

Cuprins

Introducere	1
1 ADHD – generalități	3
2 ADHD – o veche problemă redescoperită	14
3 ADHD – cauzele	22
4 Comportamentele care îi deranjează pe părinți	33
5 Perspectiva modernă asupra ADHD – o problemă cu patru manifestări specifice	47
6 Condițiile asociate – comorbiditățile	55
7 Influența părinților buni sau răi	65
8 ADHD – stabilirea diagnosticului	75
9 Stresul provocat părinților, fraților și surorilor	92
10 Cele mai bune sfaturi pentru îmbunătățirea comportamentului	100
11 Soluții practice pentru probleme de comportament des întâlnite	117
12 Îmbunătățirea performanțelor școlare – sfaturi pentru părinți și profesori	127
13 Alte terapii și diete	143
14 Tratamentul medicamentos – generalități	154
15 Prescrierea stimulentei	174
16 Tratamentul medicamentos – non-stimulentele	190
17 Tratamentul medicamentos – toate întrebările pe care ați dorit vreodată să le puneți	202
18 ADHD la copiii sub cinci ani	225
19 Încurajarea stimei de sine	234
20 Alegerea sporturilor potrivite, a hobby-urilor și a altor activități	241
21 Adulții cu ADHD	247
22 Problemele asociate de învățare și limbaj	263
23 Sfaturi legate de îmbunătățirea cititului	274

24	Sfaturi legate de îmbunătățirea problemelor de limbaj	280
25	Sfaturi pentru îmbunătățirea scrisului de mână și a coordonării	285
26	Demistificarea miturilor	289

Anexe

I	Criteriile de diagnosticare a ADHD (DSM-IV 1994) . . .	305
II	Criteriile de diagnosticare a tulburării de tip opoziție-sfidare (DSM-IV 1994)	308
III	Criteriile de diagnosticare a tulburării de conduită (DSM-IV 1994)	309
IV	Criteriile de diagnosticare a ticurilor și sindromului Tourette (DSM-IV 1994)	312
V	Criteriile de diagnosticare a episoadelor depresive și maniacale severe (Criterii pentru adulți) (DSM-IV 1994)	314
VI	Scalele de evaluare ale ADHD	318
VII	Teste de perseverență, memorie și atenție	321
VIII	Electroencefalografia cantitativă (QEEG) – alcătuirea unei hărți a creierului	322
IX	Imagistica cerebrală în ADHD	324
X	Interpretarea testului WISC-III	328
XI	Teste neuropsihologice	330
XII	Stimulentele – efectele adverse din nota de subsol . . .	331
XIII	Intoleranțele alimentare – tratamentul prin dietă	333
XIV	Programe de calculator educative	341
XV	Extrase din ultimele apariții în literatura științifică	343
XVI	Articole de specialitate recente	375
XVII	Cele mai bune site-uri web despre ADHD	380

Index

Despre autori

Dr. Christopher Green, doctor în medicină, Baccalaureus în Arte Obstetricia (BAO), membru asociat al Colegiului Medicilor din Australasia Regală (FRACP), membru al Colegiului Regal al Medicilor (Marea Britanie) – MRCP(UK), membru asociat al Colegiului Regal al Medicilor – FRCP(I), Departamentul de Sănătate Comunitară (DCH)

Christopher Green este medic pediatru și specialist onorific la Spitalul de Copii Westmead din Sydney. De-a lungul ultimilor 15 ani, dr. Green s-a făcut remarcat prin introducerea unor atitudini moderne în tratamentul ADHD din Australia. În ultima perioadă, el a reușit să le transmită mesajul său părinților și medicilor din Marea Britanie.

Autor cunoscut, el a scris trei bestselleruri legate de creșterea copilului, „Toddler Taming“ (1984, 1990 și 2001), „Babies!“ (1988, 1996 și 2001) și „Beyond Toddlerdom“ (2000). Dr. Green a condus seminarii despre creșterea copilului, având un public de peste 20.000 de părinți din Australia, Noua Zeelandă și Marea Britanie în fiecare an și a fost editorialist la ziarul „Australian Women’s Weekly“.

