

## Ghiduri clinice validate științific

Ghid clinic de evaluare și  
intervenție în cazul  
Tulburării cu deficit de  
atenție/ hiperactivitate la  
copii și adolescenți

GHIDURI CLINICE VALIDATE STIINTIFIC

# **Ghid clinic pentru Tulburarea cu deficit de atenție/ hiperactivitate la copii și adolescenți**

---

---

# Cuprins

Elemente introductive.....	1
Evaluarea ADHD la copii/adolescenți.....	7
1. CRITERII DE DIAGNOSTIC PENTRU ADHD.....	7
2. COMPONENTELE PROCESULUI DE EVALUARE.....	7
2.1. Examenul fizic .....	10
2.2. Interviuurile clinice .....	11
2.3. Instrumente de evaluare .....	12
2.4. Evaluare funcțională a comportamentului .....	17
2.5. Diagnosticul diferențial .....	18
Tratamentul ADHD la copii și adolescenți .....	20
TERAPIA MEDICAMENTOASĂ A SIMPTOMELOR ADHD .....	21
TERAPIA COMPORTAMENTALĂ A ADHD .....	24
ADHD ÎN ROMÂNIA .....	28
Bibliografie .....	30

---

## Elemente introductive

*Această secțiune cuprinde o scurtă definiție a problematicii Tulburării cu deficit de atenție/ hiperactivitate la copii și adolescenți, în contextul tulburărilor de neurodezvoltare*

Conform DSM-5, tulburarea cu deficit de atenție/hiperactivitate (ADHD) este o tulburare de neurodezvoltare care constă în **deficit de atenție, dezorganizare și/sau hiperactivitate – impulsivitate**. Toate deficiențele sau întârzierile dezvoltamentale în domeniile specificate sunt cotate ca fiind indecvate în raport cu vârsta sau cu nivelul de dezvoltare. Ca toate tulburările de neurodezvoltare, ADHD debutează devreme în cursul vieții, deseori înainte de intrarea în școală și afectează funcțional sfera personală, socială, școlară sau profesională. ADHD persistă adesea la adult (în aproximativ 60% din cazuri), manifestându-se prin deteriorarea nivelului de funcționare socială, profesională și academică. ADHD este considerată o tulburare de neurodezvoltare pentru că rezultă în principal din întârzierea/ decalajul unor capacități mentale specifice. Acest deficit este datorat – în sens larg – întârzierilor sau disfuncțiilor în maturarea unor părți ale creierului, care sunt responsabile pentru aceste capacități. Dezvoltarea necorespunzătoare a creierului poate fi pusă pe seama unor aspecte de ordin genetic, dar poate fi privită și ca o consecință a unor deteriorări sau influențe disruptive experimentate de copil/ adolescent în orice perioadă a dezvoltării, dar mai ales în timpul perioadei prenatale a formării creierului.

**Etiologia ADHD** (Joel Nigg, 2006) implică interacțiunea între o multitudine de factori genetici și de mediu. Această tulburare este considerată eterogenă, cu subtipuri diferite, rezultate în urma diverselor combinații între factorii de risc. **DSM-5 identifică trei categorii de factori de risc:**

- Factori temperamentali – nivel scăzut de inhibiție și control comportamentale; emotivitatea negativă însoțită/ sau neînsoțită de predispoziția pentru căutarea noului;
- Factori de mediu – greutatea mică la naștere (sub 1500g), fumatul în timpul sarcinii, consumul de alcool; istoric de abuz fizic și emoțional asupra copilului, expunerea la neurotoxine (plumb), infecții (encefalită);
- Factori genetici și fiziologici – ereditatea, tulburările vizuale și auditive, anomalii metabolice, tulburări de somn, carențe nutriționale, epilepsia; unele anomalii fizice minore.

Nu este stabilită relația de cauzalitate dintre anumiți factori și ADHD.

*Tabelul 1. Elementele definiției pentru ADHD*

**TULBURAREA CU DEFICIT DE ATENȚIE/HIPERACTIVITATE  
LA COPII ȘI ADOLESCENȚI**

Elementul	Descrierea (preluată din DSM-5, pag. 59 - 60)
Lipsa de atenție	<p>a.Deseori individul eșuează în efortul de concentrare asupra detaliilor sau face greșeli din neatenție la școală sau în timpul altor activități (omite/ratează detalii, munca nu este temeinică);</p> <p>b.Deseori are dificultăți în menținerea atenției când efectuează sarcini sau în timpul jocului (are dificultăți în a rămâne atent în timpul audierii unei lecturi, în timpul conversației sau al cititului);</p> <p>c.Deseori pare să nu asculte atunci când i se vorbește direct (mintea lui are în altă parte, chiar în absența unui element perturbator evident);</p> <p>d.Deseori nu urmează întocmai instrucțiunile pe care le primește și nu își finalizează temele la clasă sau alte sarcini (începe o sarcină, dar își pierde rapid concentrarea și este distras cu ușurință);</p> <p>e.Deseori are dificultăți în organizarea sarcinilor și activităților (dificultăți de gestionare a sarcinilor secvențiale; dificultăți de a păstra în ordine obiectele proprii și pe cele din jur; muncă dezordonată și dezorganizată; organizare ineficace a timpului; eșec în respectarea termenelor de predare);</p> <p>f.Deseori evită, își exprimă neplăcerea sau nu este dispus să se angajeze în sarcini care presupun efort mental mai susținut (temele la clasă sau acasă; redactarea de rapoarte – adolescenți și adulți; completarea de formulare, revizuirea unor lucrări ample),</p> <p>g.Deseori pierde obiectele necesare îndeplinirii sarcinilor sau activităților (materiale școlare, creioane, cărți, instrumente, portofele, chei, hârtii de birou, ochelare, telefon mobil);</p> <p>h.Deseori este distras de stimuli externi (dar pot fi și gânduri fără legătură cu subiectul);</p> <p>i.Uită frecvent aspecte legate de activitățile zilnice (muncile casei, comisioane);</p>
Hiperactivitate și impulsivitate	<p>a.Deseori individul se joacă nervos cu mâinile sau cu picioarele, sau este lipsit de astâmpăr atunci când stă pe scaun;</p> <p>b.Deseori se ridică de pe scaun și pleacă în situații în care ar trebui să rămână așezat (își părăsește locul din clasă, de la birou, în situații în care ar trebui să rămână pe loc);</p> <p>c.Deseori aleargă în jur sau se cațără pe obiecte, în situații în care acest lucru este inadecvat (la adolescenți și adulți poate fi doar o senzație de neastâmpăr);</p> <p>d.Deseori este incapabil să se joace sau să se angajeze în activități recreative în liniște;</p> <p>e.Este frecvent „pe punct de plecare”, acționând ca și cum ar fi „condus de un motor” (este incapabil sau se simte inconfortabil să stea liniștit pentru o perioadă mai lungă de timp; cei din jur îl pot percepe ca fiind neliniștiți sau le poate fi greu să țină ritmul cu el);</p> <p>f.Deseori vorbește în exces;</p>

	<p>g. Deseori răspunde brusc înainte ca întrebarea să fie formulată până la capăt (completează propozițiile oamenilor, nu își poate aștepta rândul în conversație);</p> <p>h. Deseori are dificultăți în a-și aștepta rândul;</p> <p>i. Deseori întrerupe sau intervine în activitatea altora (se amestecă în conversații, jocuri sau alte activități; uneori începe să folosească obiectele altora fără a întreba sau fără a primi permisiunea; adolescenții/ adulții pot interveni în activitățile celorlalți sau le pot prelua).</p>
--	---

Russell Barkley și mulți alți cercetători au identificat un set de **procese cognitive** (întâlnite în literatura de specialitate și sub denumirea de „**funcții executive**”), care sunt responsabile de controlul comportamentului, a căror dezvoltare defectuoasă joacă un rol important în simptomatologia ADHD. În continuare, acestea vor fi prezentate așa cum sunt clasificate și descrise în lucrarea lui Russell Barkley, *”Managing ADHD in School: The Best Evidence – Based Methods for Teachers”* (2014):

**Focusarea atenției și rezistența la distractori.** Copiii/ adolescenții cu ADHD reacționează mult mai des la distrageri, irelevante pentru scopul sau sarcina de lucru. Distractorii pot fi de natură externă – lucruri irelevante din mediul înconjurător sau de natură internă – idei irelevante care le trec prin minte. Ei își concentrează atenția pe ce se întâmplă în prezent, nu pe pașii pe care îi au de urmat pentru a finaliza ceea ce au de făcut. Problema constă în faptul că aceștia nu reușesc să își controleze reacțiile la acești stimuli externi și interni la fel de bine ca ceilalți.

**Memoria de lucru.** O bună parte a deficitului de atenție provine înabilitatea de a reține scopul final al unei activități desemnate, ce implică realizarea acesteia și neputința de a monitoriza procesul realizării ei. Aceste aspecte reflectă o deficiență a memoriei de lucru, incapacitatea de a reține ce au de făcut. Memoria faptelor, cunoștințelor, informațiilor nu constituie o problemă atât de mare pe lângă reținerea lucrurilor de făcut până la îndeplinirea lor. Copiii/adolescenții cu ADHD încearcă adeseori să rețină instrucțiunile pentru a se ghida în rezolvarea unei sarcini, însă, orice distragere va avea efect disruptiv și va afecta memoria de lucru. În limbaj comun, mulți copii/adolescenți cu ADHD sunt considerați „uituci”. De fapt, este vorba de un anumit tip de uitare – uitarea a ceea ce au de făcut.

**Inhibiția.** Copiii/adolescenții cu ADHD nu sunt doar impulsivi în acțiuni (agitația fizică, atingerea, scăparea unor obiecte, etc.), ci deficitul de inhibiție se extinde în comportamentul verbal (vorbitul excesiv), precum și în activitățile de natură cognitivă (luarea deciziilor în mod impulsiv). *De asemenea deficitul de inhibiție interferează cu capacitatea de automotivare, ceea ce înseamnă că sunt mai predispuși decât ceilalți la a opta pentru recompense sau gratificații imediate.* Cu alte cuvinte, ei desconsideră valoarea unei consecințe viitoare, preferând să aibă rezultate mai puțin importante în momentul prezent, decât rezultate mai însemnate pe viitor. În final, impulsivitatea copiilor/adolescenților cu ADHD este evidentă în sfera emoțiilor. Aceștia își arată reacțiile emoționale mult mai rapid și mai des în comparație cu ceilalți de aceeași vârstă: sunt mai nerăbdători; devin frustrați mult mai ușor; sunt mai excitabili; sunt mai predispuși la a reacționa cu mânie și cu agresivitate la provocări. Ei arată emoții mai puțin mature, care nu sprijină o stare de bine viitoare.

**Planificarea și rezolvarea de probleme.** ADHD este asociată cu dificultăți în generarea unor soluții alternative pentru depășirea unor obstacole care intervin în atingerea unui scop. Un deficit asociat este acela al abilității de a construi și executa pașii necesari, în cadrul unui plan, pentru a

## TULBURAREA CU DEFICIT DE ATENȚIE/HIPERACTIVITATE LA COPII ȘI ADOLESCENȚI

atinge un scop. Acesta este mai evident în mediul școlar – calcul mental, răspunsurile la întrebări, în general orice sarcină în care este necesară oferirea unui răspuns mai complex, care presupune structurarea unor idei.

Funcționarea deficitară a funcțiilor executive menționate mai sus, se va traduce în probleme, care vor afecta viața de zi cu zi a copilului/adolescentului cu ADHD, prin prisma următoarelor aspecte: **auto-constrângerea** (dezinhibiția comportamentală, autocontrolul limitat, incapacitatea de a amâna gratificările, dificultatea în a respecta interesele și dorințele imediate ale celorlalți); **gestionarea timpului** (management defectuos al timpului are ca efect neîndeplinirea sarcinilor sau a dezideratelor); **auto-motivarea** (incapacitatea de a-și activa și susține motivația în activitățile relativ plictisitoare, care necesită efort sau sunt lungi, care nu au legătură cu interesele proprii sau cu recompensa imediată); **auto-organizarea și rezolvarea de probleme** (dificultăți în organizarea spațiului personal, a biroului, a dulăpiorului personal, a rechizitelor – barierea în realizarea în mod eficient a activităților; este obișnuită uitarea legată de aspecte care țin de memoria de lucru și de rezolvarea de probleme); **auto-reglarea emoțională** (dificultăți în stăpânirea expresiei impulsive a emoțiilor în situația unui eveniment provocator – nerăbdare, frustrare, furie, ostilitate, agresivitate).

