

DEFICITUL DE ATENȚIE CU TULBURĂRI HIPERKINETICE LA COPIL

Teză de doctorat efectuată de Dr. Mirela Silvia Iancu

Tema de cercetare este judicios aleasă ca subiect al tezei de doctorat, motivația majoră constituind-o:

- relativa frecvență a acestor cazuri în rândul copiilor cu probleme comportamentale;
- existența noilor achiziții în domeniu, care permit o mai bună cunoaștere a acestei entități;
- existența în patologia copilului a unor metode terapeutice variate, ce permit, dacă nu încă o „vindecare”, dar sigur o „ameliorare evidentă”.

Adaug acestor considerații faptul că în literatura de specialitate română există încă puține studii consacrate sindromului ADHD (tulburare de atenție asociată tulburării hiperkinetice).

Lucrarea elaborată de dr. Mirela Silvia Iancu este structurată în două părți: partea generală și partea specială.

I. PARTEA GENERALĂ

Partea generală cuprinde 3 capitole ce abordează probleme teoretice, cu un accent deosebit asupra achizițiilor recente în domeniu. Sunt discutate:

Caracterele definiției și criteriile de diagnostic

- *istoric*; nostalgie; etiologie (teoria disfuncției cerebrale; teoria leziunilor neurologice; teoria genetică; teoria biochimică; teoria deficitului funcției neuropsihologice; teoria inhibiției neurocomportamentale; teoria factorilor de mediu și dobândiți; teoria tulburării de adaptare; teoria mediului suprastimulant; modelul etiologic interactiv-aditiv)
- *epidemiologie*; repartiția pe sexe (mai mult la băieți)
- *diagnostic*: pus pe baza criteriilor DSM – cu limitele sale, istoric (medical; familial; al dezvoltării), examenul fizic (elemente obligatorii ale examenului fizic; trăsături dismorfice minore asociate), evaluare (proceduri de diagnostic), evaluarea comportamentului (interviul cu copilul, conversația cu copilul, scalele de evaluare)
- *diagnosticul diferențial – comorbidități de natură psihiatrică*: tulburările de opoziție, tulburările afective juvenile; tulburările anxioase; tulburările de învățare; tulburările de dezvoltare

pervazivă (tulburarea de spectru autist, sindromul Asperger); tulburările prin abuz de substanță; tulburările psihiatrice (schizofrenia); ticurile; retardul mental; tulburările de somn; tulburările endocrine; intoxicația cu plumb; mediul haotic; copii din familii disfuncționale;

Tratamentul ADHD la copil: se insistă asupra faptului că tratamentul ADHD trebuie să includă o *abordare multimodală*, ce implică o medicație judicioasă, intervenții educaționale și tratamentul psihologic adecvat. Se fac referiri largi asupra:

- terapiei nemedicamentease: psihoterapie; terapie comportamentală; terapie cognitiv-comportamentală; biofeedback (ce combină tehnicile fiziologice, cognitive și comportamentale, învățând pe copii cum să-și controleze răspunsul fiziologic la factori de stres); tratamente psihosociale (ce abordează funcționalitatea socială, emoțională și comportamentală – ce se efectuează pe grupuri de susținere, prin educarea părinților și profesorilor);
- terapiei medicamentoase:
 - medicația stimulantă (metilfenid cu diverse denumiri comerciale; stimulante noi pe bază de metilfenid; amfetamine; alte amfetamine noi); contraindicațiile stimulamentelor (reacții adverse, efecte pe termen scurt – asupra creșterii, dermatologice, neurologice, asupra somnului); interacțiuni medicamentoase;
 - medicația nestimulantă [atomoxetina; agonistii $\alpha 2$ -adrenergici; antidepressivele (tricyclice; bupropion); alte medicații utile în ADHD (venlafaxina; modafinil; sistemul receptor nicotinic); medicamente alternative (ortotimizantele, noile antipsihotice – risperidona)]; terapia ADHD la copilul mic – o dilemă pentru mulți clinicieni – încă nu este elaborat un standard de aur pentru preșcolarii presupuși a avea ADHD;
- farmacoterapia combinată (în formele refractare la tratamentul uzual; în controlul afecțiunilor comorbide);
- tratamente alternative (controversate încă):

