni cerebrale non-congenitale
- persoane cu istoric de consum problematic de substanțe

C.2.2.1.FACTORII DE RISC

Caseta 1 Diverși factori de risc

Factori de temperament. ADHD se asociază cu un nivel scăzut de inhibiție de control și de restricție comportamentală; cu emotivitate negativă; și/sau cu un nivel ridicat de căutare a noului. Aceste trăsături pot predispuce unii copii la ADHD, dar nu sunt specifice tulburării.

Factori de mediu. Greutatea foarte mică la naștere (sub 1500 de grame) crește de două-trei ori riscul de ADHD, dar majoritatea copiilor cu greutate mică la naștere nu dezvoltă ADHD. Deși ADHD se corelează cu fumatul în timpul sarcinii, această asociere reflectă doar parțial riscul genetic. Un număr mic de cazuri poate fi asociat cu reacții la aspecte care țin de dietă. Poate exista un istoric de abuz asupra copilului, de neglijare, de schimbare frecventă a orfelinatelor, de expunere la neurotoxine (e.g., plumb), de infecții (e.g., encefalită), sau de expunere la alcool în utero. Expunerea la toxinele din mediu a fost și ea corelată cu apariția de ADHD, dar nu se știe dacă aceste asocieri sunt cauzale.

Factori genetici și fiziologici. ADHD are o prevalență crescută printre rudele de gradul I ale indivizilor care au ADHD. Caracterul ereditar al ADHD este substanțial. Deși anumite gene au fost corelate cu ADHD, ele nu sunt nici necesare, nici suficiente ca factori cauzali. Posibile influențe asupra simptomelor ADHD pot fi considerate tulburările vizuale și auditive, anomaliile metabolice, tulburările de somn, carențele nutriționale și epilepsia. ADHD nu se asociază cu trăsături fizice specifice, deși unele anomalii fizice minore pot avea frecvență relativ crescută (e.g., hipertelorismul, bolta palatină ogivală, inserția joasă a urechilor). Pot apărea întârzieri motorii subtile și alte semne neurologice ușoare.

C.2.2.2.SCREENING-UL

Caseta 2 Semnale de alarmă

- Probleme în organizare (dificultăți în gestionarea timpului, ratarea și întârzierea la întâlniri și dificultăți în terminarea proiectelor)
- Performanța neconstantă în lucru/ procesul de învățământ
- Dificultăți în gestionarea furiei
- Probleme în familie/ mariaj
- Dificultăți în menținerea rutinelor gospodărești, modele de somn și alte activități de autoreglare.
- Dificultăți în gestionarea finanțelor.
- Dependențe precum consumul de substanțe, cumpărături compulsive, dependență sexuală, supraalimentare, exerciții compulsive, jocuri electronice sau de noroc.
- Accidente frecvente, fie din imprudență, fie din neatenție.
- Probleme de conducere (bilete de viteză, accidente grave, revocarea permisului).
- Existența unei rude apropiate care are ADHD.
- Trebuie să-și reducă sarcina de curs sau să aibă dificultăți în completarea sarcinilor școlare.
- Stima de sine scăzută sau sub-realizare cronică.

Caseta 3 Instrumente de screening

Screening-ul:

Pe baza analizei literaturii de specialitate privind scalele de evaluare a ADHD am identificat existența următoarelor instrumente:

- **Interviul clinic** (structurat și semi-structurat)-KID-SCID(pentru copii), VIVA 2.0 sau 5.0(pentru maturi);

Punctul de decupare DIVA 2.0

Cu un scor de 6/9 simptome de deficit de atenție și/ sau hiperactivitate în copilărie și de 5/9 la adulți, ar trebui examinată oportunitatea unui diagnostic de ADHD(în conformitate cu DSM-5)

- **Scale de evaluare a comportamentului conform criteriilor ICD-10 și DSM-5 și conform scalelor de evaluare:**

- a. Scalele Conners (Conners et., al., 1997) - CRS-R (3-17 ani)
- b. Scalele Iowa Conners (Loney & Milich, 1982) (6-12 ani)
- c. Chestionarul Swanson, Nolan si Pelham - SNAP– IV (Swanson, 1992) (5-11 ani)
- d. Scala SWAN (Swanson et. al., 2001), (5-11 ani)
- e. Scala SKAMP (Wigal et. al., 1998) – (7-12 ani)
- f. Scala DuPaul (DuPaul et. al., 1998) – ADHD RS-IV (5-18 ani)
- g. Scalele Vanderbilt (VADTRS & VADPRS) (Wolraich, et. al., 2003), (6-12 ani)
- h. Scala ADHD-SRS (Holland et al., 2001), (5-18 ani)
- i. Scalele Brown - BADDS, (Brown, 1996), (3-18 ani)
- j. Scalele Achenbach (Achenbach & Rescorla, 2001), (2-59 ani)
- k. Chestionarul SDQ (Goodman, 1997), (4-18 ani)

- **Evaluarea nivelului de inteligență și performanță**– comorbiditati!
- **Evaluarea contextului familial** - suport intervențional!
- **Evaluarea neuropsihologică**, în special adresate disfuncțiilor executive.

Teste neuropsihologice:

Evaluarea neurocognitivă are următoarele obiective principale:

- Evaluarea IQ.
 1. Weschler Intelligente Scale for Children-III (WISC-III).
 2. Kaufman Brief Intelligente Test (KBIT).
 3. Peabody Picture Vocabulary Test (PPVT).
 4. Stanford-Binet Intelligente Scale (Thorndike, 1986).
- Evaluarea proceselor cognitive specifice deficitare și anume a:
 1. funcțiilor executive (memoria de lucru, atenția susținută, controlul motor)

- a) Subtestul Digit Span din WISC-III
- b) Continuous Performance Test (CPT)- măsoară abilitatea de a menține atenția pe perioade mai lungi de timp (5-20 minute).
- c) Stop Signal Task (SST)- măsoară inhibițiile comportamentale.
- d) Trail Making Test (A și B)- măsoară atenția susținută și memoria de lucru.
- e) Wisconsin Card Sorting Test (WCST)- măsoară memoria de lucru și inhibiția comportamentală.
- f) The Stroop Interference Task- măsoară inhibiția comportamentală.
- g) Matching Familiar Figures Test (MFFT)- este unul dintre cele mai folosite teste pentru evaluarea impulsivității pentru copii.
- h) Word Fluency Test- măsoară expresivitatea limbajului.
- i) Test of Everyday Attention for Children (TEA-CH)- se realizează diagnosticul diferențial între deficite ale atenției susținute, atenției selective, atenției divizate și deficite ale capacităților de mutare ale atenției.
- j) Continuous Performance Test (CPT)- este cel mai popular și mai folosit test computerizat pentru ADHD, un instrument valoros nu numai pentru evaluarea funcțiilor executive ci și pentru monitorizarea răspunsului la tratament.

2. funcțiilor nonexecutive

- a) subtestul pentru vocabular al WISC-III, pentru abilitatea de a da definiții cuvintelor.
- b) Subtestul Block Design al WISC-III pentru abilitățile de construcție vizuală.
- c) Subtestul pentru similarități al WISC-III pentru a găsi calitatea abstractă comună a două cuvinte.
- d) PPVT măsoară limbajul receptiv.
- e) Rey-Osterrieth Complex Figure Test-măsoară abilitățile de construcție vizuală și memoria vizuală pe termen lung.

- Evaluarea achizițiilor școlare (scrisul, cititul, aritmetica)

a) The Wide Range Achievement Test (WRAT).

A fost propusă și folosirea unor actometre pentru evaluarea activității motorii globale. Folosirea acestora poate fi eficientă în recunoașterea copiilor hiperactivi(Frazier, T. W., Demaree, H. A., Youngstrom, E.A., 2004).

Diagnosticul:

- Simptomele trebuie să fi fost prezente înainte de vârsta de 12 ani.
- La vârsta adultă, unele simptome scad (mai ales hiperactivitatea observabilă), dar 60% din simptome rămân prezente, iar majoritatea (90%) suferă de disfuncționalitate la vârsta adultă.
- ADHD este prezent, când simptomele (vezi Anexa 1) apar în mai multe contexte și limitează funcționarea.
- Tipuri de ADHD: combinat, cu deficit de atenție și hiperactiv/impulsiv.
- Severitate: ușoară/ moderată/ gravă.

În procesul de diagnosticare, efectuați următoarele:

- Intervievați părinții și profesorul cu ajutorul unui interviu semi-structurat.
- Intervievați copilul, de asemenea prin intermediul unui interviu semi-structurat, dar cu scopul de a detecta alte probleme decât ADHD. Trebuie detectat IQ-ul copilul.
- Investigați comorbiditatea, cum ar fi probleme de comportament (ODD, CD), dar și probleme somatice (deficiențe de auz sau văz, probleme de somn, efecte secundare ale medicamentelor pentru căile respiratorii (β-simpatomimetice)).
- Efectuați diagnosticul diferențial cu: psihoză, manie, depresie cu agitație.
- Acordați atenție și altor probleme, evenimente stresante și importante.

Doar observarea copilului și aplicarea testelor sau chestionarelor neuropsihologice nu sunt potrivite pentru stabilirea unui diagnostic precis de ADHD !!!

C.2.3.CONDUITA PACIENTULUI

Caseta 4 Conduita pacientului cu ADHD:

- ✓ **Examenul de bază:**
 1. Examen clinic psihiatric, somatic și neurologic complet
 2. Obținerea informației din surse suplimentare părinți, rude, profesori etc.)
 3. Examenul paraclinic
- ✓ **Examene suplimentare:**
 1. Examenul psihologic
 2. Consultul medical

Tabelul 2 Etapizarea pacientului cu ADHD:

Cine acordă îngrijiri	Forma clinică	intervenția
Etapa 1. Asistența medicală primară(medical de familie, asistentul medical)	Face istoricul cazului; Recunoaște simptomele ADHD Face trimitere pentru intervenție psihiatrică; Supervizează prescripțiile medicamentoase, la fiecare 6 luni.	Evaluare Monitorizare
Etapa 2. Asistența medical primară, CCSM	Pentru diagnosticarea ADHD se parcurg următorii pași: Interviu ca copiii și părinții, educatorii, profesorii. Conformarea diagnosticului cu standardele ICD 10 și DSM-V; Se eliberează prescripția medicală; După diagnosticarea ADHD, au loc ședințe semestriale cu psihiatrul. Pentru punerea în aplicare a tratamentului pentru ADHD: Medicație; Repetarea rețetei la fiecare 6 luni (copilul prezintă simptome în conformitate cu standardele DSM-V pentru ADHD); Pentru instruirea pacientului și a părintelui privind începerea tratamentului.	Supravegherea atentă, PCC, exerciții fizice, intervenții psihologice , training pentru părinți,medicație, suport social.
Etapa 3. CCSM, secții psihiatrice în spitalele cu profil general	Tulburări de comportament, asociate sau nu cu abuzul de substanțe.	Medicație, intervenții psihologice complexe, tratament combinat
Etapa 4. Servicii psihiatrice spitalicești: secții psihiatrice în spitalele de profil general și spitalele de psihiatrie	Impulsivitate, comportamente de hetero sau/și autoagresivitate, comportamentele de risc, disforii, depresie	Medicație, tratament combinate.

C.2.3.1.ANAMNEZA

Caseta 5 Recomandări pentru culegerea anamnesticalui în ADHD

- **Istoricul medical:**
 - ✓ *Istoricul bolii(se colectează de la părinți, rude, alți apărținători, profesori sau alți membri al cadrului didactic).*
 - ✓ *Antecedente fiziologice, istoricul sarcinii și nașterii(identificarea factorilor de risc peri, pre și postnatal de afectare cerebrală).*

Istoricul medical global este necesar pentru a identifica factorii de risc pentru ADHD sau alte afecțiuni si pentru a exclude orice alta problema de sanatate care ar putea mima ADHD sau ar putea influenta comportamentul. Orice problema pre, peri sau postnatala care se poate însoti de afectare

cerebrala poate constitui factor de risc pentru ADHD. Acestea nu se refera la scoruri Apgar usor scazute, ci doar la acele evenimente perinatale care pot fi catalogate ca sindrom asfixic. S-a demonstrat ca prematuritatea, expunerea fetala la alcool, hemoragia cerebrala, traumatismele craniocerebrale severe (scor Glasgow 3-8), meningita, hidrocefalia, chirurgia cerebrala sau alte proceduri neurochirurgicale plaseaza copilul în categoria cu un risc crescut pentru ADHD. Studiile au demonstrat ADHD si tulburari de învățare la 10-20% dintre copiii cu greutate la nastere sub 1500 g. Riscul de afectare „minima“ este si mai mare pentru greutatea sub 750 g (37%), iar pentru hemoragie cerebrala intraventriculara este de 32%.

✓ ***Antecedente personale patologice (epilepsie, ticuri, la adolescenți-psihoze)***

Bolile cronice si tratamentul lor trebuie explorate si din cauza potentialului lor impact asupra comportamentului.

Deseori, o boala cronica (malformatie cardiaca congenitala, astmul bronsic, drepanocitoza, insuficienta renala cronica, distrofia musculara Duchenne, convulsiile) se însoteste de tulburari de comportament. Deficitul de auz neobservat se poate însoti de probleme de comportament care pot mima în parte ADHD. Alergiile sau un istoric de atopie sunt importante nu pentru ca ar determina ADHD, ci din cauza congestiei nazale cronice care poate duce la tulburari de somn, odihna proasta, slabind copilul si lasându-l cu prea putina energie pentru a compensa un deficit de comportament.

Epilepsia tip absenta ar putea fi o cauza de deficit atentional la prescolari. Parintii si profesorii interpreteaza gresit perioadele de privire fixa care deseori sunt perioade de visare ale copilului cu ADHD. Ele dureaza mai mult si cedeaza rapid la stimuli externi. Ticurile sunt confundate deseori cu ADHD. Un istoric familial de ticuri nu exclude ADHD, dar creste riscul pentru asocierea lor. Copiii cu ADHD dorm mai putin înca de la vârste mai mici. Ei nu se mai culca dupa-amiaza, se duc târziu la culcare si se scoala mai devreme decât copiii normali. În timpul somnului sunt nelinistiti, se misca mult sau chiar cad din pat. Unii dintre ei sfoaraie sau au o respiratie pe cale orala. Totusi, Kaplan si colab nu au remarcat diferente în timpul total de somn sau în perioada de latentă a somnului la prescolarii agitati, desi exista o frecventa mai mare a trezirilor în cursul noptii la cei hiperactivi. Aceste treziri peste noapte tulbura somnul parintilor care pot raporta ca dorm mai putin. În mod surprinzator, copiii nu arata a fi obositi sau lipsiti de energie a doua zi.

✓ ***Administrarea de medicamente care ar putea interfera negativ cu medicația prescrisă pentru ADHD; existența unei patologii medicale, boli arteriale, traumatisme cerebrale, boli cardiace, etc.***

Medicamentele care determina sedare sau agitatie sunt decongestionantele, antihistaminicele, anticonvulsivantele, în special fenobarbitalul. Parintii copiilor prescolari hiperactivi raporteaza un procent mai mare de acuze fizice (respiratie dificila, obstructie nazala si rinoree, crampe ale musculaturii membrelor inferioare) fata de parintii copiilor fara ADHD. Copiii scolari, cu dificultati la scoala, pot sa se prezinte cu acuze somatice ca cefalee cronica/recurenta, dureri abdominale sau ale membrelor inferioare. Acestea sunt mai intense în zilele de scoala si dispar în vacanțe. Deseori se întâlnește un istoric familial cu tulburari similare.

Istoricul familial

✓ ***Antecedente heredo-colaterale și prezenta oricărui tip de tulburare psihiatrică.***

Întrebarea directă despre ADHD, hiperactivitate, tulburari de învățare la părinți sau prezența altor tulburări psihice, nu este cea mai buna metoda; pot fi de folos întrebările subtile despre servicii speciale de educare, medicatie, abilitatea de a citi si slaba coordonare motorie. Parintii trebuie încurajati sa stea de vorba cu rudele lor despre aceste probleme în cazul în care nu cunosc raspunsul la întrebările legate de parintii lor sau alti membri din familie.

✓ ***Condițiile de viață ale copilului, caracteristicile familiei din care face parte și mai ales ale microclimatului în care trăiește copilul.***

Sunt tot mai frecvente divorturile, familiile neomogene, parinti vitregi sau variate structuri alternative ale familiei care cresc *stress*-ul familial, violenta, si afecteaza situatia financiara.

Teoretic nu este posibil ca simptomatologia ADHD sa reflecte prin ea însasi asemenea schimbari în structura familiei. *Stress*-ul emotional nu determina niciodata doar deficit atentional, ci si tulburari de conduita, depresive, anxioase, de opozitie. În cazul în care hiperactivitatea si deficitul atentional, se

instaleaza la vârsta scolară, la un copil fără factori de risc, trebuie banuit un eventual abuz asupra copilului, inclusiv sexual.

- ✓ ***Istoricul social al copilului: interacțiunile familiale, probleme legale, performanțe școlare, disfuncții familiale și abilități sociale.***

Istoricul dezvoltării copilului:

- ✓ ***Dezvoltarea psihomotorie (limbaj, atașament, temperament precoce)***

Majoritatea copiilor cu ADHD prezintă dezvoltare normală pe etape de vârstă. Există însă diferențe calitative ale etapelor de dezvoltare la acești copii, care pot să ridice suspiciunea de ADHD. Încă din perioada intrauterină, mamele amintesc de o marcată hiperactivitate a copilului în ultimul trimestru de sarcină, putând menționa un adevărat disconfort. Ulterior, ca sugari, sunt foarte iritabili, agitația și felul lor pretențios de a fi diferit de colicile sugarului. Aceștia necesită în mod deosebit să li se acorde atenție. Se spune că numeroși copii hiperactivi încep să fugă înainte de a merge. Există cercetători (Morgan, 1996), care susțin că hipotonia la sugarul mic ar fi un semn precoce de afectare motorie, iar anomaliile tonusului muscular semne ale afectării procesării motorii.

Hipotonia presupune modele anormale de dezvoltare cum ar fi imposibilitatea de a-și susține capul, cap balant, abducția exagerată a coapselor și imposibilitatea de a-și susține greutatea corpului în ortostatism. Un studiu de urmărire a sugarilor cu risc înalt (Morgan și Lee, 1992) a arătat o incidență de 29% a ADHD la vârsta de 5-7 ani la copiii cu semne clinice de hipotonie în perioada de sugar. Autorii acestui studiu susțin că urmărirea generală a coordonării motorii și a abilităților atletice poate demonstra deficite motorii funcționale. Inabilitatea de a sări pe loc la 5 ani sau peste un obstacol la 6 ani sau de a merge cu bicicleta fără roți suplimentare la 7 ani poate însemna o performanță motorie anormală pentru vârstă. O probă grafologică cu un scris de mână extrem de puțin lizibil ar fi de asemenea un semn de slabă coordonare motorie fină.

Totdeauna trebuie obținut un istoric complet și exact al dezvoltării limbajului. O întârziere în apariția și dezvoltarea limbajului cu sau fără deficit auditiv poate determina un comportament similar ADHD, dar de obicei se însoțește și de alte probleme severe de comportament.

Părinții trebuie ajutați să facă distincție între percepția copilului (auzul) și modul în care acesta ascultă. O mare parte a informațiilor se pot obține înainte de evaluarea medicală, utilizând chestionare destinate în mod special acestui scop.

Explorarea comportamentului(simptome):

- ***Prezența deficitului de atenție***
- ***Prezența hiperactivității***
- ***Prezența comportamentului de impulsivitate***

Caracteristici:

- ***Când acest simptom a apărut pentru prima dată***(conform ICD 10 acesta trebuie să fie prezent până la vârsta de 7 ani, conform DSM V până la vârsta de 12 ani).
- ***Durata simptomului***(durează acest simptom 6 luni sau mai mult ?)
- ***Omniprezență***(acest simptom apare în mai multe circumstanțe ? ex. acasă și la școală ș.a.)
- ***Persistența***(Acest simptom apare mai frecvent decât cel așteptat de obicei pentru vârsta copilului și nivelul de dezvoltare? Acest lucru necesită ca simptomul să fie prezent "adesea", adică este foarte obișnuit stilului copilului și apare în cea mai mare parte a timpului. Cu toate acestea, acest lucru va depinde de situație și nu este invariabil)
- ***Deteriorare*** (În ce măsură afectează acest simptom dezvoltarea și funcționarea copilului/adolescentului?)

Prezența comorbidităților și a cărorva probleme coexistente(tulburările de spectru autist, tulburări cognitive, tulburări de vorbire și limbaj, ticurile-inclusiv patologie Tourette, alte tulburări de dezvoltare, leziuni cerebrale, tulburarea opoziționistă cu provocare și cea de conduită, probleme interpersonale, tulburările de stres posttraumatic, tulburările de anxietate, tulburarea obsesiv-compulsivă, depresia, tulburarea disruptivă a dispoziției, abuzul de substanțe, alte patologii medicale, alte tulburări de sănătate mintală)

C.2.3.2.EXAMENUL FIZIC

Caseta 6 Manifestări clinice

O persoană cu tulburare de hiperactivitate și deficit de atenție (ADHD) are un număr considerabil de caracteristici ce reies din comportamentul hiperactiv și impulsiv și / sau problemele de atenție. Criteriile exacte ale ADHD sunt descrise în DSM-5 (

Tabelul 3), aceste caracteristici trebuie să fi fost prezente înainte de vârsta de 12 ani. Cu toate acestea, majoritatea tinerilor încep să aibă probleme cu aceste caracteristici doar începând cu vârsta de 12 ani, din cauza creșterii sarcinilor și responsabilităților odată cu vârsta. La vârsta adultă, unele simptome scad (mai ales hiperactivitatea observabilă), dar 60% din simptome rămân prezente, iar majoritatea (90%) suferă de disfuncționalitate la vârsta adultă¹¹.

Perturbarea funcționalității (în mai multe domenii ale vieții, de exemplu la școală, la domiciliu, la locul de muncă sau în domeniul social) din cauza simptomelor ADHD este o condiție importantă pentru a primi diagnosticul de ADHD. Persoanele care prezintă simptome ADHD, dar nu sunt împiedicate de acesta (funcționează în mod satisfăcător), nu au în mod oficial ADHD și nu necesită tratament. Dacă sunt îndeplinite criteriile de diagnosticare, este important să se precizeze trei aspecte: tipul ADHD, severitatea actuală și dacă există o remisiune parțială (Caseta 7).

Tabelul 3 Criteriile DSM-5 pentru ADHD

Perturbarea funcționalității (în mai multe domenii ale vieții, de exemplu, activitățile la domiciliu, la școală, la locul de muncă sau în domeniul social) din cauza simptomelor ADHD este o condiție importantă pentru a primi diagnosticul de ADHD. Persoanele care manifestă simptome de ADHD, dar nu sunt perturbate de acestea (funcționează în mod satisfăcător), nu au în mod formal ADHD și nu necesită tratament. Dacă sunt îndeplinite criteriile de diagnosticare, este important să se precizeze trei aspecte: tipul ADHD, severitatea curentă și faptul dacă există o remisiune parțială (Caseta 7).

A. Un model persistent de neatenție și/sau hiperactivitate-impulsivitate care interferează cu funcționalitatea sau dezvoltarea, caracterizată de (1) și / sau (2):

1. Neatenție: Șase (sau mai multe) dintre următoarele simptome persistă timp de cel puțin 6 luni, fiind de un grad, care nu este în concordanță cu nivelul de dezvoltare și care are un impact negativ direct asupra activităților sociale și academice / ocupaționale:

Notă: Simptomele nu sunt doar o manifestare a comportamentului opozițional, a sfidării, a ostilității sau a neînțelegerii sarcinilor sau instrucțiunilor. La adolescenții mai mari și adulți (vârsta de 17 ani și mai sus) este necesară prezența a cel puțin cinci simptome.

a. Adesea nu reușește să acorde o atenție minuțioasă detaliilor sau face greșeli din neglijență la școală, la locul de muncă sau în timpul altor activități (de exemplu, nu remarcă sau pierde din vedere detalii, lucrul este efectuat incorect).

b. Deseori întâmpină dificultăți în menținerea atenției asupra sarcinilor sau activități de joc (de exemplu, are dificultăți în a păstra concentrarea în timpul cursurilor, conversațiilor sau lecturii îndelungate).

c. Adesea nu pare să asculte atunci, când i se vorbește direct (de exemplu, mintea pare a fi în altă parte, chiar și în absența unei distrageri evidente).

d. Adesea nu respectă instrucțiunile și nu reușește să finalizeze sarcinile de la școală, treburile casnice sau îndatoririle la locul de muncă (de exemplu, începe sarcinile, dar pierde în curând concentrarea și este ușor de distras).

e. Adesea întâmpină dificultăți în organizarea sarcinilor și activităților (de exemplu, dificultăți în gestionarea sarcinilor secvențiale; dificultatea de a păstra materialele și obiectele în ordine; munca dezordonată; gestionare proastă a timpului; nu reușește să respecte termenele limită).

f. Deseori evită, nu-i place sau este reticent să se implice în sarcini, care necesită efort mintal susținut (de ex., sarcini școlare sau lucru casnic; pentru adolescenți mai mari și adulți - pregătirea rapoartelor, completarea formularelor, examinarea lucrărilor ample).

g. Adesea pierde lucrurile necesare pentru sarcini sau activități (de ex. materiale școlare, creioane, cărți, unelte, portofele, chei, documente, ochelari, telefoane mobile).

¹¹ Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S.V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 816-818. (Dovadă de nivel C)

- h. Adesea este ușor distras de stimuli externi (pentru adolescenții mai mari și adulți, poate include gânduri incoerente).
- i. Adesea uită unele lucruri în activitățile zilnice (de exemplu, de a face treburi casnice, de a merge undeva; pentru adolescenții mai mari și adulți - returnarea apelurilor telefonice, plata facturilor, a merge la întâlniri).
2. Hiperactivitate și impulsivitate: Șase (sau mai multe) dintre următoarele simptome persistă timp de cel puțin 6 luni, fiind de un grad, care nu este în concordanță cu nivelul de dezvoltare și care are un impact negativ direct asupra activităților sociale și academice / ocupaționale:
- Notă: Simptomele nu sunt doar o manifestare a comportamentului opozițional, a sfidării, a ostilității sau a neînțelegerii sarcinilor sau instrucțiunilor. Pentru adolescenții mai mari și adulți (vârsta de 17 ani și peste), este necesară prezența a cel puțin cinci simptome.
- A. Adesea se agită sau bate cu mâinile sau cu picioarele ori nu-și găsește locul pe scaun.
- b. Adesea se ridică de pe scaun în situații, în care trebuie să rămână așezat (de exemplu, pleacă de la locul său din sala de clasă, din birou sau de la alt loc de muncă sau în alte situații când trebuie să rămână la locul său).
- c. Adesea aleargă sau se urcă undeva în situații, când nu este potrivit de a o face. (Notă: la adolescenți sau adulți, se poate exprima prin agitație.)
- d. Adesea nu se pot juca sau implica liniștit în activități de agrement.
- e. Este deseori "în mișcare", acționând ca și cum ar fi "condus de un motor" (de exemplu, nu este în stare sau se simte inconfortabil de a sta liniștit pentru o perioadă mai extinsă de timp, cum ar fi, în restaurante, la întâlniri), alte persoane îi pot considera ca fiind neliniștiți sau dificil de ținut pasul cu ei.
- f. Adesea vorbește excesiv.
- g. Deseori scapă un răspuns înainte de a se termina o întrebare (de ex., sfârșește propozițiile spuse de ceilalți; nu poate aștepta rândul într-o conversație).
- h. Adesea întâmpină dificultăți în a-și aștepta rândul (de exemplu, stând la coadă).
- i. Adesea întrerupe sau deranjează pe alții (de exemplu, în conversații, jocuri sau activități; începe a utiliza lucrurile altor persoane fără a cere sau a primi permisiunea; adolescenții și adulții, se pot amesteca sau pot prelua ceea ce fac alții).
- B. Au fost prezente mai multe simptome de inatenție sau hiperactiv-impulsiv până la vârsta de 12 ani.
- C. Au fost prezente mai multe simptome de inatenție sau hiperactiv-impulsiv în două sau mai multe situații (de exemplu, la domiciliu, școală sau loc de muncă; cu prietenii sau rudele; în alte activități).
- D. Există dovezi clare că simptomele interferează cu sau reduc calitatea funcționării sociale, academice sau ocupaționale.
- E. Simptomele nu apar exclusiv în perioada schizofreniei sau unei alte tulburări psihotice și nu pot fi explicate mai bine de o altă tulburare psihică (de exemplu, tulburarea de dispoziție, tulburarea de anxietate, tulburarea disociativă, tulburarea de personalitate, intoxicația cu substanțe sau sevrăj).

Caseta 7 Specificarea tipul și severitatea ADHD

1. Tipul de ADHD

Manifestare combinată: Dacă în ultimele 6 luni sunt îndeplinite ambele criterii de neatenție și hiperactivitate-impulsivitate.

Manifestare predominantă de inatenție: când, în ultimele 6 luni, sunt îndeplinite criteriile pentru neatenție, dar criteriile de hiperactivitate-impulsivitate nu sunt îndeplinite.

Manifestare predominant hiperactivă / impulsivă: când, în ultimele 6 luni, sunt îndeplinite criteriile de hiperactivitate-impulsivitate, dar criteriile de neatenție nu sunt îndeplinite.

2. Severitatea actuală

Ușoară: Sunt prezente simptome puține, dacă există, plus la cele necesare pentru a stabili diagnosticul, iar simptomele duc la deficiențe funcționale minore.

Moderată: sunt prezente simptome sau deficiențe funcționale între "ușoare" și "severe".

Severă: sunt prezente multe simptome plus la cele necesare pentru a stabili diagnosticul sau sunt

prezente unele simptome deosebit de severe, ori simptomele duc la afectarea semnificativă a funcționării sociale sau profesionale.

3. Există o remisiune parțială?

Când în trecut criteriile au fost îndeplinite pe deplin, în ultimele 6 luni au fost îndeplinite mai puține criterii, iar simptomele încă duc la afectarea funcționalității sociale, academice sau ocupaționale.

C.2.3.3. INVESTIGAȚIILE PARACLINICE

Caseta 8. Investigații de laborator

Nu există o evaluare biomedicală de rutină a copilului cu ADHD. Acest sindrom în sine nu este un argument pentru a solicita investigații serologice, radiologice, electrofiziologice sau alte proceduri de laborator. Dacă sunt necesare, indicațiile sunt acelea și ca la copilul fără ADHD. Sindromul este un marker în plus pentru afectarea neurologică.

Testele de laborator care s-au dovedit a nu fi utile în evaluarea copilului cu ADHD includ:

hematocritul, dozarea nivelului plumbului în sânge, nivelul hormonilor tiroidieni, studiile imagistice cerebrale, EEG și testele de performanță continuă (CPTs).

Pediatrui știu că pacienții cu nivelele crescute ale plumbului în sânge în perioada de preșcolar au probabilitate mare de simptome comportamentale consecutive și probleme de învățare. Nivelul plumbului se va normaliza la vârsta de școlar.

- CPTs oferă date despre neatenție și vigilență, fiind generate pe calculator. Ele au fost cele mai studiate teste de laborator în ADHD. Alături de testele neuropsihologice, care evaluează funcția lobului frontal, CPTs, care evaluează răspunsul motor, masoară atenția, prelucrarea informațiilor și modul de răspuns. Experimental, ele evaluează diferențele de performanță între copiii ADHD și cei din grupul de control. Totuși, aceste teste nu sunt suficient de sensibile sau specifice pentru a fi utilizate în diagnostic. CPTs implică o lungă perioadă de cercetare, monitorizând numărul de răspunsuri corecte sau incorecte, numărul de ratări (erori prin omisiune și prin comitere), timpul de reacție pentru răspunsurile corecte și variabilitatea timpului de reacție la o sarcină pe calculator. Se consideră că omisiunile ar reflecta neatenția, cele prin comitere (tastare greșită din cauza grabei) răspunsul impulsiv, iar numărul total de răspunsuri corecte reflectă gradul de susținere a atenției.
- Există câteva teste neuropsihologice care se adresează funcției lobului frontal care au fost utilizate la evaluarea copiilor cu ADHD. Există studii asupra acestor teste și variabilelor legate de vârstă, astfel că nu pot fi utile ca metodă de bază pentru diagnostic. Activitatea electrică a creierului susține diferența între copiii cu ADHD și cei fără, dar nu are rol în evaluarea medicală de rutină, indicațiile EEG fiind datele din istoricul medical care sugerează un episod convulsivant. Se desfasoară studii pe EEG cantitativă, dar doar la nivel experimental.
- Radiografia de craniu și tomografia computerizată cerebrală sunt indicate doar în caz de istoric de traumatism cranian (TC) semnificativ cu sau fără fractură, care constituie factor de risc pentru ADHD, altfel nu sunt necesare în evaluarea de rutină. Se știe că cea mai obișnuită sechelă pe termen lung a TC sever este ADHD. Studiile demonstrează de asemenea că creierul persoanelor cu ADHD este mai mic în volum în general, în special structurile precum amigdala și hipocampusul, care sunt răspunzătoare de prelucrarea emoțiilor și impulsivitate.
- SPECT (single- photon emission computer tomography), PET (positron emission tomography), precum și fMRI (functional magnetic resonance imaging) au rolul de a evalua capacitatea de operare și funcționare a creierului. Acestea evidențiază hipo- sau hiperperfuzia anumitor zone din creier. Hipoperfuzia ariilor prefrontale, ceea ce duce la scăderea activității creierului (regiunea prefrontală răspunde de funcțiile executive, precum planificarea, organizarea, atenția, memorarea și reacțiile afective). Creierul unei persoane cu ADHD nu are conexiune asemănătoare a cortexului frontal cu aria procesării vizuale la fel cum o are o persoană fără ADHD, ceea ce denotă faptul că creierul persoanei cu ADHD procesează informația altfel.¹²
- Neurotransmițătorii de bază în ADHD sunt dopamine și noradrenalina. În creierul ce prezintă simptome de ADHD este o dereglare la nivelul sistemului dopaminergic. Este prea puțină dopamine, nu sunt receptori îndeajuns pentru transmiterea acesteia, ori aceasta nu este folosită

¹² How the ADHD Brain Biologically Differs from the Non-ADHD Brain, Jacqueline Sinfield, december 03, 2018 (Dovadă de nivel C)

efficient. Medicația stimulantă este folosită în ADHD deoarece aceasta favorizează producerea unei cantități mai mari de dopamină sau o păstrează în sinapse pentru mai mult timp. Cu toate că studiile de ultimă oră demonstrează schimbări certe la nivelul structurii, funcției precum și la nivel de neurotransmițători, investigațiile precum fMRI ori PET oferă informații despre funcția creierului la momentul examinării, însă nu iau în calcul cum operează acesta în diferite situații¹³ În ciuda interesului în vederea localizării leziunii SNC în ADHD, aceste metode nu sunt necesare pentru diagnostic în mod curent și nu trebuie folosite pentru a confirma diagnosticul clinic.

- În ADHD nu există nici *screening* genetic de rutină, în ciuda descoperirii unor anumite gene și situsuri specifice. Indicațiile efectuării studiilor cromozomiale se bazează pe dismorfii, istoric familial pozitiv pentru sindroame specifice sau alți factori de risc. La fel, *screening*-ul pentru boli de metabolism necesită indicații clinice (vărsături recurente, convulsii cu debut brusc). Nici *screening*-ul tiroidian nu se recomandă de rutină, în ciuda asocierii ADHD cu GRTH, în afara unui istoric familial, a unor semne obiective de hipotiroidism (creștere în greutate, încetinirea creșterii în înălțime, piele uscată și rece, bradicardie, hiporeflexie, intoleranță la rece, constipație și bradipsihie, care poate fi gresit interpretată ca neatenție) sau hipertiroidism (scădere în greutate, tahicardie, intoleranță la căldură, nervozitate, anxietate, tremor, care pot fi gresit interpretate ca hiperactivitate).
- Accardo Pasquale (1999) susține că apariția simptomelor tulburărilor afective, cum ar fi depresia sau anxietatea copilului, fără istoric familial sau alte evenimente precipitante, indiferent de prezenta ADHD, poate fi considerată ca indicație de efectuare a unui *screening* tiroidian. Hormonii tiroidieni nu sunt utili în tratamentul ADHD fără GRTH. Același autor consideră că cel mai sensibil indicator pentru efectuarea testelor tiroidiene ar fi probabil un set de curbe de evaluare a creșterii.

C.2.3.4. DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAT¹⁴

Când se stabilește un diagnostic de ADHD, este foarte important de reținut că, în majoritatea cazurilor, ADHD nu există în mod izolat. O evaluare a ADHD necesită *screening*-ul posibilelor tulburări comorbide și luarea în considerare a factorilor biologici, sociali și psihologici.

Majoritatea persoanelor cu ADHD au afecțiuni concomitente care pot complica tabloul clinic. Deseori, aceste tulburări comorbide necesită abordare concomitentă. În unele circumstanțe poate fi necesar de priorizat afecțiunile care trebuie tratate în primul rând.

Aproximativ jumătate dintre copiii cu ADHD au cel puțin două comorbidități. 50-90% dintre copiii cu ADHD au cel puțin o afecțiune comorbidă. 85% dintre adulții cu ADHD îndeplinesc criteriile pentru o afecțiune comorbidă.

Literatura oferă multiple explicații potențiale pentru existența comorbidităților și/sau suprapunerea simptomelor ADHD și ale altor tulburări.

Principalele explicații sunt:

- O tulburare este precursorul alteia;
- O tulburare este un factor de risc pentru dezvoltarea celeilalte;
- Tulburările au aceiași factori de risc asociați; sau
- Există o bază simptomatică principală comună pentru unul sau mai multe dintre comportamentele comune.

Tabelul 4 Prevalența comorbidităților:

Tulburarea comorbidă	Copii (6-12 ani)	Adolescenți (13-17 ani)	Adulți (18+)
Anxietate	++	++	+++
Depresie	+	++	+++
Dificultăți de învățare	+++	+++	+++
Tulburarea defiantă, opoziționistă cu provocare	+++	++	+

¹³ The book “The new understanding of ADHD in Children and Adults: Executive Function Impairments”, dr. Thomas E. Brown. (Dovadă de nivel C)

¹⁴ conform Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA): Canadian ADHD Practice Guidelines, Fourth Edition, Toronto ON; CADDRA, 2018 și DSM-5 : manual de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale. - Ed. a 5-a. - București: Editura Medicală Callisto, 2016 Index ISBN 978-606-8043-14-2 (Dovadă de nivel C)

Tulburarea comorbidă	Copii (6-12 ani)	Adolescenți (13-17 ani)	Adulți (18+)
Tulburare de conduită	++	++	++ (TP antisocială)
Tulburarea bipolară	+(?)	+	++
Consum de substanțe	+	++	+++
Tulburare din spectrul autismului	++	++	++(?)
Tulburările ticurilor	++	++	+
Tulburarea cu perturbare afectivă de tip disruptiv (F34.8)	?	?	?
Tulburare de personalitate de tip borderline	?	?	+++
Tulburare obsesiv-compulsivă	+	+	++

Prevalența comorbidităților psihiatrice: + 1-10%, ++ 11-33%, +++ >31%, ? – controversată/necunoscută

Caseta 9. Diferențierea cu: Tulburarea defiantă, opoziționistă cu provocare

Indivizii cu tulburare de opoziție și comportament sfidător pot opune rezistență sarcinilor profesionale sau școlare deoarece se împotrivesc în a se conforma solicitărilor persoanelor din jur. Comportamentul lor se caracterizează prin negativitate, ostilitate și sfidare. Aceste simptome trebuie diferențiate de aversiunea față de școală sau față de sarcinile care presupun efort psihic cauzată de dificultățile de susținere a efortului, de faptul că individul uită instrucțiunile, și de impulsivitatea caracteristică persoanelor cu ADHD. Diagnosticul diferențial se complică prin faptul că unii indivizi cu ADHD pot să dezvolte atitudini opoziționale secundare față de astfel de sarcini și să le scadă importanța.

Simptome ce coincid cu ADHD	Caracteristici distincte ale tulburării defiante, opoziționiste cu provocare
Pierde cumpătul	Refuză respectarea regulilor
Furios, indignat	Îi enervează în mod intenționat pe ceilalți
Sensibil, ușor iritabil	Îi învinuiește pe ceilalți pentru propriile greșeli
Argumentativ	Răutăcios, răzbunător

Caseta 10 Diferențierea cu: Tulburarea de conduită

Tulburarea de conduită comorbidă cu ADHD este stare severă, persistentă ce frecventă este precedată de Tulburarea defiantă, opoziționistă cu provocare. În cazurile când Tulburarea de conduită are un debut pre-pubertar (înaintea vârstei de 10 ani), pronosticul este considerat ca mai rău decât grupul de copii ce au tulburarea de conduită limitată la nivelul adolescenței. Se atenționează faptul că emoții pro-sociale limitate (lipsa de remușcare sau vină, lipsa empatie, împietrire emoțională); indiferența față de performanțe; afect deficitar sau superficial sunt indicatori nefavorabili de pronostic și cresc riscul de dezvoltare a tulburării de personalitate antisocială la adulți. În plus, co-existența ADHD și tulburării de conduită este des precursorul pentru tulburări ce țin de consum (nicotină, droguri), tulburări anxioase și depresie.