Russell Barkley (2014) a stabilit câteva puncte de vedere – cheie referitoare la **istoricul** conceptului de tulburare cu deficit de atenție/hiperactivitate:

- ADHD are o lungă și excepțională istorie din punct de vedere al publicațiilor științifice și clinice, începând cu anul 1775.
- Primele conceptualizări ale ADHD s-au concentrat pe inatenție, comportament impulsiv și activități excesive, deficiența de control comportamental. Susținătorii acestor conceptualizări au stabilit că ADHD ar putea fi cauzată de leziuni ale creierului, dar și dezvoltată din cauza unui mediu social viciat. Studii ulterioare au accentuat asocierea ADHD cu afectarea lobului frontal, conceptualizările concentrându-se în primul rând pe disfuncția creierului și în al doilea rând pe hiperactivitate. Punctele de vedere actuale asupra etiologiei ADHD relevă natura sa neurodevelopmentală și rolul proeminent jucat de factorii genetici și nongenetici.
- Ca progrese în domeniul diagnosticării se remarcă specificarea precisă a simptomelor, acordarea unui interes sporit simptomelor care apar în copilărie și în perioada adolescenței, depășirea granițelor categoriale din punct de vedere al simptomelor și rolul ADHD în deteriorarea unor domenii majore de funcționare.
- Mai multe teorii recente au stabilit ca element central al tulburării, deficitul de auto-reglare, sugerând concomitent că deficiențele în funcționarea executivă joacă un rol important în simptomatologia asociată tulburării.
- Eforturile de a determina subtipuri de ADHD (DSM-IV) nu au fost încununate de succes. Dar o subcategorie de copii cu deficit de atenție manifestă un deficit accentuat de concentrare, care, în alaltă cu pasivitatea socială și alte caracteristici specifice pot fi recunoscute ca o a doua tulburare de atenție, distinctă, dar care se suprapune parțial pe ADHD.
- Au fost derulate cercetări cu ajutorul tehnicilor neuroimagistice pentru a izola anumite zone ale creierului care susțin tulburarea și care sunt în special implicate în deficiențele în ceea ce privește inhibarea și funcționarea executivă.

## **TULBURAREA CU DEFICIT DE ATENȚIE/HIPERACTIVITATE LA COPII ȘI ADOLESCENȚI**

- Cercetările tot mai numeroase în domeniul eredității și geneticii au relevat implicarea zestrei ereditare în apariția tulburării și au identificat gene sau locații cromozomiale care „promit” să joace un rol în înțelegerea tulburării.
- În ultima decadă s-au intensificat cercetările în domeniul neuropsihologiei; acestea susțin punctul de vedere conform căruia ADHD nu este numai o tulburare de inhibiție, dar este de asemenea asociată cu deficite în funcțiile executive majore care sunt responsabile cu auto-reglarea.
- Cercetări suplimentare asupra riscurilor neurologice prenatale și a leziunilor postnatale, a toxinelor din mediu, sugerează faptul că unele cazuri de ADHD ar putea proveni mai degrabă din leziuni ale creierului sau pot fi în interacțiune cu mecanisme genetice.
- Numeroase studii longitudinale de actualitate susțin concluzia că ADHD este o tulburare cronică, cu impact negativ asupra unor domenii majore de funcționare, în copilărie, în adolescență și în viața de adult.
- O preocupare intensă în domeniul medicației în ultima decadă a avut ca rezultat identificarea de noi moduri de administrare a medicamentelor consacrate, precum și descoperirea de medicație nouă, toate cu scopul de a prelungi efectele medicamentelor de-a lungul unei zile și de a micșora numărul dozelor, de a reduce efectele adverse.
- Noi descoperiri în tratamentul psihosocial au evidențiat faptul că intervențiile sociale, pentru a avea un efect semnificativ, trebuie incluse într-un protocol de tratament.
- ADHD este recunoscut de societatea actuală ca o tulburare cu caracter universal, o condiție cronică, pentru gestionarea căreia este necesară combinarea corectă a medicației specifice cu tratamentul psihosocial și cu organizarea mediului de desfășurare a activităților.

**Ca o concluzie a primei secțiuni, iată câteva aspecte validate științific, acceptate universal, despre ADHD.**

5 – 8% dintre copii, 4 – 7% dintre adolescenți și 3 – 5% dintre adulți au ADHD.

Se estimează că 10 – 34% dintre copiii cu ADHD se recuperează până în perioada adultă (estimare largă, deoarece recuperarea este definită în mai multe moduri).

Simptomele din sfera hiperactivității dispar odată cu vârsta mai repede decât simptomele de inatenție.

Numărul domeniilor de funcționare afectate de ADHD poate crește în timp deoarece crește și numărul total de domenii în care individul funcționează ca adult, domenii care nu au fost accesibile în copilărie (sex, șofat, carieră, gestionarea propriilor venituri, coabitarea cu un partener de viață, creșterea copiilor, etc.).

În unele regiuni, prevalența ADHD poate fi mai ridicată – în aglomerările urbane cu rate înalte de sărăcie, cu cartiere în care predomină cazurile sociale și persoanele cu locuri de muncă sezoniere/ nesigure; în apropierea regiunilor cu un nivel ridicat de toxicitate; în regiunile în care nu se pune accent pe asistența medicală pentru femeile însărcinate; în anumite regiuni ADHD apare în procent mai ridicat deoarece în populația din zonă există deja mulți adulți cu ADHD, ai căror copii sunt de 6 – 8 ori mai predispuși la ADHD decât ceilalți, cu părinți fără această tulburare.

ADHD este mai frecventă la indivizii de sex masculin decât la cei de sex feminin, în populația generală, cu un raport de aproximativ 4:1 la copii, 2 – 2,5:1 la adolescenți și 1,5:1 la adulți. Nu se cunoaște încă motivul frecvenței mai mari printre indivizii de sex masculin.

Băieții cu ADHD dezvoltă un comportament agresiv sau antisocial, își asumă riscuri, consumă droguri și dezvoltă alte adicții, în comparație cu fetele, care mai degrabă experimentează

## **TULBURAREA CU DEFICIT DE ATENȚIE/HIPERACTIVITATE LA COPII ȘI ADOLESCENȚI**

probleme de relaționare/ respingere, depresie, mâncat compulsiv, bulimie. Copiii/adolescenții cu ADHD, indiferent de sex, sunt mai predispuși la aceste probleme conexe decât cei fără această tulburare.

Nu există dovezi ale unor diferențe semnificative în prevalența sau natura tulburării, prin raportare la grupurile etnice. De obicei alți factori, menționați mai sus, determină prevalența într-o anumită regiune. De asemenea numărul persoanelor diagnosticate poate fi mai mult sau mai puțin diferit de cel real.

## Evaluarea ADHD la copii și adolescenți

*Secțiunea include o abordare interdisciplinară a evaluării ADHD la copii și adolescenți, prezentând strategii eficiente și instrumente de evaluare*

Conform datelor afișate pe platforma educațională ”ADHD Institute”, foarte multe țări din Europa de Vest, precum și Statele Unite ale Americii și-au intensificat eforturile în a concepe ghiduri clinice validate științific la nivel național/ european, cu scopul de a oferi aspecte clare clinicienilor în diagnosticarea și tratamentul ADHD, atât la copii și adolescenți, cât și la adulți. Aspecte comune ale acestora vor fi preluate și utilizate pentru a crea o analiză coerentă a acestei tulburări universale. Câteva ghiduri au fost publicate după revizuirea criteriilor de diagnostic prin apariția DSM-5, dar, chiar înainte de 2013, în 2010 *European Consensus Statement* a recomandat utilizarea unor criterii de diagnosticare pentru adulți, care erau similare cu cele din DSM-5.

O idee comună a studiilor publicate în ultima decadă evidențiază faptul că evaluarea persoanelor cu ADHD, indiferent de vârstă presupune multiple etape, anterior formulării unui diagnostic. Diagnosticul se bazează în prezent pe criteriile din DSM-5 sau ICD-10 și implică o evaluare complexă, cu colectarea de informații din multiple surse relevante. Diagnosticul este unul agreat de echipă de profesioniști (psihologi, psihiatri, alți medici specialiști). Având în vedere caracterul complex și eterogen al tulburării, numărul mare al afecțiunilor fizice asociate și al tulburărilor comorbide, dar și deteriorarea unui număr mare de arii funcționale, se impune abordarea interdisciplinară, obținerea unor informații - cheie din domeniile geneticii, psihiatriei, neurologiei, dar și al altor specialități. O evaluare acurată constituie premisa pentru alegerea unui tratament care să aibă cele mai bune rezultate într-un timp considerat optim.

### 1. CRITERII DE DIAGNOSTIC PENTRU ADHD

#### Diferențe de abordare între DSM-5 și DSM-IV-TR

DSM-5 este folosit actualmente în toate țările, ca sistem de referință pentru diagnosticarea formală a ADHD.

Criteriile fundamentale de diagnostic pentru ADHD la copii și adolescenți nu au suferit modificări de fond în DSM-5 față de DSM-IV-TR. În schimb, caracteristicile tulburării sunt prezentate mai precis, cu mai multe exemple de comportamente care ar putea fi dezvoltate de persoanele cu această tulburare. În plus, adolescenții (peste 17 ani) și adulții trebuie să prezinte 5 simptome (față de 6, în DSM-IV), iar simptomele să fi fost prezente înaintea vârstei de 12 ani (față de 7 ani, în DSM-IV). De asemenea

**TULBURAREA CU DEFICIT DE ATENȚIE/HIPERACTIVITATE  
LA COPII ȘI ADOLESCENȚI**

tulburările din spectrul autist nu mai sunt considerate condiții de excludere pentru ADHD. ADHD este clasificată în categoria tulburărilor de neurodezvoltare, luându-se în considerare dovezile științifice tot mai relevante și numeroase care atestă legătura dintre dezvoltarea creierului și apariția ADHD. DSM-5 specifică faptul că un număr important de copii/adolescenți cu ADHD prezintă deficite de funcționare în anumite domenii în perioada adultă.

**Criterii de diagnostic pentru Tulburarea cu deficit de atenție/hiperactivitate (DSM-5)**

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

**1. Lipsă de atenție:** Șase sau mai multe din simptomele lipsei de atenție (prezentate în *Tabelul 1, pag. 2*) au persistat timp de cel puțin 6 luni la o intensitate necorespunzătoare nivelului de dezvoltare și afectează negativ activitățile școlare și sociale/ profesionale. (Notă: Simptomele nu sunt exclusiv o manifestare a comportamentului opozițional, a sfidării, ostilității sau incapacității de a înțelege sarcinile sau instrucțiunile primite.) După cum am amintit anterior, pentru adolescenții peste 17 ani și pentru adulți este necesară prezența a minim cinci simptome.

**2. Hiperactivitatea și impulsivitatea:** Șase sau mai multe dintre următoarele simptome (*Tabelul 1, pag. 2*) au persistat timp de cel puțin 6 luni la o intensitate necorespunzătoare nivelului de dezvoltare, cu un impact negativ asupra activităților sociale și școlare/ profesionale. (Notă: Simptomele nu sunt exclusiv o manifestare a comportamentului opozițional, a sfidării, ostilității sau incapacității de a înțelege sarcinile sau instrucțiunile primite.) Pentru adolescenții peste 17 ani și pentru adulți este necesară prezența a minim cinci simptome.

B. Câteva simptome de lipsă de atenție sau de hiperactivitate – impulsivitate au fost prezente înaintea vârstei de 12 ani.

C. Câteva simptome de lipsă de atenție sau de hiperactivitate – impulsivitate au fost prezente în două sau mai multe situații (acasă, la școală, cu prietenii, cu rudele, în alte activități).

D. Există dovezi clare că simptomele interferează cu funcționarea socială, școlară sau profesională, sau îi diminuează calitatea.

E. Simptomele nu apar exclusiv în timpul schizofreniei sau altei tulburări psihotice și nu pot fi explicate mai bine printr-o altă tulburare mintală (de natură anxioasă, afectivă, disociativă, de personalitate, intoxicația cu substanțe sau sevrăjul).

*Tabelul 2. Tabloul clinic al ADHD (conform DSM-5)*

<b>Combinat</b>	<b>Cu predominanța lipsei de atenție</b>	<b>Cu predominanța hiperactivității-impulsivității</b>
Criteriul A1 și criteriul A2 au fost întrunite în ultimele 6 luni	Criteriul A1 este întrunit, dar nu este întrunit și criteriul A2, în ultimele 6 luni	Criteriul A2 este întrunit, dar nu este întrunit și criteriul A1, în ultimele 6 luni

*Tabelul 3. Nivelul de severitate al ADHD (conform DSM-5)*

<b>Ușoară</b>	<b>Moderată</b>	<b>Severă</b>
Nu sunt prezente simptome/ sunt prezent puține simptome în exces față de cele necesare pentru stabilirea diagnosticului, iar manifestările provoacă disfuncții minore în sfera socială sau profesională.	Sunt prezente simptome sau disfuncții între „ușoare” sau „severe”.	Multiple simptome sunt prezente (sau câteva deosebit de severe) în exces față de cele necesare pentru stabilirea diagnosticului, sau simptomele provoacă disfuncție semnificativă în sfera socială sau profesională.