- Tratamentul dietetic – încă controversat – dieta fără zahăr, dieta fără aspartam; dieta fără drojdie sau fungi);
Suplimentele și deficitul în dietă. Suplimentarea se face prin:
 - terapia cu megavitamine (vitamia C, piridoxină)
 - terapia cu minerale, fier, magneziu, zinc
 - terapia alternativă cu plante
 - terapia cu antioxidanți
 - terapia cu stimulante ale SNC (Ginkgo Biloba)
 - terapia cu sedative ușoare
 - terapia cu stimulante (cafeină, ceai, ciocolată)
 - supliment de acizi grași esențiali (AGE), acizi linoleic și linolenic, melatonina
 - substanțe nootrope (piracetam, deanol, lecitină ș.a.)
 - homeopatia (cu succes în Europa)
 - antrenamentul de relaxare
 - optometrie comportamentală (învățarea de către copii a unor abilități legate de capacitatea de a urmări obiecte în mișcare, de a fixa rapid și corect obiectele)
 - stimulare auditivă
 - terapia de integrare senzorială
- un capitol aparte îl reprezintă **ADHD și adolescența** (când ADHD persistă la adolescent, cu aspectele sale și atitudinea terapeutică).

Adaug din nou acestor considerații faptul că în literatura românească există încă relativ puține studii asupra ADHD la copil.

II. PARTEA SPECIALĂ

Studiul personal se desfășoară clasic, după schema: material și metodă, rezultate obținute, discutarea rezultatelor obținute, concluzii. Partea specială se desfășoară în 3 secțiuni.

Secțiunea I a părții speciale

În secțiunea I, autoarea își propune analiza sindromului ADHD la copil din punctul de vedere al principalelor caracteristici (incidență, criterii socio-demografice, factori legați de sarcină și naștere, diagnostic, comorbidități, tratament ș.a.) pe baza unui lot de 93 de copii cu ADHD aflați în evidența Secției de Recuperare Neuropsihomotorie a Spitalului Clinic de Copii Dr. Victor Gomoiu, urmăriți prospectiv pe un interval mediu de 1 an și 6 luni (limite 1-3 ani), în perioada 2004-2006.

Alegerea acestei perioade a fost luată în studiu din cauza introducerii relativ tardive în terapia ADHD a unui medicament paradoxal, nestimulant, atomoxetina

(Strattera), ce a fost aprobat în decembrie 2004, iar pacienții au putut beneficia de acest medicament abia din 2005. Al doilea medicament aprobat în iulie 2006, un stimulant, Concerta (MPH-OROS), este un preparat pe bază de metilfenidat, cu eliberare lentă și acțiune de lungă durată (12 ore), cu o unică administrare pe zi.

Evaluarea diagnosticului de ADHD s-a făcut pe baza recomandărilor AAP (*Academiei Americane de Pediatrie*), urmărindu-se:

- criteriile DSM-IV pentru ADHD
- datele de la părinți, cei ce îngrijesc copilul sau de la profesori
- evaluarea afecțiunilor comorbide și asociate ADHD

Tehnicile de evaluare a diagnosticului de ADHD au fost: examenul clinic pe aparate și sisteme, examenul neurologic, observarea comportamentului, interviu și istoric (medical, familial), măsurători de evaluare standardizate [DSM-IV(a) și scale de evaluare ADHD(b)].

Ca alte evaluări practice, s-au efectuat: consultul psihologic, CT-scan cerebral (pentru afecțiunile asociate) sau, la nevoie, MRI și EEG.

S-au notat, de asemenea, condițiile de mediu specifice fiecărui copil, nivelul de școlarizare a părinților, gradul de organizare a familiei și statusul socio-economic al acesteia.

Tratamentul a variat în funcție de: vârsta pacientului, subtipul de ADHD, gravitatea cazului, comorbidități, atitudinea părinților față de boală, complianța la tratament, medicația disponibilă. Sunt prezentate în continuare analiza tratamentului medicamentos, analiza tratamentului nemedicamentos (terapie comportamentală, psihoterapie, terapie educațională, logopedie, kinetoterapie, psihomotricitate, electroterapie), analiza terapiei combinate, consilierea familiei, sfaturi pentru pacienți mai mari ca vârstă; de asemenea, sunt prezentate metodele de evaluare a eficienței tratamentului, frecvența evaluării pacienților sub tratament, urmată de rezultatele obținute pe vârste.