Simptome ce coincid cu ADHD	Caracteristici distincte ale tulburării de conduită
Începe în mod impulsiv bătăi, ca reacție la o provocare	Instigă la bătaie și poate folosi arme
Poate fi dur cu animalele/oamenii din cauza lipsei de auto-control	Are plăcere de la cruzimea față de animale și/sau oameni
Uită despre regulile restrictive	Nu respectă regulile restrictive și fuge pentru a se angaja în activități preferate, fără a ține cont de consecințe
Provoacă incendii fără a ține cont de consecințe	Provoacă incendii pentru a se răzbuna
Fura în mod impulsiv	Fură cu confruntare (planificat)
Minte în mod impulsiv pentru a evita consecințele	Minte pentru a-i manipula pe alții și a obține un câștig
Distruge lucrurile în mod accidental sau impulsiv	Vandalizează

Caseta 11 Diferențierea cu: Tulburarea de personalitate antisocială

Tulburarea de personalitate antisocială este diagnosticată de la 15 ani, când există un pattern de comportament antisocial ce a apărut din copilărie și s-a menținut ulterior, respectiv, tulburarea de conduită este un precursor al tulburării de personalitate antisocială. Multe persoane cu Tulburarea de personalitate antisocială au în anamneză ADHD, dar majoritatea persoanelor cu ADHD nu dezvoltă tulburare de personalitate antisocială. Multe persoane cu simptome de tulburare de personalitate antisocială au un component ce ține de impulsivitate, respectiv este clinic indicat de a evalua atent orice persoană cu tulburări de personalitate la prezența ADHD. Totuși, ținând și tratând simptome de ADHD nu vor rezolva simptomele tulburării de personalitate antisocială căci sunt cristalizate în personalitatea pacientului, dar ar putea facilita alte intervenții necesare pentru cei cu tulburări de personalitate.

Simptome ce coincid cu ADHD	Caracteristici distincte ale tulburării de personalitate antisocială
Poate intra în conflict cu legea din cauza comportamentului impulsiv (de exemplu, exces de viteză)	Încalcă normele sociale privind comportamentele legale prin acte repetate care constituie temei pentru arestare
Minte în mod impulsiv pentru a evita consecințele	Înșelător, după cum indică minciunile repetate, folosește nume false sau îi înșală pe ceilalți pentru propriul profit sau plăcerea personală
Este impulsiv sau nu reușește să planifice	Eșec repetat de a susține un comportament consecvent de muncă sau de a onora obligațiile financiare
Poate fi iritabil și poate avea conflicte interpersonale (pierde controlul)	Poate exista iritabilitate și agresivitate, după cum indică bătăile fizice repetate (preluarea controlului)
Se poate pune pe sine și pe ceilalți în pericol din cauza impulsivității și lipsei de gândire anticipată	Nerespectarea neglijentă și lipsa de preocupare pentru siguranța proprie sau a altora; îi lipsește remușcarea (indiferență față de sau raționalizare a faptului că a rănit sau maltratat pe cineva sau a furat de la cineva)

Caseta 12 Diferențierea cu: Tulburarea de personalitate borderline

La adolescenți și adulți poate fi dificil de diferențiat ADHD de tulburarea borderline, tulburarea narcisică sau alte tulburări de personalitate. Toate aceste tulburări au în comun câteva elemente: dezorganizarea, intruziunea socială, perturbarea emoțională și cognitivă. Însă, ADHD nu este caracterizată prin frică de abandon, autovătămare, ambivalență extremă sau alte elemente ale tulburării de personalitate. Pentru stabilirea diagnosticului diferențial este necesară observația clinică prelungită, un interviu cu sursa de informare sau un istoric detaliat, pe baza cărora se va face deosebirea între comportamentul impulsiv, intruziv social sau inadecvat și comportamentul narcisic, agresiv sau de dominare. Tulburarea de personalitate borderline (BPD), cunoscută și ca tulburarea de personalitate instabilă emoțional (EUPD), este un tipar pe termen lung de comportament anormal caracterizat prin relații instabile cu alte persoane, simț instabil al sinelui și emoții instabile. Adesea este prezent un comportament periculos și auto-vătămare. Persoanele se pot de asemenea confrunta cu un sentiment de gol sau frică de abandon. Comportamentul începe în mod tipic în maturitatea timpurie și are loc într-o varietate de situații. Abuzul de substanțe, depresia și tulburările de alimentație sunt în mod obișnuit asociate cu BPD. Până la 10% din persoanele afectate mor prin sinucidere.

Cel mai obișnuit simptom comun pentru ADHD și tulburarea de personalitatea borderline este impulsivitatea.

Simptome ce coincid cu ADHD	Caracteristici distincte ale tulburării de personalitate borderline
Model de provocări / deficiențe în relații	Are relații intense cu reacții adesea „alb și negru” și are fricii intense majore de abandon
Impulsivitate și comportament riscant (de exemplu, jocuri de noroc, conducere nechibzuită, sex nesigur, cheltuieli de petreceri, exces de alimente sau abuz de droguri)	Schimbări rapide în auto-identitate și în imaginea de sine

Modificări ale dispoziției	Perioade de paranoie legată de stres și pierderea contactului cu realitatea
Furie inadecvată și intensă	Amenințări, comportamente suicidare sau auto-vătămare
	Sentimente continue de deșertăciune

Caseta 13 Diferențierea cu: Tulburările anxioase

Lipsa de atenție este un simptom prezent atât în ADHD cât și în tulburările anxioase. Indivizii cu ADHD sunt lipsiți de atenție din cauza atracției lor pentru stimulii externi, pentru activități noi, sau din cauza preocupării pentru activități plăcute. Ceea ce diferă de lipsa de atenție indusă de îngrijorarea și de ruminația întâlnite în tulburările anxioase. Neliniștea ar putea fi prezentă în tulburările anxioase. Însă, în ADHD neliniștea nu se asociază cu îngrijorare sau cu ruminații.

Simptome ce coincid cu ADHD	Caracteristici distincte ale tulburărilor anxioase
Simptome de neatenție, indiferent de starea emoțională	Simptome de neatenție, atunci când este anxios
Agitație, indiferent de starea emoțională	Agitație atunci, când este anxios
Inhibiție socială	Inhibiție socială
Insomnie inițială din cauza dificultății de a-și „deconecta gândurile”	Insomnie inițială din cauza ruminațiilor sau a altor simptome de anxietate
Nu există simptome fizice subiective	Simptome fizice, așa ca bătăi puternice ale inimii, greață, dificultăți de respirație, tremur
Îngrijorări efemere și realiste legate de deficiențele funcționale anterioare și actuale (de exemplu, anxietatea de performanță)	Simptome cognitive persistente de frică intensă și/sau îngrijorare axate pe situații sau gânduri specifice nerealiste

Caseta 14 Diferențierea cu: Tulburarea depresivă majoră

Indivizii cu tulburări depresive pot manifesta incapacitate de concentrare. Totuși, scăderea nivelului de concentrare din tulburările afective devine semnificativă numai în cursul unui episod depresiv.

Simptome ce coincid cu ADHD	Caracteristici distincte ale tulburării depresive majore
Pierderea motivației, demoralizare	Se simte trist sau disperat
Probleme de concentrare	Se simte obosit sau „lent ”
Este neliniștit sau iritabil	Schimbări în alimentație și/sau somn, simptome neuro-vegetative
	Gânduri despre moarte sau sinucidere
	Caracter episodic (în timp ce ADHD are un curs continuu încă din copilărie)

Caseta 15 Diferențierea cu: Tulburarea bipolară

Indivizii cu tulburare bipolară pot manifesta hiperactivitate, nivel scăzut de concentrare și impulsivitate crescută, dar aceste elemente sunt episodice și apar ocazional timp de câteva zile. În tulburarea bipolară, impulsivitatea crescută sau lipsa de atenție sunt însoțite de dispoziție euforică, sentiment de grandoare și alte elemente bipolare specifice. Copiii cu ADHD pot avea schimbări semnificative ale dispoziției în timpul aceleiași zile; acest tip de labilitate se deosebește de un episod maniacal, care trebuie să dureze cel puțin patru zile pentru a fi indicator clinic de tulburare bipolară, chiar și la copii. Tulburarea bipolară este rară înainte de adolescență, chiar și atunci când există iritabilitate și furie extremă, în timp ce ADHD este comună în rândul copiilor și adolescenților care manifestă furie și iritabilitate excesivă.

Simptome ce coincid cu ADHD	Caracteristici distincte ale tulburării bipolare
Insomnie inițială, tulburări de somn	Necesitate scăzută de somn
Neliniște cronică	Episoade de rapiditate, ritm crescut al vorbirii
Conflicte sexuale impulsive	Hipersexualitate
Curs cronic	Curs episodic
Distractibilitate cronică și/sau	Distractibilitate și/sau impulsivitate legate de un anumit

impulsivitate	episod
	Se simte „sus” sau are o dispoziție excesiv de fericită (euforie)
	Grandoare

Caseta 16 Diferențierea cu: Tulburarea afectivă cu dereglare disruptivă

Un criteriu de diagnostic, inclus la moment pentru Tulburarea afectivă cu dereglare disruptivă, este explozii emoționale severe, nejustificate, disproporționate (verbale și/sau fizice) ce apar de trei sau mai multe ori pe săptămână în cel puțin două cadre diferite (de ex. școală, acasă) pe parcursul ultimului an sau mai mult. Diagnoza de obicei este depistată între 6 și 10 ani și nu poate fi făcută până la 6 ani, și după 18 ani. Între exploziile emoționale dispoziția pacienților fiind de obicei iritabil/disforică. Tulburarea dată este considerată des ca o prezentare a depresiei la copii.

Simptome ce coincid cu ADHD	Caracteristici distincte ale tulburării afective cu dereglare disruptivă.
Episoade de stare iritabilă (izbucniri explozive)	Disforie inter-episodică
Agitație psihomotorie	Declanșatori minori cu atacuri de furie extremă
Curs cronic	
Debut la vârstă tânără	

Caseta 17 Diferențierea cu: Tulburări de spectru autist (TSA)

Indivizii cu ADHD și cei cu tulburare din spectrul autismului prezintă lipsă de atenție, disfuncție socială și comportament dificil de controlat. Disfuncția socială și respingerea din partea colegilor de aceeași vârstă în cazul copiilor cu ADHD trebuie deosebite de lipsa de angajament social, izolarea și indiferența în fața indiciilor faciale și vocale de comunicare prezente la copiii cu tulburare din spectrul autismului. Copiii cu tulburare din spectrul autismului pot avea crize de mânie (tantrum) din cauza incapacității lor de a tolera o schimbare în cursul anticipat de ei al evenimentelor. Prin comparație, copiii cu ADHD pot avea un comportament inadecvat sau o criză de mânie în timpul unei schimbări majore din cauza impulsivității sau a nivelului redus de autocontrol.

	Caracteristici distincte ale ADHD	Caracteristici distincte ale TSA
Vârsta diagnosticului	De obicei, 6-7 ani și mai sus	Poate fi stabilit deja la 2-3 ani
Limbaaj	Fără întârzieri	Întârziat
	Fără ecolalie	Ecolalie
Contactul vizual	Contact vizual redus, deoarece ochii își schimbă frecvent focalizarea	Evită contactul vizual
Interese sociale	Mai social în joc	Mai puțin social în joc
Relații de prietenie	Blamat pentru comportamentul impulsiv, neatent la stările de dispoziție ale altora, atras de semenii impulsivi	Nu este interesat de semenii, predomină „jocul paralel”, dificultate de a înțelege starea de spirit a altora
Caracteristici motorii	Hiperactivitate, „mereu în mișcare”	Mișcări ritmice, stereotipizate

Caseta 18 Diferențierea cu alte tulburări nespecificate anterior

Alte tulburări de neurodezvoltare. Hiperactivitatea motorie din ADHD trebuie diferențiată de comportamentul motor repetitiv ce caracterizează tulburarea cu mișcări stereotipe și unele cazuri de tulburare din spectrul autismului. În tulburarea cu mișcări stereotipe, comportamentul motor este în general fix și repetitiv (e.g., legănarea corpului, automuşcarea), în timp ce neastâmpărul și agitația din ADHD sunt generalizate și nu sunt caracterizate prin mișcări stereotipe repetitive. În **tulburarea Tourette**, ticurile frecvente și multiple pot fi confundate cu agitația generalizată din ADHD. Poate fi necesară observația de lungă durată pentru a diferenția agitația de accesele de ticuri multiple.

Tulburarea specifică de învățare. Copiii cu tulburare specifică de învățare pot părea neatenți din cauza frustrării, lipsei de interes sau abilităților limitate. Totuși, lipsa de atenție la indivizii cu tulburare specifică de învățare care nu au ADHD nu îi afectează în afara orelor de studiu. Dizabilitatea intelectuală (tulburarea de dezvoltare intelectuală). Simptomele de ADHD sunt comune în rândul copiilor plasați în medii școlare care nu corespund abilităților lor intelectuale. În aceste cazuri, simptomele nu sunt evidente în timpul sarcinilor care nu implică studiu. Un diagnostic de ADHD la un copil cu dizabilitate intelectuală necesită ca lipsa de atenție sau hiperactivitatea să fie excesive pentru vârsta mentală.

Tulburarea de atașament reactivă. Copiii cu tulburare de atașament reactivă pot prezenta dezinhibiție socială, dar nu setul întreg de simptome al ADHD, și prezintă alte elemente care nu sunt caracteristice ADHD, cum ar fi lipsa menținerii unor relații de durată.

Tulburările consumului de substanțe. Diferențierea ADHD de tulburările consumului de substanțe poate fi dificilă dacă primele manifestări clinice ale ADHD apar după debutul abuzului sau consumului frecvent de substanțe. Diagnosticul diferențial se bazează pe informațiile furnizate de familia pacientului și pe înregistrările anterioare din fișa medicală care certifică prezența ADHD înainte de consumul de substanțe.

Tulburările psihotice. Nu se stabilește diagnosticul de ADHD dacă lipsa de atenție și hiperactivitatea apar numai în cursul unei tulburări psihotice.

Simptome ale ADHD induse de medicație. Simptomele de tip lipsă de atenție, hiperactivitate sau impulsivitate care pot fi atribuite folosirii medicamentelor (e.g., bronhodilatatoare, isoniazidă, neuroleptice [care produc akatizie], terapia de substituție tiroidiană) primesc diagnosticul de "alte tulburări specificate sau nespecificate legate de consumul altor substanțe (sau al unor substanțe necunoscute)".

Tulburările neurocognitive. Tulburarea neurocognitivă majoră precoce (demența) sau tulburarea neurocognitivă ușoară nu se asociază cu ADHD, dar pot avea manifestări clinice inițiale similare. Însă cele două afecțiuni se deosebesc de ADHD prin debutul lor tardiv.

C.2.3.5. PROGNOSTICUL

Caseta 19 Prognosticul la ADHD

Studiile longitudinale au demonstrat faptul că comportamentul hiperactiv/impulsiv este un factor de risc pentru câteva tipuri de tulburări dezvoltate în adolescență, în special tulburările de personalitate (frecvent cea antisocială), consumul abuziv de substanțe, cât și alte patologii psihice în adolescența târzie și vârsta adultă.

Studiile arată că 42% din pacienți au continuat să prezinte simptomele pentru ADHD, elucidate pe baza interviului cu părinții.

Copii hiperactivi au rezultate educaționale mai scăzute și mai multe tulburări comportamentale decât colegii lor de aceeași vârstă, însă cu toate că simptomele ADHD persistă în majoritatea cazurilor, mulți adolescenți se vor adapta bine și la vârsta adultă și nu vor dezvolta o patologie psihică. Prognosticul este mai favorabil în subtipul cu deficit de atenție, decât în cel cu impulsivitate/hiperactivitate-nu va dezvolta un comportament antisocial și relațiile cu familia și alți copii vor fi mai armonioase.

Prognostic favorabil	Prognostic neavorabil
Vârsta matură(în cazul subtipului cu hiperactivitate)	Vârsta mică(în cazul subtipului cu hiperactivitate)
Sexul masculin, însă cu vârsta acest raport se inversează.	Sexul feminin la copii, însă cu vârsta acest raport se inversează
Nivelul cognitiv mai înalt	Nivel cognitiv mai scăzut
Subtipul cu deficit de atenție	Subtipul cu impulsivitate/hiperactivitate
Relațiile părinte-copil bune	Relațiile părinte-copil tensionate
Statut socio-economic ridicat	Statut socio-economic scăzut
Absența comorbidităților	Prezența comorbidităților
Stabilirea precoce a diagnosticului și a intervențiilor.	Stabilirea tardivă a diagnosticului și a intervențiilor.

C.2.3.6. CRITERIILE DE SPITALIZARE

Caseta 20 Criterii de spitalizare

Evaluarea persoanelor cu risc de dezvoltare: cu condiții psihopatologice severe și acute, încălcări grave ale comportamentului, pericol pentru ei înșiși și pentru alții în cadrul **ADHD** spitalizare fără liberul consimțământ, în condițiile prevăzute de Legea privind sănătatea mintală

Prevenirea comportamentului, care diferă de starea zilnică a pacientului, încalcă planul standard pentru evaluarea și gestionarea de rutină a stării pacientului. Evaluarea factorilor care pot crește riscul comportamentului agresiv și non-standard.

- Suspectarea semnelor de heteroagresivitatea de către medicul de urgență.
- În cazul depistării ADHD cu simptome de agresiunea sau dacă sunt dubii.
- Intervenție activă în criză, iar în caz de ineficiență, pericol pentru persoană și societate, trimitere la secția psihiatrică din spitalele generale din regiunea deservită.
- Luarea deciziei privind tratamentul în staționar, de comun acord cu pacientul, membrilor familie, persoane de îngrijire și CCSM teritorial.

Decompensarea stărilor comorbide:

- Tulburări comportamentale la copii și tineri
- Tulburarea de opoziție și comportament sfidător
- Tulburări anxioase și tulburarea depresivă majoră
- Tulburările consumului de substanțe
- Tulburarea de personalitate antisocială și alte tulburări de personalitate
- Tulburarea obsesiv-compulsivă, tulburările ticurilor și tulburarea din spectrul autismului.

C.2.3.7. CRITERII DE TRANSFER DE LA UN NIVEL DE ASISTENȚĂ MEDICAL LA ALT NIVEL

Caseta 21 Criterii de transfer de la un nivel de asistență medical la alt nivel

- **Asistența medicală primară:**

- În cazul depistării ADHD trimitere la CCSM

- **CCSM/centre specializate de intervenție în ADHD**

- Intervenție activă în criză, iar în caz de ineficiență, pericol pentru persoană și societate, trimitere la secția psihiatrică din spitalele generale din regiunea deservită.

Transferul în grupa de monitorizare și evaluare a pacienților adulți:

- Adolescenții și tinerii cu ADHD ar trebui să fie reexaminați la vârsta de aproximativ 14 ani pentru a stabili o tactică de gestionare a pacienților.
- Timpul pentru transferul unui pacient la un grup de adulți poate varia individual, dar de obicei trebuie să fie completat până când un tânăr are 18 ani.
- În pregătirea pentru trecerea la servicii pentru adulți, profesioniștii din domeniul sănătății și asistenței sociale ar trebui să efectueze o evaluare cuprinzătoare a unei persoane tinere cu ADHD.

- **Secțiile psihiatrice în spitalele generale**

- Recepționarea pacienților cu patologii comorbide decompensate (vezi caseta xxx de mai sus) de la CCSM.

○ Recepționarea pacienților cu comportament heteroagresiv la solicitarea serviciilor de urgență, poliției cu informarea imediată a ECSM din CCSM.

- Direcționarea pacientului care este în stare de remisiune, spre CCSM.

○ În caz de ineficiență sau incapacitate de soluționare a cazului, de comun acord cu CCSM se ia decizia pentru trimiterea la spitalul de psihiatrie. inclusiv spitalizare fără liberul consimțământ, în condițiile prevăzute de Legea privind sănătatea mintală⁹

- **Spitalul de psihiatrie**

- Recepționarea pacienților psihotici heteroagresiv și / sau cu comorbidități psihiatrice decompensate din secțiile psihiatrice ale spitalelor generale, cu solicitarea acordului CCSM, în caz de siguranță limitată, precum și, pericol pentru persoană
- La diminuarea simptomelor a comportamentului heteroagresiv, trimiterea la CCSM teritorial.

C.2.3.8. TRATAMENTUL:

Tratamentul ADHD vizează intervenții nemedicamentoase, gestionarea comportamentului și tratament farmacologic.

Tratament farmacologic al ADHD este elucidat în cadrul Algoritmilor C.1.2, C.1.3, C.1.4, C.1.5

La elaborarea unui plan personal de medicație sunt necesare următoarele:

- Precondiții: informare și luare în comun a deciziilor; examinări medicale; instrucțiuni clare de utilizare; atenție la aderență; titrarea și monitorizarea eficacității și a efectelor secundare; vigilența la abuz; <6 ani - numai în caz de acuze foarte grave^{15,16};
- Stoparea medicației, reducerea dozei medicamentelor: nu este nevoie de stimulatoare, Atomoxetina peste două săptămâni și Guanfacina peste patru săptămâni.

C.2.3.8.1. NEMEDICAMENTOS (LA NECESITATE);

Caseta 22 Abordarea nemedicamentoasă ADHD

Tratamentul psihosocial este abordarea de tratament preferată de multe persoane versus medicația și este recomandată ca prima linie pentru preșcolari de către Academia Americană de Pediatrie și campania Choosing Wisely Canada (choosingwiselycanada.org). Intervențiile psihosociale joacă un rol deosebit de important în timpul perioadelor esențiale de tranziție ale vieții, de exemplu, la trecerea de la adolescență la maturitate. Este important de a include o abordare centrată pe pacient în tratamentul ADHD, ținând cont de preferințele de tratament ale persoanei/familiei. Intervențiile psihologice în ADHD includ o serie de abordări cognitive și comportamentale, incluzând terapia cognitiv-comportamentală pentru ADHD, intervențiile comportamentale, instruirea părinților, instruirea cognitivă și instruirea în vederea formării competențelor sociale.

Practicienii din asistență medicală primară se află în poziția unică de a putea diagnostica, trata și supraveghea persoanele cu ADHD pe toată durata vieții. Ei pot oferi sau susține la timp o parte din aceste intervenții, fie în mod independent (cu suportul resurselor comunitare), fie în coordonare cu alți medici specialiști, prestatori de servicii de sănătate și profesioniști din sistemul educațional.

Cea mai bună modalitate de a crea o alianță terapeutică solidă este de a petrece timpul ascultând preocupările pacientului și înțelegându-i perspectivele și scopurile.

Caseta 23 Elemente cheie ale psihoeducației în ADHD

1. Descoperiți

Aflați ce știu deja sau cred că știu pacientul și familia despre ADHD. Acest lucru vă poate ajuta să ghidați abordarea față de diagnostic și tratament.

2. Demistificați

Rezervați timp pentru a discuta despre unele dintre miturile din societate asociate frecvent cu ADHD. De exemplu, miturile din Anexa 3.

3. Inspirați speranță

Famiile vor reacționa pozitiv atunci, când li se va spune că există tratamente și intervenții bazate pe dovezi. Acest fapt va promova o alianță terapeutică solidă și un rezultat pozitiv.

4. Educați

Primul pas este de a educa persoanele și familiile despre esența ADHD și simptomele sale. Dacă este cazul, explicați conceptul de dereglare emoțională. Aceasta implică faptul că multe persoane cu ADHD pot întâmpina dificultăți de auto-modulare, au emoții hiper-reactive, denumite adesea "scurtcircuit". Ele pot reacționa verbal sau fizic excesiv de impulsiv, provocând conflicte semnificative.

Explicați motivele care stau la baza abordării dvs. față de tratament (de exemplu, utilizarea intervențiilor farmacologice sau psihosociale și riscurile și beneficiile fiecăreia). De exemplu, medicamentele pentru ADHD pot îmbunătăți concentrarea și reduce impulsivitatea / hiperactivitatea, permițându-le persoanelor să utilizeze mai bine strategiile psihosociale. Oferiți materiale și informații

¹⁵ Greenhill LL, Biederman J, Boellner SW, Ruggino TA, Sangal RB, Earl CQ et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of modafinil film-coated tablets in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2006; 45(5):503-511 (Dovadă de nivel B)

¹⁶ Greenhill LL, Findling RL, Swanson JM. A double-blind, placebo-controlled study of modified-release methylphenidate in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2002; 109(3):E39 (Dovadă de nivel B)

privind site-uri relevante, resursele comunitare, instruirile destinate părinților și grupurile de suport / de formare a abilităților sociale, etc.

5. Empatizați

Recunoașteți sentimentele de descurajare și frustrare (de ex. "cred ca aceasta te face să te simți atât de trist, înnebunit ..."). Empatizați cu provocările de a trăi și a face față ADHD în fiecare zi, de a crește un copil cu ADHD sau de a trăi cu un soț, bunic, etc. care are ADHD. Rețineți că ADHD este o tulburare înalt ereditară și, prin urmare, de multe ori este multi-generațională.

6. Încurajați, ghidați și motivați

Deoarece o evaluare se concentrează de obicei asupra unor zone de dificultate, procesul poate fi o experiență extrem de negativă pentru unii. Identificarea punctelor forte în timpul evaluării și un follow-up pot atenua acest lucru și crea o alianță terapeutică solidă.

Încurajați persoanele și familiile să dezvolte punctele forte și talentele (de exemplu, să încurajeze abilitățile în domenii precum sportul, muzica, arta sau drama). Familiile pot să-și prezinte realizările copiilor, să participe la jocurile lor, la recitaluri, producții, să etaleze lucrările lor artistice, să prezinte trofee lor, etc.). Punctele forte și talentele existente pot fi folosite ca parte a intervenției terapeutice.

7. Fiți sensibili din punct de vedere cultural și gender

Problemele etnice, gender și culturale pot influența percepția și convingerile despre ADHD și tratamentul acestuia. De exemplu, unele culturi pot avea o acceptare mai joasă și o stigmatizare mai mare asociată cu ADHD. Demistificarea ADHD poate fi deosebit de importantă în aceste circumstanțe.

8. Promovați un stil de viață echilibrat

Persoanele cu ADHD se luptă adesea cu nevoile lor zilnice (de exemplu, somn, mese și igienă personală) și au nevoie de ajutor în crearea unui stil de viață echilibrat, dezvoltând obiceiuri și rutine sănătoase, inclusiv exerciții regulate, igienă consecventă a somnului și consumul de alimente nutritive. Clinicianul poate învăța pacientul să-și facă o prioritate din auto-îngrijire.

Promovați exercițiile regulate pentru a reduce stresul și frustrarea, a îmbunătăți concentrarea și claritatea cognitivă, a crește endorfinele, a îmbunătăți starea de spirit și a restabili sentimentul de stare de bine. Exercițiile aerobice s-au dovedit a îmbunătăți simptomele de baza ale ADHD, plus anxietatea, care este deseori o comorbiditate concurentă.

Evidențiați importanța igienei consecvente a somnului. ADHD este adesea asociat cu faze întârziate de somn. Descrieți modelele de somn și conturați rutinele de igienă consecventă a somnului.

Încurajați o alimentație bună, planificarea meselor, listele de cumpărături, orele consecvente de luare a mesei și mâncatul în familie. Patologiile alimentare, cum ar fi mâncatul excesiv cu anumite ocazii, a fost asociat cu ADHD. Încurajați practicarea activă a tehnicilor de relaxare, așa ca meditația, exercițiile de respirație profundă, yoga sau muzica. Acestea pot fi utile, deși cercetările la subiectul respectiv sunt limitate.

Caseta 24 PREZENTARE GENERALĂ A INTERVENȚIILOR PSIHOSOCIALE

Înțelegerea faptului că ADHD nu este doar o problemă legată de școală/studiile post-secundare/locul de muncă are o importanță crucială pentru o gestionare optimizată și îmbunătățirea calității vieții. Recunoașterea faptului că simptomele ADHD au un impact semnificativ asupra funcționării persoanei și familiei din momentul în care se trezesc dimineața până când merg la culcare noaptea, în fiecare zi din săptămână, inclusiv în weekend, este vitală pentru a obține un rezultat reușit.

Ce se poate face acasă? (vezi Anexa 4)

Îmbunătățirea funcționării în medii nestructurate, cum ar fi viața de acasă, situațiile sociale, activitățile extrașcolare, poate necesita dezvoltarea abilităților de planificare și organizare, care deseori sunt suboptimale printre persoanele cu ADHD, în general. Persoanele care nu au aceste abilități se simt, de obicei, copleșite, fapt care cauzează stres, frustrare, furie, panică, pierderea stimei de sine, haos, disfuncții și conflicte semnificative în familie/relații.

Promovarea unui stil de viață și a unei vieți de familie structurate reprezintă cheia succesului. Subliniați importanța unei vieți de familie organizate, previzibile, consecvente, calme și axate pe rezultate pozitive. Oferirea unei astfel de structuri externe și modelarea comportamentelor așteptate este esențială pentru sporirea stimei de sine, îmbunătățirea auto-controlului și asigurarea unei mai bune armonii în viața de familie și în relații. Rețineți că ADHD poate fi multi-generațional, pentru unele familii va fi mai dificil de creat un mediu structurat, decât pentru altele.

Ce se poate face la școală? (vezi Anexa 5)

Multe persoane cu ADHD se luptă cel mai mult la școală. Intervențiile școlare pot fi proactive sau reactive. Intervențiile proactive (de exemplu, indicii și sugestiile vizuale) sunt orientate spre anticiparea și reducerea probabilității ca copilul cu ADHD să se implice în comportamente perturbatoare. Școlile trebuie să asigure condiții de instruire și de mediu pentru toți elevii cu ADHD. Pentru unii elevi, intervențiile proactive pot fi insuficiente și vor fi necesare abordări comportamentale. Aceste intervenții reactive urmăresc comportamentul ținută prin consolidarea comportamentului pozitiv (de exemplu, economia cu jetoane) și ignorarea sau pedepsirea comportamentului negativ (de exemplu, timp liber, costuri de răspuns). Este important să se monitorizeze rezultatele efective ale acestor intervenții "reactive", deoarece acestea pot spori accidental comportamentul disruptiv.

Schimbarea informațiilor despre ADHD și impactul acestuia asupra familiei și școlii este o modalitate de a începe promovarea succesului în școală. Strategiile de mai jos se axează pe instruire, comportament și mediu în sala de clasă, care pot spori succesul.

Ce se poate face la locul de muncă? (vezi Anexa 6)

Modele de instruire a părinților pentru managementul ADHD (vezi Anexa 7)

Pentru copiii de vârstă preșcolară, modelele de instruire a părinților în managementul ADHD, inclusiv terapia de interacțiune părinte-copii (PCIT), seria Incredible Years, Programul New Forest, Triplu P (Program de Parenting Pozitiv) și Ajutor pentru copilul necompliant, sunt eficiente pentru reducerea simptomelor ADHD și a tulburărilor disruptive de comportament. Părinții sunt implicați activ în toate aceste intervenții, uneori fără copil și alteori în interacțiunile părinte-copil. Conform Academiei Americane de Pediatrie, toți împărtășesc principii comportamentale similare, părinții fiind implicați în mod constant ca parteneri pentru: (1) a consolida comportamentele pozitive; (2) a ignora comportamentele provocatoare de nivel scăzut; și (3) a oferi răspunsuri clare, consecvente și sigure la comportamentele inacceptabile.

Instruire în vederea formării abilităților sociale

Mulți copii cu ADHD pot fi neîndemânatici din punct de vedere social. Ei ar putea dori să fie mai sociali, dar impulsivitatea lor îi poate distra de la capacitatea de a-și face prieteni. Uneori, le lipsesc abilitățile sociale sau înțeleg greșit convențiile sociale, atunci trebuie să ceară să se alăture sau când este necesar să nu întrerupă. Este important de menționat că există un spectru de deficiențe legate de abilitățile sociale. Unele niveluri de deficiență pot fi cauzate doar de ADHD, dar pentru altele poate exista o destul de mare deteriorare în abilitățile sociale și probleme conexe pentru a justifica o evaluare în vederea unui posibil diagnostic de tulburare din spectrul autismului. A face prieteni implică un set de abilități importante pe care le pot facilita școala și părinții. Bunele prietenii pot fi un factor protector în reducerea unora dintre consecințele negative asociate cu ADHD.

Instruirea în vederea formării abilităților sociale se axează în general pe învățarea copiilor cum să perceapă și să interpreteze unele aspecte sociale subtile și să rezolve probleme în interacțiunile sociale, fiind consolidată capacitatea de manifestare a abilităților adecvate în cadrul unui grup. Instruirea de formare a abilităților sociale implică de obicei un grup de copii care sunt instruiți, iar părinții sunt informați despre abilitățile predate în fiecare săptămână. Aceste abordări tradiționale se pot confrunta cu dificultăți în a încuraja generalizarea cunoștințelor copiilor tratați către contexte din exteriorul sesiunii și cu schimbarea prejudecăților negative ale semenilor față de copiii cu ADHD. De fapt, analiza Cochrane a efectelor intervențiilor de formare a abilităților sociale asupra competențelor sociale ale copiilor, comportamentului general, simptomelor ADHD și rezultatelor școlare nu a denotat efecte statistice semnificative ale tratamentului asupra abilităților sociale, comportamentului evaluat de profesor sau asupra simptomelor ADHD. Alte programe de formare a abilităților sociale implică instruirea simultană a părinților sau a profesorilor ca mentori de prietenie și pot fi promițătoare, oferindu-le copiilor memento-uri in vivo în timpul interacțiunilor cu semenii din lumea reală și contribuind la modificarea comportamentelor semenilor față de copii cu ADHD.

Caseta 25 Psihoterapie

Terapia cognitiv-comportamentală

Terapia cognitiv-comportamentală (PCC) se axează pe interacțiunea dintre cogniția, emoțiile și comportamentul persoanei. PCC destinată în mod special pentru ADHD abordează în primul rând așa probleme, ca managementul timpului și abilitățile organizaționale.

PCC este recunoscută ca un tratament psihologic eficient pentru adulții cu ADHD. Un studiu recent a sugerat că această terapie are un efect funcțional asupra creierului adulților cu ADHD (în special,

asupra rețelei frontal-parietale și a cerebelului). Acestea sunt regiunile afectate de medicamentele stimulatoare utilizate deseori pentru tratarea ADHD. Un alt studiu a constatat că tratarea ADHD prin PCC a fost eficientă, dar PCC plus medicația a dus la îmbunătățiri mai mari, decât doar PCC. Studiile privind rezultatele PCC asupra tratamentului la copiii și adolescenții cu ADHD au fost combinate. Adolescenții cu ADHD și anxietate/depresie par să beneficieze mai mult, decât cei cu tulburare opozițional sfidătoare. PCC de grup, împreună cu medicația, au fost asociate cu reducerea simptomelor ADHD la adolescenți.

Instruire Mindfulness

Instruirea Mindfulness este o terapie bazată pe cogniție, care include adesea meditația mindfulness, menită să sporească atenția mindfulness asupra propriilor gânduri și acțiuni (adică, instruirea persoanelor pentru a se concentra asupra prezentului și a inhiba gândurile și stimulii distractivi).

Studiile de neuro-imagistică au arătat că instruirea mindfulness pare a fi asociată cu modificări structurale ale amigdalei și creșterea volumului de materie cenușie în hipocamp. S-a constatat că aceasta reduce simptomele ADHD, cum ar fi hiperactivitatea/impulsivitatea și problemele de atenție, dereglarea emoțională, măbind în același timp autodirecționarea și autoreglarea. Acestea și alte îmbunătățiri ale stării de spirit, anxietății și comportamentului social au fost raportate la copii, adolescenți și adulți cu ADHD, îmbunătățirile fiind menținute în timp. Mindfulness poate fi, de asemenea, un instrument util pentru părinți pentru a-și îmbunătăți interacțiunile cu copiii lor cu ADHD.

C.2.3.8.2. MEDICAMENTOS

În alegerea tratamentului farmacologic în ADHD este necesar să luăm în considerație următoarele: (1). Vârsta și variația individuală; (2). Durata efectului; (3). Rapiditatea instalării efectului terapeutic al medicației; (4). Tabloul clinic al ADHD; (5). Profilul simptomelor comorbide; (6). Comorbiditățile psihiatrice; (7). Atitudinea referitor la medicație; (8). Probleme medicale și alte medicamente administrate de către pacient.

Metifenidatul sau Dexamfetamina sunt primele opțiuni în tratamentul farmacologic al adulților cu ADHD^{17,18,19}.

Sunt preferate preparatele cu acțiune prelungită, în primul rând pentru că ele asigură aderența și, în consecință, eficacitatea tratamentului și, de asemenea, deoarece acestea duc la mai puțin risc de abuz sau chiar la lipsa riscului (nici măcar la terți).

Metifenidatul și Dexamfetamina sunt alternative complete: dacă tratamentul cu Methylphenidatum* nu a fost eficient, următorul pas este tratamentul cu Dexamfetamină și invers.

Dacă tratamentul cu Methylphenidatum* și Dexamfetamină s-a dovedit a fi insuficient de eficient sau nu este bine tolerat, utilizați mai întâi **Atomoxetină**.^{20,21,22}

Caseta 26 Recomandări pentru copii de 6-18 ani

Examinați oportunitatea tratamentului farmacologic, dacă simptomele ADHD persistă în pofida psihoeducației și consilierii, iar simptomele sunt moderate sau severe. Părinții trebuie să facă o alegere

¹⁷ Ginsberg, Y., & Lindefors, N. (2012). Methylphenidate treatment of adult male prison inmates with attention-deficit hyperactivity disorder: randomised double-blind placebo-controlled trial with open-label extension. *British Journal of Psychiatry*, 200(1), 68-73. (Dovadă de nivel B)

¹⁸ Retz, W., Rösler, M., Ose, C., Scherag, A., Alm, B., Philipsen, A., Fischer, R., Ammer, R.; Study Group. (2012). Multiscale assessment of treatment efficacy in adults with ADHD: a randomized placebo-controlled, multi-centre study with extended-release methylphenidate. *World Journal of Biological Psychiatry*, 13(1): 48-59 (Dovadă de nivel B)

¹⁹ Biederman, J., Mick, E., Surman, C., Doyle, R., Hammerness, P., Kotarski, M., Spencer, T. (2010). A randomized, 3-phase, 34-week, double-blind, long-term efficacy study of osmotic-release oral system-methylphenidate in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 30(5), 549-553. Bouffard, 2003 (Dovadă de nivel B)

²⁰ Wernicke, J.F., Faries, D., Girod, D., Brown, J., Gao, H., Kelsey, D., et al. (2003). Cardiovascular effects of atomoxetine in children, adolescents, and adults. *Drug Safety*, 26(10), 729-740. (Dovadă de nivel C)

²¹ Young, J.L., Sarkis, E., Qiao, M., Wietecha, L. (2011). Once-daily treatment with atomoxetine in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a 24-week, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Clinical Neuropharmacology*, 34(2): 51-60 (Dovadă de nivel B)

²² McRae-Clark, A.L., Carter, R.E., Killeen, T.K., Carpenter, M.J., White, K.G., & Brady KT. (2010). A placebo-controlled trial of atomoxetine in marijuana-dependent individuals with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal on Addictions*, 19(6):481-489. (Dovadă de nivel B)

informată (luarea în comun a deciziilor).

Dacă este indicat tratament medical, atunci Methylphenidatum* trebuie ales ca primă opțiune.^{23,24,25,26,27,28,29,30}

Dacă există probleme legate de aderența la terapia cu Methylphenidatum* cu durată scurtă de eliberare, examinați oportunitatea trecerii la Methylphenidatum*³¹ cu eliberare prelungită.

Un studiu clinic randomizat a comparat Methylphenidatum* cu acțiune imediată versus Methylphenidatum* cu acțiune prelungită⁹ și patru studii au comparat Methylphenidatum* cu eliberare osmotică prin sistem oral versus placebo.^{5, 32,33,34}

În caz de eficacitate inadecvată sau efecte secundare (grave) ale Methylphenidatum*ui, examinați oportunitatea utilizării, Dexamfetaminum*sau eventual a Dexamfetaminum*cu acțiune prelungită.

Un studiu clinic randomizat a comparat Lisdexamfetaminum cu placebo¹⁰ și un alt studiu a comparat Methylphenidatum* cu Lisdexamfetaminum¹⁰.

În caz de eficacitate inadecvată sau efecte secundare grave ale medicației cu acțiune stimulantă, sau dacă se dorește o acoperire de 24 de ore, Atomoxetinum* sau Guanfacinum* sunt remediile recomandate pentru pasul următor. Dacă medicul are o experiență insuficientă în ceea ce privește Atomoxetinum* sau Guanfacinum*, se va face referire către asistența specializată de sănătate mintală pentru tineri.