**Abordarea comprehensivă și multidimensională în evaluarea și diagnosticarea ADHD este o necesitate**, având în vedere varietatea factorilor declanșatori, a factorilor de risc, a elementelor asociate și a tulburărilor comorbide.

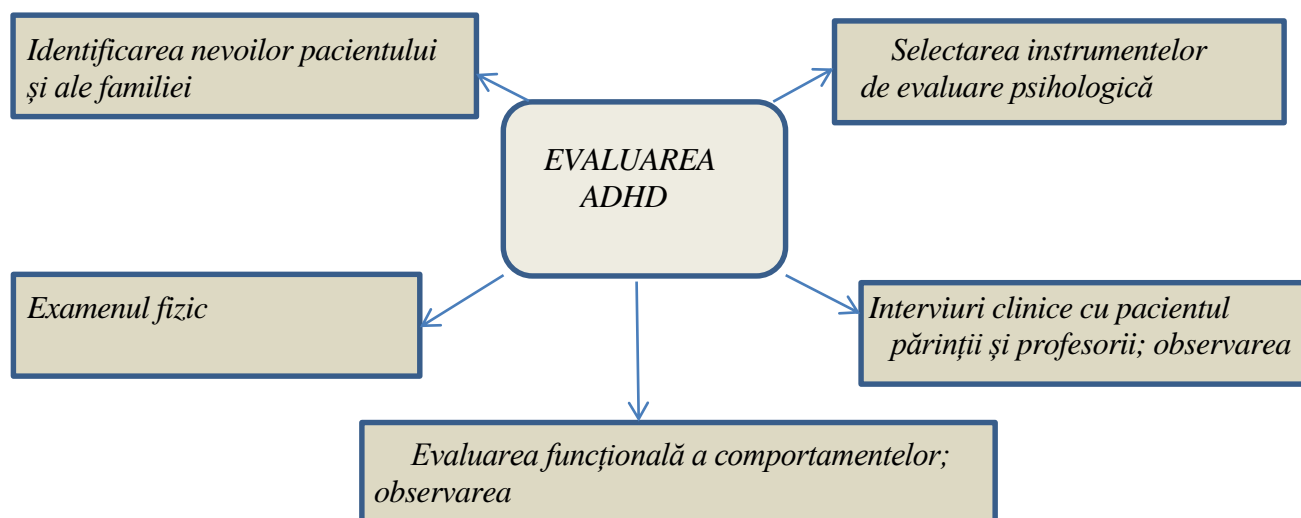
*Academia Americană de Pediatrie (AAP)*, în asociație cu *Academia Americană de Psihiatrie pentru Copil și Adolescent (AACAP)* au formulat în 2001 un ghid practic de recomandări pentru diagnosticul și evaluarea copilului școlar cu ADHD. Pentru organizarea acestui ghid practic, autorii s-au condus după 4 principii:

1. abordarea multidisciplinară, care a inclus medici de familie, specialiști pediatri, psihologi și educatori;
2. focalizarea pe metode specifice de evaluare și diagnostic în cabinetul medicilor din teritoriu;
3. folosirea celor mai bune dovezi disponibile (din studii controlate, randomizate, când au fost disponibile);
4. aplicarea recomandărilor care ar ameliora practica primară.

## **2. COMPONENTELE PROCESULUI DE EVALUARE A ADHD LA COPII ȘI ADOLESCENȚI**

Componentele evaluării ADHD de încadrează - în linii mari - în schema de mai jos, care este în acord cu criteriile de diagnostic din DSM-5 și ICD-10, cu protocoalele de evaluare din ghiduri clinice validate științific publicate la nivel european: *”European clinical guidelines for hiperkynetic disorder” – ESCAP, 2014; ”Attention deficit hiperactivity disorder – The NICE guideline on diagnosis and management ADHD in children, young people and adults – NICE, 2009*, dar și din ghidul clinic cu privire la problematica ADHD la copii și adolescenți publicat de către Asociația Americană de Pediatrie în 2011 – *”ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents”*. Aceasta evidențiază direcțiile către care trebuie să se îndrepte evaluarea pentru a conduce la un diagnostic corect. Direcțiile de acțiune se regăsesc în majoritatea studiilor și protocoalelor, atât din străinătate, cât și din România.

*Schema 1 (preluată și adaptată de pe platforma educațională ”ADHD Institute”) referitoare la aspectele generale ale evaluării ADHD*



În cele mai multe cazuri simptomele care ridică suspiciunea de ADHD sunt observate de părinți când copilul este în jurul vârstei de 4 ani (hiperactivitate), dar acestea nu pot fi diferențiate de comportamentele considerate normale. Cel mai adesea, manifestările comportamentale (lipsa de atenție, hiperactivitatea și impulsivitatea) apar în mediul școlar și de obicei sunt semnalate părinților de către profesori. Simptomele ADHD declanșează comportamente care afectează performanța școlară, simptome care se manifestă cu precădere în colectivitate, unde copilul trebuie să se confrunte cu sarcini pentru care nu manifestă interes/sarcini cu diverse grade de complexitate, să respecte reguli de conduită, să își gestioneze timpul și rechizitele. De cele mai multe ori, comportamentele specifice ADHD sunt deranjante atât pentru copil, cât și pentru colegi și profesori; în timp, presiunea socială (din mediul școlar) asupra copilului și a familiei acestuia crește, crescând stresul copilului, părinților, favorizând astfel apariția sau intensificarea altor tulburări comorbide (tulburarea de opoziție și comportament sfidător, tulburarea de conduită, tulburarea afectivă de tip disruptiv, tulburarea de învățare specifică, tulburări anxioase, tulburarea depresivă majoră, tulburarea distimică).

În SUA și în multe țări din Europa există protocoale clare cu pașii care trebuie urmați pentru evaluare și intervenția în cazul copiilor cu simptome de ADHD. În general, toți copiii sub 12 ani care prezintă comportamente-problemă, diferite de cele ale grupei de dezvoltare din care fac parte, sunt evaluați. În România, părinții ajung la medic/ psihiatru/ clinician atunci când presiunea din mediul școlar (profesori, părinți) este foarte ridicată, când sunt îngrijorați pentru performanțele școlare ale copilului sau când ei înșiși sunt epuizați încercând să facă față acestei provocări (fără rezultat) și au nevoie de terapie.

**2.1. Examenul fizic** are ca scop identificarea unor condiții medicale sau simptome care se suprapun cu simptomele ADHD, precum și excluderea unor diagnostice. Acesta implică controlul deficiențelor de văz și auz, funcționarea motorie, ticuri verbale, retard, un examen medical general, evidențierea unor probleme de natură congenitală, căutarea unor dovezi pentru posibile comorbidități. Examenul fizic poate evidenția afecțiuni cronice care au trecut neobservate. La un debut acut, examenul fizic este necesar pentru a exclude patologia unor aparate și organe.

Există câteva trăsături dismorfice minore (Pasquale Accardo, 1998), menționate de către dr. Mirela Iancu în Revista Română de Pediatrie (2007), care pot fi asociate cu deficitul de atenție și învățare, și anume:

- Păr electricizat, anomalii ale părului (vârtejuri, meșă de păr frontal);
- Perimetrul cranian cu peste 1,5 peste deviația standard în plus sau minus față de medie;
- Epicantus (anomalie congenitală asociată cu dezvoltarea defectuoasă a osului nazal, „cută mongoloidă”);
- Hipertelorism (modificarea aspectului facial datorată măririi distanței dintre globii oculari);
- Anomalii ale pavilioanelor auriculare;
- Boltă palatină ogivală sau în turn;
- Limbă geografică;
- Clinodactilie sau brahidactilie la degetul V;
- Anomalii ale creștelor palmare;
- Spațiu lărgit între degetele I și II de la picioare;
- Sindactilie parțială a degetelor II și III de la picioare;
- Degetul II lung la picior.

Parametrii creșterii sunt asociați de regulă cu ADHD. Greutatea mică la nașterea poate sugera că asupra creierului fetal au acționat factori de mediu nocivi (alcool, fumat, substanțe toxice, sindroame

genetice, insuficiență placentară, infecții intrauterine). Sindroamele genetice care determină retard mental sau alte tulburări de dezvoltare sunt primele care contribuie la ADHD.

Alte investigații paraclinice nu au un rol relevant în stabilirea diagnosticului de ADHD, decât în anumite situații specifice (de exemplu, din istoric se desprinde ideea că pacientul ar fi putut expus unei situații provocatoare de traumatism cranio-cerebral).

## **2.2. Interviuurile clinice**

**Prin interviul clinic pot fi determinate istoricul medical, istoricul familial, istoricul dezvoltării, care oferă informații ce pot fi determinante în stabilirea unui diagnostic.**

*Istoricul medical* constituie o bogată sursă de informații în identificarea factorilor de risc pentru ADHD, dar și pentru a exclude alte probleme de sănătate care ar putea influența comportamentul sau ar putea declanșa simptome similare cu cele ADHD. Orice problemă pre, peri sau postnatală care este în relație cu o afectare cerebrală poate constitui factor de risc pentru ADHD. S-a demonstrat că nașterea prematură, expunerea fetală la alcool, hemoragia cerebrală, traumatismele craniocerebrale severe, meningita, hidrocefalia, chirurgia cerebrală sau alte proceduri neurochirurgicale plasează copilul printre persoanele cu risc de a dezvolta ADHD. Părinții/ tutorii copilului hiperactiv raportează faptul că acesta prezintă deseori respirație dificilă, obstrucție nazală, rinoree, crampe ale musculaturii picioarelor, cefalee, dureri abdominale. Acestea sunt mai intense în perioada școlară și scad în intensitate în timpul vacanțelor. Copiii cu ADHD dorm mai puțin încă de la vârste mai mici. Ei nu se mai culcă după – amiaza, se duc târziu la culcare și se scoală mai devreme decât ceilalți copii de vârstă similară. Somnul lor este destul de neliniștit, cu mișcări, chiar cu cădere din pat. Unii sforăie și respiră pe gură. Deși acest tip de somn poate obosea părinții, copilul este energic a doua zi.

Deși informațiile din *istoricul familial* sunt foarte importante, deseori sunt dificil de obținut. Pot fi deduse probleme similare cu ale copilului în copilăria părintelui, chiar dacă acesta nu o declară. Există câteva aspecte-cheie care pot conduce la concluzia că un părinte al copilului cu ADHD s-a confruntat cu aceleași simptome în copilărie și adolescență: părintele pare mai inteligent și mai capabil decât nivelul său de școlarizare sau serviciul său; dimpotrivă, părintele poate avea o educație la un nivel înalt, dar nu se poate organiza pentru a-și îndeplini obligațiile de serviciu la nivel optim. De obicei, atunci când sunt investigate asemenea aspecte, mai ales prin întrebări directe și clare despre ADHD, adulții intră în defensivă și clinicianul poate „pierde” date importante. În investigarea istoricului familial, este foarte importantă crearea relației între familie și clinician, pentru ca aspecte relevante despre condiții medicale, despre tulburări psihice, dar și despre organizarea și funcționarea mediului familial, să poată ieși la iveală, pentru a contribui la acuratețea evaluării și diagnosticării.

*Istoricul dezvoltării* evidențiază la rândul său aspecte care pot fi în relație cu ADHD. Copilul poate deveni hiperactiv încă din perioada intrauterină, cauzând disconfort mamei. Bebelușii foarte iritabili, într-un mod diferit chiar de sugarii cu colici pot fi considerați hiperactivi. Când învață să se deplaseze, aceștia prezintă o agitație motorie sporită, „o iau înaintea hainelor”. Conform unui studiu (Morgan și Lee, 1992) incidența ADHD la copilul de 5 – 7 ani care în copilărie a avut hipotonie (imposibilitatea de a-și susține greutate corporală în ortostatism), este de 29%. Clinicianul trebuie să investigheze cu atenție orice anormalitate în coordonarea motorie și în abilitățile atletice, raportată la categoria de dezvoltare a copilului în perioada care este investigată (de exemplu, săritura pe loc în jurul vârstei de 5 ani, peste un obstacol la 6 ani; mersul pe bicicletă fără roți ajutătoare la 7 ani, ilizibilitatea scrisului de mână, etc.)