Chris este căsătorit cu Hillary, doctor de medicină generală cu jumătate de normă și mamă cu normă întreagă. Împreună au doi fii. Când nu lucrează, îi place să navigheze, să meargă cu bicicleta și să cutreiere Australia alături de familia sa.

Dr. Kit Y Chee, doctor în medicină, laureat în știință, membru asociat al Colegiului Medicilor din Australasia Regală (FRACP)

Kit Chee este medic pediatru specialist în problemele de comportament și de învățare ale copiilor. Este medic onorific la Secția de Dezvoltare a Copilului din cadrul Spitalului de Copii Westmead și este, de asemenea, consultant la Clinica de Învățare din Sydney.

Kit este interesată de cercetarea în mai multe domenii, printre care învățarea la copii, limbajul, ADHD și efectul tratamentului medicamentos bazat pe stimulente. Kit este căsătorită cu Arthur, și el pediatru. Când nu este la lucru, își petrece fiecare minut îngrijindu-i pe cei doi copii ai ei, dar găsește și timpul să asculte muzică, să se bucure de arte și să exploreze orașul Sydney.

Nota autorilor

În această carte s-ar putea să vi se pară că am folosit prea mult cuvântul „el“. Adevărul este că ADHD îi afectează în mod special pe băieți și că, în ceea ce privește comportamentele extremiste, „ei“ sunt cei ce reușesc să ia medalia de aur.

Vă informăm, de asemenea, că veți întâlni adesea repetiții, aceleași noțiuni fiind disponibile în liste sau capitole diferite. Am dorit să creăm o carte care să le fie de folos și celor care nu o citesc din scoarță în scoarță. Din acest motiv, fiecare secțiune este cât se poate de cuprinzătoare, însă a fost necesar ca anumite informații să fie reiterate.

Introducere

Slavă cerului că majoritatea profesioniștilor au acceptat deficitul de atenție însoțit de tulburare hiperkinetică (ADHD) ca pe o afecțiune importantă care apare în copilărie. Întâlnim frecvent cazuri în care ADHD face ca niște copii isteți să aibă probleme la școală și, în ciuda unei bune educații oferite de părinți, să aibă un comportament nedorit acasă. În urma unei conștientizări tot mai profunde a acestei afecțiuni, profesioniștii în domeniu și părinții vor să aibă parte de informații practice, de ultimă oră, despre cum îi pot ajuta pe copii, iar cartea de față vine în întâmpinarea acestei necesități.

„Să înțelegem ADHD“ prezintă o vedere de ansamblu cât mai clară asupra unei probleme foarte serioase. Această nouă ediție încearcă să sublinieze faptul că ADHD nu se referă doar la neatenție și hiperactivitate – de fapt, este vorba de o afecțiune caracterizată prin patru manifestări specifice. Prima parte se referă la deficitul de atenție, memorie și la insuccesele școlare. A doua ține de comportamentele caracterizate de hiperactivitate, impulsivitate și lipsă de control. Apoi, există un al treilea aspect, referitor la bolile comorbide* asociate (cum ar fi dislexia, tulburarea de tip opoziție-sfidare, tulburarea de conduită) care nu țin strict de ADHD, dar, în cazul multor copii, reprezintă o problemă în plus. A patra secțiune dezbate influența mediului de trai asupra copilului și ne indică faptul că acei copii care sunt acceptați și îngrijiți cu dragoste se vor descurca mult mai bine în viață decât cei care sunt tratați cu violență, ostilitate și critici. Mai analizăm apoi și noile medicamente. Sunt clarificate probleme asemănătoare sau care se suprapun, cum ar fi depresia, anxietatea, sindromul Asperger, problemele de somn și sindromul bipolar.

Încă există controverse legate de cel mai bun mod de a diagnostica ADHD, de importanța relativă a diferitelor tipuri de terapie

* În medicină, comorbiditatea descrie prezența și efectul uneia sau mai multor afecțiuni în asociere cu o afecțiune primară pe care un pacient le poate avea (n.t.).