Mai multe studii clinice randomizate (26 la număr) au comparat eficiența Atomoxetinei versus placebo.^{35,36,37,38,39,40}

²³ Anon. Treatment of ADHD in children with tics: a randomized controlled trial. *Neurology*. 2002; 58(4):527-536 (*Dovadă de nivel B*)

²⁴ Coghill DR, Rhodes SM, Matthews K. The neuropsychological effects of chronic methylphenidate on drug-naïve Boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*. 2007; 62(9):954-962 (*Dovadă de nivel C*)

²⁵ Conners CK, Taylor E. Pemoline, methylphenidate, and placebo in children with minimal brain dysfunction. *Archives of General Psychiatry*. 1980; 37(8):922-930 (*Dovadă de nivel B*)

²⁶ Greenhill LL, Findling RL, Swanson JM. A double-blind, placebo-controlled study of modified-release methylphenidate in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2002; 109(3):E39 (*Dovadă de nivel B*)

²⁷ Palumbo DR, Sallee FR, Pelham WE, Jr., Bukstein OG, Daviss WB, McDermott MP. Clonidine for attention-deficit/hyperactivity disorder: I. Efficacy and tolerability outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2008; 47(2):180-188 (*Dovadă de nivel B*)

²⁸ Pliszka SR, Browne RG, Olvera RL, Wynne SK. A double-blind, placebo-controlled study of Adderall and methylphenidate in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2000; 39(5):619-626 (*Dovadă de nivel B*)

²⁹ Simonoff E, Taylor E, Baird G, Bernard S, Chadwick O, Liang H et al. Randomized controlled double-blind trial of optimal dose methylphenidate in children and adolescents with severe attention deficit hyperactivity disorder and intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2013; 44 54(5):527-535 (*Dovadă de nivel B*)

³⁰ Wolraich ML, Greenhill LL, Pelham W, Swanson J, Wilens T, Palumbo D et al. Randomized, controlled trial of oros methylphenidate once a day in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2001; 108(4):883-892 (*Dovadă de nivel B*)

³¹

³² Coghill D, Banaschewski T, Lecendreux M, Soutullo C, Johnson M, Zuddas A et al. European, randomized, phase 3 study of lisdexamfetamine dimesylate in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *European Neuropsychopharmacology*. 2013; 23(10):1208-1218 (*Dovadă de nivel B*)

³³ Findling RL, Bukstein OG, Melmed RD, Lopez FA, Sallee FR, Arnold LE et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group study of methylphenidate transdermal system in pediatric patients with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2008; 69(1):149-159 (*Dovadă de nivel B*)

³⁴ Newcorn JH, Kratochvil CJ, Allen AJ, Casat CD, Ruff DD, Moore RJ et al. Atomoxetine and osmotically released methylphenidate for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder: Acute comparison and differential response. *American Journal of Psychiatry*. 2008; 165(6):721-730 (*Dovadă de nivel B*)

³⁵ Allen AJ, Kurlan RM, Gilbert DL, Coffey BJ, Linder SL, Lewis DW et al. Atomoxetine treatment in children and adolescents with ADHD and comorbid tic disorders. *Neurology*. 2005; 65(12):1941-1949 (*Dovadă de nivel C*)

³⁶ Arnold LE, Aman MG, Cook AM, Witwer AN, Hall KL, Thompson S et al. Atomoxetine for hyperactivity in autism spectrum disorders: placebo-controlled crossover pilot trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2006; 45(10):1196-1205 (*Dovadă de nivel B*)

³⁷ Kratochvil CJ, Vaughan BS, Stoner JA, Daughton JM, Lubberstedt BD, Murray DW et al. A double-blind, placebo-controlled study of atomoxetine in young children with ADHD. *Pediatrics*. 2011; 127(4):e862-e868 (*Dovadă de nivel B*)

³⁸ Harfterkamp M, van de Loo-Neus G, Minderaa RB, van der Gaag R-J, Escobar R, Schacht A et al. A randomized double-blind study of atomoxetine versus placebo for attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in children with autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2012; 51(7):733-741 (*Dovadă de nivel B*)

³⁹ Handen BL, Aman MG, Arnold LE, Hyman SL, Tumulu RV, Lecavalier L et al. Atomoxetine, parent training, and their combination in children with autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2015; 54(11):905-915 (*Dovadă de nivel C*)

Un studiu clinic dublu-orb randomizat realizat pe pacienți cu vârsta cuprinsă între 6 și 11 ani⁴¹ a demonstrat utilitatea Modafinilului în ameliorarea deficitului atențional și hiperactivității din ADHD. Modafinilul era administrat în doză de 200 mg/zi (în priză unică) la copiii și adolescenții cu masa corporală sub 30 kg și în doză de 300 mg/zi când masa corporală era peste 30 kg. În săptămâna 1 de tratament se administra 100 mg/zi; în săptămâna a 2-ua – 200 mg/zi și din săptămâna a 3-ea – 300 mg/zi.

Examinați oportunitatea utilizării altor medicamente, cum ar fi Clonidina, doar după referire către asistența specializată de sănătate mintală pentru tineri.

- **!!! Nu utilizați** Risperidonă pentru tratamentul ADHD (*Excepție este: prezența ticurilor, comportamentului de opoziție, tulburărilor psihotice și/sau maniei bipolare. În asemenea cazuri medicația stimulantă poate fi combinată cu antipsihotice atipice DA-blocante (Risperidone), deoarece antipsihoticul va elibera simultan DA în cortexul prefrontal, stimulând receptorii D₁ de la acest nivel și va acționa prin blocarea receptorilor D₂ din sistemul limbic. Astfel, se presupune că, antipsihoticul va crește eliberarea DA și va acționa la nivelul receptorilor D₁ din cortexul prefrontal, în speranța ameliorării simptomelor ADHD, dar va bloca stimularea receptorilor D₂ din sistemul limbic, efect orientat spre prevenirea agravării maniei sau psihozei*⁴². Pentru tratamentul farmacologic al ADHD și al tulburărilor comportamentale, utilizați protocoalele clinice pentru tulburarea de opoziție și tulburarea comportamentală (protocoalele clinice NVvP și NICE pentru tratamentul tulburărilor comportamentale). Trei studii clinice randomizate au comparat Risperidona cu placebo^{43,44,45}.
- Fiți prudenți la factorii de risc pentru posibile abuzuri de medicamente de către adolescenți sau persoanele aflate în mediul direct al copiilor sau adolescenților. Reduceți riscul, focusându-vă spre adicția membrilor de familie / rudelor și abțineți-vă de la prescrierea medicamentelor.

Tabelul 5 Remedii farmacologice recomandate pentru tratamentul ADHD la persoanele cu vârsta între 6 și 18 ani

Medicament	Recomandare	Doza inițială	Posibile efecte secundare	Contraindicații/ Precauții (p)
Methylphenidatum* (cu acțiune de scurtă durată)	Prima alegere	5 mg de 2-3 ori pe zi. Măriți cu aproximativ 5 mg, dacă este necesar, la fiecare 7-14 zile. Doza maximală - 60 mg.	Pierderea poftei de mâncare, scădere în greutate, insomnie inițială, dureri de cap, gură uscată, reapariția iritabilității, tulburări gastrointestinale, amețeli, anxietate, apariția ticurilor, creșterea BP și HR, constipație/diaree, disforie, reacții cutanate.	Tulburări de tic, boli cardiace, glaucom, hipertiroidism, epilepsie (p), psihoza (p), tumori suprarenale (p)
Methylphenidatum* cu acțiune prelungită	Dacă există probleme legate de aderența la tratament în urma utilizării Methylphenidatum* cu acțiune de scurtă durată	10-20 mg o dată pe zi, până la amiază. Măriți cu 5-10 mg, după necesitate, la fiecare 7-14 zile. Doza maximală - 60 mg.	Pierderea poftei de mâncare, scădere în greutate, insomnie inițială, dureri de cap, gură uscată, reapariția iritabilității, tulburări gastrointestinale, amețeli, anxietatea, apariția ticurilor, creșterea BP și HR, constipație/diaree, disforie, reacții cutanate.	Tulburări de tic, boli cardiace, glaucom, hipertiroidism, epilepsie (p), psihoza (p), tumori suprarenale (p)

⁴⁰ Huss M, Hervas A, Johnson M, McNicholas F, Stralen J, Sreckovic S et al. Efficacy and safety of extended-release guanfacine hydrochloride in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder: A randomized, double-blind, multicentre, placebo- and active-reference phase 3 study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2015; 49(1_suppl):111 (*Dovadă de nivel B*)

⁴¹ Manijeh Kahbazi a, Aboulfazl Ghoreishi b, Fatemeh Rahiminejad c, Mohammad-Reza Mohammadi c, Abbas Kamalipour c, Shahin Akhondzadeh A randomized, double-blind and placebo-controlled trial of modafinil in children and adolescents with attention deficit and hyperactivity disorder. *Psychiatry Research* 168 (2009) 234–237

⁴² Stahl St. Psihofarmacologie. Baze neuroștiințifice și aplicații practice. Ed. A 4-a. Editura medicală CALISTO, București 2018, p 488-489.

⁴³ Buitelaar JK, van der Gaag RJ, Cohen-Kettenis P, Melman CT. A randomized controlled trial of risperidone in the treatment of aggression in hospitalized adolescents with subaverage cognitive abilities. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2001; 3 62(4):239-248 (*Dovadă de nivel B*)

⁴⁴ Jahangard L, Akbarian S, Haghighi M, Ahmadpanah M, Keshavarzi A, Bajoghli H et al. Children with ADHD and symptoms of oppositional defiant disorder improved in behavior when treated with methylphenidate and adjuvant risperidone, though weight gain was also observed - Results from a randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *Psychiatry Research*. 2017; 251:182-191 (*Dovadă de nivel B*)

⁴⁵ Nagaraj R, Singhi P, Malhi P. Risperidone in children with autism: randomized, placebo-controlled, double-blind study. *Journal of Child Neurology*. 2006; 21(6):450-16 455 (*Dovadă de nivel B*)

Medicament	Recomandare	Doza inițială	Posibile efecte secundare	Contraindicații/ Precauții (p)
Dexamfetaminum* (cu acțiune de scurtă durată)	Dacă eficacitatea este inadecvată sau există efecte secundare (grave) ale Methylphenidatum*, examinați oportunitatea administrării dexamfetaminei, ca al doilea pas, sau eventual a Dexamfetaminum*cu acțiune prelungită.	20-30 mg o dată pe zi până la amiază. Măriți cu 10 mg, în dependență de necesități, la fiecare 7-14 zile. Doza maximală - 60 mg.	Pierderea poftei de mâncare, scădere în greutate, insomnie inițială, dureri de cap, gură uscată, reapariția iritabilității, tulburări gastrointestinale, amețeli, anxietate, apariția ticurilor, creșterea BP și HR, constipație/diaree, disforie, reacții cutanate.	Tulburări de tic (p), epilepsie (p), psihoza (p), tumori suprarenale (p), boli cardiace, glaucom, hipertiroidism
Dexamfetaminum* (cu acțiune prelungită).	Dacă eficacitatea este inadecvată sau există efecte secundare (grave) ale Methylphenidatum*, examinați oportunitatea administrării dexamfetaminei, ca al doilea pas, sau eventual a Dexamfetaminum*cu acțiune prelungită.	20-30 mg o dată pe zi până la amiază. Măriți cu 10 mg, în dependență de necesități, la fiecare 7-14 zile. Doza maximală - 60 mg.	Pierderea poftei de mâncare, scădere în greutate, insomnie inițială, dureri de cap, gură uscată, reapariția iritabilității, tulburări gastrointestinale, amețeli, anxietate, apariția ticurilor, creșterea BP și HR, constipație/diaree, disforie, reacții cutanate.	Tulburări de tic (p), epilepsie (p), psihoza (p), tumori suprarenale (p), boli cardiace, glaucom, hipertiroidism
Atomoxetinum*	Dacă există o eficacitate inadecvată sau efecte secundare grave ale stimulanzilor sau dacă este dorit o acoperire de 24 ora, administrați atomoxetinum sau guanfacinum ca pași următori. Dacă practicianul nu dispune de experiență suficientă de administrare a atomoxetinum sau guanfacinum, consultați sau referiți către serviciile specializate de sănătate mintală pentru tineri	0,5 mg/kg/ zi. Mențineți doza timp de cel puțin 7-14 zile înainte de a o ajusta la 0,8 mg/kg/zi, apoi la 1.2 mg/kg/zi	Pierderea poftei de mâncare, scădere în greutate, insomnie inițială, dureri de cap, gură uscată, somnolența, tulburări gastrointestinale, amețeli, anxietate, posibilă apariție a ticurilor, creșterea BP și HR, constipație/ diaree, disforie, reacții cutanate, disfuncție sexuală.	Boli cardiace, psihoza (p), glaucom, hipertiroidism, tumori suprarenale (p), astm (p)

Medicament	Recomandare	Doza inițială	Posibile efecte secundare	Contraindicații/ Precauții (p)
Guanfacinum*	Dacă există o eficacitate inadecvată sau efecte secundare grave ale stimulanzilor sau dacă este dorit o acoperire de 24 ora, administrați atomoxetinum sau guanfacinum ca pași următori. Dacă practicianul nu dispune de experiență suficientă de administrare a atomoxetinum sau guanfacinum, consultați sau referiți către serviciile specializate de sănătate mintală pentru tineri	1 mg. Mențineți doza timp de cel puțin 7-14 zile înainte de a o mări cu nu mai mult de 1 mg pe săptămână până la o doză maximă de 4 mg pe zi.	O oarecare pierdere a poftei de mâncare (raportată mai puțin frecvent), somnolență, dureri de cap, gură uscată, greață, dureri abdominale superioare, amețeli, creșterea BP și HR atunci când se întrerupe brusc, scăderea BP și HR	Boli cardiace (p), boală hepatică (p), boală renală (p)
Clonidinum*	Examinați oportunitatea administrării altor medicamente, așa ca clonidina sau nortriptilina, doar după referirea către serviciile specializate de sănătate mintală pentru tineri.	0,05 mg înainte de culcare; doza se titrează pe parcursul a 2-4 săptămâni; doza uzuală este între 0,05 și 2,4 mg/zi.	Bradycardie sinusală, bloc atrio-ventricular, xerostomie, amețeli, constipație, sedare, insomnie, cefalee, senzație de oboseală. La inițierea terapiei, hipotensiune, posibil accident vascular cerebral și deces, sincopă, tahicardie.	Alergie dovedită la clonidină

Caseta 27 ADHD Tratament farmacologic. Intervenții pentru adulți.

Tratamentul adulților este reflectat în Algoritmul C.1.5.

Recomandări specifice

Practicianul trebuie să susțină pacientul prin furnizarea informațiilor adecvate referitoare la alegerea tratamentului. Preferința pacientului este decisivă în alegerea intervențiilor specifice.

În cazul efectelor adverse și secundare ale tratamentului medicamentos sau necorespunzătoare (ineficiența intervențiilor) ale celui non-farmacologic (formarea abilităților sau PCC), examinați oportunitatea prestării ambelor tipuri de tratament.

Oferiți-le adulților un tratament combinat, constând din medicație și intervenții psihosociale (intervenții de structurare, formarea abilităților, PCC) și ajutați-le la alegerea combinației adecvate.

Examinați oportunitatea tratamentului non-farmacologic la adulții cu ADHD care:

- au făcut o alegere informată să nu înceapă cu medicația
- au probleme legate de utilizarea sistematică a medicamentelor
- tratamentul medicamentos nu este eficient sau sunt prezente reacții adverse și secundare ale medicamentelor

Examinați oportunitatea tratamentului non-farmacologic în asociere cu medicamente la adulții cu ADHD care, deși au efecte benefice în urma medicamentelor, rămân în continuare limitați considerabil (în unul sau mai multe domenii ale vieții) de către simptomele ADHD.

Tabelul 6 Medicamente pentru adulți

Medicament	Recomandare	Recomandări privind dozajul	Posibile efecte secundare	Contraindicații (c)/ Precauții (P)
Methylphenidatum* cu acțiune prelungită.	Prima alegere cu dexamfetamina.	Începeți cu 10-20 mg o dată pe zi (până la amiază). Măriți cu aproximativ 10 mg în timpul titrării. Doza maximală - 80mg.	Pierderea poftei de mâncare, scădere în greutate, insomnie inițială, dureri de cap, gură uscată, reapariția iritabilității, greață, tulburări gastrointestinale, amețeli, anxietate, creșterea BP și HR, apariția ticurilor, constipație/diaree, disforie, reacții cutanate.	Tulburări de tic, boli cardiace (p), glaucom, hipertiroidism, epilepsie (p), psihoza (p), tumori suprarenale (p)
Dexamfetaminum* cu acțiune prelungită	Prima alegere cu Methylphenidatum*.	Începeți cu 20-30 mg o dată pe zi până la amiază. Măriți cu 10 mg, conform necesității, la fiecare 7-14 zile. Doza maximală - 60 mg.	Pierderea poftei de mâncare, scădere în greutate, insomnie inițială, dureri de cap, gură uscată, reapariția iritabilității, tulburări gastrointestinale, amețeli, anxietate, apariția ticurilor, creșterea BP și HR, constipație/diaree, disforie, reacții cutanate.	Tulburări de tic (p), epilepsie (p), psihoză (p), tumori suprarenale (p), boli cardiace, glaucom, hipertiroidism
Dexamfetaminum* (cu acțiune de scurtă durată)	Alegere după versiunile cu acțiune prelungită ale Dexamfetaminum*și Methylphenidatum*	Începeți cu 2.5-5 mg de două ori pe zi. Măriți cu 2,5-5 mg în timpul titrării. Doza maximală-40 mg.	Pierderea poftei de mâncare, scădere în greutate, insomnie inițială, dureri de cap, gură uscată, reapariția iritabilității, tulburări gastrointestinale, anxietate, apariția ticurilor, creșterea BP și HR, constipație/diaree, disforie, reacții cutanate, disfuncție sexuală minoră.	Tulburări de tic (p), Epilepsie (p),boli cardiace (p), psihoză, glaucom, hipertiroidism, tumori suprarenale (p)

Medicament	Recomandare	Recomandări privind dozajul	Posibile efecte secundare	Contraindicații (c)/ Precauții (P)
Methylphenidatum* (cu acțiune de scurtă durată)	Alegere după versiunile cu acțiune prelungită ale Dexamfetaminum* și Methylphenidatum*.	Începeți cu 5 mg de 2-3 pe zi, puteți examina oportunitatea administrării de 4 ori pe zi. Măriți cu 5-10 mg, dacă este necesar, în timpul titrării. Doza maximală - 60 mg.	Pierderea poftei de mâncare, scădere în greutate, insomnie inițială, dureri de cap, gură uscată, reapariția iritabilității, tulburări gastrointestinale, anxietate, apariția ticurilor, creșterea BP și HR, constipație / diaree, disforie, reacții cutanate	Tulburări de tic, epilepsie (p), boli cardiace (p), psihoză, glaucom, hipertiroidism, tumori suprarenale(p)
Atomoxetinum*	Dacă tratamentul cu Methylphenidatum* și Dexamfetaminum* s-a dovedit a fi insuficient de eficient sau n-a fost bine tolerat, prima opțiune e Atomoxetinum*.	Începeți cu 40 mg o dată pe zi timp de 7-14 zile. Mențineți doza minimum 7-14 zile, apoi ajustați la 60, ulterior 80 mg / zi. Doza maximă / zi - 1,4 mg / kg / zi sau 100 mg5	Pierderea poftei de mâncare, scădere în greutate, insomnie inițială, durerea de cap, gură uscată, somnolență, tulburări gastrointestinale, amețeli, anxietate, posibilă apariție a ticurilor, creșterea BP și HR, constipație/diaree, disforie, reacții cutanate, disfuncție sexuală.	Boli cardiace (p), psihoza (p), glaucom, hipertiroidism, tumori suprarenale (p), astm (p)

Medicament	Recomandare	Recomandări privind dozajul	Posibile efecte secundare	Contraindicații (c)/ Precauții (P)
Modafinilum	Tratament psihostimulant de intenția a doua.	Necesită titrarea dozei: în săptămâna 1 de tratament se va administra 100 mg/zi; în săptămâna a 2-ua – 200 mg/zi și din săptămâna a 3-ea – 300 mg/zi (în priză unică). La copii și când masa corporală este peste 30 kg - 300 mg/zi	Cefalee, anxietate, nervozitate, insomnie, xerostomie, diaree, greață, anorexie, faringită, rinită, hipertensiune, palpitații. Au fost raportate modificări ischemice tranzitorii pe EKG la pacienții cu prolaps de valvulă mitrală, rar agravarea maniei, halucinațiilor, anxietății și ideății suicidare. Posibil sindrom Stevens-Johnson.	Pacienții cu istoric de abuz de substanțe (p), sindromul de apnee în somn (p), poate diminua eficiența contraceptivelor steroidiene (p), Hipertensiunea arterială severă (c), aritmiile cardiace (c), alergie la modafinil (c).

*Medicamentul nu este înregistrat în Nomenclatorul de Stat al Medicamentelor, dar se recomandă de către Ghidurile internaționale bazate pe dovezi.

Caseta 28 Tratamentul combinat

Pentru adulții cu ADHD, medicația și tratamentul non-farmacologic (formarea abilităților și PCC) trebuie să facă parte din oferta de tratament.

Începeți tratamentele, de preferință, nu simultan, ci consecutiv. Aceasta oferă cea mai bună posibilitate de a evalua efectul ambelor forme de tratament ^{46,47,48,49,50}.

Caseta 29 Efecte adverse ale preparatelor utilizate în tratamentul ADHD

Sistemul corporal	Reacție adversă	Psihostimulante	Ne-psihostimulante	
			Atomoxetine*	Alpha-2-adrenomimetice centrale (i.e. Guanfacinum* XR)
Sistemul cardiovascular	Scăderea tensiunii arteriale și a ritmului cardiac	-	-	□

⁴⁶ Safren SA, Otto MW, Sprich S, Winett CL, Wilens TE, Biederman J. Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. Behaviour Research and Therapy. 2005; 43(7):831-842. (Dovadă de nivel C)

⁴⁷ Safren SA, Sprich S, Mimiaga MJ, Surman C, Knouse L, Groves M et al. Cognitive behavioral therapy vs relaxation with educational support for medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: a randomized controlled trial. JAMA. 2010; 304(8):875-880. (Dovadă de nivel B)

⁴⁸ Emilsson B, Gudjonsson G, Sigurdsson JF, Baldursson G, Einarsson E, Olafsdottir H et al. Cognitive behaviour therapy in medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: a randomized controlled trial. BMC Psychiatry. 2011; 11:116. (Dovadă de nivel B)

⁴⁹ Estrada RV, Bosch R, Nogueira M, Gomez-Barros N, Valero S, Palomar G et al. Psychoeducation for adults with attention deficit hyperactivity disorder vs. cognitive behavioral group therapy: a randomized controlled pilot study. Journal of Nervous and Mental Disease. 2013; 201(10):894-900 (Dovadă de nivel B)

⁵⁰ Philipsen A, Jans T, Graf E, Matthies S, Borel P, Colla M et al. Effects of group psychotherapy, individual counseling, methylphenidate, and placebo in the treatment of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry. 2015; 72(12):1199-1210 (Dovadă de nivel B)

	Creșterea tensiunii arteriale și a ritmului cardiac	☐	☐	Când este stopat brusc
Tulburări ale sistemului gastrointestinal și alimentare	Pierderea apetitului	☐	☐	Incidență scăzută
	Constipație / Diaree	☐	☐	☐
	Gură uscată	☐	☐	☐
	Deregări gastrointestinale	☐	☐	Au fost raportate dureri abdominale superioare
	Greață / vomă	☐	☐	☐
Tulburări ale sistemului nervos și psihiatrice	Anxietate	☐	☐	Incidență scăzută
	Amețeli	☐	-	-
	Disforie / iritabilitate	☐	☐	Rareori
	Dureri de cap	☐	☐	☐
	Insomnie inițială	☐	☐	Incidență scăzută
	Somnolență	-	☐	☐
	Efect de recul	☐	-	-
	Ticuri	☐	Rareori	
Altele	Scădere în greutate	☐	☐	-
	Disfuncție sexuală	Rareori	☐	-
	Reacții cutanate	☐	☐	Incidență scăzută

C.2.3.9.EVOLUȚIA

Simptomele hiperactivității/impulsivității apar mai devreme (la vârsta de 3 - 4 ani), deficitul de atenție este evident mai târziu, când începe școala (la vârsta de 5 - 7 ani), fiind persistent chiar și mai târziu. De fapt, tipul predominant hiperactiv este diagnosticat mai ușor la copiii mai mici și tipul predominant cu deficit de atenție mai târziu, pe măsură ce se dezvoltă ADHD. Simptomele de hiperactivitate-impulsivitate regresează mai mult cu vârsta, decât simptomele de neatenție. Această reducere a simptomelor hiperactivității-impulsivității nu este consecința medicației sau a oricărui alt tratament. Deficitul de atenție ar putea scădea și în intensitate, iar atenția va fi mai stabilă cu vârsta, dar tinde să fie mai mică decât atenția persoanelor neafectate de aceeași vârstă și fiind raportată la cerințele vieții cotidiene.

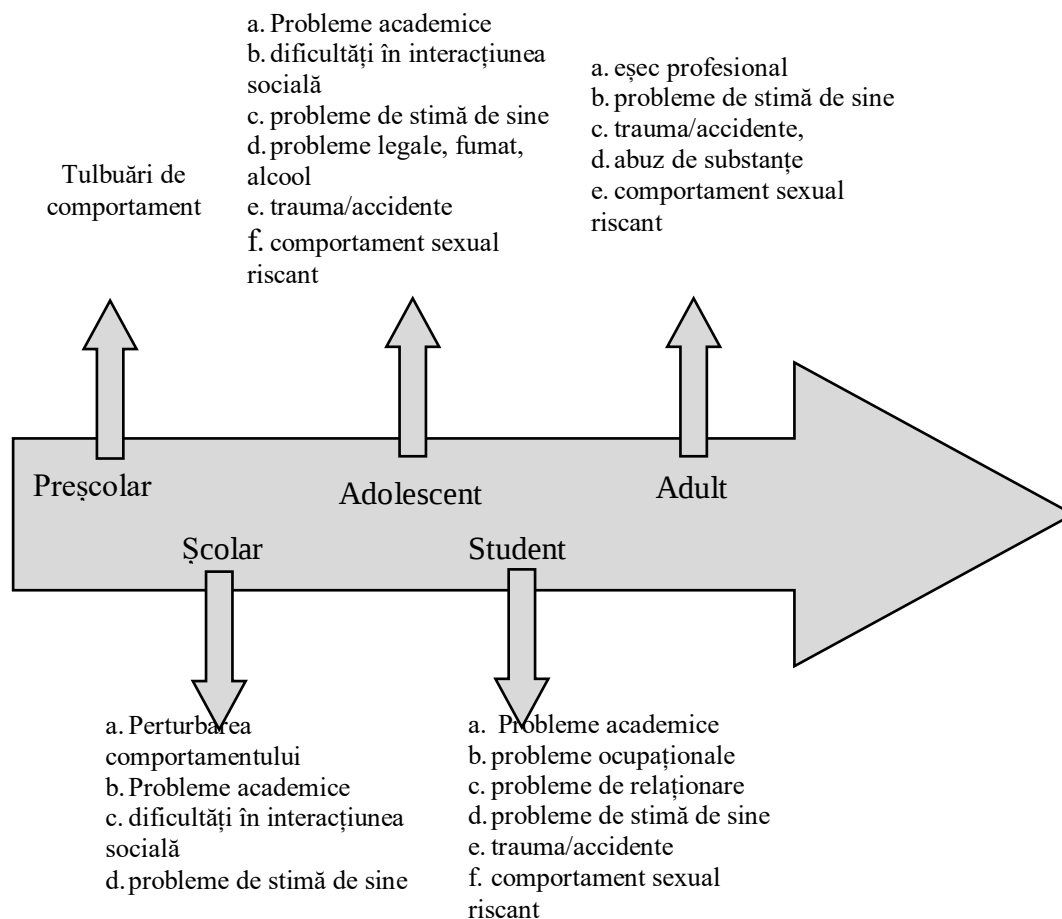


Fig. 6 Impactul ADHD asupra dezvoltării.

Caseta 30 IMPACT/ DIZABILITATEA FUNCȚIONALĂ PE PARCURSUL VIETII

ADHD poate afecta toate aspectele vieții unei persoane, atât personal, cât și sistemic. Într-un studiu ce a durat 33 de ani, copiii cu ADHD au dovedit a avea un risc mai mare de rezultate slabe pe termen lung ca adulți în aproape toate aspectele vieții, comparativ la omologii lor non-ADHD.

Dificultățile fundamentale în funcționarea executivă observate la multe persoane cu ADHD provoacă diferite grade funcționale de depreciere în funcție de cerințele adresate individului de mediul său și de suporturile disponibile.

Factorii variabili includ resursele familiale, școlare sau profesionale, precum și responsabilitățile personale, strategiile de coping, capacitatea cognitivă și intuiția individului.

Individual - Indiferent de succesul academic, personal, ocupațional, profesional sau financiar, multe persoane cu ADHD luptă cu stima de sine scăzută. Unii descriu adesea convingeri sau așteptări negative ale propriilor abilități. Unii descriu un „complex al impostorului” ce le creează dificultăți în ași asuma meritele pentru propriul succes. Acest lucru se poate datora performanței incoerente pe tot parcursul vieții și a unui istoric de feedback negativ pentru eșecurile percepute.

Familie - Datorită eredității ridicate ale ADHD, rareori există o singură persoană cu ADHD în cadrul unei familii. În plus, ADHD-ul netratat poate fi o explicație semnificativă pentru o rată mai mare de separare și divorț la acești indivizi.

Alte impacturi asupra individului sau familiei pot include: stresul parental; probleme parentale emoționale / probleme de sănătate mintală; conflict între frați; perturbarea coeziunii familiei; mai puțin timp disponibil pentru a se angaja în activități familiale.

Părinții, frații și alți membri ai familiei pot avea ADHD și, prin urmare, pot avea dificultăți în organizare, consecvență, impulsivitate și instabilitate emoțională.

În plus, a avea un copil cu o dizabilitate poate crește probabilitatea abuzului de substanțe, depresiei și anxietății la părinți.

Psihopatologia parentală poate avea un impact semnificativ asupra capacității părinților de a structura, monitoriza și ajuta în general copilul lor.

Identificarea acestei psihopatologii și încurajarea părinților pentru urmarea unui tratament adecvat va

îmbunătăți starea psihiatrică a părinților și capacitatea lor parentală și, astfel, va fi de mare ajutor pentru copilul sau adolescentul din familia lor.

Este important ca părinții (părinții) să fie tratați în același timp cu copilul sau adolescentul. Această abordare a intervenției „în familie” este bună pentru copil / adolescent, deoarece arată că părintele poate empatiza cu experiențele sale. Când părinții învață abilități pentru a-și controla propriile vieți, este mai ușor să formeze o structură în viața copilului.

Școală - Persoanele cu ADHD netratat / subtratate sunt susceptibile de a fi expulzate sau de a lipsi nemotivat, pot avea note mai mici și pot perturba procesul de învățămînt al altor persoane. Acest lucru poate afecta statutul economic viitor al individului.

Profesia - Adulții care suferă de ADHD au un absenteism mai ridicat și o productivitate mai scăzută în muncă. De asemenea, sunt mai predispuși să renunțe impulsiv, să schimbe locul de muncă sau să fie concediați. Tratamentul specific ADHD poate diminua acest risc.

C.2.3.10.SUPRAVEGHEREA

Caseta 31. Direcții privind terapia de menținere

Este important ca pacienților să li se ofere o viziune realistă a ceea ce se pot aștepta de la administrarea medicamentelor.

Ei trebuie să înțeleagă că fiecare persoană reacționează în mod diferit, unii nu pot tolera sau primi un medicament, alții au remisie completă fără efecte secundare.

O doză eficientă pentru un pacient ar putea să nu aibă nici un efect pentru altul.

Punctele cheie pentru un proces de testare eficient:

- Implicați pacientul și familia
- Identificați simptomele specifice ADHD care afectează funcționalitatea pentru a defini obiectivele tratamentului,
- Selectați opțiunile de tratament și instrumentele clinice pentru a observa schimbările
- Începeți cu opțiuni de tratament de primă linie și ajustați dozele, echilibrînd eficacitatea clinică cu efectele secundare
- * Urmați protocolul de titrare prezentat în diagramele medicamentelor pe grupe de vîrstă
- Măsurați răspunsul în intervale planificate
- Dacă răspunsul nu este satisfăcător, explorați de ce și încercați o opțiune de tratament diferită până când controlul simptomelor este optimizat
- Urmăriți și reevaluați eficacitatea și nevoia de tratament în mod regulat.

Notă: Studiul nu se consideră a fi valid dacă pacientul nu respectă dozele prescrise, administrează alte medicamente care interferează cu cele prescrise sau dacă medicul nu urmărește schimbările survenite.

Caseta 32 Principiile de titrare a dozelor și monitorizare a pacienților cu ADHD

Stabiliți un program al vizitelor și contactelor cu pacientul și familia

Este util să avem o abordare structurată față de estimarea reacției la tratament, dincolo de cele raportate de către pacient și familie. De exemplu, tratamentul țintă ar putea fi îmbunătățirea capacității persoanei de a rămâne concentrat asupra unei sarcini în decursul unei perioade X de timp. La estimarea acestui lucru, în special la pacienții mai tineri, informațiile colaterale din partea profesorului și altora pot ajuta la măsurarea eficacității. La un adolescent poate fi vizată abilitatea de a susține atenția în timpul sarcinilor mai puțin interesante și mai puțin structurate. Un adult poate folosi o țintă specifică care necesită o schimbare (de exemplu, nivelul de procrastinare la locul de muncă).

Pe parcursul fazei de titrare a dozelor, sunt recomandate contacte regulate de raportare cu pacientul fie prin telefon, e-mail, fax sau vizite. În mod ideal, în perioada de titrare pacientul va fi văzut pentru revizuirea dozelor medicamentelor și pentru a verifica starea sa de sănătate fizică, semnele vitale, efectele secundare, funcționarea familiei, bunăstarea pacientului și a familiei și în vederea gestionării strategiei de coping.

O regulă generală este de a începe cu doze mici și de a merge lent, dar de a continua mărirea dozei până la atingerea scopurilor dorite ale tratamentului sau până când efectele secundare împiedică mărirea dozei sau se atinge doza maximă recomandată. **Tratamentul optim** înseamnă că simptomele s-au redus și există o îmbunătățire a funcționării generale. **Doza optimă** este acea doză după care nu există o îmbunătățire suplimentară. Uneori, efectele adverse limitează titrarea dozei. Pragul maxim de

dozare a medicamentelor din acest document este în concordanță cu standardele off-label stabilite de Academia Americană de Psihiatrie pentru Copii și Adolescenți, studiile clinice publicate și bazate pe consens în cadrul comitetului pentru Protocolul CADDRA.

Este util să avertizați pacientul în prealabil că pot exista variații în felul cum vor simți efectele medicamentelor pentru ADHD. În general, efectele unui medicament stimulant pot fi stabile la o doză dată după una până la trei săptămâni, iar pentru atomoxetină - după patru până la șase săptămâni și răspunsul complet poate să nu aibă efect decât după trei luni cu o anumită doză. Cu toate acestea, pot exista variații individuale care trebuie abordate individual pentru a optimiza doza. Sub-dozarea poate apare atunci, când optimizarea completă nu este adoptată ca obiectiv de tratament. Unii pacienți raportează pierderea în timp a efectului tratamentelor cu stimulante. În unele cazuri, luarea pauzelor intermitente de la tratamentul stimulant a permis menținerea efectelor la doze mai mici. Cercetările la acest capitol sunt în desfășurare.

Caseta 33 Supraveghere continuă

Supravegherea pe termen lung a persoanelor cu ADHD ar trebui să urmeze modelul de boală cronică care implică:

- Îngrijiri pro-active, integrate, care sunt ușor de pilotat de către pacient: este esențial de tratat ADHD în mod proactiv înainte ca să apară consecințe negative pe termen lung (de exemplu: abandon școlar, delincvență, pierderea locului de muncă, divorț, probleme de consum de substanțe, comorbidități).
- Implicarea activă a pacienților în propriile îngrijiri și advocacy: pacienții trebuie să fie parteneri în managementul ADHD. Mai mult, pacienții pot servi drept modele de rol pentru alți pacienți; pot fi utile așa serviciile, ca grupurile de suport.
- Abordări de tratament multimodal, susținute de protocoale bazate pe dovezi: medicația este un aspect important al managementului ADHD și trebuie să fie însoțită de abordări psihosociale. Această abordare integrată poate atenua rata ridicată de diminuare a compliancei la medicamente. Plus la aceasta, întâlnirile periodice cu prestatorii de servicii de sănătate mintală pot de asemenea favoriza o alianță terapeutică mai puternică. Frecvența vizitelor poate varia de la un pacient la altul, în dependență de mai mulți factori: de exemplu, implicarea pacientului, stabilitatea simptomelor și rețeaua de suport. În timpul perioadei de stabilizare, pot fi necesare vizite regulate (de exemplu, la fiecare două-patru săptămâni), iar după stabilizare, pot fi suficiente vizite mai puțin frecvente (de exemplu, la fiecare trei-șase luni).
- Oferiți educație și resurse: prestatorii de servicii medicale, profesorii și alte părți interesate necesită instruire continuă privind managementul ADHD.
- Acces la expertiză de specialitate: în cazuri complexe, ar putea fi necesar ca prestatorii de servicii medicale să refere către îngrijiri specializate și accesul în timp util este un aspect important al managementului ADHD pe termen lung.

C.2.3.11.REABILITAREA (LA NECESITATE)

Reabilitarea are loc prin participare și reintegrare. Activitățile de reabilitare sunt focusate pe fortificarea imaginii de sine. Acestea pot fi atinse prin:

- Diagnosticare atentă și psihoeducația, re-evaluarea criteriilor de diagnosticarea criteriilor de ADHD o dată la doi ani.
- Implicarea altor persoane semnificative pentru pacient (de ex. familia) în faza de diagnosticare, ulterior instruirea și supervizare persoanelor semnificative.
- Focusarea atenției pe doliu și confuzie, accentuând ce o persoană poate și ce nu.
- Utilizarea intervențiilor pentru atingerea scopurilor personale ale pacientului, pentru a fortifica calitățile pozitive și a crește calitatea vieții.
- Stabilirea unui contact pentru toți cei implicați
- Utilizați experiența unei persoane cu ADHD (de la egal la egal)

C.2.4.STĂRILE DE URGENȚĂ

Luând în considerație prezența în comorbiditate a unor patologii ca: tulburarea de opoziție și comportament sfidător, tulburări anxioase și tulburarea depresivă majoră, tulburările consumului de substanțe, tulburarea de personalitate antisocială și alte tulburări de personalitate, tulburarea din

spectrul autismului, care prin decompensare pot agrava tabloul clinic se necesită consultarea protocoalelor clinice respective sau standardelor de diagnostic și tratament.

Caseta 34 Accidente /riscuri în copilărie

ADHD la copii a asociat cu un risc de două ori mai mare pentru răni accidentale de toate tipurile, pentru răni mai severe, precum și pentru leziuni repetate. Se consideră că comorbiditatea Tulburarea defiantă, opoziționistă cu provocare / agresivitatea împreună cu ADHD pot agrava aceste riscuri.

Medicamentele pot reduce leziunile.

ASPECT PRACTIC

Promovați siguranța în casă și în exteriorul acesteia, în special pentru copilul impulsiv și hiperactiv.

Pentru a reduce riscurile, copiii cu ADHD ar putea avea nevoie de supravegherea activităților, cum ar fi mersul la școală, activități de care colegii săi pot să nu aibă nevoie.

Puncte pentru a discuta cu părinții:

- Oferiți siguranță fizică (ex. siguranța încăperii și a spațiului în aer liber care poate fi ușor supravegheat, oferiți oportunități de mișcare fizică).
- Asigurați o supraveghere adecvată și încurajați comportamentele în care copilul manifestă managementul riscului (ex., purtarea unei căști sau unui echipament de protecție, solicitarea permisiunii sau a unui sfat, respectarea regulilor, citirea instrucțiunilor, manifestarea unei judecăți adecvate).
- Copiii cu ADHD beneficiază de activitate fizică și pot găsi oportunități de succes prin joc sau sport.
- Trebuie să existe un echilibru între asigurarea mediilor sigure și supra protejare.
- De asemenea, este importantă crearea unei abordări calme, structurate și pozitive a creșterii copilului nu doar pentru a optimiza o dezvoltare adecvată dar și pentru a primi un răspuns mai acceptabil la stabilirea limitelor.

Mai presus de toate, este crucial ca părinții să păstreze o relație plăcută cu copilul lor, care ar încuraja stima de sine.

A face lucruri la care copilul excelează sau de care se bucură este foarte important. Părinții trebuie să includă nu doar structură și îndrumare, dar distracția. Școala trebuie să creeze un mediu similar.

Caseta 35 Accidente /riscuri în adolescență

Adolescența este o perioadă de dezvoltare în care un procent semnificativ de indivizi încep să se angajeze în activități care au un risc asociat. Adolescenții care au ADHD au un risc mai mare decât populația generală pentru că se confruntă cu rezultatele negative ale comportamentelor riscante. Impulsivitatea, în special, poate avea un impact negativ asupra funcționării executive a unui adolescent.

Există multe dovezi că ADHD-ul netratat poate duce la rate mai mari de accidentare, eșec și abandon școlar accidente de conducere și conflicte familiale.

Pentru unii, activitatea sexuală începe în perioada adolescenței. Atât adolescenții bărbai, cât și femeile care au ADHD prezintă un risc crescut de activitate sexuală timpurie, boli cu transmitere sexuală și numeroși parteneri sexuali. Femeile cu ADHD prezintă într-un procent mai mare riscul de sarcină adolescentă în comparație cu adolescenții fără ADHD.

Ar trebui să fie furnizate informații despre activități sexuale riscante și după caz, ar trebui încurajată utilizarea metodelor de contracepție.

Frecvent, adolescența este perioada în care începe experimentarea cu alcoolul și drogurile. Adolescenții cu ADHD au un risc mai mare decât populația generală să înceapă să folosească droguri mai devreme și să dezvolte dificultăți mai severe legate de abuzul de substanțe.

Comorbiditatea ADHD și SUD începe frecvent în adolescență. Abținerea de la consumul ilicit de droguri ar fi o opțiune ideală, dar și o abordare de reducere consumului de substanțe ilicite poate fi o opțiune utilă.

Un alt grup de substanțe ce ar manifesta interes pot fi băuturile ce conțin cofeină în exces, spre exemplu „băuturile energizante”.

Caseta 36 Accidente / riscuri la vârsta adultă

Majoritatea comportamentelor riscante care sunt problematice în copilărie și adolescență continuă să aibă un impact asupra persoanelor cu ADHD la vârsta adultă.

Mortalitatea specifică pentru suicid a fost semnificativ mai mare în cazurile de ADHD (SMR, 4.83).

ADHD-ul din copilărie este o problemă de sănătate cronică, cu risc semnificativ al mortalității, și prezenta acesteia pe termen lung la vârsta adultă.

Richards și colaboratorii au evaluat rezultatele negative ale șofatului la persoanele cu ADHD, raportând

mai multă furie și agresivitate în procesul șofatului, precum și o expresie de furie mai puțin adaptivă și constructivă în comparație cu semenii fără ADHD.

Studentii, șoferii adulți cu ADHD s-au considerat a fi mai înfuriați, mai riscanți și mai nesiguri la volan, raportând mai multe situații de conflict între concentrare și controlul automobilului.

Caseta 37 ȘOFATUL

Simptomele ADHD pot avea un impact negativ asupra capacității de a conduce un autoturism în siguranță atât pentru adolescenți, cât și pentru adulți. Nu toți pacienții cu ADHD care conduc au probleme semnificabile de șofat. Cu toate acestea, datele epidemiologice sugerează că în general, șoferii ADHD, în general, manifestă un risc sporit.