*Interviuurile clinice și examenul fizic sunt deosebit de importante pentru că s-a dovedit științific că nu există teste de laborator sau screening genetic care să fie decisive în evaluarea copilului cu ADHD.* Interviul cu copiii/adolescenții poate fi dificil și frustrant în egală măsură pentru copil și clinician, dar este

**TULBURAREA CU DEFICIT DE ATENȚIE/HIPERACTIVITATE  
LA COPII ȘI ADOLESCENȚI**

o modalitate oportună pentru *observarea* comportamentelor, eventualelor întârzieri de limbaj, a capacității de concentrare a atenției, a modului în care execută anumite sarcini, a unor indicatori ai altor tulburări.

**Interviurile cu părinții**, pe lângă informațiile valoroase pentru istoricul copilului/ adolescentului, așa cum au fost amintite mai sus, oferă date și despre strategii pe care părinții le-au aplicat cu copilul până în momentul evaluării, precum și despre modul în care acestea au funcționat.

**Interviurile cu profesorii** fac parte din procesul colectării de date din surse relevante și oferă o perspectivă asupra funcționării cognitive și emoționale a copilului/ adolescentului, dar și asupra problematicii managementului clasei (strategii utilizate, monitorizarea rezultatelor).

**2.3. Instrumente de evaluare**

**Aplicarea scalelor de evaluare** reprezintă o parte esențială în procesul de ansamblu al evaluării ADHD. Acestea au versiuni pentru copil/ adolescent, pentru părinții acestuia și pentru profesori, deoarece abordarea interdisciplinară este unanim acceptată în literatura de specialitate. Totodată este recunoscut rolul crucial al profesorilor în acuratețea clinică a identificării copiilor/adolescenților cu ADHD. Scalele de evaluare a simptomelor și a efectelor secundare ale tratamentului sunt folosite și pe parcursul intervenției, pentru a consolida evaluarea clinică.

Instrumentele de evaluare standardizate permit clinicienilor măsurarea unor multiple aspecte referitoare la starea de sănătate, simptomatologie, funcționare globală, calitatea vieții și să compare aceste rezultate cu subgrupuri clinice specifice, cu populația generală sau cu ambele.

Măsurătorile nu substituie celelalte modalități de colectare a datelor, dar pot furniza o bază solidă pentru procesul de diagnostic, cât și pentru conducerea tratamentului.

Există pe piață scale variate, cu mici diferențe între ele în ceea ce privește conținutul sau metodologia. Avantajul acestora este acela că furnizează informații cu costuri relativ mici și au valoare deosebită mai ales în pediatrie, unde numărul copiilor care prezintă simptome este mare, iar timpul acordat stabilirii diagnosticului e limitat. Folosite adecvat, instrumentele standardizate împiedică excesele de diagnosticare a ADHD și pot juca un rol important în rezolvarea controverselor legate de diagnostic.

*Tabelul 4. Aspecte descriptive ale instrumentelor de evaluare disponibile pe piața românească*

Denumire	Durață	Descriere, avantaje și limite	Disponibil la:
KID - SCID	60-90 min	<p><b>Interviul Clinic Semi-Structurat pentru DSM-IV</b>, versiunea pentru Copii (KID-SCID), este un instrument semistructurat nou, proiectat pentru a genera diagnostice pediatrie conform Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale, care are la bază varianta pentru adulți a SCID. Această primă versiune conține module pentru Tulburările de Comportament Disruptiv, Episoadele Afective și Psihotice, Tulburările Afective și Psihotice, Tulburările Anxioase, Tulburările în Legătură cu Alcoolul și Substanțele și Tulburările de Adaptare.</p> <p><b>KID-SCID</b> permite diagnosticarea unor tulburări psihiatrice generale și pediatrie în conformitate cu DSM-IV. Interviul este împărțit în mai multe module, fiecare modul evaluând o anumită clasă de tulburări. După secțiunea de cotare, există un interviu general, urmat de modulele de diagnostic propriu-zise.</p> <p>Se cotează itemii corespunzători criteriilor de diagnostic, nu răspunsurile la întrebări. La răspunsurile simple de tip <i>da</i> sau <i>nu</i>, poate fi necesar să se ceară copilului să ofere exemple specifice. În final, este importantă judecata clinică a evaluatorului, care poate considera un criteriu</p>	<p><a href="http://rtscluj.ro/content/view/62/23/">http://rtscluj.ro/content/view/62/23/</a></p> <p><i>Pret: 480 RON (cu TVA inclus)</i> <i>Licența de utilizare se eliberează numai persoanelor care au absolvit studii universitare cu profil psihologic și medicilor.</i> <i>Dovada absolvirii studiilor se face prin copie după</i></p>

**TULBURAREA CU DEFICIT DE ATENȚIE/HIPERACTIVITATE LA COPII ȘI ADOLESCENȚI**

		<p>satisfăcut chiar dacă clientul neagă problemele și invers, un răspuns pozitiv al clientului poate fi interpretat de clinician ca nefiind o tulburare. Examinatorul dispune de patru posibilități de cotare: „?” – „informație insuficientă”, „1” – „absent sau fals”, „2” – „sub nivelul prag”, „3” – „nivel prag sau adevărat”. Se cotează „?” – „informație insuficientă” în cazul în care informația este inadecvată pentru a cota criteriul 1, 2 sau 3 (de exemplu, se neagă prezența unui simptom, care este însă sugerat de biletul de trimitere sau de internările anterioare); „1” – „absent sau fals”, când simptomul descris în criteriu este în mod clar absent sau afirmația din criteriu este în mod clar falsă; itemul poate fi recodat în urma discuțiilor cu familia sau cu un terapeut anterior care confirmă prezența simptomului respectiv; „2” – „sub nivelul prag”, atunci când pragul pentru criteriu nu este atins (de exemplu, când simptomul este prezent, dar nu este suficient de sever pentru a produce o afectare sau un distres marcat); „3” – „nivel prag sau adevărat”, în cazurile în care pragul pentru criteriu este atins sau depășit; cotarea cu „3” este justificată doar dacă s-a obținut o descriere, un exemplu concludent sau dacă există dovezi din comportamentul din timpul interviului sau din alte surse.</p> <p>Codarea se realizează din trei perspective: pe baza interviului cu copilul sau observațiile clinicianului de pe parcursul acestui interviu (rândul „COP”), pe baza interviului cu părintele (rândul „PAR”) și din alte surse de informație, cum ar fi fișe medicale vechi, rapoarte ale profesorilor, membrilor familiei, etc. (rândul „ALT”). Rubrica „OPT” permite clinicianului sintetizarea tuturor informațiilor adunate. Dacă apar contradicții, rămâne la latitudinea acestuia să decidă în ce măsură copilul satisface cu adevărat criteriile. Această rubrică este utilizată pentru a stabili dacă copilul prezintă tulburarea.</p>	<p><i>diploma de studii.</i></p> <p><i>În cazul în care în instituție este încadrat un nou psiholog, se eliberează gratuit o licență pe numele acestuia, după ce vechea licență este trimisă pe adresa SC RTS SRL.</i></p>
<p>Platformă de evaluare a dezvoltării 3-6/7 ani (PED<sup>a</sup>)</p>	<p>În funcție de test</p>	<p>Platforma <b>PED<sup>a</sup></b> este un <b>soft de evaluare psihologică</b> cu utilizare în evaluarea dezvoltării și a sănătății mentale copiilor cu vârste cuprinse între 3 și 7 ani.</p> <p>Acest sistem computerizat este un sistem offline (se instalează pe calculatorul propriu) de evaluare psihologică a dezvoltării, a gradului de pregătire pentru școală, de evaluare longitudinală a dezvoltării competențelor, de evaluare a tulburărilor psihiatrice și de remediere a problemelor de sănătate mintală la preșcolari.</p> <p><b>PED<sup>a</sup></b> conține peste <b>50 de scale/ teste etalonate și validate</b> pe populația din România, care evaluează toate <b>competențele copilului: cognitive, emoționale și sociale, temperament, autonomie, nivelul pregătirii pentru școală (school readiness).</b></p> <p>De asemenea, <b>PED<sup>a</sup></b> conține și scale de screening psihiatric pentru tulburările specifice copilăriei.</p> <p>Majoritatea testelor se pot aplica și creion hârtie.</p> <p>Un aspect extrem de util în utilizarea acestui soft de evaluare psihologică este generarea de Rapoarte automate.</p>	<p><a href="http://www.cognitrom.ro/produs/evaluarea-dezvoltarii-copii/">http://www.cognitrom.ro/produs/evaluarea-dezvoltarii-copii/</a></p> <p><i>Preț: 4000-6000 lei</i></p> <p><i>Utilizatori: psihologi clinicieni, psihologi școlari</i></p>
<p>Platformă de evaluare a dezvoltării 7-19 ani (PED<sup>b</sup>)</p>	<p>În funcție de test</p>	<p>Platforma <b>PED<sup>b</sup></b> este o aplicație software cu utilizare în evaluarea dezvoltării, a sănătății mentale și consilierea în carieră a copiilor cu vârste cuprinse între 7 și 19 ani.</p> <p>Această aplicație integrează 55 de teste psihologice computerizate și resurse pentru promovarea sănătății mintale, deosebit de utile pentru:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• evaluarea, prevenția și remedierea problemelor de sănătate mintală;</li> <li>• consilierea psihologică;</li> <li>• orientarea școlară și profesională la copii și adolescenți.</li> </ul>	<p><a href="http://www.cognitrom.ro/produs/evaluarea-dezvoltarii-adolescenti/">http://www.cognitrom.ro/produs/evaluarea-dezvoltarii-adolescenti/</a></p> <p><i>Preț: 3800-5700 lei</i></p> <p><i>Utilizatori: psihologi clinicieni, psihologi școlari</i></p>

**TULBURAREA CU DEFICIT DE ATENȚIE/HIPERACTIVITATE  
LA COPII ȘI ADOLESCENȚI**

		<p><b>PED<sup>p</sup></b> a fost construit după principiul utilizării mai multor metode și a mai multor surse de informare (<i>multi-method &amp; multi-informant assessment</i>).</p> <p>Cu ajutorul testelor cuprinse în această platformă, pot fi evaluate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nivelul de dezvoltare neuropsihologică,</li> <li>• aptitudinile cognitive,</li> <li>• temperamentul/ personalitatea,</li> <li>• interesele și valorile,</li> <li>• aspecte ce țin de sănătatea mintală,</li> <li>• strategiile de învățare.</li> </ul> <p>Rezultatele evaluării pot fi vizualizate prin generarea automată a următoarelor tipuri de rapoarte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• raport de evaluare curentă, în funcție de scopul evaluării;</li> <li>• raport de evaluare longitudinală, în funcție de scopul evaluării;</li> <li>• raport de potrivire cu o ocupație anumită, la alegere, din cele 1050 disponibile;</li> <li>• raport ce cuprinde un clasament al celor mai potrivite ocupații în funcție de profilul aptitudinal al persoanei evaluate;</li> </ul> <p>Resursele de intervenție disponibile includ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• exerciții de dezvoltare a strategiilor de studiu, rezolvare de probleme, asertivitate, competente emotionale, sociale, memoriei.</li> <li>• dicționar de termeni psihologici;</li> <li>• texte și resurse de specialitate utile psihologului, părintelui și cadrului didactic.</li> </ul>	
Bateria de evaluare neuropsihologi că la copii 3-12 ani (NEPSY)	90 min	<p>NEPSY este o baterie de teste folosită pentru evaluarea neuropsihologică a dezvoltării copiilor cu vârste cuprinse între 3 și 12 ani. Acesta conține 27 de teste de neuropsihologie, create special pentru copii, pe baza cercetărilor actuale.</p> <p>NEPSY permite:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>evaluarea funcțiilor neuropsihologice din următoarele domenii: atenție/ funcții executive, memorie și învățare, limbaj, funcționare senzorio-motorie, procesare vizuo-spațială;</b></li> <li>2. diagnoza profilului normal și a celui atipic de dezvoltare neuropsihologică a fiecărui copil;</li> <li>3. fundamentarea științifică a intervenției remediale precoce;</li> <li>4. analiza longitudinală a dezvoltării neuropsihologice a copilului.</li> </ol> <p>Rezultatele evaluării:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se obține un raport de evaluare a dezvoltării neuropsihologice pentru cele 5 domenii funcționale.</li> <li>• Se oferă cadrul de observare a diferitelor aspecte calitative din timpul evaluării.</li> </ul> <p>Se oferă ghidaj în interpretarea rezultatelor. Testele sunt „prietenoase” (<i>child-friendly</i>).</p>	<p><a href="http://www.cognitrom.ro/produs/evaluare-neuropsihologica-copii/">http://www.cognitrom.ro/produs/evaluare-neuropsihologica-copii/</a></p> <p>Preț: 3500-4900lei Utilizatori: psihologi clinicieni, psihologi școlari</p>
Scalele Conners Ediția a 3-a	20 min	<p>Scalele Conners, a treia ediție, continuă tradiția unei evaluări centrate și amănunțite pe ADHD (Attention-Deficit /Hyperactivity Disorder) și pe problemele și tulburările relaționale, care apar în rândul copiilor și tinerilor.</p> <p>A treia ediție a manualului Conners (Conners 3<sup>TM</sup>) este o metodă minuțioasă și centrată pe evaluarea tulburărilor de deficit de atenție și de hiperactivitate (ADHD, Attention - Deficit/Hyperactivity Disorder) și a problemelor și dezechilibrelor frecvent asociate, în rândul copiilor și adolescenților.</p>	<p><a href="http://romania.testcentral.ro/ro/produse/este-clinice/autism%20adhd/conners-3/">http://romania.testcentral.ro/ro/produse/este-clinice/autism%20adhd/conners-3/</a></p> <p>Preț: 184,74-777,54 Euro Utilizator B</p>