și de presupusele beneficii, nedemonstrate încă, ale medicamentelor stimulente pe termen lung. Acestea și încă multe alte probleme nerezolvate nu au o importanță majoră atâta vreme cât noi urmărim cu toții același scop: să îi ajutăm pe acești copii să devină adulți, beneficiind de cea mai bună educație posibilă, de multă încredere în sine, posedând aptitudini folositoare și bucurându-se de relații familiale intacte. Dacă vom depune cu toții eforturi în această direcție, următoarea decadă se va dovedi mult mai ușor de înfruntat pentru acești copii și pentru părinții lor îngrijorați.

Această carte oferă un text ușor de citit, plin de sugestii practice care și-au dovedit valabilitatea și care funcționează atât acasă, cât și în clasă. Pentru cei care doresc să aprofundeze subiectul, anexele de la finalul cărții conțin o mulțime de informații suplimentare, precum rezumate ale celor mai noi descoperiri științifice, criteriile de diagnostic curente, chestionare pentru părinți și profesori, informații legate de programe de calculator și de cum puteți găsi ajutor.

Ceea ce sunteți pe cale să citiți este o perspectivă foarte personală, dar în același timp la curent cu ultimele tendințe legate de ADHD. Se vor găsi persoane care să dispute unele dintre ideile noastre. Tot ceea ce pretindem este ca, dacă puteți să vă regăsiți în text și vă suntem de ajutor în cazul unui copil pe care-l aveți în grijă, să citiți mai departe.

Christopher Green și Kit Chee, 2001

Istoria ADHD

ADHD a fost descrisă prima oară acum aproape 100 de ani. Primele lucrări legate de această afecțiune au fost realizate de un faimos medic pediatru din Anglia, George Still. El rămâne o figură paternă respectată și amintită în zilele noastre nu pentru reușitele legate de ADHD, ci pentru descrierile devenite clasice privind manifestarea artritei la copii, care poartă până în zilele noastre denumirea de „boala lui Still“.

Și alți cercetători descoperiseră comportamentele specifice ADHD cu câțiva ani în urmă, dar Still a fost, în 1902, primul care a recunoscut și a descris afecțiunea. El a remarcat că un grup de pacienți ai săi, mai ales băieți, aveau un comportament dificil încă înainte de vârsta de opt ani. Majoritatea era neatentă, hiperactivă și ieșea în evidență față de alți copii prin rezistența la metodele disciplinare.

Still i-a descris pe acești copii ca având un control minim de inhibare, ca fiind plini de agresivitate și, folosind limbajul victorian al vremii, suferind de „lipsa controlului moral“. Medicul pediatru a văzut în asta o boală cronică, de natură biologică (înnăscută) și care nu era cauzată de purtarea greșită a părinților sau de un mediu nefavorabil. Ceea ce a descris George Still la începutul secolului este probabil ceea ce este denumit azi ADHD cu tulburarea de tip opoziție-sfidare (ODD) sau tulburarea de conduită (CD).

Este interesant de observat că, la acea vreme, Marea Britanie se afla în avangarda cercetărilor simptomelor ADHD. Din nefericire, în secolul XX, cercetătorii britanici au adoptat un stil psihoanalitic al psihiatriei, ceea ce a lăsat sarcina înțelegerii sindromului ADHD pe seama nord-americanilor.

ADHD și afectarea creierului

Interesul în ADHD a urmat marii epidemii de gripă din 1918-1919. Epidemia a ucis peste 20 de milioane de oameni la nivel mondial și encefalita (o inflamare a creierului), boală asociată gripei, a lăsat foarte mulți oameni afectați din punct de vedere neurologic. Unii dintre aceștia aveau să dezvolte mai apoi boala Parkinson (așa cum e descrisă în filmul „Awakenings“, cu Robin Williams), în timp ce alții au început să manifeste imediat un comportament dezinhibat și

disfuncții care aveau anumite similarități cu problemele descrise de Still. Datorită acestei experiențe, ADHD a ajuns să fie privită ca o afecțiune a creierului.