Este important ca toți adolescenții cu ADHD să beneficieze de instruire pentru șoferi și ca riscurile lor de conducere să fie reduse la minimum (de ex. evitarea orelor de pericol sporit (noaptea), evitarea autostrăzilor majore, excluderea totală a drogurilor și consumului de alcool în timpul șofatului)

Prezența ADHD și consumul substanțelor comorbide sporește riscurile în timpul conducerii automobilelor. Simulatoarele și observările "on-road" sugerează că Methylphenidatum*, Dexamfetaminum* și Atomoxetine* îmbunătățesc comportamentele de șofat în cercul populației cu ADHD.

Clinicienii ar trebui să monitorizeze răspunsul individual la medicamente, atât pentru îmbunătățire, cât și pentru agravarea abilităților de conducere. De exemplu, agenți precum Guanfacinum* sau clonidina pot acționa ca sedative și pot agrava procesul de conducere a unui autoturism în perioada inițială de titrare a dozei.

Adițional, unele medicamente își pot finisa efectul până seara târziu sau utilizarea unui medicament stimulent cu acțiune scurtă „conform necesității” este deosebit de slabă seara, perioada de risc maxim pentru tinerii șoferi.

Restricțiile privind utilizarea telefonului mobil, conducerea nocturnă și în week-end, utilizarea transmisiei manuale pot avea un impact asupra îmbunătățirii performanței la volan. Măsurile psihosociale și legislative s-ar putea dovedi a fi o soluție mai eficientă de prevenire a sănătății publice pe termen lung.

Discuțiile cu șoferii tineri și familiile acestora ar trebui să includă informații despre deficiențe funcționale și riscurile de conducere. Trebuie revizuite problemele legate de viteză, nerespectarea distanței, șofatul agresiv și neatenția la volan.

Atunci când dezvoltă o alianță terapeutică cu o familie, poate fi utilă încurajarea legăturii între șoferii tineri și familiile lor în care urmarea tratamentului medicamentos și performanțele școlare bune sunt remunerate prin accesul la un automobil.

Caseta 38 Complicații și Probleme cardiovasculare în tratamentul medicamentos în ADHD

Medicamentele ADHD pot afecta tensiunea arterială și frecvența cardiacă. Istoricul personal al stărilor neexplicate de confuzie ușoară, respirație îngreunată, sau alte posibile simptome cardiace precum un istoric familial de moarte subită cardiacă necesită atenție deosebită înainte de inițierea tratamentelor stimulante.

Tensiunea arterială și frecvența cardiacă trebuie măsurată inițial înainte începerea medicației ADHD și în timpul vizitelor repetate.

Pentru a înțelege efectul medicamentelor ADHD asupra tensiunii arteriale sau a ritmului cardiac, este important să luați măsurători în timp ce medicamentele sunt prezente în organismul pacientului. Pentru a evalua efectele stimulentele asupra semnelor vitale, este necesar de înregistrat datele înainte de administrarea medicamentului și comparați datele cu cele luate în timp ce doza este activă.

ASPECTE PRACTICE

- La prescrierea medicamentelor ar trebui să se analizeze minuțios riscurile și beneficiile tratamentului.
- Remediile psihostimulante au fost prescrise pe scară largă pentru mai mult de jumătate de secol, cu dovezi concludente privind siguranța acestora în populația generală.
- Se recomandă stabilirea istoricului medical complet pentru identificarea unui potențial risc cardiovascular din cauza psihostimulantele.
- Monitorizarea ECG de rutină, fie înainte de administrarea medicamentului, fie după începerea terapiei, nu este recomandată la pacienții tineri fără stabilirea unui istoric cardiovascular sau fără o examinare fizică obișnuită.
- Tensiunea arterială și frecvența cardiacă trebuie măsurate inițial, înainte de începerea medicației ADHD și în timpul vizitelor următoare.
- Pentru pacienții cu o boală cardiacă stabilită sau suspectată se va indica un consult cardiologic.

D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

<i>D.1 PENTRU INSTITUȚIILE DE AMP</i>	
Asistența medicală primară	Personal: • Medical de familie • Asistent medical
	Dispozitive medicale: • Tonometru • Stetofonendoscop • Cântar • Taliometru
	Medicamente: • Psihostimulante(Methylphenidatum*, Amfetaminum*) • Non-stimulante(Atomoxetinum*, Guanfacinum*) • Agenți adrenergici(Clonidinum*) • ISRS (Sertralinum, Paroxetinum, Escitalopramum , Fluvoxaminum*, Fluoxetinum) • Antidepresive tricilice(Clomipraminum, Imipramina)
<i>D.2 PENTRU ECHIPELE DE AMU</i>	
Asistența Medicală de Urgență	Personal: • Medic de urgență • Asistent medical
	Dispozitive medicale: • tonometru; • stetofonendoscop; • electrocardiograf; • electrofonocardiograf • glucometru portabil; • EEG
	• Psihoeducație • Medicamente: ○ Antipsihotice. (Haloperidolum, Chlorpramazinum, Risperidonum) ○ Tranchilizante (Diazepamum i/v si per rectum, Lorazepamum* i/v, Clonazepamum)
<i>D.3 PENTRU INSTITUȚIILE CONSULTATIV-DIAGNOSTICE</i>	
CCSM	Personal: • psihiatru(la 25 mii de populație) • psihoterapeut(la 25 mii de populație) • psiholog(la 25 mii de populație) • asistent social/ergoterapeut(la 25 mii de populație) • nursa pshiatrică(la 10 mii de populație)
	Dispozitive medicale: • Tonometru • Stetofonendoscop • Cântar • Taliometru
	Medicamente: • Psihostimulante (Methylphenidatum*, Amfetamina) • Non-stimulante (Atomoxetinum*, Guanfacinum*) • Agenți adrenergici (Clonidinum*) • ISRS (Sertralinum, Paroxetinum, Escitalopramum , Fluvoxaminum*, Fluoxetinum) • Antidepresive tricilice (Clomipraminum, Imipramina)

D.4 SECȚIILE DE PROFIL GENERAL ALE SPITALELOR RAIONALE ȘI MUNICIPALE, UPU

Secțiile psihiatrice în spitalele generale	Personal: • Psihiatru • Asistente medicale • Psiholog
	Dispozitive medicale: • Tonometru • Stetofonendoscop • Cântar • Taliometru • Electrocardiograf
	Medicamente: • Psihostimulante (Methylphenidatum*, Amfetaminum*) • Non-stimulante (Atomoxetine*, Guanfacinum*) • Agenți adrenergici (Clonidine*) • ISRS (Sertraline, Paroxetine, Escitalopram , Fluvoxamine*, Fluoxetine) • Antidepresive tricilice (Clomipramine, Imipramine)

D.5 SECȚIILE SPECIALIZATE ALE SPITALELOR (RAIONALE, DACĂ EXISTĂ), MUNICIPALE ȘI REPUBLICANE

Spitalul de psihiatrie	Personal: • psihiatru • psihoterapeut • laborant • asistent serviciu social • ergoterapeut • asistente medicale • consultații calificate(chirurg, terapeut, neurolog, endocrinolog)
	Dispozitive medicale: • tonometru • stetofonendoscop • electrocardiograf • glucometru portabil • laborator clinic standard pentru realizarea de: hemoleucogramă, sumar al urinei, indici biochimici serici(glicemia, lactat dehidrogenaza(LDH), transaminaze, ionograma, creatinina și urea)
	Medicamente: • Psihostimulante (Methylphenidatum*, Amfetaminum*) • Non-stimulante (Atomoxetine*, Guanfacinum*) • Agenți adrenergici(Clonidine*) • ISRS (Sertraline, Paroxetine, Escitalopram , Fluvoxamine*, Fluoxetine) • Antidepresive tricilice (Clomipramine, Imipramine)

E. INDICATORI DE PERFORMANȚĂ CONFORM SCOPURILOR PROTOCOLULUI

Nr/o	Scopurile protocolului	Măsura atingerii scopului	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	Facilitarea procesului de diagnosticare a ADHD.	Pondrea pacienților suspecți de ADHD, la care diagnosticul s-a confirmat pe parcursul ultimului an (în %)	Numărul de pacienți suspecți cu ADHD, la care diagnosticul s-a confirmat pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de pacienți suspecți cu ADHD care se află la evidența psihiatrului, pe parcursul ultimului an.
2.	Depistarea precoce a pacienților cu un debut insidios al ADHD.	Proporția pacienților depistați cu ADHD, pe parcursul unui an (în %)	Numărul de pacienți depistați cu ADHD, pe parcursul ultimului an X 100.	Numărul total de pacienți cu ADHD, pe parcursul ultimului an.
3.	Sporirea calității managementului, tratamentului și a vieții pacientului cu ADHD	3.1. Pondrea pacienților cu ADHD tratați în condiții de ambulator în CCSM, conform recomandărilor din PCN ADHD, pe parcursul unui an (în %)	Numărul de pacienți cu ADHD tratați în condiții de ambulator în CCSM conform recomandărilor din PCN ADHD, pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de pacienți cu ADHD tratați în condiții de ambulator în CCSM, pe parcursul ultimului an.
		3.2. Pondrea pacienților cu ADHD tratați în spital general conform recomandărilor din PCN ADHD, pe parcursul unui an (în %)	Numărul de pacienți cu ADHD tratați în spital general conform, recomandărilor din PCN ADHD, pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de pacienți tratați în spital general, cu diagnosticul de ADHD, pe parcursul ultimului an.
		3.3. Pondrea pacienților cu ADHD tratați în spital de psihiatrie conform recomandărilor din PCN ADHD, pe parcursul unui an (în %)	Numărul de pacienți cu ADHD tratați în spital de psihiatrie conform, recomandărilor din ADHD pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de pacienți tratați în spital de psihiatrie, cu diagnosticul de ADHD, pe parcursul ultimului an.

ANEXE

ANEXA 1. FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT MEDICAL (ADHD)

Domeniul Prompt	Definiții și note
Denumirea IMSP evaluată prin audit	
Persoana responsabilă de completarea Fișei	Nume, prenume, telefon de contact
Perioada de audit	DD-LL-AAAA
Numărul fișei medicale a bolnavului staționar f.300/e	
Mediul de reședință a pacientului	0 = urban; 1 = rural; 9 = nu se cunoaște
Data de naștere a pacientului	DD-LL-AAAA sau 9 = necunoscută
Genul/sexul pacientului	0 = masculin 1 = feminin 9 = nu este specificat
Numele medicului curant	
CONSULTAREA	
Data debutului simptomelor	Data (DD: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută
Data stabilirii diagnosticului	Data (DD: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută
Adresarea primara a pacientului	
- Asistenta medicala primara	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
- Centrul Comunitar de Sanatate Mintala	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
- Asistenta medicala spitaliceasca	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
SCREENING	
Interviul clinic	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
Scale de evaluare a comportamentului conform criteriilor ICD-10 și DSM-5	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște
Evaluarea nivelului de inteligență și performanță	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște
Evaluarea contextului familial	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște
Evaluarea neuropsihologică	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște
Teste neuropsihologice (de indicat care au fost aplicate)	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște
Data internării în spital	DD-LL-AAAA sau 9 = necunoscut
CRITERII DE SPITALIZARE	
- Suspectarea semnelor de heteroagresivitate sau/și bizar de către medicul de urgență.	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
- În cazul depistării ADHD cu simptome de agresiune sau dacă sunt dubii	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
- Intervenție activă în criză, pericol pentru persoană și societate	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
DIAGNOSTICUL	
Depistarea precoce (de indicat vîrsta)	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Ereditatea compromisă	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Testele de performanță continuă (CPTs).	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Examen psihologic	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Examen clinic psihiatric	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Comorbidități	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
TRATAMENTUL	
Terapie nemedicamentoasă	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
- intervenții psihosociale	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
- psihoeducație	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
- psihoterapie	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
- terapia cognitiv-comportamentală	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Tratament farmacologic	nu = 0; da = 1;
Plan de tratament si/sau plan de interventie in criza	nu = 0; da = 1;
Recuperarea psiho-socială	nu = 0; da = 1;

MONITORIZARE ȘI MEDICAȚIE	
Data externării	Include și data transferului la alt spital. (ZZ: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută
	Data externării (ZZ: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută
Prescrierea tratamentului la externare	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
- tratament de susținere	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Supravegherea pacientului la medicul de familie	0= da; 1= nu;
Supravegherea pacientului la psihiatrul din CCSM	0= da; 1= nu;

ANEXA 2. INSTRUMENTELE DE SCREENING IN ADHD.

A. SCALA ACHENBACH - FORMA PENTRU PĂRINȚI (CATEGORIA DE VÂRSTĂ 6-18 ANI)

I. Vă rugăm să notați sporturile preferate, practicate de copilul dvs. (ex.: înot, patinaj cu roțile, mers pe bicicletă, Comparativ cu cei de vârsta lui, cam cât timp dedică fiecărui sport? Comparativ cu cei de vârsta lui, cât de bine practică el/ea sportul respectiv?

☐ Nici unul	Mai puțin	La fel	Mai mult	Nu știu	Mai puțin	La fel	Mai mult	Nu știu
a. _____	☐	☐	☐	☐				
b. _____	☐	☐	☐	☐				
c. _____	☐	☐	☐	☐				
Numele și prenumele copilului					Profesia părinților (menționați chiar dacă părinții nu lucrează în prezent; de exemplu: profesor, vânzător, ofițer, laborant etc.)			
Sexul copilului: ☐ B ☐ F		Vârsta:		Etnia:	Profesia tatălui: _____ Profesia mamei: _____			
Data completării chestionarului: Ziua ____ Luna ____ Anul ____		Data nașterii copilului (dacă știți): Ziua ____ Luna ____ Anul ____			Acest chestionar este completat de (vă rugăm să vă notați numele complet) :			
Clasa _____		1. Vă rugăm să completați acest chestionar conform aprecierii Dvs. a comportamentului copilului, chiar dacă alte persoane nu sunt de acord. Puteți să oferiți informații suplimentare sau comentați lângă fiecare item sau în spațiul de la pagina 2. Vă rugăm să răspundeți la toate întrebările.			Sexul Dvs.: ☐ B ☐ F			
☐ Nu merge la școală					Poziția dvs. în școală: ☐ Profesor/învățător ☐ Profesor de sprijin ☐ Psihopedagog ☐ Administrator ☐ Consilier ☐ Alta (specificați)			

II. Vă rugăm să notați hobby-urile, activitățile sau jocurile preferate ale copilului dvs., altele decât sporturile (ex.: să colecționeze timbre, păpuși; să citească, să cânte, mașinile, vapoarele, calculatoarele etc.). Nu includeți hobby-uri TV sau radio. Comparativ cu cei de vârsta lui, cam cât timp dedică lui, Comparativ cu cei de vârsta lui, cât de bine se descurcă în fiecare?

☐ Nici unul	Mai puțin	La fel	Mai mult	Nu știu	Mai puțin	La fel	Mai mult	Nu știu
a. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

III. Notați mai jos organizațiile, cluburile, echipele sau grupurile din care face parte copilul dvs. Comparativ cu cei de vârsta lui, cât de activ este în fiecare?

☐ Nici unul

Mai puțin La fel Mai mult Nu știu

- a.
b.
c.

Comparativ cu cei de vârsta lui, cât de bine le îndeplinește?

Mai puțin La fel Mai mult Nu știu

IV. Notați mai jos sarcinile sau activitățile pe care le are de făcut copilul dvs. (de exemplu: să aibă grijă de copiii mici, să facă patul, să lucreze în grădină; includeți atât cele plătite, cât și cele neplătite).

☐ Nici unul

- a.
b.
c.

V. 1. Aproximativ câți prieteni apropiați are copilul dvs.? (nu includeți frații sau surorile)

☐ Nici unul/ una

2 sau 3

☐ 4 sau mai mulți

2. Cam de câte ori pe săptămână se întâlnește copilul dvs. cu prietenii pentru diferite activități, în afara școlii? (nu includeți frații sau surorile)

- | | Mai rău | La fel | Mai bine | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| a. Cât de bine se înțelege cu frații/surorile sale | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ Este singur la părinți |
| b. Cât de bine se înțelege cu ceilalți copii Cum | ☐ | ☐ | ☐ | |
| c. se comportă cu părinții | ☐ | ☐ | ☐ | |
| d. Cum se descurcă când se joacă sau lucrează singur | ☐ | ☐ | ☐ | |
| ☐ Mai puțin de o dată ☐ o dată sau de două ori ☐ trei sau mai multe ori | | | | |

VI. Comparativ cu cei de vârsta lui:

VII. 1. Performanța școlară prezentă

Nu merge la școală deoarece

Disciplina școlară	Mult sub medie	Sub medie	Peste medie	Medie
a) Româna/ citire	☐	☐	☐	☐
b) Istorie sau științe sociale	☐	☐	☐	☐
c) Aritmetică sau matematică	☐	☐	☐	☐
d) Științe	☐	☐	☐	☐
Alte discipline - de exemplu: cursuri de calculator, limbi străine, economie (nu includeți educația fizică, școala de șoferi sau alte activități extrașcolare).	☐	☐	☐	☐
e) _____	☐	☐	☐	☐
f) _____	☐	☐	☐	☐
g) _____	☐	☐	☐	☐

2. Copilul dvs. este încadrat într-un program de educație specială sau este inclus într-o etapă specială sau școlară auxiliară?

☐ Nu ☐ Da - *specificați la ce disciplină*

3. Copilul dvs. a rămas repetent vreodată?

☐ Nu ☐ Da - *specificați la ce disciplină*

4. Copilul dvs. a avut probleme școlare sau de alt tip în școală?

☐ Nu ☐ Da - *specificați*

Când au început aceste probleme? _____

Au luat sfârșit? ☐ Nu ☐ Da - *când*

Copilul dvs. suferă de o boală sau are o deficiență anume (fizică sau mentală)?

☐ Nu ☐ Da (*descrieți*)

Ce vă îngrijorează mai mult la acest copil?

Vă rugăm să descrieți aspectele pozitive ale copilului.

Menționați orice observație în legătură cu munca, activitatea, comportamentul, potențialul copilului utilizând alte pagini dacă este necesar.

Mai jos aveți o listă care descrie comportamentele copilului. Pentru fiecare descriere care caracterizează copilul acum sau ultimele două luni încercuiți cifra 2 dacă descrierea este întotdeauna sau adesea adevărată. Încercuiți 1 dacă uneori adevărată și 0 - dacă nu este adevărată.

Răspundeți la toate afirmațiile cât de bine puteți, chiar dacă unele nu se referă și la copilul dvs.

1 = ÎNTRUCĂTVĂ ADEVĂRAT

2 = FOARTE ADEVĂRAT

0 = FALS

- 0 1 2 1. Se comportă imatur pentru vârsta lui.
0 1 2 2. Consumă alcool fără acordul părinților (*descrieti*).
0 1 2 3. Se ceartă adesea.
0 1 2 4. Nu termină ceea ce a început.
0 1 2 5. Se bucură de puține lucruri.
0 1 2 6. Are crampe.
0 1 2 7. E lăudăros, se dă mare.
0 1 2 8. Nu se poate concentra, nu își poate menține atenția mult timp.
0 1 2 9. Nu își poate scoate din minte anumite lucruri.
0 1 2 10. Nu poate sta liniștit, este neastâmpărat, hiperactiv.
0 1 2 11. Se „agață” de adulți, tot timpul este prea dependent.
0 1 2 12. Se plânge de singurătate.
0 1 2 13. E confuz, pare a fi „în ceață”/dezorientat.
0 1 2 14. Plânge mult.
0 1 2 15. Se poartă crud cu animalele.
0 1 2 16. Este crud, rău, îi terorizează pe alții.
0 1 2 17. Visează cu ochii deschiși sau se pierde în gânduri.
0 1 2 18. Se rănește intenționat sau încearcă să se sinucidă.
0 1 2 19. Vrea să fie în centrul atenției.
0 1 2 20. Își distruge propriile lucruri.
0 1 2 21. Distruge lucrurile altuia.
0 1 2 22. E neascultător acasă.
0 1 2 23. E neascultător la școală.
0 1 2 24. Nu mănâncă.
0 1 2 25. Nu se înțelege cu alți colegi.
0 1 2 26. Nu se simte vinovat/ă după ce a avut un comportament neadecvat.
0 1 2 27. E gelos.
0 1 2 28. Încalcă regulile de acasă, din școală și alte locuri.
0 1 2 29. Se teme de anumite situații, locuri (altele decât școala), animale (*descrieți*).
0 1 2 30. Se teme să meargă la școală.
0 1 2 31. Se teme că ar putea gândi sau face ceva rău.
0 1 2 32. Crede că trebuie să fie perfect.
0 1 2 33. Crede sau se plânge că nimeni nu îl/ o iubește.
0 1 2 34. Are impresia că ceilalți au ceva cu el.
0 1 2 35. Se simte inferior sau fără valoare.

- 0 1 2 36. Se rănește des, este predispus la accidente.
0 1 2 37. Adesea se bate cu ceilalți.
0 1 2 38. Este deseori tachinat.
0 1 2 39. Își petrece timpul cu persoane care intră în necazuri, buclucuri.
0 1 2 40. Aude sunete sau voci care nu există (*descrieți*).
0 1 2 41. Este impulsiv, acționează fără să gândească.
0 1 2 42. Preferă să fie singur, decât în compania celorlalți.
0 1 2 43. Minte sau înșală.
0 1 2 44. Își roade unghiile.
0 1 2 45. Este nervos, iritabil sau tensionat.
0 1 2 46. Are coșmaruri.
0 1 2 47. Se conformează exagerat regulilor.
0 1 2 48. Nu este plăcut de ceilalți copii.
0 1 2 49. Este constipat.
0 1 2 50. Este fricos sau anxios.
0 1 2 51. Se simte amețit sau zăpăcit.
0 1 2 52. Se simte prea vinovat.
0 1 2 53. Mănâncă prea mult.
0 1 2 54. Se simte obosit fără motiv.
0 1 2 55. E supraponderal.
0 1 2 56. Are probleme fizice, fără cauze medicale, dureri (excluzând durerea de stomac sau durerea de cap)
0 1 2 a) dureri de cap;
0 1 2 b) greață, senzație de rău;
0 1 2 c) probleme cu ochii (*necorectate cu ochelarii*);
0 1 2 d) urticarie sau alte probleme dermatologice;
0 1 2 e) dureri de stomac;
0 1 2 f) vomă;
0 1 2 g) altele (*descrieți*).

0 = FALS

1 = ÎNTRUCÂTVĂ ADEVĂRAT

2 = FOARTE ADEVĂRAT

- | | |
|--|---|
| <p>0 1 2 57. Atacă fizic alte persoane.
0 1 2 58. Se ciupește de nas, piele sau alte părți ale corpului (<i>descrieți</i>).
0 1 2 59. Se joacă cu organele genitale în public.
0 1 2 60. Se joacă excesiv cu organele genitale.
0 1 2 61. Are performanțe școlare slabe.
0 1 2 62. Are coordonare săracă, este neîndemânatic.
0 1 2 63. Preferă compania copiilor mai mari.
0 1 2 64. Preferă compania copiilor mai mici.
0 1 2 65. Refuză să vorbească.
0 1 2 66. Repetă anumite activități, are compulsii (<i>descrieți</i>).
0 1 2 67. Fuge de acasă.
0 1 2 68. Țipă foarte mult.
0 1 2 69. Are prea multe secrete.
0 1 2 70. Vede lucruri care nu există (<i>descrieți</i>).
0 1 2 71. Este autocritic.
0 1 2 72. Incendiază.
0 1 2 73. Are probleme sexuale (<i>descrieți</i>).
0 1 2 74. Bravează, face pe bufonul, se dă în spectacol.
0 1 2 75. E prea rușinos sau timid.
0 1 2 76. Doarme mai puțin decât majoritatea copiilor.
0 1 2 77. Doarme mai mult decât majoritatea copiilor, atât ziua, cât și noaptea (<i>descrieți</i>).
0 1 2 78. E neatent sau ușor distras de stimulii din mediu.
0 1 2 79. Are dificultăți de vorbire (<i>descrieți</i>).
0 1 2 80. Privește în gol.
0 1 2 81. Fură din casă.
0 1 2 82. Fură din afara casei.
0 1 2 83. Păstrează o mulțime de lucruri de care nu are nevoie (<i>descrieți</i>).
0 1 2 84. Se comportă ciudat (<i>descrieți</i>).
0 1 2 85. Are idei ciudate (<i>descrieți</i>).
0 1 2 86. E încăpățânat, morăcănos, iritabil.
0 1 2 87. Trece brusc de la o stare emoțională la alta.
0 1 2 88. Bombănește.
0 1 2 89. E suspicios.
0 1 2 90. Înjură sau folosește cuvinte obscene.
0 1 2 91. Vorbește despre sinucidere.
0 1 2 92. Vorbește sau merge în somn.
0 1 2 93. Vorbește prea mult.
0 1 2 94. Îi necăjește mult pe alții.
0 1 2 95. Prezintă accese de furie, își pierde ușor cumpătul.
0 1 2 96. Se gândește prea mult la sex.
0 1 2 97. Amenință oamenii.
0 1 2 98. Își sugerează degetul.</p> | <p>0 1 2 99. Fumează, mestecă sau inhalează tutun.
0 1 2 100. Are probleme de somn (<i>descrieți</i>).
0 1 2 101. Chiulește sau lipsește nemotivat de la școală.
0 1 2 102. Este inactiv, se mișcă încet, îi lipsește energia.
0 1 2 103. E nefericit, trist sau deprimat.
0 1 2 104. Vorbește prea tare.
0 1 2 105. Consumă medicamente în scopuri non-medicale (<i>descrieți</i> - nu includeți tutunul și alcoolul).
0 1 2 106. A comis acte de vandalism.
0 1 2 107. Face pipi pe el ziua.
0 1 2 108. Face pipi pe el în pat.
0 1 2 109. Se smiorcăie.
0 1 2 110. Își dorește să aparțină sexului opus.
0 1 2 111. Este retras, nu se implică.
0 1 2 112. Își face prea multe griji.
0 1 2 113. Vă rugăm notați alte probleme ale copilului, care nu au fost surprinse de afirmațiile anterioare.</p> |
|--|---|

B. SCALA ACHENBACH* - FORMA PENTRU PROFESORI

(CATEGORIA DE VÂRSTĂ 6-18 ANI)

Răspunsurile dumneavoastră vor fi utilizate pentru a compara elevul cu alți elevi ai căror profesori au completat chestionare similare. Informațiile obținute din acest chestionar vor fi comparate cu alte informații despre elev. Vă rugăm să răspundeți, cât de bine puteți, chiar dacă vă lipsesc informațiile complete. Scorurile de la itemi vor fi combinate în scopul identificării unor modele generale de comportament. Puteți face orice comentariu alăturat fiecărui item sau pe o pagină separată. Vă rugăm să răspundeți la toți itemii.

Numele și prenumele copilului			Profesia părinților (menționați chiar dacă părinții nu lucrează în prezent; de exemplu: profesor, vânzător, ofițer, laborant etc.) Profesia tatălui: Profesia mamei:
Sexul copilului: ☐ B ☐ F	Vârsta:	Etnia:	
Data completării chestionarului: Ziua Luna Anul	Data Nașterii copilului (dacă știți): Ziua Luna Anul		Acest chestionar este completat de (vă rugăm să vă notați numele complet):
Clasa:	Numele și adresa școlii:		Sexul Dvs.: ☐ B ☐ F Poziția dvs. în școală: Profesor/învățător ☐ Profesor de sprijin Psihopedagog ☐ Administrator Consilier ☐ Alta (specificați)

De câte luni cunoașteți copilul? luni

Cât de bine îl cunoașteți? ☐ Puțin ☐ Moderat ☐ Foarte bine

Cât timp petrece cu dvs. (în clasă sau în afara clasei) pe săptămână? ore

Ce activitate desfășurați la clasă (învățător, diriginte, profesor de matematică, consilier)?

Copilul a fost propus pentru integrare în clasă specială sau în alte programe speciale?

☐ Nu știu ☐ Nu ☐ Da (Ce tip și când?)

A repetat o clasă?

☐ Nu știu

☐ Nu

☐ Da (Ce clasă și de ce?)

Performanța școlară prezentă - menționați disciplinele școlare și specificați performanțele copilului pentru fiecare disciplină.

Disciplina școlară	Mult sub medie	Sub medie	Mediu	Peste medie	Mult peste medie
1.	☐	☐	☐	☐	☐
2.	☐	☐	☐	☐	☐
3.	☐	☐	☐	☐	☐
4.	☐	☐	☐	☐	☐
5.	☐	☐	☐	☐	☐
6.	☐	☐	☐	☐	☐

Comparativ cu copii de aceeași vârstă	Foarte slab	Foarte puțin	Puțin	Mediu	Mult	Foarte mult	Foarte, foarte bine
1. Cât de mult muncește?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Cât de adevărat se comportă?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Cât de mult învață?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Cât de fericit este?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

VIII. Cele mai recente rezultate la teste, teze (opțional)

Denumirea testului	Subiectul	Data	Nota sau calificativul

IX. Rezultatele la teste de inteligență sau alte teste de aptitudini:

Denumirea testului	Data	Rezultat

X. Acest copil suferă de o boală sau are o deficiență (fizică sau mentală)?

☐ Nu

☐ Da (descrieți)

XI. Ce vă îngrijorează mai mult la acest copil?

XII. Vă rugăm descrieți aspectele pozitive ale copilului.

Menționați orice observație în legătură cu munca, activitatea, comportamentul, potențialul copilului utilizând alte pagini dacă este necesar.

Mai jos aveți o listă care descrie comportamente ale elevului. Pentru fiecare descriere care caracterizează elevul acum sau ultimele două luni încercuiți cifra 2 dacă descrierea este întotdeauna sau adesea adevărată. Încercuiți 1 dacă uneori adevărată și 0 - dacă nu este adevărată.

Răspundeți la toate afirmațiile cât de bine puteți, chiar dacă unele nu se aplică întocmai elevului.

0 = FALS

1 = ÎNTRUCĂTVA ADEVĂRAT

2 = FOARTE ADEVĂRAT

0 1 2 1. Se comportă imatur pentru vârsta lui.
0 1 2 2. Murmură sau face zgomote ciudate în clasă.
0 1 2 3. Se ceartă adesea.
0 1 2 4. Nu termină ceea ce a început.
0 1 2 5. Se bucură de puține lucruri.
0 1 2 6. E sfidător, răspunde obraznic.
0 1 2 7. E lăudăros, se dă mare.
0 1 2 8. Nu se poate concentra, nu își poate menține atenția mult timp.
0 1 2 9. Nu își poate scoate din minte anumite lucruri.
0 1 2 10. Nu poate sta liniștit, este neastâmpărat/ă, hiperactiv/ă.
0 1 2 11. Se „agață” de adulți, tot timpul este prea dependent.
0 1 2 12. Se plânge de singurătate.
0 1 2 13. E confuz, pare a fi „în ceață”/dezorientat.
0 1 2 14. Plânge mult.
0 1 2 15. Este agitat.
0 1 2 16. Este crud, rău, îi terorizează pe alții.
0 1 2 17. Visează cu ochii deschiși sau se pierde în gânduri.
0 1 2 18. Se rănește intenționat sau încearcă să se sinucidă.
0 1 2 19. Vrea să fie în centrul atenției.
0 1 2 20. Își distruge propriile lucruri.
0 1 2 21. Distruge lucrurile altuia.
0 1 2 22. Are dificultăți în a urma instrucțiunile.
0 1 2 23. E neascultător la școală.
0 1 2 24. Deranjează alți elevi.
0 1 2 25. Nu se înțelege cu alți colegi.
0 1 2 26. Nu se simte vinovat după ce a avut un comportament neadecvat.
0 1 2 27. E gelos.
0 1 2 28. Încalcă regulile din școală.
0 1 2 29. Se teme de anumite situații, locuri (altele decât școala), animale (*descrieți*).
0 1 2 30. Se teme să meargă la școală.
0 1 2 31. Se teme că ar putea gândi sau face ceva rău.
0 1 2 32. Crede că trebuie să fie perfect.
0 1 2 33. Crede sau se plânge că nimeni nu îl iubește.
0 1 2 34. Are impresia că ceilalți au ceva cu el.
0 1 2 35. Se simte inferior sau fără valoare.
0 1 2 36. Se rănește des, este predispus la accidente.
0 1 2 37. Adesea se bate cu ceilalți.

0 1 2 38. Este deseori tachinat.
0 1 2 39. Își petrece timpul cu persoane care intră în necazuri, buclucuri.
0 1 2 40. Aude sunete sau voci care nu există (*descrieți*).
0 1 2 41. Este impulsiv/ă, acționează fără să gândească.
0 1 2 42. Preferă să fie singur, decât în compania celorlalți.
0 1 2 43. Minte sau înșală.
0 1 2 44. Își roade unghiile.
0 1 2 45. Este nervos/ă, iritabil/ă sau tensionat.
0 1 2 46. Face mișcări bruște sau smucite.
0 1 2 47. Se conformează exagerat regulilor.
0 1 2 48. Nu este plăcut de ceilalți copii.
0 1 2 49. Are dificultăți de învățare.
0 1 2 50. Este fricos sau anxios.
0 1 2 51. Se simte amețit/ă sau zăpăcit.
0 1 2 52. Se simte prea vinovat.
0 1 2 53. Vorbește fără să își aștepte rândul.
0 1 2 54. Se simte obosit fără motiv.
0 1 2 55. E suprapondera.
0 1 2 56. Are probleme fizice, fără cauze medicale, dureri (excluzând durerea de stomac sau durerea de cap):
0 1 2 a) dureri de cap;
0 1 2 b) greață, senzație de rău;
0 1 2 c) probleme cu ochii (necorectate cu ochelarii);
0 1 2 d) urticarie sau alte probleme dermatologice;
0 1 2 e) dureri de stomac;
0 1 2 f) vomă;
0 1 2 g) altele (*descrieți*).

0 = FALS

1 = ÎNTRUCÂTVĂ ADEVĂRAT

2 = FOARTE ADEVĂRAT

0 1 2 57. Atacă fizic alte persoane.
0 1 2 58. Se ciupește de nas, piele sau alte părți ale corpului (*descrieți*).
0 1 2 59. Adoarme în clasă.
0 1 2 60. E apatic sau nemitovat.
0 1 2 61. Are performanțe școlare slabe.
0 1 2 62. Are coordonare săracă, este neîndemânatic.
0 1 2 63. Preferă compania copiilor mai mari.
0 1 2 64. Preferă compania copiilor mai mici.
0 1 2 65. Refuză să vorbească.
0 1 2 66. Repetă anumite activități, este compulsiv (*descrieți*).
0 1 2 67. Deranjează disciplina clasei.
0 1 2 68. Țipă foarte mult.
0 1 2 69. Are prea multe secrete.
0 1 2 70. Vede lucruri care nu există (*descrieți*).
0 1 2 71. Este autocritic.
0 1 2 72. Lucrează dezordonat.
0 1 2 73. Se comportă iresponsabil (*descrieți*).
0 1 2 74. Bravează, face pe bufonul, se dă în spectacol.
0 1 2 75. E prea rușinos sau timid.
0 1 2 76. Are un comportament exploziv sau neprevăzut.
0 1 2 77. Cerințele trebuie să-i fie îndeplinite, devine cu ușurință frustrat.
0 1 2 78. E neatent sau ușor distras de stimulii din mediu.
0 1 2 79. Are dificultăți de vorbire (*descrieți*).
0 1 2 80. Privește în gol.
0 1 2 81. Se simte rănit/ă când este criticat.
0 1 2 82. Fură.
0 1 2 83. Păstrează o mulțime de lucruri de care nu are nevoie (*descrieți*).
0 1 2 84. Se comportă ciudat (*descrieți*).
0 1 2 85. Are idei ciudate (*descrieți*).
0 1 2 86. E încăpățânat, morăcănos, iritabil.
0 1 2 87. Trece brusc de la o stare emoțională la alta.
0 1 2 88. Bombănește.
0 1 2 89. E suspicios.
0 1 2 90. Înjură sau folosește cuvinte obscene.
0 1 2 91. Vorbește despre sinucidere.
0 1 2 92. Nu muncește la potențialul pe care îl are.
0 1 2 93. Vorbește prea mult.
0 1 2 94. Îi necăjește mult pe alții.
0 1 2 95. Are accese de furie; își pierde ușor cumpătul.
0 1 2 96. Pare preocupat de sex.
0 1 2 97. Amenință oamenii.

0 1 2 98. Întârzie la școală sau la ore.
0 1 2 99. Fumează, mestecă sau inhalează tutun.
0 1 2 100. Nu duce la îndeplinire sarcinile care i-au fost date.
0 1 2 101. Chiulește sau lipsește nemotivat de la școală.
0 1 2 102. Este inactiv, se mișcă încet, îi lipsește energia.
0 1 2 103. E nefericit, trist sau deprimat.
0 1 2 104. Vorbește prea tare.
0 1 2 105. Ia medicamente în scopuri non-medicale (*descrieți* - nu includeți tutunul și alcoolul).
0 1 2 106. Este prea preocupat să facă plăcere celorlalți.
0 1 2 107. Nu-i place școala.
0 1 2 108. Îi este teamă să nu greșească.
0 1 2 109. Se smiorcăie.
0 1 2 110. Este neîngrijit.
0 1 2 111. Este retras, nu se implică.
0 1 2 112. Își face prea multe griji.
0 1 2 113. Vă rugăm notați alte probleme ale copilului, care nu au fost surprinse de afirmațiile anterioare.

A. SCALA DE EVALUARE VANDERBILT (Vanderbilt Parent Rating Scale)**FIȘA DE RĂSPUNS PENTRU CADRUL DIDACTIC****Numele cadrului didactic****Durata orei: Denumirea cursului:****Data: Numele copilului:****Nivel școlar**

Instrucțiuni: Fiecare punctare trebuie să fie făcută în contextul specificului vârstei copilului dvs. La completarea acestui formular, aveți în vedere comportamentul copilului în ultimele 6 luni. Această evaluare are la bază o perioadă în care copilul:

☐ era sub tratament medicamentos, ☐ nu era sub tratament medicamentos, ☐ nu sunt sigur(ă)?

SIMPTOME	Niciodată	Uneori	Adeseori	Foarte des
1. Nu reușește să fie atent la detalii sau face greșeli din neatenție în activitățile școlare.	0	1	2	3
2. Are dificultăți în menținerea atenției asupra sarcinilor sau activităților.	0	1	2	3
3. Nu pare să asculte când i se vorbește direct.	0	1	2	3
4. Nu urmează instrucțiunile și nu reușește să finalizeze activitățile școlare (nu din cauză de comportament opoziționist sau neînțelegerea cerințelor).	0	1	2	3
5. Întâmpină dificultăți în organizarea activităților și sarcinilor.	0	1	2	3
6. Evită, nu-i plac sau ezită să se antreneze în sarcini care necesită efort mental susținut.	0	1	2	3
7. Pierde lucruri necesare îndeplinirii sarcinilor și activităților (<i>notițe de școală, creioane sau cărți</i>).	0	1	2	3
8. Este ușor de distras de stimuli externi.	0	1	2	3
9. Este uituc în activitățile zilnice.	0	1	2	3
10. Se frământă cu mâinile sau picioarele, sau se agită în bancă.	0	1	2	3
11. Își părăsește locul în clasă sau în alte situații când trebuie să rămână la locul său.	0	1	2	3
12. Fuge sau se cațără excesiv în situații în care trebuie să rămână la locul său.	0	1	2	3
13. Întâmpină dificultăți în a se juca sau a se antrena în activități liniștite.	0	1	2	3
14. Este mereu în mișcare sau se poartă ca și cum ar fi acționat de un motor.	0	1	2	3
15. Vorbește excesiv.	0	1	2	3
16. Răspunde grăbit înainte de a se încheia întrebarea.	0	1	2	3
17. Întâmpină greutăți când trebuie să aștepte la rând.	0	1	2	3
18. Îi întrerupe sau intervine peste alții (<i>de ex.: se implică în conversații/ jocuri</i>).	0	1	2	3
19. Își pierde cumpătul.	0	1	2	3
20. Încalcă conștient sau refuză să se conformeze cerințelor sau regulilor adulților.	0	1	2	3
21. Este nervos sau nemulțumit.	0	1	2	3
22. Este dușmănos sau răzbunător.	0	1	2	3
23. Îi terorizează, amenință sau intimidează pe alții.	0	1	2	3
24. Începe confruntări fizice.	0	1	2	3
25. Minte în scopul de a obține bunuri pentru fapte bune sau pentru a se sustrage obligațiilor (adică „nu eu”).	0	1	2	3
26. Este nemilos fizic cu oamenii.	0	1	2	3
27. Și-a însușit bunuri de valoare.	0	1	2	3
28. Distruge bunurile altora în mod deliberat.	0	1	2	3
29. Este temător, neliniștit sau îngrijorat.	0	1	2	3
30. Este timid sau ușor de stânjenit.	0	1	2	3
31. Se teme să încerce lucruri noi ca să nu greșească.	0	1	2	3
32. Se simte inutil sau inferior.	0	1	2	3
33. Se învinovățește pentru probleme; se simte vinovat.	0	1	2	3

SIMPTOME	Niciodată	Uneori	Adeseori	Foarte des
34. Se simte singur, nedorit sau neîubit; se plânge că „nimeni nu îl/o iubește”.	0	1	2	3
35. Este trist, nefericit sau deprimat.	0	1	2	3

RANDAMENT <i>Randament școlar</i>	Excelent	Peste medie	Mediu	Oarecare probleme	Problematic
36. Citit	1	2	3	4	5
37. Matematică	1	2	3	4	5
38. Exprimare în scris	1	2	3	4	5

<i>Randament comportamental în clasă</i>	Excelent	Peste medie	Mediu	Oarecare probleme	Problematic
39. Relaționare cu colegii	1	2	3	4	5
40. Respectarea îndrumărilor	1	2	3	4	5
41. Întreruperea orei	1	2	3	4	5
42. Efectuarea temelor	1	2	3	4	5
43. Abilități de organizare	1	2	3	4	5

Comentarii:

Vă rugăm să returnați acest formular către:

Adresa de corespondență:

Nr. telefon/ fax:

Doar pentru uzul specialistului

Total întrebări cu punctaj 2 sau 3 la întrebările 1-9:

Total întrebări cu punctaj 2 sau 3 la întrebările 10-18:

Scor total simptome pentru întrebările 1-18:

Total întrebări cu punctaj 2 sau 3 la întrebările 19-28:

Total întrebări cu punctaj 2 sau 3 la întrebările 29-35:

Total întrebări cu punctaj 4 sau 5 la întrebările 36-43:

Scor mediu de randament:

B. SCALA DE EVALUARE VANDERBILT (Vanderbilt Parent Rating Scale)**FIȘA DE RĂSPUNS PENTRU PĂRINȚI****Numele copilului** **Data evaluării****Data nașterii** **Vârsta** **Clasa****Numele părintelui** **Nr. telefon al părintelui**

Instrucțiuni: Fiecare punctare trebuie să fie făcută în contextul specificului vârstei copilului dvs. La completarea acestui formular, aveți în vedere comportamentul copilului în ultimele 6 luni. Această evaluare are la bază o perioadă în care copilul:

0 era sub tratament medicamentos, 0 nu era sub tratament medicamentos, 0 nu sunt sigur (ă)?