**TULBURAREA CU DEFICIT DE ATENȚIE/HIPERACTIVITATE LA COPII ȘI ADOLESCENȚI**

		<p>Conners 3 oferă o evaluare amplă a copiilor cu vârste cuprinse între 6 și 18 ani, luând în considerare atât condițiile sociale, cât și pe cele școlare și de acasă ale acestora. Acesta este utila eligibilității educaționale, pentru planifi carea și monitorizarea intervențiilor, într-un context de cercetare și în scop de screening. Conners 3 are multe trăsături unice, printre acestea numărându-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluarea ADHD și a problemelor asociate, cu trimiteri la DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000);</li> <li>• Trimiteri la IDEA (Individuals with Disabilities Education Improvement Act, 2004);</li> <li>• Itemi de deteriorare;</li> <li>• Scale de validitate;</li> <li>• Scoruri indice;</li> <li>• Evaluări în format multi-participant (părinți, profesori și autoevaluare), ale căror rezultate pot fi cu ușurință comparate între ele;</li> <li>• Forme lungi, scurte și indice;</li> <li>• Eșantion normativ (3.200), reprezentativ la nivelul populației române;</li> <li>• Cazuri clinice și cazuri de studiu al validității;</li> <li>• Fidelitate și validitate excelente;</li> <li>• Metodă facilă de administrare, scorare și interpretare.</li> </ul>	
Chestionar de evaluare a copiilor de vârstă școlară (CSI-4)	10-15 min	<p><b>Chestionarul de evaluare a copiilor-4 CSI-4</b> este un instrument de screening care evaluează cele mai prevalente tulburări psihiatrice manifestate la copii cu vârste cuprinse între 3-7 ani.</p> <p>Itemii cuprinși în <b>CSI-4</b> se bazează pe criteriile de diagnostic prevăzute de Asociația Americană de Psihiatrie (1994) în Manualul de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale (DSM IV).</p> <p><b>CSI-4</b> cuprinde o variantă pentru părinți și o variantă pentru educatori, astfel încât adunarea de informații de către clinician se realizează din contexte diferite.</p> <p>Evaluează riscul pentru următoarele tulburări: ADHD, Tulburarea opoziționismului provocator, Tulburarea de conduită, agresivitatea, Anxietatea de separare, Anxietatea generalizată, Fobiile specific, Tulburarea depresivă majoră și tulburare distimică, Fobie social, Tulburări de somn, Tulburări de eliminare, Stres posttraumatic, Tulburări alimentare, Tulburare reactivă de atașament , Tulburări pervazive de dezvoltare (Autism, Asperger).</p>	<p><a href="http://www.cognitrom.ro/produs/evaluar-ea-copiilor-de-varsta-scolara/">http://www.cognitrom.ro/produs/evaluar-ea-copiilor-de-varsta-scolara/</a></p> <p><i>Preț: 600-800 lei</i></p> <p><i>Utilizatori: psihologi clinicieni, psihoterapeuți, psihiatri, medici de familie</i></p>
Chestionar de evaluare a copiilor (3-7 ani) (ECI-4)	10-15 min	Conținut și metodologie similare cu CSI-4	<p><a href="http://www.cognitrom.ro/produs/evaluar-ea-psihiatrica-a-copiilor/">http://www.cognitrom.ro/produs/evaluar-ea-psihiatrica-a-copiilor/</a></p> <p><i>Preț și condiții de utilizare similare cu cele de la CSI-4</i></p>
Chestionar de evaluare a simptomelor adolescentului (ASI-4)	10-15 min	Conținut și metodologie similare cu CSI-4	<p><a href="http://www.cognitrom.ro/?s=ASI+4">http://www.cognitrom.ro/?s=ASI+4</a></p> <p><i>Preț și condiții de utilizare similare cu cele de la CSI-4</i></p>
Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC IV)	60-90 min	Scala de Inteligență Wechsler pentru Copii – ediția a patra ( <i>Wechsler Intelligence Scale for Children – Fourth Edition</i> ) este un instrument clinic, administrat individual, care evaluează abilitatea cognitivă a copiilor cu vârste cuprinse între 6 ani și 0 luni și 16 ani și 11 luni (6:0 – 16:11). Scala WISC-IV (15 subteste) oferă scoruri compozite care	<p><a href="http://rtscluj.ro/contenut/view/133/2/">http://rtscluj.ro/contenut/view/133/2/</a></p> <p><i>Preț: 4284 lei</i></p>

**TULBURAREA CU DEFICIT DE ATENȚIE/HIPERACTIVITATE  
LA COPII ȘI ADOLESCENȚI**

		<p>reprezintă <b>funcționarea intelectuală în domenii cognitive specifice (ex. Indicele de Înțelegere verbală, Indicele Raționamentului perceptiv, Indicele Memoriei de lucru și Indicele Vitezei de procesare)</b>, dar oferă și un scor compozit care reprezintă abilitatea intelectuală generală a copilului (ex. Coeficientul de inteligență total).</p> <p>Beneficii ale utilizării WISC-IV</p> <p>Cea mai studiată măsură a funcționării cognitive la copii Evaluare adecvată a Raționamentului Fluid, Raționamentului Verbal, Memoriei de lucru și Vitezei de Procesare a informației</p> <p>Validitate clinică</p> <p>Indicatori psihometrici foarte buni</p> <p>Norme românești pe eșantion reprezentativ de 1100 de copii</p> <p>Ușurință în aplicare</p>	<p><i>Utilizatori: licențiați în psihologie</i></p>
<p>Behavior Assessment System for Children – 2 (BASC-2)</p>	<p>20-40 min</p>	<p>Instrumentul facilitează diagnosticul diferențial și clasificarea educațională a unei varietăți de probleme emoționale și comportamentale care pot fi întâlnite la copii, fiind un instrument stabil și sofisticat din punct de vedere psihometric, care oferă o paletă largă de informații utile atât specialiștilor (psihologi, psihoterapeuți, psihiatri), cât și părinților și cadrelor didactice.</p> <p>BASC-2 oferă o perspectivă triunghiulară asupra comportamentelor problematice ale copilului prin: 1) examinarea în contexte multiple (mediul familial și mediul școlar) 2) evaluarea emoțiilor, personalității și a percepției de sine a copiilor 3) un fond important de informații despre realizarea clasificărilor educaționale și a diagnosticului clinic.</p> <p>Instrumentul conține două scale de evaluare, una pentru profesori (<b>Scala de Evaluare pentru Profesori, Teacher Rating Scale, TRS</b>) și o alta pentru părinți (<b>Scala de Evaluare pentru Părinți, Parent Rating Scale, PRS</b>). Fiecare scală este împărțită pe mai multe grupe de vârstă. Cu ajutorul acestor scale, se pot colecta descrieri referitoare la comportamentul observabil al copilului.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O scală de autoevaluare (<b>Autoevaluare a Personalității, Self-Report of Personality, SRP</b>), prin intermediul căreia copilul sau adolescentul își poate descrie <b>emoțiile sau percepțiile asupra propriei persoane</b>.</li> <li>- Un interviu structurat, referitor la istoricul dezvoltării persoanei evaluate (Structured Developmental History, SDH).</li> <li>- O foaie de observație care poate fi folosită pentru înregistrarea și clasificarea comportamentelor observate în mod direct în timpul orelor de curs (<b>Student Observation System, SOS</b>).</li> </ul> <p>Avantajul BASC-2 este că oferă nu numai evaluarea personalității și problemelor comportamentale și emotionale, dar și identificarea caracteristicilor pozitive și resurselor individuale ale copilului, care pot fi utilizate în construirea planurilor de intervenție eficiente</p>	<p><a href="http://romania.testcentral.ro/ro/produse/teste-clinice/evaluarea-comportamentului/basc-2/">http://romania.testcentral.ro/ro/produse/teste-clinice/evaluarea-comportamentului/basc-2/</a></p> <p><i>Preț: 338,90-397,22 Euro</i></p> <p><i>Utilizatori: psihologi, psihoterapeuți, psihiatri</i></p>

**2.4. Evaluarea funcțională a comportamentelor**

O parte esențială a procesului de analiză a ADHD, în vederea alegerii celui mai bun tratament, o constituie **observarea directă** a comportamentului copilului în clasă utilizând tehnici standardizate de observare. Acest procedeu este de obicei ulterior diagnosticării și are rolul de a determina gradul de afectare a performanței academice. Pentru a putea fi conceput un program de tratament individualizat, în special un program terapeutic coerent și cu efecte benefice, trebuie realizată o analiză funcțională a comportamentului care interferează cu învățarea elevului cu ADHD sau cu învățarea celorlalți elevi din

clasă. Observarea trebuie să se concentreze nu atât pe comportamentul vizibil, cât pe cauzele (de regulă multiple) care îl determină, precum și pe funcțiile anumitor comportamente. Focalizarea doar asupra aspectelor comportamentale poate fi injustă pentru elevul cu ADHD și poate deveni un obstacol în calea comunicării acestuia cu profesorii și părinții.

**Evaluarea funcțională a comportamentelor poate fi directă și indirectă.**

*Evaluarea directă* permite identificarea stimulilor/ situațiilor din mediul extern care pot constitui factori declanșatori pentru un anumit tip de comportament – problemă, identificat anterior. Echipa care lucrează la planul de tratament ar trebui să aibă un protocol de evaluare comportamentală bine pus la punct, realist și aplicabil pe toată durata evaluării, precum și pe durata intervenției, pentru monitorizarea evoluției. Trebuie să fie clar, datele să aibă o reprezentare simplă, iar comportamentele de evaluat să fie definite precis (de exemplu, *Scala lui Edelbrock*).

În *Manualul de bune practici pentru părinți cu copii diagnosticați cu Tulburare de deficit de atenție și hiperactivitate*, lucrare publicată în România sub egida Fundației Centrul Educația 2000+, în 2009 și elaborată în cadrul unui proiect Grundtvig în parteneriat cu instituții de tip ONG din Marea Britanie, Italia, Portugalia și Turcia, există la pag. 35 – 37 mai multe modele de formulare care permit culegerea datelor referitoare la comportamentele – problemă ( rezultatele permanente, înregistrarea frecvență, durată, interval de timp, periodicitate).

De obicei datele din contextul școlar sunt culese de către profesori familiarizați cu elevul (care au interacționat cu elevul cel puțin 6 luni) , de către cadrul didactic de sprijin, de către profesorul din cabinetul de asistență psihopedagogică.

*Evaluarea indirectă a comportamentului presupune culegerea datelor din contexte extrașcolare.* Informațiile și datele necesare pentru formularea unei ipoteze explicite despre un comportament - problemă trebuie culese din diferite contexte (cel puțin două, conform DSM-5). Deoarece profesorii nu pot culege date în mod direct decât din context școlar, medicul/ clinicianul trebuie să se orienteze spre spațiul extrașcolar și să realizeze o evaluare indirectă, prin interviuarea adulților din viața copilului/ adolescentului.