A trecut mult timp până când ideea lezării creierului și-a pierdut din influență și cercetarea s-a reorientat către natura de ordin biologic a unei malformații congenitale, cum fusese sugerat încă de la început de către Still.

Stimulentele și ADHD – o descoperire întâmplătoare

În 1937, un grup de pacienți cu probleme de comportament au fost subiecții unui tratament neortodox. Lor li s-a administrat amfetamină și, spre surpriza tuturor, conduita lor dezechilibrată s-a îmbunătățit. Aveau să mai treacă aproape încă 20 de ani pentru ca medicația bazată pe stimulente să devină folosită pe scară largă, dar această descoperire întâmplătoare avea să influențeze puternic direcția viitorului tratament.

O minimă afecțiune a creierului – o minimă disfuncție a creierului

Cercetătorii din anii 1950 și 1960 au început să conștientizeze faptul că cei mai mulți dintre copiii cu ADHD nu suferiseră nicicând vreo vătămare a creierului. Ei au împlânzit numele bolii, transformându-l din „minimă afecțiune a creierului“ în „minimă disfuncție a creierului“. Acest lucru lăsa să se înțeleagă că, practic, creierul era normal, dar existau anumite dezechilibre ușoare care stăteau la baza acestor purtări.

Medicii pediatri au devenit apoi obsedați cu vânarea unor mici diferențe neurologice. Până cu puțin timp în urmă, multe dintre părerile asupra ADHD proveneau din analiza mișcărilor degetelor, dominanța ochiului, piciorului sau mâinii și dintr-o multitudine de alte teste neînsemnate. Aceste forme de evaluare sunt încă populare în unele centre, dar majoritatea au renunțat la aceste preocupări inutile, care au ca obiect „ușoarele simptome neurologice“.

Termenul de „minimă disfuncție a creierului“ nu a fost niciodată satisfăcător, dar cel puțin el implica ideea că ADHD este alcătuit dintr-o sumă de comportamente și indica faptul că sursa acestora ține de creierul copiilor, și nu de părinții lor.

Hiperkinezie și hiperactivitate

În perioada în care termenul de „minimă disfuncție a creierului“ (MBD) era folosit, alți oameni de știință din domeniul medical au început să analizeze comportamentele specifice. La începutul anilor '60, a fost descris pentru întâia dată „sindromul copilului hiperactiv“. Simptomele erau oarecum neclare, dar afecțiunea era văzută ca făcând parte din dezvoltarea individuală a copilului și se considera că nu e cauzată de vreo problemă a creierului. De-a lungul anilor 1960 și 1970, termenii de MBD și de hiperactivitate erau utilizați în paralel, dar cel de hiperactivitate este cel care a atras atenția publicului și a presei.

Hiperactivitatea și Dieta Feingold

Dr. Ben Feingold, fost profesor de alergii în San Francisco, a fost primul care a remarcat că există o relație între regimul alimentar și hiperactivitate în 1973. El a afirmat că proporția copiilor hiperactivi creștea odată cu înmulțirea numărului de aditivi folosiți în mod legal în alimente. Feingold a fost imediat idolatrizat de presă și reacția a fost atât de puternică, încât guvernul american a fost obligat să înființeze comitete și să demareze proiecte de cercetare detaliate pentru a investiga adevărul declarațiilor.

Feingold credea că 50% dintre copiii hiperactivi puteau fi ajutați dacă urmau dieta ce îi poartă numele. Atunci când au fost analizate rezultatele unor teste atent controlate, a reieșit că nu mai mult de 5% dintre copii erau afectați în mod negativ de hrana ingerată (vedeți capitolul 13 pentru o trecere în revistă actualizată a dietei recomandate pentru ADHD).

Acești ani de interes obsesiv față de regimul alimentar le-a distras atenția specialiștilor de la complexul de probleme care constituiau ADHD și de la beneficiile deja demonstrate ale tratamentului cu stimulente.