SIMPTOME	Niciodată	Uneori	Adeseori	Foarte des
1. Nu este atent la detalii sau face greșeli din neatenție, cum ar fi la temele pentru acasă.	0	1	2	3
2. Are dificultăți în menținerea atenție asupra a ceea ce are de făcut.	0	1	2	3
3. Nu pare să asculte când i se vorbește direct.	0	1	2	3
4. Nu urmează instrucțiunile și nu reușește să finalizeze activitățile (nu din cauză de refuz sau neînțelegerea cerințelor).	0	1	2	3
5. Întâmpină dificultăți în organizarea activităților și sarcinilor.	0	1	2	3
6. Evită, nu-i plac sau ezită să inițieze sarcini care necesită efort mintal susținut.	0	1	2	3
7. Pierde lucruri necesare îndeplinirii sarcinilor și activităților (<i>jucării, notițe de școală, creioane sau cărți</i>).	0	1	2	3
8. Este ușor de distras de zgomote sau alți stimuli.	0	1	2	3
9. Este uituc în activitățile zilnice.	0	1	2	3
10. Se frământă cu mâinile sau picioarele, sau se agită în bancă	0	1	2	3
11. Își părăsește locul în clasă sau în alte situații când trebuie să rămână la locul său.	0	1	2	3
12. Fuge sau se cațără excesiv în situații în care trebuie să rămână la locul său.	0	1	2	3
13. Întâmpină dificultăți în a se juca sau în a iniția activități liniștite de joc.	0	1	2	3
14. Este mereu în mișcare sau se poartă ca și cum ar fi acționat de un motor.	0	1	2	3
15. Vorbește excesiv.	0	1	2	3
16. Răspunde grăbit înainte de a se încheia întrebarea	0	1	2	3
17. Întâmpină greutăți când trebuie să aștepte la rând.	0	1	2	3
18. Îi întrerupe sau intervine peste alții în conversații și/sau jocuri.	0	1	2	3
19. Se ceartă cu adulții.	0	1	2	3
20. Își pierde cumpătul.	0	1	2	3
21. Încalcă conștient sau refuză să se conformeze cerințelor sau regulilor adulților.	0	1	2	3
22. Enervează lumea în mod intenționat.	0	1	2	3
23. Dă vina pe alții pentru greșelile sale sau pentru comportamentul său defectuos.	0	1	2	3
24. Este iritabil sau ușor de enervat de către ceilalți.	0	1	2	3
25. Este nervos sau nemulțumit.	0	1	2	3
26. Este dușmănos și caută să se răzbune.	0	1	2	3
27. Îi terorizează, amenință sau intimidează pe alții.	0	1	2	3

28. Începe ciocniri fizice.	0	1	2	3
29. Minte în scopul de a obține avantaje pentru fapte bune sau pentru a se sustrage obligațiilor (adică, „nu eu”).	0	1	2	3
30. Absentează nemotivat de la școală.	0	1	2	3
31. Este nemilos fizic cu oamenii.	0	1	2	3
32. A furat lucruri valoroase.	0	1	2	3
33. Distruge bunurile altora în mod voit.	0	1	2	3
34. A folosit o armă care poate cauza răni grave (<i>bâta, cuțit, briceag, armă de foc</i>).	0	1	2	3
35. E nemilos fizic cu animalele.	0	1	2	3
36. A incendiat în mod voit pentru a distruge.	0	1	2	3
37. A intrat fără permisiune în casa, firma sau mașina altcuiva.	0	1	2	3
38. A rămas afară peste noapte fără permisiune.	0	1	2	3
39. A fugit de acasă peste noapte.	0	1	2	3
40. A forțat pe cineva să întrețină relații sexual.	0	1	2	3
41. Este temător, neliniștit sau îngrijorat.	0	1	2	3
42. Se teme să încerce lucruri noi ca să nu greșească.	0	1	2	3
43. Se simte inutil sau inferior.	0	1	2	3
44. Se învinovățește pentru problem; se simte vinovat.	0	1	2	3
45. Se simte singur, nedorit sau neiubit; se plânge că „nimeni nu îl/o iubește”.	0	1	2	3
46. Este trist, nefericit sau deprimat.	0	1	2	3
47. Este timid sau ușor de intimidat.	0	1	2	3

RANDAMENT	Excelent	Peste medie	Mediu	Oarecare probleme	Problematic
48. Randament școlar general	1	2	3	4	5
49. Citit	1	2	3	4	5
50. Scris	1	2	3	4	5
51. Matematică					
52. Relaționare cu părinții					
53. Relaționare cu frați/surori					
54. Relaționare cu colegii					
55. Participarea la activități organizate (<i>echipe</i>)					

Comentarii:

Doar pentru uzul specialistului

Total întrebări cu punctaj 2 sau 3 la întrebările 1-9:

Total întrebări cu punctaj 2 sau 3 la întrebările 10-18:

Scor total simptome pentru întrebările 1-18:

Total întrebări cu punctaj 2 sau 3 la întrebările 19-26:

Total întrebări cu punctaj 2 sau 3 la întrebările 27-40:

Total întrebări cu punctaj 4 sau 5 la întrebările 41-47:

Scor mediu de randament:

Aceste scale NU se utilizează individual pentru stabilirea unui diagnostic. Trebuie luate în considerare informații din mai multe surse. Un scor de 2 sau 3 la o singură întrebare simptom indică doar un comportament frecvent. Scoruri de 4 sau 5 la întrebările de randament indică probleme legate de randament.

Scalele de evaluare inițiale, atât pentru părinte, cât și pentru cadrul didactic, constau în două componente: evaluarea simptomelor și tulburare de randament. Atât pe scala inițială a părintelui, cât și pe cea a cadrului didactic, evaluarea simptomelor examinează simptomele care corespund criteriilor ADHD cu neatenție (întrebările 1-9) și cu hiperactivitate (întrebările 10-18).

Pentru a îndeplini criteriile de diagnosticare stabilite prin *DSM-IV*, trebuie să existe cel puțin 6 răspunsuri pozitive fie la cele 9 simptome esențiale privind neatenția, fie la cele 9 simptome esențiale privind hiperactivitatea, ori ambele. Un răspuns pozitiv înseamnă 2 sau 3 (deseori, foarte adesea) (puteți trasa o linie până în josul paginii și să numărați răspunsurile pozitive din cadrul fiecărui sub-segment). Există un spațiu pentru înscrierea numărului de răspunsuri pozitive din fiecare sub-segment, precum și un spațiu pentru punctajul total corespunzător primelor 18 simptome (prin adunare). Scalele inițiale cuprind examinări de simptome și pentru alte 3 afecțiuni concomitente - opoziție-sfidare, conduită și anxietate/depresie. Acestea se reflectă în numărul de răspunsuri pozitive din cadrul fiecăruia dintre segmentele delimitate prin „pătrățele”. Mai jos sunt prezentate seturile tipice de întrebări și numărul necesar de răspunsuri pozitive pentru fiecare set de examinare a simptomelor de afecțiuni concomitente.

Secțiunea a doua a scalei cuprinde o serie de măsuri de randament, punctate de la 1 la 5, unde 4 și 5 reprezintă o problemă/ridică probleme. Pentru a îndeplini criteriile de ADHD trebuie ca măcar la unul dintre întrebările din seria de randament copilul trebuie să aibă un punctaj de 4 sau 5; adică, trebuie să existe o tulburare, nu doar simptome care să corespundă criteriilor de diagnosticare. Fișa cuprinde și un spațiu pentru notarea numărului de răspunsuri pozitive (4,5) precum și a unui scor mediu de randament - se adună și se împarte la numărul de criterii de randament la care s-a răspuns.

Scala de evaluare pentru părinte	Scala de evaluare pentru cadrul didactic
Subtipul predominant neatent Trebuie să obțină un punctaj de 2 sau 3 la 6 din 9 dintre întrebările 1-9 ȘI Trebuie să obțină un punctaj de 4 sau 5 la oricare dintre întrebările de randament 48-55.	Subtipul predominant neatent Trebuie să obțină un punctaj de 2 sau 3 la 6 din 9 dintre întrebările 1-9 ȘI Trebuie să obțină un punctaj de 4 sau 5 la oricare dintre întrebările de randament 36-43.
Subtipul predominant hiperactiv/ impulsiv Trebuie să obțină un punctaj de 2 sau 3 la 6 din 9 dintre întrebările 10-18 ȘI Trebuie să obțină un punctaj de 4 sau 5 la oricare dintre întrebările de randament 48-55.	Subtipul predominant hiperactiv/impulsive Trebuie să obțină un punctaj de 2 sau 3 la 6 din 9 dintre întrebările 10-18 ȘI Trebuie să obțină un punctaj de 4 sau 5 la oricare dintre întrebările de randament 36-43.
ADHD combinat neatenție/ hiperactivitate Este necesară îndeplinirea criteriilor de mai sus atât pentru neatenție, cât și pentru hiperactivitate/impulsivitate.	ADHD combinat neatenție/hiperactivitate Este necesară îndeplinirea criteriilor de mai sus atât pentru neatenție, cât și pentru hiperactivitate/impulsivitate.
Examinare pentru tulburări de opoziție - sfidare Trebuie să obțină un punctaj de 2 sau 3 la 4 dintre cele 8 comportamente cuprinse în întrebările 19-26 ȘI Trebuie să obțină un punctaj de 4 sau 5 la oricare dintre întrebările de randament 48-55.	Examinare pentru tulburări de opoziție - sfidare Trebuie să obțină un punctaj de 2 sau 3 la 3 dintre cele 10 comportamente cuprinse în întrebările 19-28 ȘI Trebuie să obțină un punctaj de 4 sau 5 la oricare dintre întrebările de randament 36-43.
Examinare pentru tulburări de conduită Trebuie să obțină un punctaj de 2 sau 3 la 3 dintre cele 14 comportamente cuprinse în întrebările 27-40 ȘI Trebuie să obțină un punctaj de 4 sau 5 la oricare dintre întrebările de randament 48-55.	Examinare pentru anxietate/depresie Trebuie să obțină un punctaj de 2 sau 3 la 3 dintre cele 7 comportamente cuprinse în întrebările 29-35 ȘI Trebuie să obțină un punctaj de 4 sau 5 la oricare dintre întrebările de randament 36-43.
Examinare pentru anxietate/ depresie Trebuie să obțină un punctaj de 2 sau 3 la 3 dintre cele 7 comportamente cuprinse în întrebările 41-47 ȘI Trebuie să obțină un punctaj de 4 sau 5 la oricare dintre întrebările de randament 48-55.	

OBSERVAREA HIPERACTIVITĂȚII ÎN SITUAȚII DE „JOC LIBER”
(DUPĂ KALVERBOER, 1988)

A. Categoriile comportamentale relaționate cu „activitatea”			
	Definiție	Operationalizare	Exemple
1. Mișcarea	Modalitatea în care se schimbă poziția în spațiu luând ca punct de referință podeaua (Hutt et al., 1965).	Numărul de unități acoperite	
2. Paternul locomotor	Orientări structurate ale capului, trunchiului și membrelor în timpul mișcării (Hutt et al., 1965, Kalverboer, 1975).	Frecvența unui patern de locomoție observat pe baza unei liste precodate a acestor patternuri	Mers, sărituri.
3. Tipuri de locomoție/ mișcare		Numărul tipurilor de mișcare observate	
4. Postura	Orientări specifice ale capului, trunchiului și membrelor în timp ce poziția spațială rămâne neschimbată.	Frecvența tipurilor de postură observate pe baza unei liste precodate a acestor categorii	Ridicări în picioare, poziția de culcat.
5. Tipuri ale posturii		Numărul tipurilor de mișcare observate	
6. Manipularea obiectelor din mediu	Contactul activ realizat cu mâinile, gura sau picioarele a oricăror elemente ale mediului, cu excepția propriilor părți ale corpului sau a hainelor. Atingerea, împingerea sau mișcarea obiectelor cu mâinile sau cu picioarele (Kalverboer, 1975).	Frecvența manipulării obiectelor din mediu	Lovirea caloriferului, manipularea ușilor, mobilierului.
7. Manipularea propriilor părți ale corpului (îmbrăcămintea)	Mișcarea gurii sau a mâinilor în raport cu corpul (Kalverboer, 1975).	Frecvența manipulării	Strâmbături, atingerea nasului, căutarea în buzunare.
8. Gesticularea	Mișcări de comunicare care nu însoțesc verbalizarea (Kalverboer, 1975).	Frecvența gesturilor	Indicarea unor obiecte.
9. Alte mișcări	Mișcarea membrelor, a capului sau a trunchiului, care nu constituie un pattern locomotor, o postură.	Frecvența mișcărilor	Balansarea mâinilor, rotiri.

B. Categorii comportamentale relaționate cu „atenția”			
	Definiție	Operaționalizare	Exemple
Fixarea vizuală Scanarea vizuală Schimbări în tipul de joc pe care îl realizează Schimbările nivelului de joc Cea mai lungă activitate de joc Numărul de manipulări ale obiectelor în timpul jocului Lipsa activității de joc	Privirea fixă spre un element al mediului fără a fi însoțit de o altă fixare a unui alt element (Hutt et al., 1965; Kalverboer, 1975). Investigarea mediului din jurul său, fără a se focaliza pe un aspect anume al acestuia (Hutt et al., 1965; Kalverboer, 1975).	Frecvența și durata cu care copilul privește un singur element al mediului chiar și dacă este vorba de secundă Frecvența și durata cu care copilul privește, scanează mediului chiar și dacă este vorba de secundă Frecvența cu care un tip de joc este schimbat cu altul Frecvența cu care o activitate de joc este înlocuită cu alta de un alt nivel Durata în secunde a celei mai lungi perioade de joc continuu din parcursul întregii perioade de observație Frecvența cu care copilul schimbă jucăriile în cadrul unei activități de joc Frecvența și durata (în secunde) în care copilul nu este implicat în activități de joc	Se implică în jocul cu copiii, renunță fără a-l termina, iar apoi se implică în jocul cu jucării În cadrul jocului cu jucării, pentru scurt timp construiește cu ele, apoi, iar trece la jocul simbolic În cadrul unui joc simbolic nu rămâne la un anume personaj

Scala de auto-evaluare pentru adulți (ASRS-V1.1)⁵¹

Această scală a fost concepută pentru persoane în vârstă de 18 ani sau peste.

Despre chestionar

Suferiți de deficit de atenție/tulburare hiperkinetică (ADHD) la adult? Mulți suferă de ADHD fără să știe.

Scala de auto-evaluare pentru adulți poate fi utilizată ca un punct de plecare pentru a vă ajuta să recunoașteți semnele/simptomele ADHD, dar aceasta nu este menită să înlocuiască consultarea unui medic specialist. Un diagnostic precis se poate pune doar după o evaluare clinică.

Indiferent de rezultatele chestionarului, dacă aveți motive de îngrijorare cu privire la diagnosticul și tratamentul ADHD, vă rugăm să discutați acest lucru cu medicul dumneavoastră.

Numele pacientului	Data curentă

Vă rugăm să răspundeți la întrebările de mai jos, evaluând-vă fiecare dintre criteriile prezentate utilizând scala din partea dreaptă a paginii. Pe măsură ce răspundeți la fiecare întrebare, marcați un **X** în cerculețul care descrie cel mai bun modul în care v-ați simțit și v-ați comportat în ultimele 6 luni. Vă rugăm să transmiteți această listă de verificare completată medicului dumneavoastră, pentru a o discuta în timpul consultației de astăzi.

	Niciodată	Rareori	Uneori	Deseori	Foarte des
1. Cât de des aveți probleme cu încheierea detaliilor finale ale unui proiect, după ce ați finalizat părțile dificile?	☐	☐	☒	☐	☐
2. Cât de des aveți dificultăți în a pune lucrurile în ordine atunci când trebuie să faceți o activitate care necesită organizare?	☐	☐	☒	☐	☐
3. Cât de des aveți probleme să vă amintiți programările sau obligațiile?	☐	☐	☒	☐	☐
4. Atunci când aveți o sarcină care necesită multă gândire, cât de des evitați sau întârziați începerea ei?	☐	☐	☐	☒	☐
5. Cât de des vă frământați sau vă agitați mâinile sau picioarele atunci când trebuie să stați jos pentru o perioadă lungă de timp?	☐	☐	☐	☒	☐
6. Cât de des vă simțiți prea activ(ă) și obligat(ă) să faceți ceva, ca și cum ați fi acționat(ă) de un motor?	☐	☐	☐	☒	☐

Adunați numărul de bife din zona mai închisă la culoare. Patru (4) sau mai multe bife indică faptul că simptomele dumneavoastră ar putea fi corelate cu ADHD. Vă rugăm să oferiți chestionarul completat medicului dumneavoastră în timpul următoarei consultații pentru a discuta rezultatele.

Scala de auto-evaluare ADHD cu 6 întrebări destinată adulților – versiunea 1.1 (ASRS-V1.1) este un subset din lista OMS pentru verificarea simptomelor la adulți a Scalei de auto-evaluare ADHD cu 18 întrebări – versiunea 1.1 (Adult ASRS0V1.1).

⁵¹ ASRS-V1.1 Screener 2003 Organizația Mondială a Sănătății (OMS)

ANEXA 3. MITURI ȘI ADEVĂRURI DESPRE ADHD⁵²

MITURI	ADEVĂRURI
ADHD nu este o stare reală	ADHD este o stare neurobiologică care poate provoca neatenție, hiperactivitate și / sau impulsivitate, de rând cu o serie de dificultăți asociate, necorespunzătoare vârstei unei persoane.
ADHD este supra-diagnosticat	Un studiu național realizat în SUA în 2014 a constatat că practicienii din domeniul sănătății efectuează diagnosticarea cu minuțiozitate a copiilor. Marea majoritate (9 din 10) a celor 2.976 copii diagnosticați cu ADHD au fost diagnosticați de către practicieni care utilizează protocoalele bazate pe cele mai bune practici. Posibilele explicații a diagnosticării sporite a ADHD includ o mai bună informare a lucrătorilor medicali și a părinților; mai multe screening-uri efectuate de pediatri și alți prestatori de asistență medicală primară; reducerea stigmei asociate cu ADHD; disponibilitatea unor opțiuni mai bune de tratament și sporirea cazurilor apărute în urma cauzelor de mediu suspectate, așa ca expunerea prenatală la toxine sau nivel ridicat de plumb în sânge.
Toți copiii cu ADHD au probleme comportamentale disruptive	Aproximativ 50% dintre copiii cu ADHD demonstrează probleme considerabile legate de comportamentul disruptiv.
ADHD rezultă din instruirea inefficientă și / sau parenting deficient	ADHD are în primul rând origini biologice și genetice. Factorii de mediu, cum ar fi calitatea instruirii și parenting-ului, pot totuși reduce sau intensifica dificultățile cu care se confruntă o persoană cu ADHD.
Copiii cu ADHD niciodată nu pot menține atenție sau finaliza o activitate	Inconsecvența este o caracteristică generală a ADHD. Uneori și în anumite circumstanțe, persoanele cu ADHD se pot concentra și în anumite activități, în timp ce altele se confruntă cu dificultăți extreme. Ele pot, de exemplu, să se supra-focuseze adesea asupra activităților stimulatoare, precum jocurile video sau activitățile creative, de genul Lego sau desen.
Toți copii cu ADHD sunt hiperactivi.	O persoană cu ADHD nu dă neapărat dovadă de hiperactivitate. De fapt, unele persoane cu ADHD pot arăta ca lipsite de energie și par liniștite și rezervate.
ADHD apare doar la băieți	Băieții sunt de la patru până la nouă ori mai susceptibili de a fi diagnosticați; totuși, tulburarea apare atât la băieți, cât și la fete. Fetele sunt mai predispuse la tipul inactiv de ADHD, care este marcat mai degrabă prin comportament dezorganizat și nefocusat, decât prin comportament disruptiv, impulsiv, remarcat de obicei la băieți. Fetele cu ADHD tind să aibă nivele mai mari de stres, anxietate și depresie, în comparație cu băieții cu ADHD.
Alergiile alimentare, zahărul rafinat, aditivii alimentari și dieta proastă cauzează ADHD	Corelația reală dintre ADHD și dietă nu a fost dovedită. O bună nutriție și sănătatea generală sunt întotdeauna importante. Un stil de viață nesănătos, inclusiv o dietă proastă, pot influența asupra atenției și funcționării.
ADHD poate fi gestionat doar cu ajutorul medicamentelor	Deși nu există nici un remediu pentru ADHD, medicația poate avea efecte pozitive asupra simptomelor de neatenție, impulsivitate și hiperactivitate. O abordare "multi-modală" sau cuprinzătoare este cea mai benefică și include o diagnoză adecvată, o mai bună înțelegere a tulburării de către persoană și familie, intervenții comportamentale și suport educațional.

⁵² "Take Ten Series" ale Societății CanLearn, Calgary.

MITURI	ADEVĂRURI
Persoanele cu ADHD sunt leneșe sau lipsite de voință	Pentru oricine este mai ușor să se concentreze asupra unui subiect sau unei activități care îi captează atenția. Multe persoane cu ADHD au unele domenii de activitate (cum ar fi sportul, muzică, jocurile video, arta, activitățile și zonele de activitate mecanice) asupra cărora se pot concentra foarte bine. Ca urmare, incapacitatea lor de concentrare asupra altor domenii este adesea înțeleasă greșit.
Există un test care poate diagnostica ADHD	ADHD este un diagnostic clinic la care trebuie să se ajungă prin intermediul unei evaluări complete a anamnezei și a prezentului. Acest lucru este valabil și pentru multe alte stări medicale (de exemplu, migrena).
Oricine are ADHD, pentru că orice persoană este uneori neatență, mai ales în prezent	La orice persoană pot apare ocazional simptomele principale ale ADHD (de exemplu, uitarea lucrurilor). Totodată, persoanele cu ADHD manifestă un număr semnificativ mai mare de aceste simptome (atingând un prag de cel puțin 6/9 simptome la copii, 5/9 la adulți (17+)) care apar frecvent și ei se confruntă cu dificultăți și deficiențe mai semnificative în urma acestora (de exemplu, pierderea locului de muncă, eșec academic).

ANEXA 4. INTERVENȚII LA DOMICILIU

INTERVENȚII INSTRUCȚIONALE	
Argumentare	Strategii
Din cauza atenției susținute slabe și dificultății de a urma instrucțiuni în mai multe etape, comunicarea trebuie să fie clară și directă.	• Stabiliți contact vizual și/sau fizic delicat înainte de a da una sau două instrucțiuni clare. • Solicitați persoanei să repete instrucțiunile înainte de a continua.
INTERVENȚII COMPORTAMENTALE	
Argumentare	Strategii
Persoanele cu ADHD au un nivel mai mare de dereglare emoțională (de exemplu „scurtcircuit”, ușor de frustrat) și acest lucru poate provoca conflicte semnificative familiale/cu soțul/ partenerul/cu copilul/colegul. Aceste deficite duc la efecte dăunătoare în mai multe aspecte ale vieții de zi cu zi. Persoanele cu ADHD preferă recompense imediate, mici față de recompense mai mari, dar întârziate.	• Utilizați o abordare pozitivă și un ton liniștit al voci. Evitați să strigați și să certați. • Încurajați tehnicile de calmare pentru a de-escalada conflictul. Exemplu: Învățați-i tehnica "Oprește-te și gândește-te" . Ajutați-i să-și pună frâne prin respirație profundă. • Folosiți laude, "prindeți-i la ce sunt buni" (a face treburi, a se juca frumos). • Stabiliți scopuri și limite clare și realizabile (o anumită rutină privind temele pentru acasă, rutina mersului la culcare, treburi, etc.) și asociați-le cu obținerea privilegiilor, ieșiri speciale, etc. • Folosiți stimulente pozitive și consecințe firești; "Când vei ... (face tema de acasă) ... atunci tu ... (vei putea să te joci) "; dacă ... atunci • Utilizați afirmații de empatie, pot fi utile așa afirmații, ca "înțeleg" / "totuși". • Recomandați-le adulților să modeleze autoreglarea emoțională și să încurajeze un stil de viață echilibrat (planificarea meselor nutritive, exerciții, hobby-uri și igiena somnului). • Programarea timpului de familie și a celui petrecut cu partenerul. • Limitați alegerile la două sau trei opțiuni. • Faceți recompense semnificative și sincronizate în imediata proximitate a comportamentul dorit.
INTERVENȚII DE MEDIU	
Argumentare	Strategii
Perioadele de tranziție, timpul pentru temele de acasă și rutinele zilnice sunt dificile pentru persoanele cu ADHD, prin urmare, suportul extern este deosebit de important pentru a atinge unele așteptări zilnice și a structura și promova succesul.	• Implementați structuri și rutine. • Părinții / partenerii trebuie să fie uniți, consecvenți, fermi și onești. Urmăriți acest lucru prin consecințe convenite. • Ajutați-le să-și stabilească priorități, în loc de a amâna. • Plasați memento-uri vizuale (reguli, liste, memento-uri, note adezive, calendare) în locații vizibile, folosind culori diferite pentru a accentua / prioritiza. • Utilizați cronometre / aplicații pentru termenele limită (rutine, teme de acasă, treburi, plata facturilor, limitarea utilizării mijloacelor electronice). • Păstrați în locații vizibile etichete, diferite mape colorate sau containere pentru articole (chei, obiecte electronice, obiecte de uz casnic). • Găsiți zona de lucru cea mai potrivită pentru persoană, de exemplu sufrageria, zonele liniștite. • Divizați sarcinile (împărțiți sarcinile mari în sarcini mai mici) și stabiliți termene concrete pentru fiecare pas. • Planificați pauze frecvente ale mișcării în timpul unor sarcini prelungite. • Permiteți zgomotul alb, un ventilator sau muzică de fundal în timpul îndeplinirii temelor pentru acasă, lucrului sau somnului.

ANEXA 5. INTERVENȚII LA ȘCOALĂ

INTERVENȚII INSTRUCȚIONALE	
Argumentare	Strategii
Elevii cu ADHD deseori au dificultăți de "limbaj" în sala de clasă. Elevii cu ADHD pot avea dificultăți în a urma instrucțiunile (mai ales dacă sunt instrucțiuni în mai multe etape) sau în a interpreta limbajul pragmatic.	• Oferiți instrucțiuni clare și precise. • Captați atenția elevului înainte de a oferi instrucțiuni. • Verificați dacă elevul a înțeles, solicitându-i să repete instrucțiunile și oferiți clarificări, dacă este necesar. • Folosiți cerințe directe - "când-atunci".
INTERVENȚII COMPORTAMENTALE	
Argumentare	Strategii
Elevii cu ADHD sunt mai receptivi la consolidarea consecvență, imediată. Odată cu schimbările de comportament, părinții, profesorii și copiii învață tehnici specifice care vor ajuta la îmbunătățirea comportamentului copiilor. Abordările identifică scopurile și comportamentele țintă care urmează a fi modificate; accentuează consecvența și rutina; stimulează stima de sine prin recunoaștere verbală și recompense tangibile; și identifică stimulente adecvate dezvoltării. Este esențial ca scopurile să fie stabilite în colaborare cu elevul și familia acestuia. Stimulentele trebuie să fie semnificative și individuale.	• Oferiți feedback imediat și frecvent. • Oferiți-le elevilor feedback pozitiv și încurajare mai des, decât feedback negativ. • Oferiți-le elevilor feedback concret - "vă mulțumesc pentru ridicarea mâinii, când doriți să puneți o întrebare". • Folosiți indicii vizuali în sala de clasă sau pe birou pentru tranziții. • Utilizați instrucțiuni vizuale/imagini sau liste pentru inițierea sarcinilor și finalizarea sarcinilor. • Divizați și separați etapele pentru a iniția sarcini. • Reduceți volumul de muncă necesar pentru a demonstra cunoștințele, de exemplu, în loc de a-i cere unui copil să facă 10 exerciții de adunare, solicitați-i să facă 5. • Stabiliți așteptări clare și structurate în sala de clasă. • Permiteți oportunități acceptabile de mișcare: "permise de mișcare".
INTERVENȚII DE MEDIU	
Argumentare	Strategii
Elevii cu ADHD adesea necesită schimbări în mediul lor fizic pentru a reduce probabilitatea elementelor de distragere și a permite mai multe oportunități de monitorizare din partea profesorilor și interacțiune.	• Așezare, de preferat, departe de elementele care distrag atenția. • Proximitatea cu profesorul. • Un loc liniștit în sala de clasă pentru calmare sau activitate. • A fi așezat alături de un prieten "mai atent". • Sporți schimbarea și introduceți elemente de noutate.
INTERVENȚII ACADEMICE	
Argumentare	Strategii
Elevii cu ADHD pot avea necesități de învățare comorbide (de exemplu, dificultăți legate de motricitatea fină, viteza de procesare mai slabă, memorie de lucru mai slabă), plus la problemele de distractibilitate care necesită locuri speciale în sala de clasă.	• Implicați în mod activ elevul, dându-i sarcini conform nivelului academic corespunzător. • Acordați timp prelungit (1,5 x) pentru completarea chestionarelor, testelor și examenelor. • Permiteți-i elevului să scrie chestionarele, testele și examenele într-o cameră liniștită. • Permiteți utilizarea antifoanelor/căștilor pentru a reduce zgomotele externe în timpul testelor • Oferiți-un scrib sau o persoană care face notițe ori acces la tehnologia asistivă. • Dați teme pentru acasă după cum este necesar, dar monitorizați volumul.
INTERVENȚII ALE FUNCȚIEI EXECUTIVE	

Argumentare	Strategii
Sporirea cerințelor în sala de clasă este deseori însoțită de lupte sporite cu organizarea, gestionarea timpului, prioritizarea și finalizarea sarcinilor. Deficiența funcțiilor executive are un impact semnificativ și negativ asupra progresului academic și productivității. Odată cu trecerea elevul în clasele mai mari, serviciul cel mai frecvent prestat este aranjamentele academice (de exemplu, testarea aranjamentelor, amplasarea preferențială, copii ale notelor de curs, etc.) care nu sunt menite să dezvolte sau să îmbunătățească aptitudinile, dar să schimbe așteptările pentru a-i acorda elevului o șansă mai bună la avansare.	• Găsiți un tutore sau un mentor academic. • Căutați o clasă structurată. • Stabiliți o rutină. • Păstrați un jurnal al sarcinilor. • Elaborați un jurnal al organizației. • Pregătiți seara tot ce trebuie de luat la școală. • Monitorizați și solicitați să înceapă realizarea sarcinilor. • Învățați-i să țină cont de timp; gestionarea timpului. • Utilizați un organizator grafic pentru proiecte pe termen lung.
INTERVENȚII POST-SECUNDARE	
Argumentare	Strategii
Studentii cu ADHD din colegii și universități deseori înfruntă o provocare serioasă ce reiese din deficiența funcției executive și alte comorbidități, cum ar fi anxietatea și depresia, care aduc cerințe semnificative pentru capacitatea elevului de a menține un ritm consecvent și eficient. Studentii devin copleșiți dacă nu există suporturi, prin urmare începe un ciclu de frustrare și eșec.	• Încurajați studenții să contacteze CCSM • Permiteți timp prelungit pentru sarcini, mai ales dacă urmează a fi finalizate mai multe sarcini în același timp. • Permiteți timp prelungit pentru teste/examene. • Aplicații organizaționale pentru a face note, liste, idei și altele, de exemplu Evernote and Simplenote, Mind Manager. • Suport tehnologic pentru a organiza mai bine gândirea, a face note, a scrie, de exemplu Livescribe, AudioNote, One Note, SoundNote, Audiotorium și Screen Record • Conceptul de cartografiere poate fi realizat pe calculator prin intermediul organizatorilor grafici (de exemplu, Inspiration, Writers Companion, Draft Builder). • Accesul la locuri preferențiale la lecții (aproape de profesor, departe de elementele de distragere vizuală sau auditivă, cum ar fi unitățile de încălzire/răcire). • Accesul la un scribe sau o persoană care face notițe în timpul lecțiilor la care este necesar să se concentreze asupra prelegerii, pentru a nu-și redirecționa atenția de la prelegere și a asigura faptul că notele de curs sunt adecvate și suficient de detaliate pentru pregătire de teste / examene. • Obținerea în avans a copiilor notelor de curs, a slide-urilor, etc. pentru ca studentul să se poată concentra pe prelegere, în loc de a citi ce-i scris pe tablă, de a face note și de a asculta în același timp. • Faceți înregistrarea video a prelegerilor, dacă este permis, apoi revizuiți-le pentru a consolida lucrul din clasă. • Dispozitive precum tablete și aplicații care ajută la scriere, cum ar fi planificarea (de exemplu, Inspiration); redactarea (de exemplu, Dragon Dictation, iPad Dictation); și luarea notițelor (de exemplu, Notability).

	• Lucrați cu personalul de accesibilitate/ dizabilitate pentru a examina și a diviza sarcinile, a verifica detaliile, a ajuta la gestionarea timpului și respectarea termenelor limită, precum și a analiza progresul. • Acces la fișe de semnalare / materiale de memorizare, cu schițarea pașilor, formulelor, etc. • Mentorat pentru a identifica punctele forte, a negocia problemele și a lucra asupra scopurilor specifice.
--	---

ANEXA 6. INTERVENȚII LA LOCUL DE MUNCĂ

INTERVENȚII LA LOCUL DE MUNCĂ	
Argumentare	Strategii
Orientarea persoanelor spre succesul în mediul de muncă este esențială. Persoanele cu ADHD adesea preferă să nu divulge ADHD-ul lor la locul de muncă din cauza stigmatizării asociate cu ADHD și fricii de a fi considerate drept incompetente.	• Identificarea nevoilor de amplasare. • Sugerați întâlniri regulate și frecvente cu managerul și susțineți o abordare colaborativă. • Stabiliți scopuri, învățați să prioritizați, analizați progresul în mod regulat. • Identificați tehnicile de gestionare a timpului potrivite pentru persoană (de exemplu, folosiți un planificator, aplicații). • Decongestionați și creați un mediu de muncă prietenos. • Utilizați aplicații organizaționale (de ex. Evernote, Omnifocus, Todolist).

ANEXA 7. GHIDUL PENTRU PACIENT ȘI PĂRINȚI

GHID PENTRU PACIENT ȘI PĂRINȚI⁵³

Ce este ADHD ?

ADHD se referă la o familie de tulburări neurobiologice cronice înrudite, care afectează capacitatea individului de a-și regla pozitiv nivelul de activitate (hiperactivitate), a inhiba comportamentul (impulsivitate) și de a îndeplini sarcini (neatenția). Simptomele principale ale ADHD cuprind incapacitatea de atenție și concentrare susținută, niveluri de activitate improprii pentru evoluție, labilitatea atenției și impulsivitatea. Copiii cu ADHD prezintă disfuncții în medii multiple inclusiv acasă, la școală și în relație cu cei din jur. ADHD mai prezintă efecte adverse pe termen lung asupra performanței școlare, vocaționale și a evoluției socio-emoționale. Copiii cu ADHD au incapacitatea de a sta liniștiți și de a fi atenți în clasă, cu toate consecințele negative ale unui asemenea comportament. Se confruntă cu respingerea colegilor și se angajează într-o diversitate de comportamente disruptive. Dificultățile sociale și academice prind rădăcini adânci și au consecințe pe termen lung. Acești copii prezintă o mare incidență de rănire. Pe măsură ce cresc, copiii cu ADHD netratat, în combinație cu tulburările de conduită, trec la abuzul de medicamente, comportamente antisociale și încălcări ale legilor de toate felurile. În cazul multor persoane, impactul ADHD continuă și în viața adultă.

Care sunt simptomele?

Neatenția. Persoanele neatențe au mari probleme să țină minte un lucru sau altul și se pot plictisi de ceea ce fac după doar câteva minute. Concentrarea conștientă, atenția deliberată la organizarea și efectuarea unei rutine este dificilă. Hiperactivitatea. Persoanele hiperactive par mereu în mișcare. Nu pot sta locului; tâșnesc încoace și încolo și vorbesc neîncetat. Să stea liniștiți în timpul unei lecții este o sarcină imposibilă. Circulă prin încăpere, se agită pe scaun, dau din picioare, pun mâna pe toate lucrurile, bat cu creionul în bancă. Se mai pot simți foarte neliniștiți. Impulsivitatea. Persoanele foarte impulsive par incapabile să-și domolească reacțiile imediate sau să gândească înainte de a acționa. Ca rezultat, dau drumul la răspunsuri sau fac comentarii neadecvate, trec strada în fugă fără să se uite. Impulsivitatea le împiedică să aștepte lucrurile pe care și le doresc sau să-și aștepte rândul într-un joc. Pot smulge jucăria unui alt copil sau pot lovi când sunt supărate.

Cum se stabilește corect diagnosticul?

Diagnosticul de ADHD se poate pune corect utilizând metode testate ale interviului de diagnostic. Diagnosticul se bazează pe istoric și comportamente observabile în mediul de viață al copilului. Ideal ar fi ca medicul practician să-i includă în proces pe părinți și pe profesori. Elementele-cheie sunt istoricul detaliat care acoperă prezentarea simptomelor, diagnosticul diferențial, eventuale afecțiuni coexistente, precum și istoricul medical, evoluția, istoricul psiho-social și al familiei. Este util să se determine ce a condus la solicitarea evaluării și ce metode s-au folosit anterior. În prezent nu există un test independent pentru ADHD. Această metodă nu se aplică doar ADHD, ci majorității tulburărilor psihiatrice, cum ar fi schizofrenia și autismul.

Există diferite tipuri de ADHD?

Potrivit DSM-IV, ediția a 4-a și cea mai recentă a DSM, în timp ce majoritatea persoanelor prezintă simptome atât de neatenție, cât și de hiperactivitate-impulsivitate, la unele persoane domină fie unul, fie celălalt simptom (cel puțin în ultimele 6 luni).

Câți copii sunt diagnosticați cu ADHD?

ADHD este una dintre tulburările cel mai des diagnosticate în copilărie, estimată ca afectând 3-5% dintre copiii de vârstă școlară, din care două treimi sunt băieți. În medie, în SUA există în fiecare clasă un copil cu ADHD care are nevoie de ajutor pentru această tulburare.

ADHD se moștenește?

Cercetările arată că ADHD tinde să se manifeste în familie; influențele genetice sunt probabile, dar ADHD nu se moștenește precum calviția sau culoarea ochilor. Copiii cu ADHD au de regulă cel puțin o rudă apropiată cu ADHD. Cel puțin o treime din tații care au avut ADHD în tinerețe au copii cu

⁵³ [http://www.psychcentral.com/lib/last updated 08 october,2018/more-questions-and-answers-aboutattention-deficit-disorder-in-children?](http://www.psychcentral.com/lib/last%20updated%2008%20october,2018/more-questions-and-answers-aboutattention-deficit-disorder-in-children?)

⁵⁴ <https://chadd.org/>

⁵⁵ An Overview of ADHD, Jacqueline Sinfield, updated March 28, 2019 (*Dovadă de nivel C*)

ADHD. Posibilitatea legăturii genetice este mai convingătoare în cazul gemenilor identici: când unul are ADHD, și celălalt ar putea avea aceeași boală.

ADHD este în creștere? Dacă DA, de ce?

Nimeni nu știe sigur dacă a crescut prevalența ADHD ca atare, dar este foarte clar că, în ultimul deceniu, a crescut numărul de copii identificați cu această tulburare care primesc tratament. Parțial, identificarea acestei creșteri se datorează interesului mai mare al mass-media, conștientizării crescute a consumatorului și existenței tratamentelor eficiente. O tendință similară se observă în prezent și în alte țări. Nu se știe dacă frecvența tulburării a crescut, și de aceea acest lucru trebuie studiat.

Preșcolarii pot fi diagnosticați?

Diagnosticul de ADHD este posibil la copiii de vârstă preșcolară, dar acest lucru este dificil, și diagnosticarea trebuie făcută de experți bine pregătiți în domeniul tulburărilor neurocomportamentale. Problemele de dezvoltare, în special întârzierile de limbaj și problemele de acomodare, pot uneori fi similare celor ale ADHD. Tratamentul trebuie să se axeze pe plasarea copilului într-o grădiniță structurată care prevede instruirea și sprijinirea părinților. Stimulanții pot reduce comportamentul opozițional și pot îmbunătăți interacțiunea mamă-copil, dar sunt de regulă rezervați pentru cazurile grave sau pentru când copilul nu mai răspunde la intervenții de mediu sau comportamentale.

ADHD poate fi văzut prin scanarea creierului copiilor care au această tulburare?

Nu direct. Dar cercetarea neuroimagică a arătat că creierul copiilor cu ADHD diferă semnificativ de creierul copiilor care nu suferă de această tulburare prin faptul că o serie de regiuni și structuri ale creierului (cortexul prefrontal, striatum, basal ganglia și cerebelul) tind să fie mai mici. Dimensiunea creierului este în general mai mică cu 5% la copiii afectați de ADHD. Chiar dacă această diferență se observă constant, este prea nesemnificativă pentru a putea pune unei persoane diagnosticul de ADHD numai pe această bază. De asemenea, aceasta pare să fie legătura între capacitatea unei persoane de a fi mereu atentă și măsurătorile care reflectă activitatea creierului. La persoanele cu ADHD, zonele creierului care controlează atenția par să fie mai puțin active, sugerând că o activitate mai scăzută în anumite zone ale creierului ar putea avea legătură cu dificultățile de menținere a atenției.