2.5. **Diagnosticul diferențial** se bazează pe totalitatea datelor culese și trebuie să aibă în vedere că unele simptome care par din sfera ADHD pot aparține altor diagnostice clinice, care se asociază sau nu cu ADHD. Conform DSM-5, în elaborarea diagnosticului diferențial pentru ADHD la copii și adolescenți trebuie evaluate acurat anumite simptome care pot induce în eroare:

- Aversiunea față de multe sarcini de lucru, față de școală, cauzată de ADHD trebuie diferențiată de negativitatea, ostilitatea și sfidarea din comportament, specifice tulburării de opoziție și comportament sfidător;
- Impulsivitatea (ADHD) nu trebuie confundată cu impulsivitatea din tulburarea explozivă intermitentă, care este la un nivel mult mai ridicat, se manifestă prin agresivitate severă față de ceilalți și nu e dublată de inatenție (apare rar în copilărie);
- Hiperactivitatea motorie – neastâmpărul, agitația (ADHD) este diferită de comportamentul motor repetitiv (cu mișcări stereotipe) din cadrul tulburărilor din spectrul autismului; trebuie determinată originea unor crize de mânie sau a naturii respingeri isociale pentru a avea o imagine clară asupra apartenenței simptomelor la un diagnostic sau altul;
- Inatenția din ADHD e diferită de inatenția dată de frustrare, de lipsa abilităților, a interesului, din tulburarea specifică de învățare;
- Copiii cu tulburare de dezvoltare intelectuală pot manifesta simptome specifice ADHD, dar ele trebuie raportate la o grupa inferioară de dezvoltare;

## TULBURAREA CU DEFICIT DE ATENȚIE/HIPERACTIVITATE LA COPII ȘI ADOLESCENȚI

- Dezinhibiția socială la copiii cu tulburare de atașament reactivă poate induce în eroare nu este însoțită de alte simptome specifice ADHD, dar sunt însoțite de altele, care nu apar printre criteriile de diagnostic pentru ADHD;
- Inatenția și neliniștea apar atât în ADHD, cât și în tulburările de anxietate, dar cauzele lor diferă (la ADHD – atracția pentru stimuli sau situații externe; în anxietate – îngrijorarea și ruminarea);
- Lipsa de concentrare este specifică și tulburării depresive majore, dar, spre deosebire de cea din ADHD, este semnificativă doar în timpul episodului;
- Atât copiii/adolescenții cu ADHD, cât și cei cu tulburare bipolară prezintă hiperactivitate, nivel scăzut de concentrare și impulsivitate, doar că, în timpul episodului maniacal, acestea sunt însoțite de euforie, grandoare, acțiuni nesăbuite; schimbările de dispoziție, prezente în ambele afecțiuni, diferă ca timp (la episodul maniacal durează cel puțin 4 zile, la ADHD, dispoziția se poate schimba în decursul aceleiași zile); tulburarea bipolară apare rar înainte de adolescență;
- Tulburarea afectivă cu dereglare disruptivă diferă de ADHD prin faptul că impulsivitatea și inatenția nu sunt elemente esențiale, dar copiii/adolescenții cu prima, de obicei sunt diagnosticați și cu ADHD;
- Simptome asemănătoare ADHD pot apărea în cadrul unei tulburări a consumului de substanțe; în acest caz sunt colectate date despre perioada dinaintea începerii consumului de substanțe;
- ADHD la adolescenți și tulburarea borderline, tulburarea narcisică sau alte tulburări de personalitate pot avea în comun elemente ca dezorganizarea, intruziunea socială, perturbarea cognitivă și emoțională, dar, în cazul tulburărilor de personalitate acestea izvorăsc din alte cauze (teama de abandon, ambivalența, alte elemente);
- Tulburările psihotice reprezintă criteriu de excludere pentru ADHD, dacă inatenția și hiperactivitatea apar doar în cursul unui episod psihotic;
- Există medicație care induce simptome specifice ADHD: bronhodilatatoare, isoniazidă, neuroleptice, terapia de substituție tiroidiană.
- Demența și tulburarea neurocognitivă ușoară nu se asociază cu ADHD, deși au inițial simptome similare; diferă perioada debutului, primele două fiind cu debut tardiv.

## Tratamentul ADHD la copii și adolescenți

*Secțiunea include recomandări de intervenție în cazul ADHD*

**M**anagementul ADHD presupune abordarea sa ca o condiție cronică, cu o etiologie complexă, care are impact negativ asupra domeniilor majore ale vieții. În momentul diagnosticării, toți cei implicați trebuie să înțeleagă faptul că nu există un tratament care să ducă la dispariția tulburării, dar există intervenții care pot reduce simptomele și implicațiile vătămătoare ale acestora, iar aceste intervenții includ aspecte multiple – medicație, schimbarea modului de abordare a sarcinilor, a mediului înconjurător, a stilului de viață. În perioada imediat următoare diagnosticării, clinicianul realizează partea de psihoeducație a pacientului și a familiei și concepe (împreună cu ceilalți specialiști implicați) un o intervenție individualizată. Aceasta trebuie urmată cu strictețe, chiar și după încheierea tratamentului propriu – zis, pe perioade lungi de timp, cu scopul de a reduce și chiar elimina consecințele secundare ale ignorării tulburării. Fiecare copil/adolescent este diferit și în manifestarea acestei tulburări trece prin etape diferite (ca intensitate, ca perioadă de timp, etc.), drept urmare, pe parcursul tratamentului va fi necesară ajustarea unor tehnici, a medicației, pe scurt va fi necesară remodelarea „pachetului” individualizat.

Aspectele comune referitoare la intervențiile validate științific la copiii/adolescenții cu ADHD, ale studiilor recente publicate la nivel european (*European clinical guidelines for hyperkinetic disorder (ESCAP), 2004; National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2008: Guideline development group members from: UK; Evidence-based guidelines for management of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents in transition to adult services and in adults: recommendations from the British Association for Psychopharmacology, 2007; European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD, 2010*) dar și în SUA (*ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation and Treatment of Attention – Deficit/ Hiperactivity Disorder în Children and Adolescents – Subcommittee on Attention – Deficit/ Hiperactivity Disorder, Steering Committee on Quality Improvement and Management, 2011*) se referă la:

- Eficiența terapiei medicamentoase asupra reducerii simptomelor nucleare ale ADHD, în condițiile administrării dozei optime;
- Necesitatea psihoeducației celor implicați (copil/adolescent, familie, profesori);
- Training comportamental pentru părinți și pentru profesori;
- Terapie comportamentală pentru copil/adolescent.

Există mai multe opinii diferite exprimate în studiile mai sus amintite cu privire la administrarea medicamentelor ca primă opțiune sau numai după ce terapia comportamentală, combinată cu o dietă corespunzătoare și cu modificarea mediului de învățare, s-au dovedit insuficiente. Există mulți specialiști care țin cont de recomandările Asociației Americane de Pediatrie și limitează folosirea medicamentelor la preșcolarul și școlarul mic la cazurile cu manifestări severe din cauza efectelor secundare.

O idee generală comună a protocoalelor existente în țările dezvoltate este a aceea că abordarea ADHD trebuie să se îndrepte spre o **terapie multimodală** (terapie comportamentală combinată cu terapie medicamentoasă) care se dovedește a avea un efect mai puternic decât terapia comportamentală fără medicație. Raportând terapia multimodală la terapia medicamentoasă, s-a dovedit că prima oferă îmbunătățiri mult mai însemnate decât a doua la copiii care au tulburări anxioase comorbide sau care provin din grupuri vulnerabile. În plus, părinții și profesorii copiilor care beneficiază de terapie multimodală s-au declarat, în proporție semnificativă, mai mulțumiți cu planul de intervenție. Totodată, ca un aspect deosebit de important, combinarea terapiei medicamentoase cu terapia comportamentală permite folosirea în doze mai scăzute a medicamentelor, ceea ce are ca rezultat scăderea riscului pentru efecte adverse.

#### **1. TERAPIA MEDICAMENTOASĂ A SIMPTOMELOR ADHD**

Tratamentul medicamentos pentru ADHD se împarte în două categorii: **medicamente stimulante și non-stimulante**. Ambele tipuri trebuie luate zilnic și controlează simptomele ADHD doar pe perioada administrării. Renunțarea la medicație adesea are ca rezultat întoarcerea simptomelor la același nivel la care erau înaintea începerii tratamentului.

Atât stimulantele, cât și non-stimulantele acționează asupra a doi neurotransmițători – dopamina și norepinefrina care permit celulelor nervoase să comunice între ele, astfel încât creierul să poată funcționa corespunzător. Acționând asupra celulelor nervoase pentru ca acestea să producă o cantitate mai mare de dopamină sau norepinefrină sau împiedicând celulele nervoase să le recapteze, ambele categorii de medicamente cresc comunicarea între celulele nervoase în acele zone ale creierului, legate cauzal de manifestarea ADHD. În literatura recentă, este folosit termenul de „neuroprotecție” a copiilor cu ADHD prin administrarea medicației (în special a stimulantele) care permite creierului o dezvoltare cât mai apropiată de normal. (Barkley, 2014)

Medicamentele stimulante au un efect crescut pentru majoritatea copiilor și adolescenților în reducerea principalelor simptome ale ADHD-ului.

Stimulantele și atomoxetina (non – stimulant) sunt considerate medicamentele de primă elecție. Toate studiile și metaanalizele sunt de acord în a evidenția efectivitatea acestor medicamente.

**Există două categorii de medicamente stimulante disponibile: metilfenidatul și amfetaminele.** Acestea sunt considerate medicamente de primă elecție.

**Metilfenidatul** (MPH) este cel mai cunoscut stimulant folosit în ADHD. O serie de preparate de metilfenidat sunt disponibile în prezent în lume pentru copiii cu ADHD (exemple: Ritalin, Metadat, Methylin, Focalin, Concerta). În România, cele mai des utilizate sunt Ritalin și Concerta.

Pentru școlari, doza inițială de MPH cu acțiune scurtă este de 5 mg la micul dejun și 5 mg la prânz. La preșcolari sau copiii mici se recomandă să se înceapă cu jumătate din doza uzuală de start (2,5 mg) și cu preparat cu acțiune scurtă. În funcție de greutate, în preadolescență se recomandă administrarea de MPH în doză de 0,3-0,6 mg/ kg cu acțiune pentru 4 ore. Când se prescrie MPH cu acțiune prelungită uneori este necesară dublarea dozei de mg/kg întrucât acestea sunt medicamente cu acțiune de 8 ore. Aceste doze sunt orientative. După reevaluarea cazului clinic, medicul poate

## TULBURAREA CU DEFICIT DE ATENȚIE/HIPERACTIVITATE LA COPII ȘI ADOLESCENȚI

crește doza până la valoarea maximă. Există o preocupare pentru a regla dozajul corespunzător, astfel încât multe prospecte conțin cantități în mg/kg/zi, pentru a facilita identificarea dozajului optim, sunt administrate sub formă de comprimate filmate cu eliberare prelungită, plasturi.

**Amfetaminele** (Dexedrine, Dextrostat, Desoxyn, Dexedrine Spansule, Adderall XR) fac parte din grupa stimulamentelor. Mecanismul de acțiune este relativ similar cu al metilfenidatului, acestea fiind stimulante pentru sistemul nervos central.

Stimulantele sunt disponibile în diferite forme, în funcție de durata de acțiune: scurtă, medie sau lungă (retard).

Medicația stimulantă trebuie administrată progresiv, începând cu doze mici și crescând dozele pe parcursul a 1-3 săptămâni.

### **Alte medicamente aprobate**

*Alfa-2 agoniștii, precum clonidina și guanfacina* – doar cu eliberare prelungită furnizează beneficii terapeutice la tinerii cu ADHD, dar efectele lor sunt inferioare stimulamentelor. Acestea nu au fost aprobate pentru preșcolari.

În situația în care nu pot fi folosite medicamentele stimulante se iau în considerare medicamentele non-stimulante.

Avantajele utilizării medicației non-stimulante sunt: durata lungă de acțiune; comod de administrat – o priză pe zi; absența simptomelor recurente și insomniei; flexibilitate mai mare la reglarea dozelor; posibilitatea monitorizării nivelului plasmatic; risc minim de abuz.

Există 3 categorii de medicamente non-stimulante:

- inhibitori selectivi ai recaptării noradrenalinei – atomoxetina;
- antidepresivele triciclice și bupropion;
- agoniștii alfa – 2 – clonidine – clonidina și guanfacina (cu eliberare prelungită).

*Atomoxetina (pe piața românească – Strattera)* este un inhibitor selectiv de norepinefrină și se recomandă în cazurile de comorbiditate cu anxietate, ticuri sau uz de substanțe. Eficacitatea ei este mai mică decât a stimulamentelor, acțiunea mai lentă, iar doza terapeutică se atinge în câteva zile. Efectele secundare sunt minime, cele mai des raportate fiind tulburările de somn și pierderea apetitului. Excepțional de rar s-a raportat stop cardio-respirator și riscul de adicție.

În România medicamentele aprobate pentru ADHD sunt gratuite.