Autoarea prezintă în continuare structura lotului de copii studiat, durata utilizării serviciilor secției de recuperare de către lot (93 de copii) pe: tipul de ADHD (pur, impur); subtipul de ADHD (combinat, hiperactiv/impulsiv, cu tulburări de atenție); repartizarea acestora pe vârste (copii mici – 0-3 ani; preșcolari – 4-6 ani; școlari – 7-13 ani; adolescenți – 14-17 ani); pe media de vârstă ($6,7 \pm 4,1$ ani); pe sex (25 fete, 68 băieți), sex ratio (M/F = 2,7 : 1); cele 3 loturi de pacienți (2004: 40 de copii – 29 băieți și 11 fete; 2005: 48 de copii – 34 băieți și 14 fete; 2006: 65 de copii – 47 băieți și 18 fete); distribuția pe ani, în funcție de sex a cazurilor noi; distribuția pe sex și grupe de vârstă; distribuția pe mediul de proveniență (urban, rural, cu 7 cazuri din rural și 86 de cazuri din urban); în funcție de: nivelul

de organizare a familiei, a nivelului de școlarizare a părinților; a statusului socio-economic al familiei; analiza diagnosticului de trimitere (sindrom hiperkinetic, instabilitate psiho-motorie, agitație psihomotorie, tulburări de comportament, tulburări de conduită, retard psihic sau psiho-motor, întârzierea limbajului, ș.a.).

Un subcapitol important îl constituie studiul factorilor de risc pentru ADHD (factori legați de antecedentele heredo-cerebrale, de sarcină și naștere, în raport cu vârsta gestațională, în funcție de scorul Apgar, de patologia din cursul sarcinii, de greutatea la naștere). Se prezintă clasificarea cazurilor de ADHD (tipul ADHD, subtipul ADHD-combinat, hiperactiv/impulsiv, cu tulburări de atenție, autoarea stabilind că raportul subtipurilor de ADHD în cazurile urmărite este de 17:2:1 în favoarea celui combinat), se prezintă, de asemenea, repartitia pe grupe de vârstă și pe sexe a subtipurilor de ADHD.

Analiza minuțioasă a cazurilor de ADHD continuă pe vârsta de efectuare a diagnosticului (cu un vârf la 3 ani: 25%) și momentul diagnosticării pe categorii de vârstă (cu un maxim de 40% la preșcolari).

Analiza lotului de cazuri studiat a evidențiat asocierea a multiple afecțiuni: din lotul de 93 de copii, 32 prezentau comorbidități (tulburare de opoziție: 24; tulburări de învățare: 3; tulburare de conduită: 3; ticuri: 2) Printre alte afecțiuni asociate ADHD se notează: tulburări de limbaj: 69; retard mental: 56; tulburări de dezvoltare pervazivă (tulburare de spectru autist: 21; sindrom Asperger: 1); tulburări neuromotorii: 12; epilepsie cu diverse tipuri: 12; boli genetice: 8; alte afecțiuni ale SNC: 2; hipocuzie: 5.

Se remarcă din asocierea comorbidităților psihiatrice cu alte afecțiuni că 85 de copii (91,4%) dintre cei cu sindrom ADHD prezintă afectarea organică a SNC.

Trecând în revistă tratamentul medicamentos specific ADHD, se remarcă faptul că lotul 1 este analizat în trei momente diferite: înainte de internare, în momentul internării și la externare.

Se remarcă creșterea numărului de cazuri tratate medicamentos specific (43 la externare față de 19 la momentul internării). Cele mai semnificative schimbări se realizează cu atomoxetina și risperidona, situație care reflectă tendința de aliniere la recomandările internaționale.

Secțiunea a II-a a părții speciale

În această secțiune autoarea analizează semnificația factorilor care ar putea justifica evoluția diferită a cazurilor, pe baza lotului de copii diagnosticați cu ADHD aflați în evidența Secției de Recuperare Neuropsihomotorie a Spitalului Clinic de Copii Dr. Victor Gomoiu, în perioada ianuarie 2004 – decembrie 2006.