Ce impact are ADHD asupra copiilor și familiilor acestora?

Viața copiilor cu ADHD este dificilă. Ei sunt cei care au cele mai multe neazuri la școală, nu pot termina un joc, nu-și pot face prieteni. Își petrec ore chinuitoare, străduindu-se în fiecare seară să se concentreze să-și facă tema, iar apoi uită să o aducă la școală. Nu este ușor să suporti asemenea frustrări zi de zi. Crește starea conflictuală în familie. De asemenea, sunt frecvente problemele cu colegii și prietenii. În adolescență, persoanele cu ADHD se confruntă cu un risc crescut de accidente de circulație, tabagism sau sarcini premature, precum și cu rezultate scăzute la învățătură. Când un copil primește diagnosticul de ADHD, părinții trebuie să se gândească bine la ce tratament aleg. Iar când copiii urmează deja un tratament, familiile au cheltuieli mari, pentru că tratamentul pentru ADHD și alte boli mintale nu este de multe ori acoperit de asigurările de sănătate. Programe școlare pentru copii cu probleme generate de ADHD (deprinderi sociale și formare comportamentală) nu există în multe școli. De asemenea, nu toți copiii cu ADHD se califică pentru servicii educaționale speciale. Aceasta este cauza pentru care mulți copii nu primesc tratament corect și adecvat. Pentru a depăși aceste bariere, părinții vor trebui să găsească programe integrate cu echipe care îi implică pe părinți, profesori, consilieri școlari, alți specialiști în sănătate mintală și generaliști.

Există tratamente nutriționiste pentru ADHD?

Nu. Mulți părinți epuizează deja abordările nutriționiste – de ex. eliminarea zahărului din dietă – înainte de a ajunge la medic. Nu există intervenții nutriționiste bine determinate care să fi demonstrat constant o anumită eficiență la un număr semnificativ de copii cu ADHD. Unele cercetări sugerează că unii copii cu ADHD beneficiază de pe urma unor asemenea intervenții, dar întârzierea unor intervenții bine fundamentate în favoarea unor cercetări în necunoscut, în general alergeni, poate fi dăunătoare multor copii.

Ce este tratamentul comportamental?

Există diferite forme de intervenții comportamentale folosite pentru copiii cu ADHD, ca psihoterapia, terapia cognitiv-comportamentală, formarea deprinderilor sociale, grupuri-suport și formarea părinților și educatorilor. Un exemplu de terapie comportamentală foarte intensivă este cea utilizată în studiul NIMH pentru tratament multimodal dedicat copiilor cu ADHD (MTA), care implică profesorul, familia și participarea la o tabără de vară de 8 săptămâni. Terapeutul a lucrat cu profesorii pentru

realizarea unor strategii de management comportamental care se adresează problemelor comportamentale ce afectează comportamentul în clasă și performanța academică. O persoană de sprijin instruită a lucrat cu copilul timp de 12 săptămâni pentru a-i acorda acestuia sprijin efectiv în clasă. Părinții s-au întâlnit separat și în grupuri mici cu terapeutul, pentru a învăța moduri de abordare a problemelor acasă și la școală.

Ce relație există între ADHD și alte tulburări, cum ar fi deficiențele de învățare, tulburările anxioase, tulburările bipolare sau depresia?

Comorbiditatea apare la majoritatea copiilor tratați clinic pentru ADHD. ADHD poate coexista cu dizabilități de învățare (15-25%), tulburări de limbaj (30-35%), tulburări de conduită (15-20%, și anxietate (20-25%). Până la 60% dintre copiii cu ticuri au și ADHD. Afecțiunile de memorie, de procesare cognitivă, motorii și sociale, de modelare a răspunsului emoțional și reacția la disciplină sunt răspândite. Tulburările de somn predomină și ele.

Care este istoricul ADHD și cum se leagă de ADD?

ADHD a avut multe denumiri de-a lungul timpului, de la hiperkinetic (derivatul latin pentru „superactiv”) la hiperactivitate, la începutul anilor 1970. În anii 1980, DSM-III a introdus denumirea de „tulburare cu deficit de atenție” – ADD, care putea fi diagnosticată cu sau fără hiperactivitate. Această definiție a fost creată pentru a sublinia importanța neatenției sau a deficitului de atenție, adesea, dar nu întotdeauna însoțit de hiperactivitate. Ediția revizuită a DSMIII, publicată în 1987, a readus interesul pentru hiperactivitate și reincluderea acesteia în diagnostic, denumirea oficială devenind ADHD. Odată cu publicarea DSM-IV, denumirea de ADHD rămâne, dar există o diversitate de tipuri sub această clasificare care include simptomele de neatenție și hiperactivitate-impulsivitate, ceea ce semnifică faptul că există unele persoane la care predomină una sau alta dintre forme. În clasificarea internațională a maladiilor (utilizată predominant în alte țări occidentale), este utilizată denumirea de „tulburare hiperkinetică”, dar criteriile sunt aceleași ca pentru ADHD/tip combinat.

Care sunt direcțiile în cercetare?

Este nevoie de continuarea cercetărilor în domeniul ADHD din mai multe perspective. Trebuie determinat impactul social al ADHD. În această privință studiile cuprind: (1) strategii de implementare eficientă a medicației sau a terapiilor combinate în sistemele de sănătate infantilă și în școli; (2) natura și gravitatea impactului asupra adulților cu ADHD în vârstă de peste 20 de ani și asupra familiilor acestora; (3) determinarea utilizării serviciilor de sănătate mintală în funcție de diagnostic și de asistența necesară persoanelor cu ADHD. Alte studii mai sunt necesare pentru îmbunătățirea comunicării între mediile școlare și cele medicale pentru a se asigura strategii de tratament mai sistematizate. Mai este nevoie de cercetare pentru definirea componentelor comportamentale și cognitive care definesc ADHD, nu numai la copiii cu ADHD, ci și la cei neafecțați. Această cercetare ar include (1) studii privind evoluția cognitivă, procesarea cognitivă, controlul impulsurilor și atenția/neatenția; (2) studii privind prevenția /intervenția timpurie prin strategii care vizează factorii de risc cunoscuți care pot conduce mai târziu la ADHD; și (3) studii de imagistică cerebrală înainte de inițierea medicației și urmărind persoana ca adult tânăr și apoi la vârsta mijlocie. În final, mai este nevoie de cercetare asupra condițiilor de comorbiditate prezente atât la copii, cât și la adulți, și privind implicațiile tratamentului.

Ce fel de lucruri nu cauzează ADHD?

- Agitația familială (deși o viață dezorganizată acasă și la școală poate înrăutăți simptomele) Prea mult zahăr
- Prea puțin zahăr
- Aspartam (denumire comercială: Nutrasweet)
- Aditivii alimentari sau coloranții
- Alergiile alimentare și alte alergii
- Lipsa de vitamine
- Lumina fluorescentă
- Prea mult TV
- Jocurile video

Cum influențează ADHD relația cu cei din jur?

Nu se știe exact cum contribuie ADHD la problemele sociale. Unele studii au constatat că dominantă de neatenție la unii copii cu ADHD poate fi percepută ca timiditate de către cei din jur. Însă

comportamentul agresiv al copiilor cu simptome de impulsivitate/hiperactivitate este prezentat de cercetători ca unul din motivele respingerii copiilor cu ADHD. De asemenea, mai apar și alte tulburări comportamentale alături de ADHD. Copiii cu ADHD și alte tulburări se confruntă cu mari probleme în relația cu cei din jur.

SFATURI PENTRU PĂRINȚI⁵⁶

Dacă aveți un copil cu ADHD, știți desigur ce frustrant poate fi când copilul nu ascultă, nu face ce i se cere, nu termină ce a început. Dacă îl monitorizați constant poate părea că el este cel care conduce casa. Acest stres suplimentar poate naște resentimente, vă determină să vă uitați doar la defecte și să scăpați din vedere reușitele și trăsăturile pozitive ale copilului. Mai mult, vă învinuiți pentru frustrarea pe care o simțiți. În ciuda dificultăților create de ADHD/ADD atât dvs., cât și copilului dvs., viața de familie nu trebuie să fie haotică și frustrantă. Sunt multe lucruri pe care le puteți face pentru a atenua efectul stării copilului. Viața într-o casă unde domnește iubirea și ordinea este cel mai bun lucru pentru un copil sau adolescent care învață să trăiască cu ADD/ADHD. Cu răbdare, compasiune și mult sprijin puteți face față ADHD-ului și în același timp puteți avea un cămin fericit și stabil.

Sfaturi pentru viața de familie

- Este important să ne amintim că un copil cu ADD/ADHD care vă ignoră, vă necăjește sau vă pune în situații proaste, nu face aceste lucruri în mod intenționat. ADD/ADHD este la fel de frustrant și pentru cel care suferă de această afecțiune. Copiii și tinerii cu ADD/ADHD vor să:
 - stea liniștiți;
 - facă ordine și curățenie în cameră;
 - facă tot ceea ce le cere mama.

Numai că nu știu cum să facă aceste lucruri. Dacă rețineți acest aspect, va fi mult mai ușor să vă ocupați de copil în mod pozitiv și cu folos.

Credeți-l și sprijiniți-vă copilul

- Recunoașteți tot ceea ce este pozitiv, valoros și unic la copilul dvs.;
- Fiți siguri că acesta poate învăța, se poate schimba și maturiza, și poate reuși. Cultivați talentele copilului dvs. și canalizați acele aspecte ale ADD/ADHD care pot fi canalizate în mod pozitiv. Visătorul de astăzi poate fi un al doilea J.K. Rowling;
- Lăsați copilul să greșească și învățați de la el, dar fiți lângă el pentru a-l alina când greșeala îi provoacă durere;
- Promovați un respect de sine sănătos prin cultivarea deprinderilor de care are nevoie copilul dvs. și prin comunicarea iubirii părintești de netăgăduit, a aprobării și a sprijinului dvs. Necondiționat.

Păstrați perspectiva

- Rețineți că aveți un copil cu o tulburare. În cea mai mare parte a timpului, comportamentul generat nu este intenționat;
- Păstrați-vă simțul umorului. Ceea ce astăzi este jenant, peste zece ani poate fi o poveste de familie nostimă;
- Încercați să ignorați lucrurile mărunte. O treabă gospodărească rămasă nefăcută nu este mare lucru, dacă fiul/fiica dvs. a făcut deja alte două, plus tema zilnică;
- Fiți gata să faceți unele compromisuri. Dacă sunteți perfecționist/ă sau vă plac ordinea și manierele, nu numai copilul trebuie să se schimbe.

Acordați atenție fraților:

- Învățați-i pe frații copilului bolnav despre ADD/ADHD;
- Stabiliți un set de reguli clare ce trebuie urmate de cei din casă;
- Petreceți cât mai frumos timpul cu toți copiii dvs. Planificați activități care plac întregii familii;

⁵⁶ <https://www.familyeducation.com/>

- Nu luați de bune toate reușitele copiilor neafecțați. Prețuiți calitățile lor unice, abilitățile și realizările;
- Lăsați-i pe copiii sănătoși să-și trăiască copilăria. Nu-i transformați în locuitori de părinți. Nu-i învinuiți pentru greșelile fraților cu ADHD aflați sub supravegherea lor.

Aveți grijă de dvs.

- Aveți grijă de sănătatea dvs. și găsiți căi de reducere a stresului;
- Căutați sprijinul de care aveți nevoie și folosiți-l;
- Slăbiți ritmul dacă vedeți că copilul cu ADD/ADHD nu a devenit un copil model peste noapte; sunteți părinte, nu magician.

Copiii cu ADD/ADHD au în general deficit de planificare, organizare, control al impulsurilor, deficit de continuitate și de capacitate de finalizare a sarcinilor. Aceasta înseamnă că trebuie să preluați controlul, să insistați cu orientarea pe măsură ce copilul își însușește încet-încet deprinderile de fiecare zi. Cele mai importante atribute ale dvs. în acest proces sunt bunul-simț și atitudinea pozitivă. Bunul-simț vă va spune pe ce comportamente să insistați, când să negociați și când să fiți fermi, dar și cum să opriți o problemă înainte de a începe. Atitudinea pozitivă vă va ajuta să observați și să apreciați micile reușite care contribuie la îmbunătățirea continuă a comportamentului copilului dvs.

Strategii comportamentale pentru părinți Există multe strategii pe care le puteți folosi acasă pentru a îmbunătăți comportamentul adecvat al copilului și a-l descuraja pe cel neadecvat, disruptiv.

Strategii pentru îmbunătățirea comunicării

- Îndreptați-vă către copil și priviți-l drept în ochi înainte de a-i da o instrucțiune;
- Verificați dacă a înțeles: „Spune-mi ce îți cer să faci”;
- Dați indicații verbale una câte una, nu mai multe deodată;
- Contactul fizic îl poate ajuta pe copil să se concentreze;
- Încurajați copilul să vorbească în timp ce trece printr-o situație, și nu să se cufunde în ea;
- Treceți în revistă pașii atât înaintea, cât și în timpul activității, inclusiv în cazul activităților pe care le faceți împreună cu copilul;
- Exprimați-vă așteptările atât verbal, cât și în formă scrisă sau vizuală.

Strategii de menținere a structurii

- Stabiliți rutine predictibile pentru dimineața și seara;
- Țineți copilul ocupat cu activități programate și sub supraveghere, dar nu-l aglomerați;
- Somnul insuficient înrăutățește problemele de atenție, așa că insistați asupra orei regulate de mers la culcare și asupra odihnei;
- Faceți în așa fel încât copilul să aibă un spațiu al său, liniștit, chiar dacă acesta nu este decât o masă cu o pătură pusă pe ea;
- Planificați în avans, pentru a vă asigura că în timpul plimbărilor copilul nu obosește prea tare sau nu i se face foame; recapitulați mai întâi regulile privind comportamentul;
- Asigurați-vă că alte persoane care se ocupă de copil știu rutinele zilnice și obiectivele comportamentale, și că le aplică.

Strategii de îmbunătățire a organizării și a managementului timpului

- Aranjați-vă casa după principiul: un loc unde găsești de toate și fiecare lucru la locul său;
- Copilul dvs. trebuie să aibă un loc specific și regulat pentru teme, departe de agenți perturbatori; Învățați copilul să-și aranjeze hainele pentru dimineața următoare, înainte de a merge la culcare; lucrurile necesare la școală trebuie puse într-un loc anume, la îndemână, pentru a putea fi luate ușor și repede;
- Dați-i copilului un carnet pe care să-și scrie ce are de făcut;
- Puneți ceasuri prin casă, unul mare în camera copilului;

- Prevedeți suficient timp pentru ceea ce are de făcut copilul, cum ar fi temele sau pregătirea de dimineață;
- Intercațați pauze numeroase în timpul alocat temei pentru acasă.

Cele de mai jos par mai adecvate pentru utilizarea în clasă, dar pot constitui și o experiență productivă și pozitivă în mediul de acasă

RECOMPENSE	CONSECINȚE
• Faceți o planșă cu puncte sau stelute de bună purtare, și astfel copilul dvs. va avea memoria vizuală a succeselor sale • Recompensați copilul cu activități sau anumite privilegii, și mai puțin cu mâncare sau jucării • Schimbați frecvent recompensele; copilul cu ADHD se plictisește repede de același lucru • Recompensa imediată dă rezultate mai bune decât o promisiune pe viitor, dar un sistem de acumulare a recompenselor pentru obținerea uneia mai mari poate da rezultate. • Rețineți că îmbrățișările, sărutările și laudele sunt tot recompense.	• Comunicați dinainte regulile de bună purtare și consecințele nerespectării acestora • Folosiți pauzele și suspendarea privilegiilor pentru rea purtare • Țineți copilul departe de situații sau medii generatoare de comportamente neadecvate • Spuneți-i copilului cum vă simțiți când se poartă urât • Cereți-i copilului să vină cu alternative de comportament vizavi de comportamentul disruptiv și să demonstreze comportamentul adecvat • Mergeți până la capăt. Faceți ce spuneți, fie că este vorba despre recompensă, fie de pedeapsă.

Mișcare și conștientizare fizică

Deși ADD/ADHD este o afecțiune care afectează mintea, studiile au arătat că mișcarea, mediile fizice și dieta pot influența în bine simptomele. Un exercițiu solicitant este benefic pentru copiii cu ADD/ADHD. Aceștia au energie de cheltuit, iar sporturile organizate și alte activități fizice îi pot ajuta să se concentreze asupra mișcărilor specifice. Exercițiile fizice îmbunătățesc concentrarea, reduc depresia și anxietatea și produc dezvoltarea creierului. Găsiți un sport care îi place copilului dvs. și care se potrivește rezistenței sale fizice. De exemplu, sporturile individuale sau sporturile de echipă cum sunt fotbalul, baschetul și hocheiul, care necesită mișcare continuă, sunt opțiuni mai bune. Copiii cu ADHD mai pot beneficia și de practicarea artelor marțiale, tae kwon do și yoga, care intensifică controlul mintal în timp ce corpul este acela care exersează.

Activități de petrecere a timpului liber

Copiii cu ADD/ADHD le face bine să-și petreacă timpul în natură. Acest lucru a fost constatat de cercetători. Se observă o mai mare reducere a simptomelor ADD/ADHD când se joacă într-un parc cu iarbă și copaci decât pe un teren de joacă pavat. Părinții ar trebui să rețină acest mijloc promițător de administrare a ADHD. Chiar și în orașe, majoritatea familiilor au acces la parcuri și alte medii naturale. Cu ocazia ieșirilor în aer liber, atât părinții, cât și copiii se bucură de mult râvnita gură de aer proaspăt.

Dietă și nutriție

Toți copiii beneficiază de pe urma alimentelor proaspete și a meselor regulate; pentru toți copiii este bine să ocolească mâncarea de fast food și băuturile gazoase. Copiii cu ADHD sunt mai afectați, pentru că din cauza impulsivității și a neatenției pot sări ușor peste mese, pot mânca dezordonat, pot mânca prea mult și pot deveni obezi. Nu există anumite mâncăruri care să provoace ADHD, dar unii cercetători spun că există o legătură între chimicalele din multe alimente, inclusiv coloranții artificiali și alți aditivi, și gravitatea simptomelor de ADD/ADHD. Însă bunul-simț și disciplina sunt mai importante decât alimentele și dietele speciale.

Relațiile ajută copiii cu ADD/ADHD

Copiii cu ADD/ADHD au deseori dificultăți în interacțiunile sociale simple și la descifrarea normelor sociale. Imaturitatea emoțională relativă îi face să iasă în evidență printre copiii de vârsta lor și să devină ținta unor atacuri. Pot vorbi prea mult, întrerup frecvent și au izbucniri prea agresive sau „prea intense”. Părinții copiilor cu ADD/ADHD se tem că aceștia atrag oameni indezirabili sau că nu-și pot face prieteni, sau că nu pot susține relații semnificative ca adolescenți sau adulți. Nu uitați, totuși, că

mulți copii cu ADD/ ADHD sunt foarte inteligenți și creativi și că își vor da seama singuri cum să se poarte cu ceilalți și cum să-i ghicească pe cei nepotriviti ca prieteni. De asemenea, trăsăturile care îi pot exaspera pe părinți, profesori și alte persoane cu autoritate pot părea altora nostime, încântătoare, excentrice. Sarcina voastră este să vă ajutați copiii să devină mai buni ascultători, să învețe să citească fețele oamenilor și limbajul corpului și să interacționeze bine în grup.

Sprijin pentru copilăria cu ADD/ADHD

Unul din cele mai importante lucruri în sprijinirea copilului cu ADD/ADHD este să rețineți că nu trebuie să faceți totul singur/ă. Fiți gata să cereți ajutorul și să coordonați serviciile medicilor, terapeuților și profesorilor. De asemenea, profitați de grupurile-suport atât pentru dvs., cât și pentru copil.

CUM CONTRIBUIE PĂRINȚII LA REUȘITA ȘCOLARĂ

Sfaturi pentru părinți Reușita la școală nu este numai responsabilitatea profesorului. Părinții pot face multe lucruri care să-i ajute pe copii să se integreze în clasă.

Comunicarea cu profesorii	• Spuneți-i profesorului despre problemele de ADHD ale copilului și despre eventualele intervenții la începutul anului școlar • Considerați că profesorul acționează în interesul copilului dvs. • Sprijiniți eforturile profesorului • Participați la ședințe sau discutați la telefon • Informați-vă cum afectează ADHD performanța școlară • Verificați zilnic carnetul elevului pentru a vedea ce teme are, ce comunicări aveți de la școală și ce chestiuni necesită semnătura dvs.
Tema pentru acasă	• Asigurați un loc liniștit și degajat unde copilul își poate face temele • Ajutați copilul la teme, împărțind tema în secțiuni mai mici și menținând atenția acestuia. Faceți tema mereu la aceeași oră și luați pauze dese • Utilizați tehnici de studiu cum ar fi sublinierea, notițele, citirea cu glas tare • Lăudați copilul pentru lucrul bine făcut și nu uitați că „bine” nu înseamnă „perfect” • Verificați ca tema făcută să fie acolo unde trebuie când copilul pleacă la școală
Comportamentul	• Să aveți un sistem bun de recompensare pe zile sau pe săptămâni • Lăudați regulat copilul pentru bună purtare la școală • Ajutați copilul să-și formeze deprinderi sociale • Colaborați cu profesorul la intervențiile comportamentale • Implicați consilierul școlar sau psihologul dacă este necesar

Cum stăpânești un copil cu ADD/ADHD

Copiii cu ADD/ADHD au în general un deficit de funcționare executivă, respectiv capacitatea de a gândi și planifica anticipat, de a organiza, de a controla impulsurile și de a termina un lucru.

Aceasta înseamnă că dvs. trebuie să preluați rolul executiv și, în acest sens, veți asigura o orientare suplimentară, iar copilul va acumula treptat funcțiile executive.

Cele mai importante atribute ale dvs. în acest proces sunt bunul-simț și atitudinea pozitivă. Bunul-simț vă va spune ce comportament să atacați, când să negociați și când să fiți ferm, precum și cum să eliminați problemele înainte de a începe. Atitudinea pozitivă vă va ajuta să vedeți succesele mici care luate împreună reprezintă îmbunătățirea permanentă a comportamentului copilului dvs.

Sfaturi pentru părinți cu copii suferinzi de ADHD

- **Comunicați.** Fiți clar/ă și concis/ă când comunicați cu copilul. Dați instrucțiunile pe rând. Cereți lucrurile unul câte unul.
- **Fiți consecvent/ă.** Pretențiile dvs. să fie aceleași în fiecare zi. Nu cedați numai pentru că ați obosit sau pentru că vă sâcâie copilul.
- **Dați un exemplu bun.** Arătați-i copilului comportamentul pe care îl așteptați din partea lui. Fiți un model de răbdare, obiceiuri sănătoase și bune maniere. Fiți cel puțin la fel de organizat pe cât doriți să fie copilul dvs.
- **Anticipați și evitați problemele.** Cunoașteți slăbiciunile copilului dvs., precum și situațiile care generează probleme. Fiți adeptul principiului: elimină problemele din fașă!

- **Lăudați buna purtare.** Lauda este o recompensă valoroasă, așa că faceți efortul de a-l „prinde pe copilul dvs. purtându-se bine”.
- **Negociați cu copilul și consultați-l.** Sunteți părinte, nu instructor militar, așa că încercați să nu-i urlați ordine copilului dvs. Începeți un dialog și vedeți ce vrea să vă spună copilul.
- **Alegeți-vă bătațiile.** Nu este nevoie de intervenție în toate situațiile. Imaginea de ansamblu este importantă, lucrurile mici nu contează. Dacă nu gândiți astfel, căminul dvs. va fi plin de conflicte și certuri.

MEDICAȚIE PENTRU ADD/ADHD Sunt medicamentele bune pentru dvs. sau copilul dvs.?

Medicația poate reduce simptomele de hiperactivitate, neatenție și impulsivitate atât la copiii cât și la adulții cu ADD sau ADHD. Această medicație vine însă cu efecte secundare și riscuri, însă nu constituie singura opțiune. Ca părinte sau ca pacient este important să aflați detalii despre medicamentele pentru ADD/ADHD pentru a putea lua o decizie informată.

Medicația pentru ADD/ADHD: ce trebuie să știți? Este greu să iei o decizie privind medicația pentru ADD/ADHD, și pentru aceasta trebuie să vă faceți temele. Primul lucru ce trebuie înțeles este că medicația pentru ADD/ADHD poate da rezultate sau nu. Trebuie să fiți realist/ă. Medicația pentru ADHD poate ajuta la îmbunătățirea concentrării și controlului impulsivității, îmbunătățirea planificării și capacității de a finaliza activități. Cu toate acestea, nu există pilule magice care să rezolve toate problemele. Chiar și când medicația merge bine, copilul cu ADD/ADHD se zbate din cauza problemelor emoționale, a lipsei de memorie, a stângăciilor sociale; adultul se confruntă cu dezorganizarea, lipsa de concentrare și dificultatea de a relaționa.

Mai este important să înțelegeți că medicamentele nu vindecă ADD/ADHD. Simptomele se pot atenua în timpul tratamentului, dar de îndată ce tratamentul se oprește, simptomele revin. De asemenea, medicația dă rezultate mai bune în cazul unora și mai slabe în cazul altora. Pentru unii produce o îmbunătățire radicală, în timp ce alții prezintă doar mici ameliorări.

Deoarece fiecare persoană reacționează diferit și imprevizibil la medicație, aceasta trebuie personalizată și monitorizată atent de medic. Dacă medicația pentru ADD/ADHD este neatent monitorizată, este mai puțin eficientă și prezintă riscuri mai mari.

Opțiuni de tratament pentru ADD/ADHD

Medicația pentru ADHD dă cele mai bune rezultate când este administrată împreună cu alte tipuri de tratament cum ar fi consilierea, terapia comportamentală, tehnici de relaxare. La copiii cu ADD/ADHD intervenția comportamentală în clasă și acasă joacă un rol imens pentru reușita tratamentului. La adulți, contează mult strategiile de auto-ajutor.

Medicația cu stimulante pentru ADD/ADHD

Stimulantele sunt medicamentul cel mai comun prescris pentru deficit de atenție. Sunt utilizate de mult timp, iar cercetătorii au dovedit că sunt eficiente. Stimulantele includ medicamente mult folosite cum ar fi Ritalin, Adderall și Dexedrină. Se consideră că stimulantele funcționează prin creșterea nivelului de dopamină din creier. Dopamina este un neuro-transmițător asociat cu motivația, plăcerea, atenția și mișcarea. Multor suferinzi de ADD și ADHD medicația cu stimulante le impulsionează concentrarea, le reduce hiperactivitatea și impulsivitatea. Stimulantele se administrează în doze cu acțiune scurtă sau îndelungată. Cele cu acțiune scurtă au efect câteva ore și trebuie administrate de 2-3 ori pe zi. Cele cu acțiune îndelungată au efect 8-12 ore și, de regulă, se iau doar o singură dată pe zi. Sunt preferate stimulantele cu acțiune îndelungată pentru că este mai ușor pentru cei care au deficit de memorie.

Efecte secundare obișnuite ale stimulamentelor:

- Sentimente de neliniște și agitație
- Insomnie
- Pierderea poftei de mâncare
- Dureri de cap
- Deranjament stomacal
- Iritabilitate, dispoziții schimbătoare
- Depresie
- Amețeli
- Palpitații

- Ticuri nervoase.

Medicația cu stimulante poate produce modificări de personalitate. Unele persoane devin interiorizate, apatice, rigide, mai puțin spontane, mai puțin vorbărețe. Altele prezintă simptome obsesiv-compulsive.

Motive de prudență în utilizarea stimulamentelor

În afara eventualelor efecte secundare, există și îngrijorări legate de medicația cu stimulante.

Efectul asupra dezvoltării creierului– Efectul pe termen lung al medicației pentru ADD/ADHD asupra creierului în dezvoltare, la tineri și copii, nu este încă cunoscut. Unii cercetători sunt îngrijorați că medicamente precum Ritalinul ar putea interfera cu dezvoltarea normală a creierului.

Probleme cardiace – S-a constatat că medicația cu stimulante determină moartea instantanee la copiii și adulții cu probleme cardiace. Asociația Americană a Inimii recomandă o evaluare a stării inimii înainte de începerea tratamentului cu stimulante. Electrocardiograma se recomandă persoanelor cu probleme cardiace cronice.

Probleme psihiatrice – Abuzul de stimulante este o problemă în creștere, în special la adolescenți și adulți tineri. Elevii de colegiu iau stimulante în perioada examenelor sau când se resimt după nopți pierdute. Alții abuzează pentru că vor să slăbească. Dacă fiul/fiica dvs. iau stimulante, verificați să nu le vândă sau să le dea și altora.

Semnale de alarmă privind medicația cu stimulante

Chemați doctorul imediat ce observați unul din următoarele simptome la copilul dvs.:

- Dureri de piept
- Respirație sacadată
- Leșin
- Halucinații auditive și vizuale
- Psihoze
- Suspiciune sau paranoia.

Nu se recomandă stimulantele în următoarele condiții:

- Orice boală sau afecțiune a inimii
- Hipertensiune
- Hipertiroidie
- Glaucom
- Hiperanxietate
- Abuz de medicamente.

Medicația fără stimulante pentru ADD/ADHD Pe lângă stimulantele tradiționale, există câteva medicamente utilizate pentru tratarea ADD/ADHD, cum ar fi Strattera, antidepresivele atipice, precum și medicații pentru tensiune arterială. În majoritatea cazurilor, medicația fără stimulante este indicată atunci când medicația cu stimulante nu dă rezultate sau are efecte secundare intolerabile.

Strattera mai este cunoscută și sub denumirea de atomoxetină. Este singurul medicament non-stimulant aprobat de FDA pentru tratamentul ADD/ADHD. Spre deosebire de stimulanti, care afectează dopamina, Strattera crește nivelul norepinephrinei, o altă substanță chimică din creier. Strattera are acțiune de mai lungă durată decât medicamentele stimulante. Durata de acțiune este de 24 de ore, ceea ce face ca acest medicament să fie preferat pentru cei care se trezesc greu dimineața. Deoarece are și unele proprietăți antidepresive, este și cea mai bună alegere pentru cei la care anxietatea coexistă cu depresia. O altă calitate este aceea că nu exacerbează ticurile sau sindromul Tourette. Pe de altă parte, Strattera nu pare să fie la fel de eficientă ca medicamentele stimulante când se tratează simptomele de hiperactivitate.

Riscul de suicid în cazul medicației cu Strattera: Potrivit atenționărilor de pe eticheta medicamentului, Strattera poate provoca intensificarea gândurilor și a acțiunilor sinucigașe la unii copii și adolescenți. Riscul este cu atât mai mare dacă pacientul suferă și de tulburări bipolare sau depresie, pe lângă ADD/ADHD. Chemați medicul imediat ce observați înclinații sinucigașe sau schimbări de dispoziție la copilul dvs., cum ar fi creșterea extremă a iritabilității sau a anxietății. Efecte secundare obișnuite generate de Strattera pot fi:

- Somnolență
- Dureri de cap
- Dureri abdominale

- Greață și vomă
- Amețeli
- Agitație și iritabilitate

Strattera mai poate provoca insomnie și reducerea poftei de mâncare, însă aceste efecte sunt mai caracteristice stimulamentelor.

Alte opțiuni de tratament pentru ADD/ADHD Deși nu sunt aprobate de FDA pentru tratarea ADD/ADHD, uneori sunt utilizate următoarele medicamente, care trebuie luate în considerare numai când stimulanzii și Strattera nu dau rezultate:

Medicația pentru tensiune arterială – Unele medicamente pentru tensiune arterială se pot utiliza la tratarea ADD/ADHD. Enumerăm dintre acestea clonidina (Catapres) și Guanfacinum* (Tenex). Dau rezultate în special la cei cu ticuri și cu sindromul Tourette. Însă chiar dacă aceste medicamente pot fi bune pentru hiperactivitate, impulsivitate și agresivitate, nu ajută în cazul atenției.

Antidepresivele – Se pot prescrie unele antidepresive care vizează neuro-transmițătorii multipli din creier. O altă opțiune sunt antidepresivele triciclice.

Decizia de a lua sau nu tratament pentru ADD/ADHD

Chiar și înarmați cu toate informațiile, decizia de a lua sau nu tratament pentru ADD/ADHD nu este ușoară. Dacă nu sunteți sigur/ă, nu luați nici o hotărâre. Cântăriți opțiunile, și dacă tratamentul este destinat copilului dvs., nu ezitați să-l implicați în luarea deciziei. Mult mai important este să vă bazați pe instinctele dvs. și să faceți ce credeți că este bine pentru dvs. Nu permiteți nimănui – fie el medicul dvs. sau directorul școlii la care merge copilul – să vă impună un tratament dacă nu sunteți sigur că asta vreți sau dacă nu sunteți sigur că vreți să începeți un tratament.

Întrebări pe care le puteți pune specialistului în ADD/ADHD

Consultarea unui specialist sau a unui psihiatru cu experiență vă poate ajuta să înțelegeți argumentele pro și contra unei medicații. Iată ce ați putea să-l întrebați:

- Ce tratament recomandați pentru ADD/ADHD?
- Pot să-mi controlez simptomele fără ajutorul medicamentelor?
- Ce tratament îmi recomandați și ce efecte secundare are acesta?
- Cât de eficientă este medicația pentru ADD/ADHD?
- Cum se ia hotărârea de a opri tratamentul?

Pentru părinți: Întrebări utile despre tratamentul pentru ADHD și copilul dvs.

Dacă v-ați hotărât să dați tratament medicamentos sau nu copilului dvs., Jerome Schultz, Doctor în dizabilități de învățare, expert în ADHD și director clinic al Laboratorului de Învățare, Cambridge, Massachusetts, spune că mai întâi trebuie să vă puneți următoarele întrebări:

- Au fost de ajutor tratamentele nemedicamentoase? Tehnicile de autocalmare, respirația adâncă și yoga sunt de multe ori de ajutor copilului bolnav de ADD/ADHD.
- Școala a încercat să-l învețe pe copil să fie mai atent sau mai puțin atent?
- Decizia mea de a apela la medicație pentru copil este rezultatul observării comportamentului său de-a lungul timpului în medii diferite, respectiv acasă și la școală?
- Când se simte copilul cel mai bine? La pescuit cu unchiul său sau jucându-se pe calculator? Ajutați-l pe medic să înțeleagă cât de omniprezentă sau selectivă este problema.
- Suferă copilul de o altă afecțiune care poate fi luată drept hiperactivitate? Copiii expuși mediului chimic toxic sau care sunt diagnosticați cu dizabilități de învățare și tulburări anxioase ușoare pot prezenta comportamente similare celor cu ADHD.

Ghidul medicației pentru ADD & ADHD⁵⁷

Pentru a maximiza efectul medicației pentru ADD/ADHD și a reduce la minim efectele secundare, este important ca medicamentele să fie luate conform prescripției. Iată câteva recomandări pentru administrarea nepericuloasă:

⁵⁷ Chaos to Calm: Effective Parenting of Challenging Children with ADHD and Other Behavioural Problems, by Janet E. Heining and Sharon K. Weiss. (Dovadă de nivel C)

- Informați-vă despre medicament. Căutați tot ce se poate găsi despre medicamentul pe care îl luați dvs. sau copilul dvs., inclusiv despre efectele secundare, cât de des trebuie luat, avertismente speciale, alte substanțe care trebuie evitate, cum ar fi medicamentele fără prescripție.
- Aveți răbdare. Găsirea medicamentului adecvat, dar și a dozei este un proces bazat pe încercări. Se bazează pe experimentare și comunicare deschisă cu medicul dvs.
- Începeți cu doze mici. Scopul este acela de a identifica cea mai mică doză cu efect asupra simptomelor.
- Monitorizați efectul medicamentelor. Fiți foarte atent/ă la efectul medicamentelor asupra emoțiilor și comportamentului copilului. Urmăriți efectele secundare și monitorizați efectul medicației asupra simptomelor.
- Reduceți doza treptat. Dacă doriți să opriți medicația, cereți sfatul medicului asupra modului în care să reduceți doza. Oprirea abruptă a tratamentului poate conduce la dispariția brutală a simptomelor, însoțită de iritabilitate, oboseală, depresie și dureri de cap.

Ce-i spuneți copilului despre medicația pentru ADHD

Mulți copii și adolescenți cu ADD/ADHD nu își iau medicamentele corect – sau renunță să le mai ia fără să-și anunțe părinții sau medicul –, astfel că, dacă aveți un copil în tratament pentru ADD/ADHD, să-l ajutați să înțeleagă cum se ia corect medicamentul și de ce respectarea indicațiilor din rețetă este importantă. Încurajați copilul să vă împărtășească orice nedumerire legată de tratament pentru ca, atunci când este cazul, să puteți rezolva împreună problema sau să optați pentru un alt tratament.

Monitorizarea efectelor tratamentului

Iată o listă de întrebări pe care trebuie să le puneți când copilul începe terapia medicamentoasă, când schimbă doza sau când începe un tratament nou:

- Tratamentul are efect pozitiv asupra stării copilului și/sau asupra comportamentului?
- Credeți că doza sau medicamentul dă rezultate?
- Copilul crede că doza sau medicamentul dă rezultate?
- Trebuie să reduceți sau să măriți doza?
- Ce schimbare a unui anumit comportament sau set de comportament v-a determinat să ajungeți la concluzia că este nevoie de evaluarea tratamentului?
- Copilul prezintă semne de efecte secundare ale medicamentului (de ex. dureri de cap, dureri de stomac, oboseală sau somnolență, gură uscată etc.)?
- Credeți că efectele secundare vor dura? (întrebați medicul)
- Efectele secundare persistente depășesc beneficiile tratamentului?
- Credeți că medicația/doza dvs. sau a copilului a încetat să funcționeze?

Cum ne ocupăm de efectele secundare ale tratamentului pentru ADD/ADHD?⁵⁸

Majoritatea copiilor și adulților care iau tratament pentru ADD/ADHD resimt cel puțin unul sau două efecte secundare. Uneori efectele secundare dispar după câteva săptămâni de tratament. Puteți interveni pentru eliminarea efectelor secundare printr-o serie de strategii simple.

Sfaturi pentru reducerea efectelor secundare

- **Pierderea apetitului** – pentru aceasta se recomandă sendvișuri sănătoase pe parcursul zilei și cina la o oră mai târzie, când medicamentul și-a pierdut din efect. Mai puteți da copilului shake-uri cu proteine, tablete energizante sau mâncare lichidă.
- **Insomnia** – dacă somnul devine o problemă, încercați un stimulant mai devreme, în timpul zilei. Dacă tratamentul se face cu un stimulant cu efect de lungă durată, puteți trece pe cel cu acțiune redusă. De asemenea, evitați băuturile cu cofeină, în special după-amiaza sau seara.
- **Stomac deranjat sau dureri de cap** – Nu luați medicamentul pe stomacul gol, pentru că vă poate provoca greață, dureri de stomac și dureri de cap. Durerile de cap pot fi declanșate și de trecerea efectului medicamentului, astfel că trecerea pe medicamentul cu efect de durată poate fi o soluție.

⁵⁸ <https://www.helpguide.org/>

- Amețeli – Mai întâi luați-i copilului tensiunea. Dacă este normală, reduceți doza sau treceți pe un stimulant cu efect de lungă durată. De asemenea, aveți grijă să beți/bea suficiente fluide.
- Schimbări de dispoziție – Dacă tratamentul are ca efect iritabilitate, depresie, agitație sau alte efecte secundare emoționale, încercați să reduceți doza. Stările mai pot fi provocate și de efectul de recurență, caz în care poate fi utilă suprapunerea dozelor sau trecerea pe medicație cu efect de durată. Dacă problemele persistă în ciuda eforturilor dvs., cereți medicului dvs. să reajusteze doza sau să vă prescrie un alt medicament. Mulți bolnavi răspund mai bine la medicamentele cu efect îndelungat care se stabilizează în sânge și își pierd efectul mai lent. Astfel se reduce fluctuația nivelului de medicament în sânge și se evită efectul de recurență, când simptomele revin cu mai mare forță decât înainte, pe măsură ce medicamentul își pierde efectul.

ANEXA 8. CURRICULUMUL PENTRU FORMAREA PĂRINȚILOR ÎN ACTIVITATEA CU COPII CU ADHD

Conținut: Conform Asociației Americane de Psihiatrie care a publicat manualul după care se stabilește diagnosticul, simptomele esențiale ale ADHD sunt: inatenția, impulsivitatea și hiperactivitatea. Este important de știut că: ADHD nu este o problemă de educație (deși copilul are probleme de comportament inadecvat); nu este o dizabilitate de învățare (dar afectează capacitatea copilului de a învăța); nu este o problemă de inteligență.

Sub denumirea de *Attention Deficit-Hiperactive Disorder* sau Tulburarea hiperchinetică cu deficit de atenție sunt grupate o serie de comportamente anormale ale copilului și, ulterior, ale adultului ce derivă din incapacitatea acestuia de a se concentra asupra activităților de zi cu zi. Este un sindrom a cărui cauză încă nu a fost elucidată, despre care se discută mult în ultima vreme și care afectează între 6-9% dintre copiii de vârstă școlară din România sunt diagnosticați cu sindrom ADHD, preponderent băieții (Tiberiu Mircea, Societatea de Neurologie și Psihiatrie a Copilului și Adolescentului din România). Acești copii par a acționa fără să gândească, sunt extrem de activi, mult peste nivelul obișnuit al unui copil sănătos și au mari dificultăți în a fi atenți la ceea ce au de făcut. Cu toate că înțeleg ce li se cere, nu duc activitățile la bun sfârșit pentru că nu reușesc să se concentreze și să fie atenți la detalii.

S-au descris trei „portrete” posibile ale acestor pacienți.