**TULBURAREA CU DEFICIT DE ATENȚIE/HIPERACTIVITATE  
LA COPII ȘI ADOLESCENȚI**

*Tabelul 4. Medicamente utilizate în tratamentul ADHD*

<b>Medicament</b>	<b>Debutul acțiunii (minute)</b>	<b>Durata acțiunii (minute)</b>	<b>Doză inițială (per zi)</b>	<b>Frecvență pe zi</b>	<b>Doză zilnică maximă</b>
Metilfenidat (Ritalin)	20-23	3-4	5-10 mg	1-3	60 mg
Metilfenidat (semiretard) (Ritalin SR)	60-90	3-8	20 mg	1	60 mg
Metilfenidat (cu durată de acțiune lungă) (Ritalin LA)	100	7-9	10 mg	1	60 mg
Metilfenidat (Concerta)	30-60	10-12	18 mg	1	54 mg (6-12ani) 72 mg (13-17ani)
Dextroamfetamină (generic)	20-60	4-6	2,5-5 mg	1-3	40 mg
Săruri mixte de amfetamină (Adderall)	30	5-8	2,5-5 mg	1-3	40 mg
Adderall XR (retard)	30	10-12	5-10 mg	1	30 mg
Atomoxetină (Strattera)	2-3 săptămâni	24	0,5-1,2 mg/kgcorp/zi	1-2	1,4 mg/kgcorp/zi
Clonidină (Catapres)	1-2 săptămâni	4-6	0,1 mg	2-4	0,4 mg
Guanfacine (Tenex)	2-8 săptămâni	6-8	1 mg	2-4	2-3 mg

*Cele mai comune efecte adverse* ale medicației sunt: pierderea poftei de mâncare, dureri abdominale, dureri de cap, tulburări de somn. Rezultatele unui studiu al Asociației Americane de Pediatrie asupra tratamentului multimodal al ADHD relevă rolul stimulamentelor în încetinirea creșterii, mai ales când copiii iau doze ridicate sau concentrate. Efectele încetinerii creșterii se diminuează pe parcursul celui de-al treilea an de tratament, dar nu apar efecte compensatorii. Afectarea creșterii este cu 1 – 2 cm în medie.

*Un efect mai rar întâlnit* al stimulamentelor este apariția halucinațiilor/ altor simptome psihotice. Moartea subită este extrem de rară și nu există dovezi clare referitoare la rolul medicației în apariția acesteia.

**Circumstanțe speciale pentru preșcolari**

La preșcolari majoritatea studiilor recomandă începerea intervenției cu terapie comportamentală, fără medicație. Folosirea metilfenidatului e limitată la preșcolarii cu simptome severe. Este recomandată o atenție sporită în prescrierea dextroamfetaminei la vârste mai mici de 6 ani, având în vedere dovezile mai puțin solide asupra acțiunii acesteia la vârste mici.

Dovezile științifice sugerează că metabolizarea stimulamentelor este destul de lentă, așa că doza trebuie să fie mică la început, putând fi apoi crescută, puțin câte puțin. Dozele maxime nu au fost îndeajuns studiate pentru a fi emisă o opinie validă de către AAP.

### **Circumstanțe speciale pentru adolescenți**

Înainte începerii tratamentului medicamentos pentru ADHD trebuie investigat consumul de substanțe. Nu trebuie considerate de primă elecție la adolescenți medicamentele care pot declanșa abuzuri. De asemenea trebuie acordată o mare atenție tipului de medicație la adolescenții cu ADHD care conduc, pentru a controla simptomele pe parcursul acestei activități.

**Medicația nu este recomandată copiilor/adolescenților care nu îndeplinesc criteriile de diagnostic conform DSM, în timp ce terapia comportamentală poate fi desfășurată și fără existența unui diagnostic oficial.**

## **2. TERAPIA COMPORTAMENTALĂ**

Terapia comportamentală constă într-un set de intervenții specifice cu scopul modificării mediului fizic și social pentru a facilita schimbări comportamentale. Părinții și profesorii învață să își îmbunătățească abilitățile de a modifica/ modela comportamentul copilului/adolescentului cu ADHD și să îl ajute pe acesta să-și dezvolte capacitatea de a-și regla propriul comportament.

Trainingul comportamental conține tehnici pentru operarea cu sistemul de pedepse și recompense, întăriri pozitive și negative. Adulții învață care comportamente pot fi ameliorate sau eliminate folosind *ignorarea intenționată* ca strategie activă sau combinată cu recompensele, sau utilizând *asumarea consecințelor*.

**Necesitatea aplicării consistente a recompenselor și consecințelor, cu creșterea graduală a expectațiilor pe măsură ce comportamentele sunt modelate, constituie un element central al terapiei comportamentale.**

R. Barkley (2014) determină **10 reguli de bază** pe care părinții și profesorii trebuie să le cunoască și să le aplice în managementul ADHD la copil/adolescent, respectiv elev.

1. Regulile și instrucțiunile pentru copilul/adolescentul cu ADHD trebuie să fie clare, scurte și să-i fie aduse la cunoștință prin moduri mai vizibile, mai „pregnante” decât e necesar pentru ceilalți copii.
2. Reprezentarea timpului și a perioadelor de timp să fie clară și vizibilă.
3. Folosirea consecințelor trebuie să fie rapidă, imediată momentelor în care e necesară.
4. Folosirea consecințelor trebuie să fie mai frecventă decât la ceilalți copii, având în vedere deficitul motivațional al acestora.
5. Consecințele (pedepsele) trebuie să fie mai puternice decât la copiii fără ADHD.
6. Stimulentele (corespunzătoare în ceea ce privește conținutul, frecvența, intensitatea) trebuie utilizate în mod constant pentru a întări comportamentele potrivite înainte ca pedeapsa să poată fi implementată. (“Positives before negatives”)
7. Elementele de întărire și recompensele implicate trebuie să fie modificate/ schimbate/ inversate mai frecvent la copiii cu ADHD, dată fiind predilecția lor de pentru o mai rapidă habituare sau saturare în răspunsul la acestea, în special la recompense.
8. Anticiparea este un element – cheie în abordarea copiilor cu ADHD.
9. Copiii cu ADHD trebuie apreciați public pentru comportamentul lor și pentru atingerea obiectivelor decât copiii fără ADHD.
10. Tehnicile comportamentale au efecte doar în timpul implementării și chiar și atunci, necesită monitorizare continuă și modificare frecventă mentru o eficiență sporită.

## **INTERVENȚIA ASUPRA PĂRINȚILOR**

*Trainingul comportamental al părinților* se realizează de către un terapeut specializat, printr-un pachet de 8–12 ședințe săptămânale. Programul de întâlniri se axează pe o mai bună înțelegere a caracteristicilor copilului afectat de ADHD și îi învață pe părinți cum să se descurce cu dificultățile create de aceste caracteristici. Se realizează și se învață strategii de dezvoltare a deprinderilor sociale pozitive și de eliminare a celor neadecvate. Aceste activități de formare vizează și modalități de menținere a progreselor, dar și de prevenire a recidivelor:

Sesiunile de instruire a părinților pot fi rezumate la următoarele aspecte: psihoeducație – informații despre curs, despre ADHD, administrarea chestionarelor; facilitarea schimbării unor aspecte legate de modul de viață – dezbateri despre atitudini și prejudecăți, învățarea comportamentelor adecvate; participarea activă la implementarea planului de intervenție prin înțelegerea și colaborarea cu terapeutul la alegerea celor mai eficiente opțiuni care favorizează auto-reglarea comportamentelor negative; măsuri și planuri pentru contracararea problemelor viitoare; dezvoltarea abilităților părinților de a soluționa situații dificile; evaluarea activității desfășurate și intenții de viitor.

Părinții pot sprijini planul de intervenție într-o măsură semnificativă punând în practică cele 10 reguli menționate mai sus, printr-o serie de activități specifice de modificare a mediului familial:

- Stabilirea regulilor casei, clare și specifice;
- Stabilirea structurii și consistenței rutinelor;
- Aprecierea comportamentelor dezirabile în medie de cinci ori mai des decât criticarea celor indezirabile, ignorarea intenționată a comportamentelor nepotrivite cotate de nivel mediu;
- Utilizarea instrucțiunilor în mod corespunzător;
- Utilizarea frazelor de tip cauză efect ("*when ...then*"); găsirea de soluții alternative pentru rezolvarea unei probleme;
- Planificarea și lucrul în echipă cu copilul în spații de interacțiune socială;
- Utilizare de jetoane zilnice sau sisteme de punctare cu recompense și consecințe;
- Menținerea ordinii mediului fizic, evitarea factorilor care pot distra atenția (televizor, muzică pe fundal, culori stridente);
- Asigurarea unei diete care să conțină acizi grași esențiali, alimente bogate în fier, săracă aditivi alimentari și în zahăr;
- Canalizarea energiei spre activități constructive printr-o alternare de activități, contribuind, pe termen lung, la creșterea motivației;
- Folosirea unui sistem de comunicare cu școala pentru a recompensa comportamentele pozitive de la școală și pentru supravegherea temelor pentru acasă.

Sesiunile cu familiile copiilor sunt esențiale, având în vedere necesitatea individualizării tratamentului și asigurării unei compliance cât mai mare. Terapia de grup pentru părinți este indicată pentru atenuarea frustrării, izolării sociale, epuizării pe care aceștia le resimt.

## **INTERVENȚII ASUPRA PROFESORILOR**

Performanța academică reprezintă domeniul cu cea mai mare deteriorare la copiii/adolescenții cu ADHD. Pe lângă aceasta sunt afectate negativ aproape toate interacțiunile sociale, atât cu copiii, cât și cu adulții. De aceea, un management corespunzător al clasei de elevi poate facilita construirea unui mediu favorabil, prin inserarea unor strategii, unele pentru toți elevii,

altele centrate pe copilul cu ADHD. Profesorii vor cunoaște regulile de bază și vor aborda copilul pe baza aceluiași principii din programul de training al părinților.

Ca o direcție generală profesorii trebuie să își construiască activitățile pe principii proactive și nu reactive. Predarea proactivă crește probabilitatea instalării comportamentelor dezirabile și creșterii performanțelor școlare și joacă un rol important în prevenirea înrăutățirii problemelor.

Iată câteva direcții de urmat pentru profesorii care au în clasele lor elevi cu ADHD:

- colaborarea cu psihologul școlar (dacă există) sau cu terapeutul copilului pentru a înțelege nevoile copilului cu ADHD și pentru a-și însuși tehnici utile în modificarea, modelarea comportamentală, așa cum au fost ele descrise anterior, în această secțiune;
- promovarea elevului: cercetările au demonstrat că faptul de a rămâne corigent/ repetent poate fi asociat cu multe dezavantaje și cu foarte puține avantaje;
- dimensionarea corectă a „încărcăturii de lucru” pentru copil/adolescent, cu focusarea pe aspectele esențiale;
- etapizarea activităților: formularea de sarcini de lucru mai mici, cu scurte pauze între ele, pentru a menține atenția concentrată;
- poziționarea elevului cu fața spre profesor, în apropierea sa, fără a-l separa de ceilalți copii;
- Elevul trebuie mai întâi recompensat pentru fiecare sarcină rezolvată, ignorându-se acuratețea rezolvării, pentru îmbunătățirea „productivității”; când aceasta s-a îmbunătățit, profesorul își va concentra eforturile pentru a spori calitatea rezolvărilor;
- Sarcinile neterminate nu vor fi trimise acasă pentru a fi rezolvate cu părinții, care se confruntă acasă deja cu un nivel de stres ridicat;
- „Aerisirea” temelor pentru weekend, chiar eliminarea lor pentru copiii din ciclul primar; (10 min X clasa în care e = timpul total);
- Acceptarea unui anumit nivel de agitație din parte elevului în clasă;
- Acordarea unor pauze scurte, dar frecvente pentru exerciții fizice;
- Folosirea unor coduri de culori pentru organizarea materialelor și a sarcinilor de lucru;
- Codarea prin culori a unui text, marcarea elementelor cheie și scrierea lor în josul paginii;
- Folosirea cu precădere a strategiilor activ – participative care permit copiilor să se implice activ, să ajute, să fie „ajutor de profesor”;
- Inserarea în actul didactic a softurilor de învățare: cercetările arată că elevii cu ADHD acordă o atenție sporită softurilor de învățare și cel mai bine învață din practică;
- Descurajarea răspunsurilor impulsive;
- Încurajarea participării la proiecte în grupuri mici, la început 2 persoane, în cadrul activităților școlare;
- Alternarea activităților incitante cu cele mai puțin incitante;
- Realizarea unei predări entuziaste, chiar puțin teatrale;
- Atingerea ușoară a elevului –pe mână, pe braț, pe umăr, de către profesor în timpul conversației îl va face să își concentreze atenția asupra a ceea ce urmează, dacă explicația este concisă;
- Planificarea materiilor dificile în prima parte a zilei de școală, când capacitatea de concentrare este maximă; activitățile active, distractive vor fi desfășurate în a doua parte a zilei;
- Încurajarea elevului să își stabilească propriile ținte (Câte exerciții crezi că poți rezolva în următoarele 5 minute?), crescând astfel aderența la realizarea sarcinii;

- Încurajarea luării de notițe: îmbunătățirea memoriei de lucru.