Medicamentele psihostimulente – apogeul și declinul

Efectele pozitive ale tratamentului medicamentos cu stimulente sunt cunoscute de peste jumătate de secol. Beneficiile amfetaminelor au fost bine documentate la sfârșitul anilor '30, dar acestea nu au început să fie folosite la scară largă până în perioada 1950-1960. Principalul progres a fost realizat în 1957, odată cu introducerea unui nou medicament, metilfenidat (Ritalin), iar în următorul deceniu multe studii atent controlate au demonstrat că stimulentele erau în același timp sigure și eficiente.

Utilizarea psihostimulentelor a crescut vertiginos, stânjenită doar de apariția ocazională a vreunei știri negative în mass-media. Într-un articol de la începutul anilor '70, care este încă citat adesea, rata prescrierilor pe rețetă a acestor medicamente a fost greșită, indicând o cifră de 10 ori mai mare. Dezinformarea din presă a vândut multe ziare, dar în același timp i-a făcut pe mulți părinți să se teamă de o terapie care revoluționase relația părinte-copil din alte familii.

Cel mai mare atac asupra terapiei cu psihostimulente a fost dat spre sfârșitul anilor '80, în mod surprinzător, de către Biserica Scientologică. Aceasta a lansat multe comunicate de presă prin intermediul grupului lor purtător de cuvânt, Comisia Cetățenilor pentru Drepturile Omului. Deși majoritatea activităților susținute de aceștia a avut loc în Statele Unite, acțiunea grupului a influențat numeroase familii din Australia.

Ziarele și stațiile radio s-au grăbit să transmită declarațiile dramatice ale acestei comisii. Ei afirmau că Ritalinul este un medicament periculos, care creează dependență, adesea folosit pe post de cămașă de forță pentru a potoli copii normali, dar exuberanți, din cauza unor dascăli și părinți intoleranți și a unor psihiatri avari. Aceștia declarau că Ritalinul poate duce la violență, crimă, sinucideri, la apariția sindromului Tourette, afectarea permanentă a creierului, tulburări emoționale, atacuri de apoplexie, tensiune ridicată, confuzie, agitație și depresie. Spuneau și că există controverse serioase în rândurile comunităților științifice și medicale referitor la utilizarea tratamentului (vedeți R.A. Barkley, „ADHD – Ghid de buzunar pentru diagnostic și tratament“, Editura Guilford, New York, 1990).

Atacul neașteptat din partea unui subgrup religios a stânjenit aplicarea tratamentului potrivit pentru ADHD cu câțiva ani. Părinții au crezut ceea ce citeau în presă și au refuzat să își trateze copiii. Chiar și mai puternică a fost reacția multor profesioniști de vârf din domeniul educației, psihologiei, psihiatriei, în rândul medicilor pediatri și al politicienilor din Australia. Ei s-au lăsat influențați de ceea ce mass-media arăta, în loc să revizuiască numeroasele studii din literatura științifică.

Doar după 1990, Australia a reușit să depășească aceste atitudini adverse stimulente. Între timp, mii de copii au fost împiedicați să beneficieze de tratamentul de care aveau nevoie.

Părinții trebuie să rămână în gardă, pentru că și în zilele noastre scientologii continuă să redacteze articole și „scrisori către editură“ cu atitudini îndreptate împotriva medicației.

De la hiperactivitate la deficitul de atenție însoțit de tulburare hiperkinetică

La începutul anilor '70, o doamnă din Canada, Virginia Douglas, a promovat ideea că deficitul de atenție reprezintă un simptom mai important decât hiperactivitatea. Până la sfârșitul deceniului, scrierile ei au avut un impact atât de puternic, încât Asociația Psihiatrică Americană a folosit termenul de „tulburarea deficitului de atenție“ în manualul său de diagnosticare și statistică din 1980 (DSM-III). În 1987, asociația a editat DSM-III-Revizuit, care acum vorbea de „tulburarea cu deficit de atenție, hiperactivitate/impulsivitate“. În 1994, asociația a lansat ultima clasificare sub numele de DSM-IV, care descrie sindromul ADHD fără comportamente activ-impulsive; ADHD însoțit de comportamente activ-impulsive; și ADHD cu o combinație din amândouă. O nouă ediție, DSM-IV-Revizuit sau DSM-V, apare în 2002. Mulți părinți, cadre didactice și legislatori folosesc termenul popular de ADD, dar pentru a descrie corect această afecțiune trebuie să apelăm la denumirea de ADHD.