Tipul cu deficit de atenție pe care îl recunoaștem după:

incapacitatea de a fi atent la detalii sau tendința de a face erori prin neglijență;

dificultăți în a-și menține atenția asupra unor activități școlare sau chiar a jocurilor;

aparente probleme de auz (de fapt nu are capacitatea de a se concentra asupra discursului);

mari dificultăți în a urma niște instrucțiuni;

incapacitatea de a se organiza;

evitarea acțiunilor care presupun un efort mental mai intens;

tendința de a pierde obiectele personale (*jucării, caiete* etc.);

distragerea ușoară a atenției și uită ușor ce au de făcut.

Tipul hiperactiv sau impulsiv îl recunoaștem după:

zbânțuiala și agitația permanente;

nerăbdarea de a sta pe scaun;

aleargă, se cațără excesiv;

nu se pot juca în liniște;

mereu par a fi „pe fugă”;

vorbesc incontinuu;

la școală se grăbesc să răspundă înainte să audă toată întrebarea;

nu au răbdare să-și aștepte rândul la un joc sau la coadă;

mereu întrerup sau intervin neinvitați într-o discuție.

Tipul combinat este cel mai frecvent. Aici regăsim elemente din ambele forme de ADHD descrise sus

Cel mai important aspect obținut în cadrul acestei prime ședințe a fost acela de a modifica imaginea globală, pe care o aveau referitoare la copiii lor, cu una mai clară, care să înglobeze cele trei axe importante ale tulburării ADHD: deficitul de atenție, hiperactivitatea și impulsivitatea, cât și modalitățile concrete de manifestare a acestora în plan comportamental. Pornind de la o compartimentare didactică a simptomelor și formelor de manifestare concretă, s-a inițiat un proces de reconstrucție corectă a imaginii despre copil, a dificultăților pe care acesta le întâmpină în procesul de dezvoltare. Astfel, am atins indirect și un prim obiectiv în consilierea părinților, și anume: conștientizarea de către aceștia a faptului că insuccesele în educația copilului nu se datorează lipsei resurselor și potențialului parental, ci, a unei abordări mai puțin adecvate în raport cu particularitățile copiilor lor.

Cum putem să-i ajutăm pe copiii cu ADHD?

O Obiectivul 2. Observarea și evaluarea a comportamentului copilului; conștientizarea de către părinți a greșelilor educative în corectarea comportamentului copilului cu ADHD.

Conținut: Copilul cu ADHD are nevoie de intervenții speciale acasă și la școală pentru a fi ajutat în ameliorarea comportamentului impulsiv, de a lucra structurat, de a-și îmbunătăți disciplina. Părinții pot să-și ajute copiii ținând cont de următoarele aspecte:

Să accepte limitele copilului. Să accepte faptul că copilul lor este activ și plin de energie și că probabil așa va fi pentru totdeauna. Hiperactivitatea nu este intenționată. Să nu aștepte să se elimine hiperactivitatea și mai bine să o aducă sub un control rezonabil. Orice critici sau încercări de a schimba un copil plin de energie într-un copil liniștit sau un copil model vor cauza mai mult rău decât bine. Nimic nu-l ajută mai mult pe un copil hiperactiv decât faptul de a avea un părinte tolerant și răbdător.

Să i se ofere o alternativă pentru energia în exces. Activitățile din afara casei, în aer liber, cum ar fi: alergatul, sportul, plimbările lungi sunt foarte bune pentru a elimina excesul de energie. Atunci când este vreme rea afară, copilul are nevoie de o cameră în care se poate juca cum îi place cu supraveghere și restricții minime.

Copilul nu trebuie să aibă foarte multe jucării. Aceasta poate duce la o distractibilitate ridicată din dorința de a se juca cu fiecare. Jucăriile trebuie să fie sigure și să nu se poată rupe ușor. Să fie încurajat să se joace cu o singură jucărie o dată.

Să urmeze o rutină zilnică. Rutina care se păstrează în casă îl ajută pe copilul hiperactiv să accepte mai ușor ordinea. Să păstreze aceeași oră de trezire, aceeași oră de masă, aceeași oră de somn cât de regulat este posibil. Mediul ambiant să fie relativ liniștit pentru a încuraja gândirea, ascultarea, citirea acasă. În general nu trebuie conectat radioul și televizorul.

Simptomele ADHD se înrăutățesc la deprivarea de somn sau foame. Părinții trebuie să se asigure că copilul a dormit suficient și a mâncat bine.

Să se evite extenuarea copilului. Când un copil hiperactiv este foarte obosit, autocontrolul acestuia scade drastic și hiperactivitatea se accentuează. Copilul trebuie să doarmă când este extenuat.

Pentru copiii care au probleme să adoarmă o lumină de veghe sau o muzică liniștitoare poate fi de ajutor. Disciplina trebuie menținută ferm. Sunt copii care au probleme uzual cu disciplina. Ei au nevoie de mai multe planuri disciplinare față de ceilalți copii. Regulile trebuie făcute astfel încât să prevină posibilele răniri ale copilului sau ale altora.

Comportamentele agresive cum ar fi bătăile, lovirile, împinsăturile trebuie stopate, dar trebuie evitate regulile inutile sau imposibile. De exemplu: nu vă așteptați ca acest copil să-și țină mâinile și picioarele nemișcate. Copilul hiperactiv tolerează mai puține reguli față de ceilalți copii. Să fie formulate, aceste reguli, clar, consistent și să fie cu adevărat importante.

Să se evite comentariile negative, ca: „nu fă asta”, sau „încetează asta”. Este recomandat să se dezvolte anumite semnale cu mâna și mai bine le folosim pe acestea decât să spunem verbal copilului nostru să se potolească.

Reguli care să nu conțină pedepse fizice. Pedepsa fizică sugerează copilului că purtarea agresivă este bună.

Trebuie să învățăm copilul hiperactiv să fie mai puțin agresiv și de aceea acesta are nevoie de la adult de modele, de control și calm. Trebuie folosit un ton prietenos, fără a ridica vocea atunci când încercăm să disciplinăm copilul. Dacă țipăm, copilul ne va imita imediat. Copilul să fie pedepsit imediat pentru orice comportament inadecvat.

Când copilul încalcă o regulă, se folosește *time-out*-ul pentru a se arăta dezaprobarea.

Antrenarea atenției copilului. Chiar dacă nivelul atenției nu va fi niciodată la limite normale, el poate fi îmbunătățit.

Atenția poate fi îmbunătățită ajutându-i să persevereze la lecțiile și sarcinile de acasă, sau ajutându-i să se pregătească pentru școală. Coloratul cărților și pictatul trebuie încurajate. Jocurile, de asemenea, duc la îmbunătățirea atenției.

Din când în când părinții să petreacă o zi fără copil. Expunerea părinților 24 de ore din 24 la stresul provocat de comportamentul copiilor cu ADHD poate fi enervantă și dificilă. Câteva ore departe de copil, îl va ajuta pe părinte să se liniștească și să devină din nou tolerant.

Dacă tatăl lucrează, când se întoarce acasă el ar trebui să aibă grijă de copil. Aceasta nu doar că-i oferă mamei o pauză bine meritată, dar poate înțelege prin ce trece aceasta o zi întreagă. Dacă, o dată pe săptămână, într-o seară, poate aduce o pauză binemeritată părinților.

Părinții trebuie să fie iertători. Aceasta este cea mai importantă regulă, dar deseori cel mai greu de urmat în viața de zi cu zi.

În fiecare seară, după ce copilul a fost dus la culcare, părinții trebuie să-și acorde un moment în care să revadă întreaga zi și să-și ierte copilul pentru greșelile făcute. Să lase furia deoparte, resentimentele, dezamăgirile, sau alte emoții negative, să se gândească că mâine începe o nouă zi.

Trebuie iertați deoarece ei nu sunt în stare și nu pot întotdeauna să controleze ceea ce fac. Să nu se înțeleagă greșit acest punct. Nu înseamnă că nu trebuie tras la răspundere pentru greșelile pe care le-a făcut, sau pentru un comportament greșit față de alții. De asemenea părinții trebuie să se ierte pe sine pentru greșelile proprii cu privire la copilul lor.

Acești copii au capacitatea de a scoate ce-i mai rău din părinți și aceasta se transformă în sentimente de vinovăție față de propriile erori de comportament.

Părinții și copiii pot acționa ca o echipă de succes

O Obiectivul 3. Îmbunătățirea atmosferei familiale; ascultarea activă; comunicarea emoțională; comunicarea părinte - copil.

Conținut: Când un copil nu se descurcă bine deseori se pune în balanță funcționarea echipei (a familiei). Atmosfera emoțională care există între părinți și copii poate duce la rezultate constructive, la o conviețuire sănătoasă sau la o viață presărată de greșeli și obstacole.

Componentele esențiale pentru ca această echipă să funcționeze sunt:

Ascultarea activă este imposibilă dacă părinții nu sunt în stare să-și regleze propriile emoții. De obicei, părinții și copiii știu foarte bine cum să-și mascheze emoțiile negative unii față de ceilalți. Aceste emoții interferează cu capacitatea individuală de a asculta activ.

Părinții și copiii fac des un schimb reciproc de emoții. Emoțiile sunt contagioase și se iau de la unii la ceilalți.

Discuțiile cu copilul și comunicarea emoțională - Odată ce ascultarea activă și managementul emoțional, au fost parcurse, este timpul ca părintele să discute cu copilul lui despre ce poate să facă ca să-l ajute. Această discuție cu copilul este calea cea mai logică de abordare a dificultăților apărute între părinte și copil.

Nu este important ce cuvinte folosim în această discuție, ci comunicarea emoțională, care va transmite mesajul. O bună comunicare emoțională necesită ca:

Părintele să fie pe aceeași undă cu copilul. Aceasta înseamnă să permită sentimentelor copilului să îl copleșească, dar să nu se piardă în ele.

Examinarea sentimentelor în ordine pentru a înțelege dilema copilului.

Examinarea propriilor emoții și capacitatea de a recunoaște când nu sunt constructive.

Evaluarea obiectivelor copilului, discuții despre cum ar putea părintele să îndepărteze obstacolele din drumul copilului.

Părinții care acceptă un spectru larg de emoții și le modelează împreună cu copilul, devin parteneri plini de succes în relația cu acesta.

Construirea unei relații pozitive cu copilul

O Obiectivul 4. Modalități de întărire a relațiilor părinte -m copil; focalizarea pe aspectele pozitive ale copilului; acceptarea necondiționată; timpul destinat copilului.

Conținut: Un pas important în a face schimbări pozitive este găsirea unor căi de întărire a relațiilor părinte-copil. Mulți dintre copii își închipuie că „nu sunt buni” (auzind tot timpul despre ce ei nu fac bine) și încep să creadă acest lucru. Primul lucru pe care trebuie să-l facă părinții este să renunțe la așteptările înalte.

Copilul va continua să rupă lucruri, să arunce cu ele, să facă deranj. Dacă așteptările părinților sunt prea mari, copilul va deveni frustrat, descurajat și va renunța („*Ce rost are, oricum, nu fac nimic bine*”).

Un copil descurajat se simte ca și cum niciodată n-ar fi bun la nimic, așa că, la ce să mai încerce?

O relație pozitivă înseamnă ca părintele să-și accepte copilul necondiționat. Abia după aceea se poate ocupa de consolidarea unor comportamente. Acceptarea necondiționată a copilului nu înseamnă acceptarea necondiționată a unor comportamente.

Copilul trebuie să știe că este iubit, chiar dacă i se spune că are un comportament inacceptabil și că vor fi anumite consecințe pentru acest fapt (Rief, 2003).

O relație pozitivă începe prin evidențierea comportamentelor pozitive și prin a-i face pe copii să vadă că părinții le-au observat și să petreacă timp împreună cu copilul. În loc să răspundă copilului numai când face ceva rău, să înceapă să depisteze acele momente când face ceva bine și apoi să-i spună „*Te joci frumos cu Ioana, bravo!*” „*Ți-ai amintit că ai de făcut teme, foarte bine, bravo!*”.

Copiii cu ADHD au nevoie să audă mereu că fac lucruri bune. Timpul petrecut împreună cu copilul nu este numai necesar și recompensator, ci are și momentele lui critice.

Sunt binevenite perpetuarea obiceiurilor și tradițiilor din familie, care să aibă însemnătate pentru toți membrii ei:

Sărbătorirea zilelor de naștere și a sărbătorilor într-un mod special, propriu familiei. Copilul trebuie să participe activ în organizarea lor.

Mesele de prânz să devină o prioritate de familie. A lua masa împreună, cu întreaga familie, oferă o ocazie foarte bună de a discuta lucruri importante pentru toți. Trebuie evitate discuțiile în contradictoriu sau neplăcute la masă.

Părinții pot folosi constructiv întâlnirile de familie. Chiar dacă mama și tatăl sunt factorii decizionali ai familiei, fiecărui membru trebuie să i se permită să-și spună părerea în legătură cu un lucru care este important pentru el. La aceste întâlniri se pot dezvolta planuri de viitor, reguli de familie etc.

Este foarte importantă alocarea unui timp destinat jocului împreună cu copilul lăsându-l pe acesta să conducă și să organizeze desfășurarea acestuia.

Mesele speciale, în afara casei, doar părintele cu copilul, sunt un bun prilej de a afla ce se întâmplă în lumea lui.

Este important ca părinții să înțeleagă că nu este nevoie de timp cantitativ vorbind, ci calitativ. Acest timp de calitate petrecut cu copilul pot constitui baza și începutul unui parteneriat prin care să-l ajutăm pe copil să înțeleagă că îl iubim, și că îl susținem.

Managementul comportamental

O Obiectivul 5: Însușirea de către părinți a noțiunilor de management comportamental; metode și tehnici comportamentale de disciplinare pozitivă.

Conținut: Managementul comportamental se bazează pe principiul că un comportament răsplătit este repetat, iar cele care sunt ignorate, nerăsplătite sau pedepsite, se vor opri. Continuăm să realizăm ceea ce ne face plăcere, ceea ce este recompensat, ce implică un răspuns pozitiv din partea altora (recunoaștere, acceptare, premii) și este conform credințelor și sistemului nostru de valori.

Copiii și adulții aleg modele sociale acceptabile sau inacceptabile ale celor din jur, dar de asemenea se vor comporta și în funcție de nevoile fundamentale, cum ar fi: a fi acceptat, iubit, realizat. Dar toate aceste acțiuni au și anumite consecințe - unele dintre ele sunt un rezultat normal, natural al unor comportamente, iar altele sunt consecințe logice ale acestora.

Managementul comportamentului presupune o varietate de tehnici de eliminare a comportamentelor nedorite și de dezvoltare a celor dezirabile prin utilizarea de recompense, de dezvoltare a abilităților copilului și de reorganizare a mediului de viață al copilului.

Trebuie să avem așteptări reale și încercăm schimbări treptate. De exemplu, dacă copilul are dificultăți să stea liniștit la masă, nu o să reușim să îl facem să stea liniștit pe perioada unei ore întregi, dar am putea încerca la început, pentru 15 minute.

Programele de management comportamental au mai multe șanse de reușită când părinții sunt pregătiți mintal și emoțional. Dacă atât mama, cât și tatăl ajută la creșterea copilului, ei trebuie să fie doritori să lucreze împreună, să fie constanți și să se ajute reciproc.

Părinții care au un copil cu ADHD deseori se închid în anumite tipare de interacțiune cu copilul lor care cresc șansele ca acesta să nu mai reacționeze, ducând la deteriorarea relației părinte - copil.

Disciplinarea este un proces de învățare a unui comportament adecvat care cere efort și răbdare, atât din partea copilului, cât și a părintelui. Metodele de disciplinare prezentate sunt specifice pentru următoarele trei categorii de situații:

când copilul învață un comportament nou;

când dorim să consolidăm un comportament;

când copilul nu este motivat, deci „nu vrea” să facă un anumit comportament.

Pentru a ajuta copiii să învețe mai ușor un comportament, este recomandat să se respecte următoarele etape:

Definirea clară comportamentul pe care copilul trebuie să-l învețe

Ex.: spălatul pe mâini înainte de masă.

Descompunerea în pași mici a comportamentului respectiv

Când comportamentul care trebuie învățat este prea complex pentru a permite învățarea lui globală, se descompune în pași mai mici.

Ex.: ridicarea mânelor, pornirea robinetului, udarea mâinilor, săpunirea mâinilor, frecarea mâinilor, limpezirea mâinilor, ștergerea mâinilor, aranjarea mânelor.

Folosiți îndrumarea

Îndrumarea constă în a ajuta copilul pe parcursul efectuării comportamentului în vederea facilitării însușirii acestuia. În funcție de tipul de comportament prin care se face îndrumarea, aceasta poate fi:

Îndrumare fizică - atunci când trebuie învățat un comportament motor, cum ar fi scrisul în clasa I. În acest caz, părintele conduce mâna copilului, arătându-i cum să scrie o literă.

Ex.: Se iau mâinile copilului în mâinile părintelui și se execută mișcările necesare spălării mâinilor.

Îndrumare verbală - constă într-o serie de mesaje verbale transmise înaintea sau în timpul manifestării unui comportament, legate de modul de execuție a unui comportament sau de etapele parcurse în realizarea lui.

Retragerea treptată a îndrumării

În momentul în care copilul se descurcă singur părintele trebuie să evite să-i mai spună ce să facă.

Ex.: Dacă știe care sunt etapele spălării pe mâini părintele nu-i mai dă indicații. Astfel copilul va înțelege că părintele are încredere în el și că se poate descurca singur.

Recompensarea la intervale neregulate a comportamentului dobândit

Pentru a consolida un comportament e important să fie recompensat copilul doar din când în când, la intervale neregulate. Trebuie, însă ca părintele să se asigure că acest comportament a fost învățat, înainte de a trece la faza de consolidare.

Ex.: Recompensarea efortului copilului de a se spăla pe mâini se va face din când în când.

Oferirea de compensații pentru comportamentul pozitiv al copilului

o Obiectivul 6: Recompensarea atitudinilor pozitive; întocmirea unui plan comportamental viabil; tipuri de recompense; rezolvarea situațiilor problemă.

Conținut: Pentru a putea vorbi despre efort și schimbare la copil, e necesar să clădim mai înainte de toate cu atenție, dragoste și perseverență „încrederea în propriile lui puteri”.

Fiecare gest sau comportament pozitiv al copilului trebuie recompensat cu mângâieri, aprecieri rostite cu voce caldă și egală ca tonalitate, într-un ambient securizat.

Copilul va înțelege că este iubit și important. Astfel format, se va adapta apoi mai ușor la reguli, constrângeri și tabieturi familiale. Acestea pot fi schimbate după explicații adaptate la nivelul lui de înțelegere. Încă de la începutul vieții, între copil și părinte începe să se formeze o relație firească de atașament. În funcție de tipul de atașament format, copilul va reacționa pozitiv sau nu la cerința sau sugestia părintelui de a face un efort pentru schimbare.

Efortul reprezintă un act voluntar, realizat doar la copilul învățat să tolereze o frustrare minimă. Un comportament preponderent pozitiv și valorizant al părintelui va avea ca efect o reacție pozitivă la copil.

Recompensa este necesară și poate constitui o regulă în familie. Recompensarea atitudinii pozitive a copilului duce la creșterea frecvenței comportamentului dezirabil.

Această metodă presupune încurajarea comportamentului dorit prin comentarii pozitive de genul „Ce bine că ți-ai strâns jucăriile! Bravo, ești un copil cumintel!” Gândește-te de la început la comportamentul pe care vrei să îl încurajezi, asigură-te că copilul a înțeles exact ce vrei de la el și laudă-l ori de câte ori observi că te-a ascultat.

Întocmirea unui plan comportamental viabil și implementarea lui în mod eficient presupune respectarea câtorva principii generale:

Specificarea clară a comportamentului dorit de la copil și asigurarea că acesta a înțeles ce se dorește de la el.

Așteptările pe care le avem de la copil să fie rezonabile și în acord cu vârsta copilului.

Nu se va urmări rezolvarea mai multor probleme dintr-o dată, ci focalizarea la început pe cele mai importante.

Copilul trebuie implicat în designul programului, lăsat să aleagă recompensele pe care le-ar putea primi.

Programul trebuie întocmit în așa fel încât copilul să aibă de la început șanse să obțină succes, urmând ca, pe măsură ce comportamentul i se îmbunătățește să creștem criteriile de obținere a recompensei.

Oferirea unei multitudini de recompense verbale în asociere cu cele tangibile.

Consecvență.

Tipuri de recompense:

J materiale: alimente preferate, cadouri, dulciuri, obiecte, bani etc.;

J sociale: lauda, încurajarea, aprecierea, acceptarea de către ceilalți;

J activități preferate: jocul pe calculator, vizionarea de filme sau desene animate, activități sportive etc. Așadar, recompensa este o funcție pe care o are un anumit lucru la un moment dat. Prin urmare, nu este sigur că o situație este o recompensă decât după ce va fi aplicată și se constată efectul ei, și anume dacă a produs sau nu repetarea comportamentului.

Lauda și încurajarea ca recompense: se pot oferi cadouri unui copil de fiecare dată când el realizează comportamentul dorit, dar în viața reală el se va întâlni foarte rar cu astfel de situații. În viața de zi cu zi suntem recompensați prin laude, aprobări sau dezaprobări, acordarea atenției, o atingere pe umăr, o strângere de mână, un zâmbet, un semn de amicitie etc. Cu cât sunt mai naturale recompensele utilizate, cu atât e mai mare șansa consolidării și persistenței comportamentului dorit. În cele ce urmează se va prezenta detaliat modul în care părinții pot folosi cel mai eficient recompensele naturale în relația lor cu copiii.

E important de reținut însă că acceptarea și prețuirea copilului trebuie să fie continue și necondiționate de performanța din diverse lui activități. Măsura în care lauda este sau nu una încurajatoare depinde de anumite detalii cum sunt:

Intenția clară de a încuraja, nu de a controla copilul prin laudă.

Motivația pentru care copilul se străduiește să realizeze ceva foarte bine. De exemplu, dacă el se străduiește să exceleze pentru a obține atenție, pentru a se răzbuna sau pentru a obține o poziție de putere, lauda poate provoca descurajarea copilului.

Combinarea laudei cu încurajarea: lauda exagerată poate fi descurajatoare și nu ajută copilul prea mult în a-și crea o imagine bună despre sine. Ea trebuie astfel exprimată, încât să se adreseze eforturilor, progreselor și realizărilor copilului sub forma recunoașterii și aprecierii lor, în același timp cu exprimarea încrederii în capacitatea copilului de a face față schimbărilor vieții, oricare ar fi ele.

Limbajul special al încurajării

Este foarte importantă evitarea judecăților atunci când se evaluează eforturile copilului, pentru că ele exprimă mai mult valorile și ideile părinților și nu îl ajută pe copil să-și dobândească încrederea în el însuși. Astfel, este necesar efortul de a elimina din vocabular, în asemenea momente, orice judecată (ex.: „bine”, „grozav”, „excelent”).

Este mult mai bine ca ele să fie înlocuite cu propoziții care exprimă un meaj încurajator, cum ar fi:

Formulări care demonstrează acceptarea:

„Pare să-ți placă activitatea aceasta”.

„E frumos că-ți face plăcere să înveți.”

„Se vede că-ți place foarte mult să faci asta”.

Formulări ce exprimă încrederea:

„Cunoscându-te, sunt sigur(ă) că ai să reușești.”

„Ai să reușești!”

„Am încredere în tine că vei ști ce să faci.”

„Nu-i ușor deloc, dar cred că ai să reușești.”

„Ai s-o scoți la capăt.”

Formulări care subliniază contribuțiile și aprecierile:

„Mulțumesc, a fost de mare ajutor ce ai făcut.”

„A fost o idee bună din partea ta să ...”

„Mulțumesc, chiar apreciez ce ai făcut, pentru că mi-a ușurat mult munca.” „Am nevoie de ajutorul tău pentru.”

Către toată familia: „Chiar am petrecut un timp bun astăzi! Mulțumesc.” „Știu că te pricepi la. Ai vrea să faci tu acest lucru pentru noi?”

Formulări prin care este recunoscut efortul și progresul:

„Chiar că ai muncit mult pentru asta!”

„Mi se pare că ai petrecut mult timp gândindu-te la acest lucru.”

„Observ că progresezi.”

„Uită-te cât ai progresat!”

„E clar că ai devenit mai îndemânatic în.”

„Pari cam nemulțumit, dar uită-te cât de mult ai progresat.”

Cuvintele de încurajare pot avea un efect invers asupra copilului, chiar de descurajare, dacă sunt motivate de dorința părintelui de a permanentiza un comportament pe care îl consideră „bun” sau dacă exprimă o atitudine de genul: „Ți-am spus eu!”. De aceea, trebuie evitate comentariile moralizatoare sau care îl „califică” pe copil, de ex.: „Pare că ai muncit, nu glumă.”; „de ce nu poți face asta tot timpul?”; „era și timpul!”; „vezi ce poți face dacă te străduiești?” ș.a.m.d.

FIȘĂ DE LUCRU:

Situații-problemă

Băiatul dumneavoastră este îngrijorat că nu va avea o prezentare bună la lecția deschisă la care trebuie să participe.

Fiica dumneavoastră tocmai s-a întors de la un concurs de eseuri, unde și-a dat toată silința să câștige, dar a pierdut.

În clasa copilului dumneavoastră au fost alegeri. El a fost nominalizat alături de alți doi colegi, dar până la urmă n-a fost ales și acum este foarte descurajat.

Ce ar putea gândi despre sine?

Cum ați încerca să-l încurajați?

Școala și temele pentru acasă

o Obiectivul 7: Cooperarea cu învățătorul copilului; cârurile de monitorizare a comportamentului; planul zilnic.

S Conținut: Cei mai mulți părinți ai copiilor cu ADHD spun că școala și lecțiile pentru acasă sunt cele mai dificile probleme de rezolvat. Pentru aceasta părinții trebuie să privească în mod constructiv și să coopereze cu învățătorul copiilor, pentru succesul școlar al acestora.

Copilul învață nu doar să citească, să scrie sau să socotească, el învață multe lucruri despre el însuși și despre cum să-și găsească locul în lume.

„Întotdeauna greșesc. De ce să mai încerc mereu?”

„Copiii nu vor să se joace cu mine. Probabil că nu mă plac.”

„Vreau să învăț, dar nu mă pot concentra destul. Probabil că sunt prost.”

Aceste mesaje interne, pe care le gândește copilul, nu influențează numai abilitățile de a face față școlii, dar au un impact asupra viitoarelor succese din viața de adult.

Cel mai important pas pe care-l poate face părintele este să se decidă să se implice. Această implicare constă în stabilirea unei relații de muncă și parteneriat cu învățătorul copilului.

Părintele, împreună cu copilul, trebuie să stabilească recompensele sau pedepsele.

Un mod simplu de a avea o monitorizare a progresului copilului este de a nota într-un caiet. Să se discute toate acestea cu învățătorul în timpul anului școlar. Aceasta constituie un vizibil indicator pentru învățătorul copilului, că se ia în serios educația și rezultatele școlare ale copilului și că părinții muncesc, de asemenea, pentru succesul copilului lor. Acest caiet trebuie arătat și copilului.

Este bine ca acesta să știe că familia și școala colaborează împreună pentru a-l ajuta.

Copilul este important să știe că a făcut progrese și că familia și școala se implică nu din cauza problemelor pe care le are, ci din grija pe care o au pentru el.

În ce privește lecțiile pentru acasă, sunt indicați câțiva pași pe care trebuie să-i urmeze:

să asculte temele pe care le primește pentru acasă;

să înțeleagă ce are de făcut;

să-și amintească să aducă temele acasă;

să-și amintească să-și facă temele;

să ceară ajutor când nu se poate descurca singur;

să încerce să le facă cât mai bine;

să nu uite temele acasă.

Fiecare pas, din cele prezentate mai sus, reprezintă o încercare majoră pentru copil. Pentru ca acesta să reușească, părinții îl pot ajuta astfel:

Copilul trebuie învățat să-și facă temele în ordine, una după alta, și nu la două materii deodată, pentru a proteja supraîncărcarea.

Să se înceapă cu temele ușoare și după aceea cu temele grele.

O temă grea să fie împărțită în bucăți mai mici pentru a putea fi rezolvată mai ușor.

Folosirea creioanelor colorate ajută mai bine la vizualizarea aspectelor mai importante.

Folosirea recompenselor este binevenită pentru orice sarcină îndeplinită de copil cu succes.

Planul de recompense poate include și sistem de puncte, în care, copilul va primi puncte pentru sarcinile îndeplinite sau neîmplinite, de peste zi.

Dacă lucrurile nu merg bine, este indicată metoda „Time-out”, care trebuie să dureze doar atât cât îi ia copilului să se liniștească și să-și poată controla comportamentul.

Dar pentru ca un copil să devină capabil să-și atingă obiectivele pentru propria-i satisfacție, există o singură cale: să se dezvolte în siguranță, afecțiune și disciplină.

Strategii comportamentale de intervenție

O Obiectivul 8: Familiarizarea părinților cu un set de intervenții la nivel comportamental; Însușirea tehnicilor comportamentale și aplicarea lor corectă.

Intervențiile comportamentale au ca obiective specifice pentru un copil cu ADHD:

dezvoltarea abilităților de organizare și planificare;

dezvoltarea abilităților de minimizare a distractorilor;

restructurarea cognitivă;

managementul furiei;

dezvoltarea abilităților sociale și emoționale.

Conținut: Antecedentele se referă la situația sau stimulii care imediat preced comportamentul sau sindromul țintă (unde, când, cu cine apare / nu apare un comportament; ce se întâmplă imediat înainte de inițierea comportamentului respectiv, în plan mintal sau în realitatea fizică, care sunt expectanțele subiectului, convingerile, scopurile, interesele și planurile sale) (M. Micla)¹. De exemplu, comportamentul de hiperactivitate este mult mai intens în anumite situații (antecedente): când copilul este obosit, plictisit, îi este somn sau foame sau nu a avut o structurare a contextului.

Copilul cu ADHD are nevoie de rutine și structuri ceea ce înseamnă un bun control al stimulilor, a antecedentelor comportamentelor lui. Recomandarea pentru părinți este să identifice acele situații, contexte care cresc intensitatea comportamentului hiperactiv și să intervină la nivelul lor prin reducerea sau eliminarea acelor stimuli. De exemplu, nu mergem la cumpărături într-un supermarket atunci când copilul este obosit sau îi este foame. De asemenea, copilul cu ADHD are nevoie în mod frecvent să îi fie reamintite regulile de comportament în diverse contexte „Acum intrăm în magazin. Te rog să stai aproape de mine.”

Consecințe. Relațiile dintre un comportament și efectele sale, care exercită o funcție de întărire sau penalizare a comportamentului respectiv se numesc contingente.

O mare parte din comportamentele noastre sunt determinate de contingente, de întăririle pozitive sau negative și de pedepse.

Întărirea pozitivă și întărirea negativă. O întărire este acea situație sau stimul care survine după executarea unui comportament și care îi crește frecvența acestuia.

Întărirea pozitivă vizează menținerea sau intensificarea unui comportament prin producerea sau prezentarea unei stimulări.

Întărirea negativă se referă la menținerea sau intensificarea unui comportament prin încetarea sau reducerea unei stimulări aversive.

Time-out sau excluderea.

Time-out-ul sau excluderea vizează scoaterea unei persoane care a efectuat un comportament indezirabil dintr-o situație care are funcție de recompensă pentru copil.

Când comportamentul copilului scapă de sub control, *time-out*-ul este metoda eficace de a soluționa problema.

Această metodă constă în izolarea copilului pe un scaun sau un colț al camerei unde să nu poată găsi ceva amuzant sau interesant. Locurile alese de părinte nu trebuie să fie traumatizante (debarale, dulapuri sau pivnițe). Scopul acestei metode este de a oferi copilului posibilitatea de a se liniști și de ași regăsi controlul.

M. Micla. *Modificări cognitiv-comportamentale*, note de curs. Cluj-Napoca: Universitatea Babeș-Bolyai, 2004.

Sancțiunea.

Se referă la retragerea unor întăriri de care a beneficiat cineva ca urmare a efectuării unui comportament indezirabil, cum ar fi de exemplu privilegiile.

Economia de jetoane.

Este o metodă ce combină sistemul de întăriri pozitive cu celelalte metode de modificare comportamentală. Copilul primește o recompensă sau un privilegiu dacă realizează comportamentul dorit și pierde un privilegiu sau o întărire dacă realizează un comportament nedorit.

Exemple:

Insuccesul școlar

Comportamentul greșit al părinților:

- o *Învinuiesc profesorii, școala;*
- o *Îl acuză pe copil, îl etichetează, numindu-l cu cuvinte urâte;*
- o *Reproșează, strigă, îl brutalizează;*
- o *Deseori aplică pedepse corporale.*

Comportamentul corect al părinților:

- o *Asistă la lecții;*
- o *Discută cu copiii și profesorii;*
- o *Analizează calm și minuțios situația;*
- o *Stabilesc cauzele insuccesului;*
- o *Discută cu copilul deschis, calm, sincer;*
- o *Acordă un ajutor real copiilor: întocmesc împreună cu aceștia un regim adecvat al zilei și al activităților; consultă un specialist, dacă starea copilului necesită lucrul acesta.*

Neascultarea, încăpățânarea

Comportamentul greșit al părinților:

- o *Nu analizează obiectiv situația;*
- o *Încep a striga, amenință, fac reproșuri;*
- o *Etichetează copilul, îi aplică pedepse corporale;*
- o *Nu ascultă explicațiile copilului;*
- o *Fac generalizări și îi amintesc copilului de toate greșelile comise etc.*

Comportamentul corect al părinților:

- o *Analizează împreună cu copilul starea acestuia;*
- o *Discută calm și echilibrat;*
- o *Dau dovadă de tact, empatie, obiectivitate, nu se agață de mărunțisuri;*
- o *Se comportă corect, oferă modele comportamentale pozitive;*
- o *Fac referință la situații concrete, nu judecă copilul, ci faptele lui;*
- o *Arată exact asupra comportamentului care necesită îmbunătățire, modificare;*
- o *Oferă propuneri concrete de funcționare, se înțeleg cu copilul asupra respectării regimului, anumitor cerințe exprimate de ei etc. Toate condițiile înaintate de către adulți trebuie să fie acceptate și înțelese de copil.*

Exprimarea tendinței de autonomie, independență

Comportamentul greșit al părinților:

- o *Educația pe care o realizează părinții este axată adesea pe constrângeri, presiuni morale, abuzuri psihologice, pedepse corporale;*
- o *Hipertutela copilului, alintarea excesivă a acestora;*
- o *Tonul frecvent moralizator în comunicarea cu copilul;*
- o *Reproșuri cu privire la erorile comportamentale ale copilului.*

Comportamentul corect al părinților:

- o *Supraveghează permanent copilul, manifestând totodată și multă încredere în el;*
- o *Îi explică copilului obligațiunile lui și ale celorlalți membri de familie;*
- o *Îi explică copilului ce înseamnă un comportament bun și ce nu corespunde normelor etice;*
- o *Manifestă încredere în copil, îl proiectează pozitiv, oferindu-i mai multă libertate în acțiuni;*
- o *Îi sugerează copilului ideea despre cum e să fii deschis, receptiv, străduindu-se să-i servească acestuia drept model de comportare bună și colaborare eficientă cu cei apropiați.*

Comportamentul greșit al părinților:

- o *Nu își analizează acțiunile, nu recunosc greșeala;*
- o *Îl ignoră pe copil după aplicarea pedepsei;*
- o *Fac abuz de mustrări și amenințări.*

Comportamentul corect al părinților:

- o *Discută cu copilul pe marginea celor întâmplate și chiar îi cer scuze acestuia, dacă nu au avut un comportament corect;*
- o *Discută cu copilul calm și îi explică pentru ce a fost pedepsit;*
- o *Analizează și fac evaluarea propriilor lor acțiuni;*
- o *Ambii părinți iau decizii asupra respectării unora și acelorași cerințe față de copil și îi aduc la cunoștință acestuia modalitățile de aprobare și dezaprobare ce vor fi aplicate în cazul unei situații sau alta;*
- o *Se străduie să nu comită în continuare abuzuri și greșeli, să-l facă pe copil să devină un aliat al lor.*

Stima de sine

O Obiectivul 9: Creșterea stimei de sine a copilului; dezvoltarea încrederii în forțele proprii; evidențierea lucrurilor pozitive; conștientizarea diferenței dintre comportamentul și persoana copilului. Conținut: Nu se poate construi stima de sine a unui copil prin concentrarea asupra greșelilor și făcându-l să fie ceea ce nu este. Când copiilor le sunt amintite constant numai greșelile și eșecurile nu vor fi numai descurajați, dar vor începe să creadă că sunt fără valoare.

Relațiile din cadrul propriei familii devin în mod automat oglinzi în care copilul se poate privi și înțelege.

Unii specialiști susțin că părinții crează statutul socio-afectiv al copilului prin relațiile pe care le induc din prima perioadă de viață, oglinzile parentale ajutându-l la autodefinire. (Grigore, 2002)

Din fericire, putem face multe lucruri pentru a crește stima de sine a copilului și a de a îndepărta sentimentele de eșec pe care le încearcă. Cu cât copilul are mai multă încredere în el, cu atât îi va fi mai ușor să facă față încercărilor ce i le pune în față ADHD. Chiar și cel mai iubitor părinte mai „scapă” câte o dată expresii ca: „*Adrian de ce poate și tu nu?*” Copilul are nevoie ca părintele său să fie „cel mai înfocat” susținător al său nu numai ocazional, ci zi de zi, tot timpul. Copilul trebuie să știe cât de mult îl iubesc părinții, iar aceștia trebuie să le-o spună cât se poate de des. Trebuie valorizat ca individualitate, chiar dacă mai greșesc și se comportă nepotrivit. *De reținut: Trebuie făcută distincția între comportamentul și persoana copilului!*

Copilul trebuie încurajat să vorbească și să asculte. Sarcinile pe care le primește să fie ușor de îndeplinit, iar când nu reușește, trebuie încurajat. Putem să-l ajutăm să treacă peste un eșec făcându-l să înțeleagă ce nu a mers. Este important să învățăm copilul să analizeze de ce eforturile sale nu au fost încununate de succes: obiectivul a fost prea dificil? Ar fi putut să acționeze altfel? Se va evita mai ales formularea unor judecăți globalizante de tipul „ești un leneș”, care descalifică și umilesc copilul.

Jocul

O Obiectivul 10: Influența jocului în terapia copiilor cu ADHD; dezvoltarea abilităților de socializare; tipurile potrivite de jocuri și jucării.

Conținut: Copilăria trebuie să aibă la bază jocul. Dar uneori, abilitatea de a se juca devine neplăcută și stresantă mai ales când copilul are ADHD.

Alegând contextul potrivit și cu o supraveghere atentă, jocul poate îmbunătăți abilitățile de concentrare a copilului și poate să-l ajute să înțeleagă mai ușor regulile de bază legate de socializare.

Părinții pot avea un rol important în a-i ajuta pe copiii lor să deprindă abilitățile de socializare. Iată câteva metode:

Limitarea numărului de parteneri de joacă la unul singur o data.

Copilul trebuie lăsat să-și aleagă singur partenerul de joacă.

Întâlnirile de joacă trebuie să fie scurte la început, iar după ce relația de prietenie devine mai puternică între cei doi copii, pot fi prelungite.

Părinții pot să-l ajute pe copil să facă curat în camera de joacă înainte ca musafirul să sosească. De asemenea, părintele are grijă să înlăture jucăriile sau obiectele care s-ar putea sparge sau cu care copiii s-ar putea răni. Copilul trebuie informat că jucăriile aflate în camera de joacă sunt pentru a fi împărțite cu prietenul său.

Dulciurile sau gustările care vor fi servite să fie alese sau pregătite de copil.

Când musafirul sosește, părinții sunt cei care explică regulile casei.

Părintele poate să observe comportamentul copilului în perioada în care acesta se joacă, pentru a putea determina mai târziu asupra căror probleme să mai insiste.

Atunci când copilul nu are prieteni în vizită, părintele se poate juca el cu copilul. Prin joc, părintele poate dezvolta anumite abilități ale copilului, cum ar fi: memoria, atenția, respectarea unor reguli.

ANEXA 9. GHIDUL PENTRU EDUCATORI ȘI PEDAGOGI

CURRICULUMUL

PENTRU FORMAREA PEDAGOGILOR ÎN ACTIVITATEA CU COPII CU ADHD

1. CE ESTE ADHD?

Dificultăți de atenție și concentrare

Se concentrează greu atât în cadrul unor activități impuse, trecând de la o sarcină la alta, dar și în cadrul unor activități pe care și le alege singur, renunțând ușor la ce și-a dorit inițial și trecând la altă activitate. Vârsta la care dificultățile de concentrare sunt depistate depinde de disponibilitatea și interesul părinților care urmăresc evoluția psiho-comportamentală a copilului, vigilența și implicarea învățătorilor, comunicarea și schimbul permanent de informație între familie și cei care se ocupă de educația copilului.

Comportamente impulsive

Copilul hiperactiv reacționează la primul impuls. Vrea ca ceea ce își dorește să se îndeplinească imediat. Nu ia în calcul consecințele faptelor sale, acționează fără să gândească. În conversație îi întrerupe des pe ceilalți, nu așteaptă să audă întrebarea, nu ascultă și nu ia în calcul răspunsurile celorlalți. În situații grave poate trece chiar la agresivitate fizică.

Hiperactivitate (agitație evidentă)

Acest comportament se observă mai ales în timpul orelor de curs, când trebuie să stea liniștit. El iese din bancă, se duce la colegi, îi deranjează, chiar îi șicanează. În pauze aleargă tot timpul, se cațără, ignoră pericolele. Dacă sunt atenționați se liniștesc pentru câteva momente, după care procedează în același fel. Uneori când sunt apostrofați devin impulsivi. Astfel de copii produc mari probleme școlilor în care învață și de aceea ei sunt greu acceptați, mai ales de părinții celorlalți copii. Efectuarea temelor acasă este o adevărată povară pentru părinți. Copilul hiperactiv nu observă detaliile. De cele mai multe ori când alții îi vorbesc, lasă impresia că nu ascultă, evită sau respinge activitățile sau temele care îi solicită mintea. Pierde adesea obiecte, își mișcă mâinile și picioarele sau nu-și găsește locul pe scaun, nu își așteaptă rândul la joc sau la alte activități desfășurate în grup. Când manifestările comportamentale hiperactive sunt foarte pronunțate, vorbim de tulburarea de hiperactivitate.