## **INTERVENȚIA ASUPRA COPILULUI**

Această abordare propune învățarea de către copii a unor tehnici de autoghidare verbală (dialogul interior îl ghidează pe elev prin situațiile problematice), precum și la rezolvarea problemelor (subîmpărțirea problemelor în elemente mai mici, generarea de soluții alternative posibile și evaluarea lucrărilor efectuate). De asemenea, se procedează la „vaccinarea antistres”. Astfel se conștientizează situațiile stresante și modul în care pot fi controlate. Se realizează „managementul neprevăzutului”, planuri pentru o serie de efecte posibile cu consolidare pozitivă pentru efecte adecvate, ignorând comportamentele neadecvate pe cât de mult posibil. Sunt derulate evaluări, auto-evaluări și discuții, drept urmare copilul dobândește autocontrol interior focalizat asupra realizării rezultatelor pozitive pe baza strategiilor și ca rezultat al implicării. Aceste abordări constau în terapia modificată potrivit vârstei și maturității elevului. În cele de mai sus sunt implicați părinții și profesorii.

În cazul tulburărilor comorbide terapia cognitiv-comportamentală (CBT) reprezintă o opțiune validată științific, un mod de a reduce simptome asociate cu al ADHD, în special simptome din sfera tulburărilor „de externalizare” și a tulburărilor de anxietate. CBT are de asemenea avantajul că oferă tehnici care pot fi aplicate în mod independent după încetarea intervenției.

### **3. ADHD ÎN ROMÂNIA - LEGISLAȚIA ROMÂNEASCĂ PRIVIND INTEGRAREA COPIILOR CU NEVOI SPECIALE**

ADHD este considerată o condiție cronică, iar copilul/adolescentul cu ADHD este inclus în categoria copiilor cu nevoi speciale; nu apar referiri mai specifice la ADHD.

În ghidul „*Manual de bune practici pentru părinți cu copii diagnosticați cu Tulburare de deficit de atenție și hiperactivitate*” (CEDU 2000+, 2009), amintit în secțiunile anterioare, apare o selecție a celor mai reprezentative legi/ articole de lege care fac referire la copiii cu nevoi speciale, pe care o cităm:

**Ordinul 5379/25.11.2004** privind organizarea și metodologia de lucru a serviciilor educaționale prin personal de sprijin pentru copiii cu nevoi speciale. Ordinul stabilește principiile și obiectivele pentru învățământul special, precum și principiul integrării în școala normală. Articolul 4 din capitolul unu se referă la integrarea copiilor cu nevoi speciale în școala normală, asistați de personal de sprijin. Profesorii trebuie să fie specializați pentru nevoi speciale, în pedagogie sau psihologie. Aceștia sunt consultanți și promotori ai normalizării școlilor speciale, precum și ai integrării în școlile normale. În unele cazuri, acest rol este jucat de Centrele Interșcolare de Terapie-Logopedie sau de Centrele de Asistență pentru Învățământ Special. Rolul profesorului de sprijin pentru nevoi speciale trebuie să se conformeze cu textul art. 5 din legea nr. 128/1997.

Mai este prevăzut ca minimum jumătate din timpul alocat lecțiilor, 16 ore pe săptămână, să fie petrecut cu colegii în clasă, unde învățarea are loc cu profesorul clasei. În rest, învățarea poate avea loc:

- 1) La centrul de resurse;
- 2) În încăperile multifuncționale ale școlii;
- 3) În familie;
- 4) În instituțiile comunității (biblioteci, cinematografe, teatre, circ etc.).

Profesorul va fi cu copiii în diferite contexte educaționale.

Articolul 9 este deosebit de important întrucât se referă la criteriile ce trebuie respectate pentru ca elevul să beneficieze de profesor de sprijin. Sunt stabilite categoriile de nevoi speciale în acest sens:

- 1) Copii cu certificat de examinare, recomandare de la școală și certificat de specialitate din partea Comisiei pentru Protecția Copilului;
- 2) Copii cu dizabilități de învățare și de dezvoltare care au recomandarea Comisiei Interne de Evaluare Permanentă de la centrul de resurse/școală;
- 3) Copii cu nevoi speciale pentru care familia a făcut cerere scrisă.

## **TULBURAREA CU DEFICIT DE ATENȚIE/HIPERACTIVITATE LA COPII ȘI ADOLESCENȚI**

De asemenea, **Legea nr. 128/1997** are prevederi despre rolul și responsabilitățile profesorilor de sprijin și despre facilitățile școlilor incluzive.

Articolul 15 descrie serviciile educaționale ce se asigură de către profesorul de sprijin copiilor cu nevoi speciale care sunt integrați în școlile normale.

**Ordinul MEC 5418/08.11.2005** se referă la crearea, organizarea și funcționarea centrelor de integrare școlară. Aici se prevede planul instituțional de acțiune care îi asigură copilului acces la educație formală și la servicii educaționale pentru copii cu nevoi speciale, atât în școlile normale, cât și în cele speciale. Ordinul mai prevede și cerințele de personal.

**Proiectul de lege pentru educația preuniversitară din 2007.** Secțiunea 4, art. 46, prevede:

- 1) Educația copiilor cu nevoi speciale este o formă adaptată de școlarizare care răspunde nevoilor educaționale, medicale, culturale, sociale ale elevului. Este prevăzută asistența pentru persoane cu nevoi speciale cum ar fi dizabilitățile de învățare, dezvoltare întârziată, dificultăți comportamentale și tulburări de limbaj;
- 2) Educația copiilor cu nevoi speciale, ca și a celor supradotați;
- 3) Educația copiilor cu nevoi speciale este parte integrantă a sistemului național de educație;
- 4) Educația copiilor cu nevoi speciale este gratuită.

Art. 47(1) prevede că educația elevilor cu nevoi speciale menționate la Art. 46(1) și integrarea acestora se organizează în școli speciale pentru copii cu dizabilități senzoriale, motorii, psihomotorii, psihiatrice și mintale, dar și în școli normale.

Principalele concluzii ale studiului „*Analiza serviciilor de sănătate mintală pentru copiii din România*”, realizat de Salvați Copiii România și *CURS* arată că în țara noastră există aproximativ 200 000 de copii care au ADHD, dintre care 8 000 (4%) se regăsesc în evidențele specialiștilor și urmează un tratament. 61,8% dintre copiii cu deficit de atenție și hiperactivitate reușesc să termine liceul (față de 98,7% dintre copiii fără ADHD), mai puțin de 9,1% termină o facultate (față de 68% dintre copiii fără ADHD), 45,5% întâmpină dificultăți de învățare (față de 1,3% dintre copiii fără ADHD), și 70,9% primesc suspendări și exmatriculări (față de 21,3% dintre copiii fără ADHD), se arată în același studiu.

În prezent nu există în România un program guvernamental sau un protocol național de urmat pentru ca majoritatea copiilor și familiilor să beneficieze de evaluări corespunzătoare, de programe adaptate, de terapie. În practică, Direcția Generală pentru Asistență Socială și Protecția Copilului – Comisia pentru Protecția copilului evaluează nevoile speciale ale copilului, inclusiv ADHD, numai cu acordul părinților, eliberând un certificat, asigurând profesor de sprijin, în măsura în care centrele speciale de educație incluzivă există și au destul personal la dispoziție; mai sunt implicați medical de familie (face istoricul general al cazului, face trimiterea pentru intervenție psihiatrică și supervizează prescripțiile medicamentoase, la fiecare 6 luni), psihiatrul (evaluează, pune diagnosticul, eliberează prescripția medical, se întâlnește semestrial cu familia, eliberează rețeta la fiecare 6 luni), școala (identifică problema de cele mai multe ori, colaborează cu medical de familie, proiectează programul în echipă cu profesorul de sprijin, asigură support psihopedagogic). După cum se poate observa, terapeutul nu apare în această schema de lucru.

În final, trebuie adus în lumină faptul că, deși toate studiile și persoanele afectate într-un fel sau altul de această tulburare se concentrează pe aspectele negative, deranjante, perturbatoare ale ADHD, există la copiii/adolescenții cu ADHD calități, care deseori sunt mai pregnante decât la restul populației, dacă au posibilitatea de a ieși la iveală: creativitate, nivel ridicat de energie, intuiție, bogăție de resurse, tenacitate, atitudine încrezătoare, atitudine iertătoare, sensibilitate, capacitate de a-și asuma riscuri, sensibilitate, flexibilitate, loialitate, un simț al umorului dezvoltat. Desigur, aceste calități nu se întâlnesc la toți copiii/adolescenții cu ADHD, dar sunt asociate cu profilul copilului cu risc de ADHD. Trebuie remarcat faptul că problemele create de ADHD pot fi

atât de grave, încât calitățile menționate mai sus nu ajung să se manifeste niciodată pe deplin și nici să fie recunoscute.

## Bibliografie

- Barkley, Russell (2014). *Managing ADHD in school. The Best Evidence – Based Methods for Teachers*. PESI Publishing&Media, USA.
- Barkley, Russell (2015). *Attention – Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis&Treatment – Fourth Edition*. New York:The Guilford Press.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition: DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Comisia Europeană – Programul de Învățare pe tot parcursul Vieții GRUNDTVIG, Proiectul "Parents and teachers working hand in hand: Training programme for parents and teachers of pupils with ADHD" (2009). *Manual de bune practice pentru profesori care lucrează în clasă cu tineri diagnosticați cu Tulburare de deficit de atenție și hiperactivitate*. București: Educația 2000+.
- Comisia Europeană – Programul de Învățare pe tot parcursul Vieții GRUNDTVIG, Proiectul "Parents and teachers working hand in hand: Training programme for parents and teachers of pupils with ADHD" (2009). *Manual de bune practice pentru părinți cu copii diagnosticați cu Tulburare de deficit de atenție și hiperactivitate*. București: Educația 2000+.
- American Academy of Pediatrics (2011). *ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents*. Pediatrics (Official Journal of the American Academy of Pediatrics) 2011;128:000.
- Iancu, Mirela (2007). *Tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție (ADHD) la copil*. Revista Română de Pediatrie, septembrie, 2007.
- Popescu, Valeriu (2008). *Deficitul de atenție și tulburările hiperkinetice (ADHD) – Tratament*. Revista Română de Pediatrie, vol. LVII, Nr. 2.
- Ageu, Luminița; Mircea, Tiberiu; Szabo, Simona Andreea (2010). *Manifestări ale tulburării cu deficit de atenție și hiperactivitate în perioada școlarizării*. Revista de neurologie și Psihiatrie a Copilului și Adolescentului din România, vol. 13, nr. 4.
- Pelham, William E., Fabiano, Gregory A. (2008). *Evidence – Based Psychological Treatments for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder* Journal of Clinical Child&Adolescents Psychology, vol. 37, 184-214.
- National Institute for Health&Clinical Excellence (2009, rev. 2016). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder. The NICE Guideline on Diagnosis and Management of ADHD in Children, Young People and Adults*. Great Britain: The British Psychological Society&The Royal College of Psychiatrists.

Site-uri consultate:

<http://www.adhd-institute.com/disease-management/guidelines/european-guidelines/>  
<https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/guidelines.html>

**TULBURAREA CU DEFICIT DE ATENȚIE/HIPERACTIVITATE  
LA COPII ȘI ADOLESCENȚI**

[https://childmind.org/article/behavioral-treatments-kids-adhd/?gclid=Cj0KEQiAsrnCBRCTs7nqwrn6pcYBEiQAcQSznCwNrv8y-loc1St7TC9XunL75Lhf\\_yTge3T6pgadGlaAvd38P8HAQ](https://childmind.org/article/behavioral-treatments-kids-adhd/?gclid=Cj0KEQiAsrnCBRCTs7nqwrn6pcYBEiQAcQSznCwNrv8y-loc1St7TC9XunL75Lhf_yTge3T6pgadGlaAvd38P8HAQ)

<http://www.chadd.org/Understanding-ADHD/For-Parents-Caregivers/Treatment-Overview/Psychosocial-Treatments/Parent-Training-and-Education.aspx>

<http://www.seinstitute.com/wp-content/uploads/2012/03/edelbrock.pdf>