Concluzie

În ultimul secol, definiția pentru ADHD a pornit de la suma de comportamente observată de Still, care erau de origine biologică

(înnăscute) și erau diagnosticate cu dificultate. Această perioadă a fost urmată de o alta, în care se credea că e vorba de o afecțiune a creierului. După care s-a pus accentul pe hiperactivitate. Apoi dieta a fost considerată factorul care declanșează această tulburare despre care se credea că se rezolvă de la sine înainte de începerea liceului. Actuala definiție descrie un complex de comportamente native, în cadrul cărora neatenția deține un rol principal, iar impulsivitatea și hiperactivitatea sunt lucruri obișnuite. Problemele persistă pe termen lung și simptomele continuă adesea până la vârsta adultă. Tratamentul medicamentos este acum recunoscut ca fiind o parte importantă a terapiei.

Am făcut multe progrese, dar ADHD rămâne o tulburare extrem de variabilă, complexă și imprecis definită. Pericolul pentru părinții și profesioniștii zilelor noastre este să se rătăcească în incertitudine, în loc să se concentreze asupra a ceea ce știm că este adevărat și să folosească aceste informații în folosul copiilor.

Sumar: o sută de ani de ADHD

- | | |
|---------------|--|
| 1902: | Descriere clară a comportamentelor ADHD.
Nu sunt cauzate de o disfuncție la nivelul creierului sau de părinți incapabili. |
| Anii '30: | Afecțiunea creierului cauzează comportamentele tip ADHD. |
| 1937: | Tratamentul cu psihostimulente este folosit pentru prima dată. |
| Anii '50-'60: | Acum se crede că este o disfuncție a creierului – „disfuncție minimă a creierului”.
Psihiatrii pediatri, influențați de psihanaliză, văd în ADHD rezultatul unor probleme cauzate de părinți sau de mediul de viață (pentru unii, această atitudine a continuat să fie acceptată până în anii '90). |
| 1957: | Este introdus metilfenidatul (Ritalin). |
| 1960-70: | „Sindromul copilului hiperactiv” câștigă în popularitate.
Ritalinul este folosit pe larg și apar multe rezultate ale cercetărilor asupra stimulentei. |
| 1970-75: | Apar mesaje eronate în presă care susțin îngrijorările privitoare la medicamente.
Dieta Feingold devine populară. |
| 1975-80: | Tratamentul medicamentos ajunge să fie iar folosit pe scară largă. |

- 1980: Asociația Psihiatrică Americană folosește termenul de „sindromul deficitului de atenție“ (ADD) (DSM-III).
- 1987: Asociația Psihiatrică Americană folosește termenul de „deficit de atenție/tulburare hiperkinetică“ (ADHD) (DSM-III-R).
Campania împotriva medicației îi induce în eroare pe mulți părinți și profesioniști.
- 1990: Tomografia cu emisie de pozitroni (PET) arată că există diferențe importante între creierul afectat de ADHD și cel normal.
- 1994: Asociația Psihiatrică Americană redefinește termenul de „deficit de atenție/tulburare hiperkinetică“ ADHD DSM-IV.
- 1997: ADHD este văzut ca fiind determinat de interacțiunea a patru factori: neatenție și probleme de învățare; comportamente impulsive, slab autocontrol; prezența sau absența tulburărilor comorbide; prezența dragostei părintești sau a ostilității în mediul de viață al copilului.
- 2001: Dovezi din genetica moleculară, cercetări legate de neurotransmițători, hărți ale creierului, EEG și studii realizate în diferite culturi autentifică validitatea ADHD.