Cauzele apariției ADHD sunt legate de o întrerupere în maturizarea cerebrală și un dezechilibru al unor substanțe chimice din creier.

Odată diagnosticată această tulburare trebuie și tratată. Îngrijirea și tratarea presupun o abordare multidisciplinară, articulată, coerentă și mai ales consecventă în care sunt deopotrivă implicați părinții, psihologul, logopedul, educatorii, profesorii și mai ales copilul însuși.

Observații: Se constată faptul că învățătorii nu considerau că acești copii au nevoie de o educație specială dar au evidențiat faptul că metodele educative obișnuite, chiar aplicate corect, nu au fost eficiente. Acest lucru se datorează, pe de-o parte, bibliografiei extrem de reduse referitoare la ADHD, cât și a tendinței de abordare a procesului instructiv-educativ conform principiilor învățării de masă, mai puțin individualizate, particularizate la nevoile speciale ale unor copii.

STRATEGII DE SUCCES ÎN INSTRUIREA ȘCOLARĂ A COPIILOR CU ADHD

o Obiective: Instruirea școlară; intervenții comportamentale; acomodarea școlară.

Conținut:

9

Învățătorul combină practicile într-un program educațional individualizat pe care îl integrează cu activitățile educaționale ale celorlalți elevi din clasă. Cele 3 obiective ale strategiei școlare pentru copiii cu ADHD sunt următoarele:

Evaluarea nevoilor personale și a punctelor tari ale copilului. Pentru îndeplinirea acestui obiectiv, învățătorul poate lucra cu o echipă multidisciplinară și cu părinții. Astfel se pot lua în considerare atât nevoile școlare, cât și cele comportamentale, folosind atât diagnosticul formal și informal, cât și observațiile de la clasă. Observațiile, cum ar fi stilul de învățare poate fi folosit pentru a-l mobiliza pe copil să-și folosească abilitățile de care dispune. Contextul în care apar disfuncțiile comportamentale trebuie luate de asemenea în considerare.

Selectarea metodelor potrivite pentru instruirea școlară. Determinarea căror metode vor veni în întâmpinarea nevoilor școlare și comportamentale ale copilului. Selectarea metodelor care sunt în acord cu vârsta sa, care să se potrivească cu nevoile sale și care să îi câștige atenția.

Combinarea metodelor de instruire școlară cu programul educațional personalizat al copilului. Împreună cu psihologul școlar și cu părintele, poate fi creat un program educațional personalizat care să evidențieze obiectivele viitoare împreună cu ajutorul de care copilul are nevoie pentru a atinge aceste obiective.

Succesul unui program de intervenție psihopedagogică pentru copiii cu ADHD depinde de următoarele componente:

Instruirea școlară.

Intervenții comportamentale.

Acomodarea școlară.

ADHD ȘI ȘCOALA

o Obiective: Structură și rutină bine stabilite; folosirea sistemului gradual de structurare a clasei; cei trei „R”: rutină, regularitate și repetiție; monitorizare atentă a comportamentului; controlul clasei.

Conținut:

9

Copiii cu ADHD au nevoie să fie plasați în echipe de lucru cu alți copii asemănători lor, nu ca educație sau performanțe școlare, ci ca nivel de maturizare. Copiii cu ADHD tind să fie mai imaturi decât alți copii de vârsta lor. Folosirea sistemului gradual de structurare a clasei este mai indicat pentru acești copii decât sistemul în plan deschis, deoarece acestora le este greu să facă față schimbărilor de nivel și intensitate a muncii școlare.

structură dreaptă, dar fermă, este esențială în activitățile de fiecare zi și rutina trebuie păstrată cu strictețe. Aceasta ajută copilul să înțeleagă ce se așteaptă de la el și să știe că munca și comportamentul lui este atent monitorizat. Acești copii răspund foarte bine la cei trei „R”: rutină, regularitate și repetiție. Foarte des, acești copii au o stimă de sine scăzută și de aceea au tendința să fie singuratici, izolați, ceea ce îi expune la riscul să fie victimizați de către alții. Pe de altă parte, unii pot să fie agresivi cu colegii și necesită o monitorizare atentă a comportamentului. În acest caz, distragerea copilului și implicarea lui în altă activitate, este cel mai bun mod de rezolvare a conflictelor. Abilitatea lor scăzută de a face față schimbărilor poate fi astfel folosită într-un mod pozitiv ajutându-i să iasă dintr-o potențială situație dificilă. Ei vor fi atât de ocupați să îndeplinească noua activitate primită, încât uită de orice conflict pe care l-au început. Această tactică oferă posibilitatea de a preveni potențialele probleme care pot să apară.

Profesorul trebuie să fie ferm și să dețină controlul clasei, dar totodată să fie o persoană apropiată și caldă. Copiii cu ADHD sunt, în general, foarte sentimentali și iubitori. Ei răspund bine la laude și la o atenție individuală crescută. Laudele trebuie să fie dese, pe tot parcursul zilei, și nu doar la sfârșitul zilei. Atitudinile negative din partea învățătorului pot dăuna acestor copii deoarece ei au deja o stimă de sine scăzută.

Acolo unde este posibil, este recomandat să se mențină același învățător pe tot parcursul anului școlar. Când învățătorul oferă instrucțiuni este important să stabilească cu copilul un contact vizual.

Dacă sarcinile de lucru sunt mai complexe, acestea trebuie împărțite în segmente mai mici și rezolvate una după alta.

Clasele cu număr mic de elevi sunt indicate pentru acești copii, deoarece, distractibilitatea este mai mică, și le oferă oportunități mai bune de a lega prietenii cu colegii și cu învățătorul. Este indicat să fie așezați în primele rânduri din clasă sau mai aproape de perete, pentru a reduce distractibilitatea.

Tratamentul medicamentos face parte din viața de zi cu zi a multor copii cu ADHD. Învățătorul trebuie să se asigure că și-a luat copilul medicamentele. Acest lucru trebuie făcut în particular și cu multă sensibilitate.

Mulți dintre copiii cu ADHD reușesc să îndeplinească mai bine sarcinile manuale sau în scris, decât cele orale. Implicându-i în sarcini manuale, stima lor de sine crește și permite sistemului nervos să se maturizeze.

AȘEZAREA ÎN CLASĂ

o Obiective: Învățarea de către învățători a unor principii și reguli ergonomice care să ofere copilului cu ADHD un mediu ambiant securizant.

În cadrul acestei ședințe li s-au furnizat învățătorilor cele mai importante informații vizând crearea unui mediu ambiant securizant fizic și emoțional și condiții de stimulare optimă (adică eliminarea

potențialilor stimuli disturbatori): plasarea copilului în prima bancă, dispunerea lui lângă un coleg pe care să îl ia drept model, evitarea poziționării lui lângă fereastră sau în ultima bancă etc.

■. Conținut:

Copiii cu ADHD li se potrivește regula „cu cât mai puține distrageri, cu atât mai bine”.

Chiar din prima zi, învățătorul trebuie să stabilească clar regulile clasei și să le transmită copilului împreună cu consecințele logice de pedeapsă sau de recompensă. Copilul trebuie așezat în bancă, ferit de elemente distractive, aproape de învățător, pentru a fi monitorizat și încurajat, sau lângă un copil, care este atent și concentrat.

Așezarea în bancă:

elevul să fie așezat în față sau în centrul clasei;

trebuie înconjurat cu colegi care pot constitui modele pentru acesta;

nu trebuie așezat aproape de ușă sau ferestre;

trebuie așezat în locul cu cele mai puține elemente care l-ar putea distra.

Elevul trebuie să aibă o structură predictibilă a orarului și trebuie atenționat înainte de schimbările din program:

regulile clasei trebuie afișate, iar învățătorul să verifice dacă au fost bine înțelese;

poate fi afișat în clasă un calendar în care să se încercuiască datele în care elevii au teste scrise.

Momentele de trecere de la o temă la alta sunt dificile pentru elevul cu ADHD, de aceea copilul trebuie pregătit printr-un avertisment.

În timpul sarcinilor dificile este indicată reducerea stimulilor auditivi și vizuali.

Este important să li se specifice de ce materiale au nevoie pentru îndeplinirea unei sarcini.

Prezența unui ceas pe perete oferă posibilitatea elevilor de a-și calcula timpul necesar îndeplinirii sarcinii primite. Distribuția timpului școlar la nivel macro (an, săptămână, zi), dar și micro (oră, secvență de lecție, episod instrucțional) condiționează eficacitatea actului didactic și deschide câmp larg desăvârșirii fiecărui individ în parte (C. Cucuș)⁶⁰.

Învățătorul îi poate încuraja pe acești copii să-și planifice activitățile folosind liste, calendare sau notițe.

DESFAȘURAREA LECȚIILOR LA CLASĂ

o Obiective: Realizarea cât mai atractivă a lecțiilor. Implicarea copilului într-un grup de lucru; interacțiunea dintre copil și învățător; combinarea indicațiilor verbale cu demonstrațiile practice.

■ Conținut:

Pe lângă implicarea în acțiune, este important să oferim copilului, ori de câte ori este nevoie, posibilitatea de a reveni la acțiunile concrete, dacă se observă deficiențe în procesarea informațiilor. În născut mod, nu numai că se lucrează strict în zona dezvoltării proxime, dar construcția imaginilor mintale și interiorizarea operațiilor concrete vor constitui un suport solid în elaborarea noțiunilor și a raționamentelor.

La lecții să se folosească material didactic, dar materialul audio-vizual trebuie folosit cu atenție pentru a păstra capacitatea de distragere a atenției la minim. De exemplu, prezentările să conțină imagini și sunet care să aibă legătură directă cu materialul ce trebuie învățat.

Lecțiile să fie pe cât posibil concentrate, iar cele foarte lungi, să fie împărțite în segmente. Implicarea efectivă a elevului cu ADHD în timpul predării este bine venită. Acesta poate să scrie cuvintele cheie sau ideile principale pe tablă.

Acești elevi trebuie să fie încurajați să dezvolte imagini mintale ale conceptelor sau ale informațiilor care le-au fost prezentate. Acești elevi trebuie solicitați să răspundă frecvent, în decursul orei.

Lecțiile trebuie să fie interesante pentru copil, pentru că așa el va învăța mai bine. Aceasta necesită ca învățătorul să se autoevalueze și să fie el însuși încântat și interesat de ceea ce predă. Folosirea învățării prin cooperare, implicarea copilului într-un grup de lucru, dându-i o sarcină specifică, crește stima de sine a acestuia și capacitatea de interrelaționare cu colegii. Interacțiunea dintre copil și învățător este benefică. Folosirea numelui copilului crește încrederea acestuia și facilitează comunicarea cu învățătorul.

Folosirea unui coleg ca meditator pentru copilul cu ADHD poate fi un pas spre succes. Învățătorul poate, de asemenea, să ofere elevului o listă cu conceptele cheie, sau cu cuvintele dificile și explicarea

⁶⁰ Cucuș C. Pedagogie. Iași: Editura Polirom, 2002. (Dovadă de nivel B)

acestora, înainte de începerea lecției propriu zise. Schimbările de tonalitate a vocii captează atenția elevului la lecția predată.

Combinarea indicațiilor verbale cu demonstrațiile practice au rezultate deosebite la acești copii. După ce instrucțiunile au fost date clasei, elevul trebuie rugat să parafrazeze ceea ce a spus învățătorul. Această metodă va crește nivelul de înțelegere a elevului și va oferi posibilitatea de a verifica dacă a înțeles corect.

Elevul cu ADHD va fi tentat să dorească a fi printre primii care termină o sarcină. De aceea sunt indicate sarcini rezonabile, pe care să le poată realiza și pentru a reduce presiunea și stresul.

Elevul cu ADHD trebuie lăsat să lucreze în ritmul lui, să se evite presiunea privind viteza și corectitudinea cu care lucrează. Învățătorul poate să-l învețe cum să-și ia notițe la clasă, să-l ajute să facă trecerea de la limbajul oral la limbajul scris.

Pentru teste învățătorul poate folosi fișe redactate la calculator, deoarece copilul s-ar putea să nu înțeleagă scrisul de mână. Trebuie oferite indicații clare și simple. Elevul să folosească creioane colorate.

6. Probleme comportamentale

o Obiective: Identificarea problemelor comportamentale; sistemul de management comportamental al clasei; recompensele pentru o sarcină bine făcută.

■. Conținut:

La școală elevii cu ADHD au tendința să acționeze înainte să gândească. Comportamental, acest lucru se traduce prin imposibilitatea acestuia de a înțelege cauza și efectul.

Acești copii fac anumite lucruri fără să se gândească la consecințele acțiunii lor. Spun lucruri fără să se întrebe cum vor reacționa ceilalți. Numeroase cercetări evidențiază faptul că elevii cu ADHD verbalizează des regulile de comportament, dar au dificultăți cu internalizarea acestora, cu a le transpune în propriul comportament.

Cu ajutorul învățătorului și al colegilor, problemele care apar foarte des în comportamentul său pot fi identificate. Astfel putem găsi soluții ce se pot aplica înainte ca aceste probleme să apară. Un prieten apropiat îl poate ajuta în a-și îndeplini rolul de elev; elevii pot fi învățați să se „oprească și să gândească” înainte să vorbească. Aceasta îi poate ajuta să învețe să se liniștească înainte să vorbească. Încurajarea răspunsului gândit, scade impulsivitatea. Regulile clasei trebuie să fie simple și clare; ele trebuie stabilite împreună cu clasa de elevi.

La nivelul clasei trebuie implementat un sistem de management al comportamentului. Comportamentele pozitive să fie recompensate și învățătorul să se concentreze mai ales pe aspectele pozitive; stabilind obiective pe perioade de ore, zile, săptămâni sau luni, ca elevii să obțină feed-back atunci când progresa sau ating obiectivele propuse.

Pentru a îmbunătăți comportamentul elevilor se pot oferi recompense și pentru lucrurile bune și comportamentele pozitive observate de alți învățători sau angajați ai școlii. Învățătorul trebuie să specifice clar comportamentul pentru care oferă recompensa: „*Îmi place foarte mult cum ai scris și că ți-ai făcut tema corect*”, decât „*Bravo, bun băiat!*”. Mergând de la o bancă la alta, de la un elev la altul, învățătorul îl poate surprinde pe elevul cu ADHD lucrând atent și concentrat la sarcina dată. Îl poate recompensa cu un zâmbet și cu o vorbă bună: „*Îmi place că lucrezi din greu*”.

Copilului trebuie să i se acorde atenție, ascultându-l ce are de spus. Și el vrea să fie auzit, tratat cu respect. Învățătorul trebuie să creeze un mediu securizant pentru copil, să înțeleagă că învățătorul este lângă el ca să-l ajute. Nu trebuie certat în fața colegilor, iar ceilalți copii vor înțelege că și ei nu au permisiunea să-l certe. În loc să fie confruntat direct, atunci când activitățile sau comportamentele lui sunt inadecvate, învățătorul poate prezenta alternativa care rămâne valabilă. Acest lucru face ca așteptările să devină clare pentru elev și astfel să evite interpretarea negativă sau criticismul.

Îmbunătățirea abilităților de relaționare socială

o Obiective: Învățarea prin cooperare; parteneriatul între copii; reguli clar definite; timpul de joacă și socializare.

Conținut:

Elevii cu ADHD pot trece prin multe dificultăți în zona socială în special cu colegii, cu relațiile de prietenie.

Grupurile mici de joc, cuprinzând doi sau trei elevi, îl pot ajuta să dezvolte mai multe abilități sociale efective. Se va descurca mai bine dacă așteptările sociale sunt identificate și exersate înainte de activitatea propriu zisă. Un mod subtil pentru elevul cu ADHD de a învăța abilitățile sociale este de a se ghida și observa comportamentul colegilor în timpul jocului. Învățătorul îi poate însoți pe elevi în locurile de joc și poate evidenția comportamentul elevilor care inițiază activități, cooperează la joc, sunt înconjurați de prieteni.

Pentru mulți dintre elevii cu ADHD 30 de minute la locul de joc depășesc capacitatea lor de a menține relații prietenești cu colegii. Dacă este necesar, timpul de joc trebuie redus efectiv la 10 minute.

FORMAREA COMPETENȚELOR DE RELAXARE

9

„Plasa iubirii”

o Obiective:

La sfârșitul activității elevii vor fi capabili:

să-și optimizeze deprinderile de relaționare interpersonală;

să sesizeze notele personale caracteristice;

să adopte atitudini pozitive față de ceilalți: încredere, acceptare și deschidere.

Resurse: un ghem de sfoară (de preferat mai groasă).

Etape ale activității:

Li se cere elevilor să formeze un cerc.

Cadrul didactic prinde capătul sforii de degetul arătător de la mâna sa dreaptă, iar ghemul, în desfășurare, îl aruncă unuia dintre elevi și îl roagă să se prezinte cu numele mic și să spună care crede el că este cea mai importantă trăsătură (calitate) a sa.

Acesta se prezintă, apoi își înfașoară sfoara în jurul degetului său arătător de la mâna dreaptă și derulează ghemul spre un alt coleg ales de el, cu aceeași rugămintă.

Pânza sau plasa iubirii se „țese” astfel: ghemul trece de la un participant la altul, formând o rețea ce-i va lega pe toți.

Ghemul derulat ajunge din nou la cadrul didactic după ce fiecare s-a prezentat în mod personal și special.

Sfoara se reasează pe ghem făcând cale întoarsă: fiecare elev adresează celui care-i urmează, un compliment privind trăsătura ce îi place/ce admiră cel mai mult la el.

„Candela aprecierilor”

o Obiective:

La sfârșitul activității elevii vor fi capabili:

să descopere imaginea pe care o au colegii despre ei;

să ofere feed-back-uri pozitive celorlalți.

Resurse: o candelă sau o lumânare; o cutie cu chibrituri.

Etape ale activității:

Elevii formează un cerc.

Cadrul didactic ține în mână lumânarea sau candela aprinsă și împărtășește grupului ce anume apreciază la un anumit membru, fără să specifice despre cine este vorba. Apoi, ofera lumânarea persoanei pe care tocmai a apreciat-o.

Acea persoană, la rândul ei, își împărtășește aprecierea față de altcineva din grup, fără să specifice numele colegului după care înmânează lumânarea celui apreciat.

Se continuă până ce fiecare elev a primit și oferit candela de cel puțin două ori.

Cadrul didactic este atent să aprecieze el copiii care riscă să ramână neapreciați!

Prietenul secret

o Obiective:

La sfârșitul activității elevii vor fi capabili:

să conștientizeze plăcerea de a oferi și să identifice rolul ei;

să identifice valoarea relației de prietenie în dezvoltarea personală.

Resurse: hârtie, carioci, creioane, reviste; materiale pentru colaje; lipici, plastilină etc.

Etape ale activității:

Se desfășoară pe parcursul unui semestru / an școlar.

Se notează numele fiecărui elev pe câte un bilețel.

Se introduc toate bilețelele (care au aceeași dimensiune) într-o cutie.

Fiecare copil extrage câte un bilețel având grijă ca ceilalți sănu afle numele care este scris și nici să-și obțină propriul nume.

Se cere ca fiecare elev să se gândească la persoana a cărui nume l-a extras și la o modalitate prin care să-și exprime admirația/aprecierea față de aceasta folosind materiale cât mai diferite.

Se încurajează copiii să-și folosească imaginația și creativitatea.

Se lucrează acasă cu foarte multă grijă pentru a nu se afla pentru cine este cadoul.

Se stabilește un colț al cadourilor în care fiecare elev așează ce a realizat (împreună cu numele persoanei căreia îi este adresat) având mare grijă să nu fie descoperit.

După ce toți elevii au primit cadoul se formează un cerc.

Fiecare participant trece în mijloc, iar „prietenul secret” se prezintă și spune care este trăsătura pe care o admiră cel mai mult la acesta.

Nu se încheie înainte de a mulțumi pentru colaborare și cadouri.

„Eroul preferat”

o Obiective:

La sfârșitul activității elevii vor fi capabili:

să sesizeze caracteristicile propriei persoane;

să înțeleagă că specificul uman îl reprezintă îmbinarea corespunzătoare a calităților și defectelor.

Resurse: coli de hârtie A4; creioane, carioci, culori.

Etape ale activității:

Li se solicită elevilor să împartă foaia în două jumătăți, pe verticală, cu creionul.

Fiecare participant este rugat să se gândească la personajul de desene animate care nu-i place deloc, care îl enervează la culme și să-l deseneze în jumătatea stângă a foi.

Apoi li se poate spune: „*va rog să vă gândiți și să notați trei motive pentru care nu vă place personajul respectiv. Ce anume face el și nu vă place?*”.

Elevii sunt rugați să se gândească la eroul de desene animate care-i place, pe care l-a îndragit, să-l deseneze în jumătatea dreaptă a foi și să noteze trei motive care-l fac pe acesta simpatic sau plăcut.

Fiecare participant prezintă ce a realizat și motivele alegerilor.

„Cutia magică”

o Obiective:

La sfârșitul activității elevii vor fi capabili:

să înțeleagă faptul că specificul uman îl reprezintă îmbinarea corespunzătoare a calităților și defectelor.

Resurse: sală spațioasă.

Etape ale activității:

Li se spune elevilor că au acces la o cutie magică în care pot găsi orice calitate pe care și-o doresc și de care cred ei că au nevoie.

Această cutie e dispusă să primească și trasături umane pe care elevii consideră că le au și de care vor să scape.

În final fiecare participant împărtășește grupului ce simte și cum gândește acum când a primit tot ceea ce și-a dorit și a aruncat tot ceea ce era rău sau de prisos.

„Lupta cu obstacolul”

o Obiective:

La sfârșitul activității elevii vor fi capabili:

să-și dezvolte capacitatea de toleranță la frustrare;

să se transpună empatic în situația unui coleg aflat într-o situație problematică;

să manifeste toleranță și spirit de echipă.

Resurse: sală spatioasă.

Etape ale activității:

Li se cere elevilor să facă un cerc ținându-se de mâini.

Un copil - care se oferă voluntar - iese din clasă și așteaptă.

În acest timp, ceilalți (*fără a-și da drumul la mâini*) se combină astfel încât elevului de afară să-i fie cât mai greu să refacă cercul.

La final, se discută cum s-a descurcat protagonistul, dacă au fost participanți care l-au susținut și mai ales - în ce mod.

„Colajul aprecierilor”

o Obiective:

La sfârșitul activității elevii vor fi capabili:

să descopere imaginea pe care o au colegii despre ei;

să aprecieze obiectiv persoanele din jur;

să ofere feed-back-uri pozitive celorlalți.

Resurse: coli de hârtie A3; carioci, creioane; materiale pentru colaje, reviste; lipici, foarfece.

Etape ale activității:

Se formează grupe de câte 6-8 persoane.

Cadrul didactic le spune participanților că vor avea ocazia să realizeze un colaj - pentru fiecare elev - care să descrie calitățile acestuia.

Se scrie numele fiecărei persoane din grupul format pe o coală de hârtie.

Copiii au un timp (5 minute) în care se gândesc la trăsăturile fiecărui coleg din grup, apoi decupează imagini și caută cuvinte pentru descriere.

Colile de hârtie cu numele pe ele sunt rotite (*trec pe la fiecare participant din grup*) pentru a fi lipite imaginile și scrise cuvintele potrivite.

La sfârșit, toate colajele trec din mână în mână și fiecare elev explică contribuția adusă la întocmirea lui.

Colajele sunt dăruite posesorilor.

ACTIVITĂȚI DE PSIHOGIMNASTICĂ

Etapa I. Exerciții mimice și pantomimice

o *Obiectivul:* reprezentarea expresivă a stărilor emoționale legate de emoții de mulțumire și nemulțumire (bucurie, mirare, interes, furie, repulsie, ură, frică etc.) și a sentimentelor (mândrie, sfială, încredere etc.). ~~Copiii însușesc mișcările de exprimare: mimica, gesturile, poziția, mersul.~~

ANEXA 14

Etapa II. Exerciții și jocuri de exprimare a diferitor calități ale caracterului și emoțiilor

o *Obiectivul:* reprezentarea expresivă a calităților, produse de mediul social (zgârcenia, bunătatea, sinceritatea etc.), aprecierea lor morală. Cunoașterea cu comportamente-modele a personajelor cu diferite calități de caracter. Consolidarea și îmbogățirea informațiilor primite anterior, ce se referă la competența lor socială. Armonizarea personalității copiilor. La exprimarea emoțiilor se atrage atenția copiilor la toate componentele mișcărilor exprimate în același timp. Această etapă poartă un caracter de profilaxie.

Etapa III. Exerciții și jocuri cu orientare psihoterapeutică asupra unui copil sau a grupului

o *Obiectivul:* corectarea dispoziției și trăsăturilor separate de caracter, training de modelare a situațiilor standarde.

Etapa IV. Antrenamentul psihomuscular

o *Obiectivul:* scoaterea încordării psihoemoționale, stimularea rezultatului, comportamentului, calităților dorite.

Structura activității de psihogimnastică:

Înviorarea:

• *Obiectivele:* diminuarea încordării psihice și emoționale; normalizarea tonusului muscular, atragerea atenției copiilor către activitate; dispunerea copiilor la o activitate comună și contactarea unul cu altul.

Conținutul: câteva exerciții-jocuri de atenție și joc mobil. *Timp:* 5-6 minute.

Gimnastica:

• *Obiectivele:* oferirea copiilor a posibilității de a îndeplini diferite sarcini musculare pe calea repetării imitate a unor exerciții; dezvoltare abilității de reținere a atenției asupra senzațiilor, a le deosebi și compara; dezvoltarea abilității copiilor de schimbare a mișcărilor, controlul senzațiilor musculare. Consecutivitatea exercițiilor e importantă prin respectarea schimbării și comparării mișcărilor diferite după caracter, prin:

ÎNCORDARE - RELAXARE

BRUSC - LENT

DESE - RARE

FRAȚIONATE- ÎNTREGITE

MIȘCĂRI ABIA VIZIBILE - ÎNCREMENIRI

ROTIRI ALE CORPULUI ȘI SĂRITURI

MIȘCĂRI LIBERE ÎN MEDIU ȘI CIOCNIRI CU OBIECTE.

Toate exercițiile sunt însoțite de schimbarea încordării musculare și relaxare. O asemenea schimbare a mișcărilor influențează armonizarea activității psihice ale activității creierului: are loc reglarea activității psihice și motore a copilului, se îmbunătățește dispoziția, dispare inertitatea.

La activitățile de psihogimnastică toți copiii reușesc: este corect totul ce fac, îndeplinind exercițiile în felul său, așa cum pot. O diferențiere și conștientizare a tuturor senzațiilor este imposibilă din partea copiilor, dar concentrarea atenției asupra măcar uneia la fiecare activitate e necesară.

Însușirea emoțiilor:

Obiectivul: Dezvoltarea abilității de a înțelege emoțiile proprii și străine, reprezentarea lor corectă și trăirea lor.

Emoțiile, stările, folosite în exerciții: interes - atenție/ luare aminte; bucurie - satisfacție - admirație - mirare/ surprindere; nenorocire - disperare - suferință - compătimire; furie - ură - invidie; ofensă - necaz; dispreț - silă - dezgust; frică - spaimă; rușine - vină; anxietate - frustrare; compătimire - jale - gingășie; amărăciune - tristețe.

Comunicarea:

Obiectivul: dezvoltarea abilităților generale de influență asupra partenerului.

În exerciții sunt incluse schimbarea cu rolurile a partenerilor de comunicare, aprecierea propriilor emoții și ale partenerului. Exercițiile ajută copiii să depășească barierele în comunicare în viața reală.

Comportamentul:

Obiectivul: dezvoltarea abilităților copiilor de reglare a reacțiilor de comportament.

Demonstrarea și jucarea situațiilor tipice cu greutate psihologice, evidențierea și cunoașterea formelor tipice a comportamentului adaptat și neadaptat; căpătarea și consolidarea stereotipelor de comportament și metodelor de soluționare a conflictelor admisibile copiilor; dezvoltarea abilităților de alegere independentă și construire a formelor reale de reacții și acțiune în diferite situații.

Încheierea:

Obiectivul: consolidarea efectului pozitiv, ce stimulează și reglează activitatea psihică și fizică a copilului, balansarea stării emoționale, îmbunătățirea dispoziției.

În timpul activităților au fost folosite imprimări pe banda de casetofon. Pentru relaxarea psihofizică au fost folosite imprimările „Sunetele pădurii”, „Zgomotul mării”.

Toate activitățile au fost petrecute numai pe material intuitiv, deoarece atributica sustrage atenția copiilor și prefăce psihogimnastica în joc, care trebuie să stea doar la baza ei.

ANEXA 10. NIVELE DE EVIDENȚĂ ȘI GRADE DE RECOMANDARE

Grad de recomandare	Nivel de evidență	Tipul dovezii
A	1a	Reviu sistematic a studiilor clinice randomizate
	1b	Cel puțin un studiu clinic randomizat riguros
B	2a	Reviu sistematic al SCR sau studii clinice randomizate cu risc de erori
	2b	Reviu sistematic a studiilor caz-control sau de cohortă de calitate înaltă
	3a	Studii caz-control sau de cohortă de o calitate înaltă
	3b	Studii caz-control sau de cohortă cu un risc mare de erori
C	4	Studii neanalitice, descriptive (serie de cazuri, raport de cazuri)
D	5	Opinia experților nebazată pe studii de calitate

BIBLIOGRAFIE

1. Allen AJ, Kurlan RM, Gilbert DL, Coffey BJ, Linder SL, Lewis DW et al. Atomoxetine treatment in children and adolescents with ADHD and comorbid tic disorders. *Neurology*. 2005; 65(12):1941-1949
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Association. Barkley, R. A. (2011). *Barkley Adult ADHD Rating Scale – IV (BAARS-IV)*. New York: Guilford Press. Biederman, J., Newcorn, J., & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148(5), 564-577.
3. An Overview of ADHD, Jacqueline Sinfield, updated March 28, 2019
4. Anon. Treatment of ADHD in children with tics: a randomized controlled trial. *Neurology*. 2002; 58(4):527-536
5. Arnold LE, Aman MG, Cook AM, Witwer AN, Hall KL, Thompson S et al. Atomoxetine for hyperactivity in autism spectrum disorders: placebo-controlled crossover pilot trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2006; 45(10):1196-1205
6. ASRS-V1.1 Screener 2003 Organizația Mondială a Sănătății (OMS)
7. Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S.V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 816-818.
8. Biederman, J., Mick, E., Surman, C., Doyle, R., Hamner, P., Kotarski, M., Spencer, T. (2010). A randomized, 3-phase, 34-week, double-blind, long-term efficacy study of osmotic-release oral system-methylphenidate in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 30(5), 549-553. Bouffard, 2003
9. Buitelaar JK, van der Gaag RJ, Cohen-Kettenis P, Melman CT. A randomized controlled trial of risperidone in the treatment of aggression in hospitalized adolescents with subaverage cognitive abilities. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2001; 3 62(4):239-248
10. Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA): Canadian ADHD Practice Guidelines, Fourth Edition, Toronto ON; CADDRA, 2018
11. *Chaos to Calm: Effective Parenting of Challenging Children with ADHD and Other Behavioural Problems*, by Janet E. Heining and Sharon K. Weiss.
12. Coghill D, Banaschewski T, Lecendreux M, Soutullo C, Johnson M, Zuddas A et al. European, randomized, phase 3 study of lisdexamfetamine dimesylate in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *European Neuropsychopharmacology*. 2013; 23(10):1208-1218
13. Coghill DR, Rhodes SM, Matthews K. The neuropsychological effects of chronic methylphenidate on drug-naïve Boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*. 2007; 62(9):954-962
14. Conners CK, Taylor E. Pemoline, methylphenidate, and placebo in children with minimal brain dysfunction. *Archives of General Psychiatry*. 1980; 37(8):922-930
15. Cucoș C. *Pedagogie*. Iași: Editura Polirom, 2002.
16. DSM-5 : manual de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale. - Ed. a 5-a. - București: Editura Medicală Callisto, 2016 Index ISBN 978-606-8043-14-2
17. DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D., & Reid, R. (1998). *ADHD Rating Scale-IV (for Children and Adolescents): Checklist, Norms, and Clinical Interpretation*. New York: Guilford Press.
18. Elia, J., Ambrosini, P., & Berrettini, W. (2008). ADHD characteristics: 1. Concurrent co-morbidity patterns in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(15), 1-9.
19. Emilsson B, Gudjonsson G, Sigurdsson JF, Baldursson G, Einarsson E, Olafsdottir H et al. Cognitive behaviour therapy in medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2011; 11:116.
20. Estrada RV, Bosch R, Nogueira M, Gomez-Barros N, Valero S, Palomar G et al. Psychoeducation for adults with attention deficit hyperactivity disorder vs. cognitive behavioral group therapy: a randomized controlled pilot study. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2013; 201(10):894-900
21. Fayyad, J., de Graaf, R., Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., e.a. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry*, 190, 402-409.
22. Findling RL, Bukstein OG, Melmed RD, Lopez FA, Sallee FR, Arnold LE et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group study of methylphenidate transdermal system in pediatric patients with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2008; 69(1):149-159

23. Ford T, Goodman R, Meltzer H (2003) The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The Prevalence of DSM-IV Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42(10): 1203–11
24. Ford, T., Goodman, R., & Meltzer, H. (2003). The British child and adolescent mental health survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(10), 1203-1211.
25. Ginsberg, Y., & Lindefors, N. (2012). Methylphenidate treatment of adult male prison inmates with attention-deficit hyperactivity disorder: randomised double-blind placebo- controlled trial with open-label extension. *British Journal of Psychiatry*, 200(1), 68-73.
26. Goldman, L. S., Genel, M., Bezman, R. J., & Slanetz, P. J. (1998). Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of the American Medical Association*, 279(14), 1100-1107.
27. Greenhill LL, Biederman J, Boellner SW, Rugino TA, Sangal RB, Earl CQ et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of modafinil film-coated tablets in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2006; 45(5):503-511
28. Greenhill LL, Findling RL, Swanson JM. A double-blind, placebo-controlled study of modified-release methylphenidate in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2002; 109(3):E39
29. Greenhill LL, Findling RL, Swanson JM. A double-blind, placebo-controlled study of modified-release methylphenidate in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2002; 109(3):E39
30. Guldberg-Kjär T, Johansson B. (2009) Old people reporting childhood AD/HD symptoms: Retrospectively self-rated AD/HD symptoms in a population-based Swedish sample aged 65-80. *Nordic Journal of Psychiatry*. 63(5):375–382.
31. Handen BL, Aman MG, Arnold LE, Hyman SL, Tumuluru RV, Lecavalier L et al. Atomoxetine, parent training, and their combination in children with autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2015; 54(11):905-915
32. Harfterkamp M, van de Loo-Neus G, Minderaa RB, van der Gaag R-J, Escobar R, Schacht A et al. A randomized double-blind study of atomoxetine versus placebo for attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in children with autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 29 2012; 51(7):733-741
33. How the ADHD Brain Biologically Differs from the Non-ADHD Brain, Jacqueline Sinfield, december 03, 2018
34. Huss M, Hervas A, Johnson M, McNicholas F, Stralen J, Sreckovic S et al. Efficacy and safety of extended-release guanfacine hydrochloride in children and adolescents with attentiondeficit/hyperactivity disorder: A randomized, double-blind, multicentre, placebo- and active-reference phase 3 study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2015; 49(1_suppl):111
35. Jahangard L, Akbarian S, Haghighi M, Ahmadpanah M, Keshavarzi A, Bajoghli H et al. Children with ADHD and symptoms of oppositional defiant disorder improved in behavior when treated with methylphenidate and adjuvant risperidone, though weight gain was also observed - Results from a randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *Psychiatry Research*. 2017; 251:182-191
36. *JAMA Psychiatry*. 2015; 72(12):1199-1210
37. Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., ... & Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children – Present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980-988.
38. Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E. e.a. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35(2), 245-256
39. Kessler, R. C., Adler, L., Berkley, R., Biederman, J., Connors, C. K., Demler, O., ... & Zaslavsky, A. M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the national comorbidity survey replication. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 716-723.
40. Kooij, J.J.S., Buitelaar, J.K., Oord, E.J. van den, Furer, J.W., Rijnders, C.A., & Hodiament, P.P. (2005). Internal and external validity of attention-deficit hyperactivity disorder in a population-based sample of adults. *Psychological Medicine*, 35(6), 817-827.
41. Kratochvil CJ, Vaughan BS, Stoner JA, Daughton JM, Lubberstedt BD, Murray DW et al. A double-blind, placebo-controlled study of atomoxetine in young children with ADHD. *Pediatrics*. 2011; 127(4):e862-e868

42. McRae-Clark, A.L., Carter, R.E., Killeen, T.K., Carpenter, M.J., White, K.G., & Brady KT. (2010). A placebo-controlled trial of atomoxetine in marijuana-dependent individuals with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal on Addictions*, 19(6):481-489.
43. methylphenidate, and placebo in the treatment of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized clinical trial.
44. Michielsen M, Semeijn E, Comijs HC, van de Ven P, Beekman ATF, Deeg DJH, et al. (2012) Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in older adults in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*. 201:298–305.
45. Murphy, K. & Barkley, R.A. (1996). Prevalence of DSM -IV symptoms of ADHD in adult licensed drivers: Implications for clinical diagnosis. *Journal of Attention Disorders* 3, 147-161.
46. Nagaraj R, Singhi P, Malhi P. Risperidone in children with autism: randomized, placebo-controlled, double-blind study. *Journal of Child Neurology*. 2006; 21(6):450-16 455
47. Newcorn JH, Kratochvil CJ, Allen AJ, Casat CD, Ruff DD, Moore RJ et al. Atomoxetine and osmotically released methylphenidate for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder: Acute comparison and differential response. *American Journal of Psychiatry*. 2008; 165(6):721-730
48. Palumbo DR, Sallee FR, Pelham WE, Jr., Bukstein OG, Daviss WB, McDermott MP. Clonidine for attention-deficit/hyperactivity disorder: I. Efficacy and tolerability outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2008; 47(2):180-188
49. Philipsen A, Jans T, Graf E, Matthies S, Borel P, Colla M et al. Effects of group psychotherapy, individual counseling,
50. Pliszka SR, Browne RG, Olvera RL, Wynne SK. A double-blind, placebo-controlled study of Adderall and methylphenidate in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2000; 39(5):619-626
51. Pliszka, S. R. (1998). Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder with psychiatric disorder: an overview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(suppl.7), 50-58. Shaw, M., Hodgkins, P., Caci, H., Young, S., Kahle, J., Woods, A., & Arnold, L.G. (2012). A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: Effects of treatment and non-treatment. *BMC Medicine*, 10(99), 1-15.
52. Polanczyk, G.V., Salum, G.A., Sugaya, L.S., Caye, A., Rohde, L.A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365.
53. Reimherr, F.W., Hedges, D.W., Strong, R.E., Marchant, B.K., & Williams, E.D.(2005). Bupropion SR in adults with ADHD: a short-term, placebo-controlled trial. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 1, 245-251.
54. Retz, W., Rösler, M., Ose, C., Scherag, A., Alm, B., Philipsen, A., Fischer, R., Ammer, R.; Study Group. (2012). Multiscale assessment of treatment efficacy in adults with ADHD: a randomized placebo-controlled, multi-centre study with extended-release methylphenidate. *World Journal of Biological Psychiatry*, 13(1): 48-59
55. Safren SA, Otto MW, Sprich S, Winett CL, Wilens TE, Biederman J. Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behaviour Research and Therapy*. 2005; 43(7):831-842.
56. Safren SA, Sprich S, Mimiaga MJ, Surman C, Knouse L, Groves M et al. Cognitive behavioral therapy vs relaxation with educational support for medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2010; 304(8):875-880.
57. Simon, V., Czobor, P., Bálint, S., Mészáros, A., & Bitter, I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 194(3), 204-211.
58. Simonoff E, Taylor E, Baird G, Bernard S, Chadwick O, Liang H et al. Randomized controlled double-blind trial of optimal dose methylphenidate in children and adolescents with severe attention deficit hyperactivity disorder and intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2013; 44 54(5):527-535
59. Swanson, J. M. (1992). School-based assessments and interventions for ADD students. Irvine: K. C. Press. World Health Organization. (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (10th ed.). Geneva: World Health Organization.
60. Take Ten Series - ale Societății CanLearn, Calgary.
61. The book “ The new understanding of ADHD in Children and Adults: Executive Function Impairments”, dr. Thomas E. Brown.
62. Wernicke, J.F., Faries, D., Girod, D., Brown, J., Gao, H., Kelsey, D., et al. (2003). Cardiovascular effects of atomoxetine in children, adolescents, and adults. *Drug Safety*, 26(10), 729-740.

63. Wilens, T.E., Haight, B.R., Horrigan, J.P., Hudziak, J.J., Rosenthal, N.E., Connor, D.F., et al. (2005). Bupropion XL in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, placebo-controlled study. *Biological Psychiatry*;57: 793-801.
64. Wilens, T.E., Spencer, T.J., Biederman, J., Girard, K., Doyle, R., Prince, J., et al. (2001). A controlled clinical trial of bupropion for attention deficit hyperactivity disorder in adults. *American Journal of Psychiatry*, 158, 282-288.
65. Wolraich ML, Greenhill LL, Pelham W, Swanson J, Wilens T, Palumbo D et al. Randomized, controlled trial of oros methylphenidate once a day in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2001; 108(4):883-892
66. Young, J.L., Sarkis, E., Qiao, M., Wietecha, L. (2011). Once-daily treatment with atomoxetine in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a 24-week, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Clinical Neuropharmacology*, 34(2): 51-60
67. <http://www.psychcentral.com/lib/last> updated 08 october,2018/more-questions-and-answers-aboutattention-deficit-disorder-in-children?
68. <https://chadd.org/>
69. <https://www.familyeducation.com/>
70. <https://www.helpguide.org/>