Pacienții au fost repartizați în două grupuri, în funcție de evoluția favorabilă ($n = 30$) sau nefavorabilă ($n = 42$) a bolii și s-a făcut analiza comparativă a unor factori grupați în 7 clase după: forma de boală, perioada petrecută în secția de recuperare, factori socio-demografici, statusul familial, factori de risc legați de sarcină și naștere, afecțiunile asociate cu ADHD și factori legați de tratament.

S-au analizat 28 de factori: tipul ADHD (pur/impur), subtipul ADHD (combinat, hiperactiv/impulsiv, neatent), categoriile de vârstă, vârsta la momentul diagnosticului (vârsta medie și pe categorii), perioada medie de utilizare a serviciilor secției de recuperare, cazurile prezentate și anterior perioadei de studiu (în 2003), sexul copiilor, mediul de proveniență (urban, rural), situația familială (gradul de organizare al familiei), nivelul de educație al părinților, statusul socio-economic al familiei, antecedentele heredo-colaterale semnificative, evoluția sarcinii, vârsta gestațională, greutatea la naștere, scorul Apgar, suferința la naștere a copilului, gradul de asociere a factorilor de risc ante- și perinatali, întârzierea în dezvoltarea motorie, întârzierea în apariția și dezvoltarea limbajului, asocierea întârzierii de limbaj cu cea motorie, afecțiuni asociate cu ADHD, gradul de asociere a altor afecțiuni, tratamentul anterior prezentării (categorii), tratamentul anterior (nemedicamentos, medicamentos și/sau combinat), medicația la internare (simplă, combinată), medicația la externare și tratamentul medicamentos anterior, la internare și la externare. Se subliniază că dintre acești factori doar 7 au avut semnificație statistică în precizarea evoluției ADHD ($p < 0,05$), restul, deși fără relevanță statistică, fiind importanți în dezvoltarea tendințelor la nivelul celor două grupuri.

În concordanță cu datele din literatură, studiul evidențiază rolul tipului de ADHD și al statusului socio-economic al familiei în evoluția nefavorabilă a bolii.

Asocierea retardului mental sau a întârzierii limbajului, precum și numărul de afecțiuni asociate la ADHD predispune la evoluția nefavorabilă.

Capacitatea celorlalți factori studiați de a prezice evoluția favorabilă sau nefavorabilă a bolii se consideră că nu este semnificativă în analiza studiului efectuat de Dr. Mirela Silvia Iancu deoarece necesită evaluarea unui grup mai mare de pacienți și pe durată mai lungă de urmărire. Factorii legați de situația familiei, de sarcină și naștere, ca și de afecțiunile asociate, similar datelor din literatură, influențează negativ evoluția copiilor cu ADHD. Expunerea prenatală la fumatul matern și rezultatele negative ale intervențiilor precoce la copiii cu ADHD nu au fost evaluate în studiul de față.

Secțiunea a III-a a părții speciale

Secțiunea a III-a este dedicată părinților copiilor cu ADHD și constituie un „ABC” pentru părinți în legătură cu intervențiile comportamentale aplicate la copilul cu ADHD, alături de alte sfaturi utile acestora.

Motivația acestui ghid – despre terapia comportamentală – este justificată de autoare de observația din practică a faptului că părinților le lipsesc cunoștințele elementare despre modalitatea concretă de a se comporta în fața copilului hiperkinetic cu deficit de atenție; sunt prezentate date privind:

- stabilirea relației cu copilul
- cum se dă o comandă (enuțarea clară, directă, fără emoții) copilului
- despre răsplata
- despre pedepsă (etapele aplicării pedepsei, pierderea privilegiilor)
- greșeli întâlnite des în practică
- sfaturi utile date părinților
- principii pentru adolescentul cu ADHD
- metode importante de control al comportamentului copilului

Lucrarea prezintă un echilibru între toate părțile componente, fiind prezentată clar, în termeni riguroși științifici.

Lucrarea în ansamblu constituie o contribuție originală la cunoașterea unui domeniu de graniță al pediatriei – psihiatriei infantile, la cunoașterea unei

entități – sindromul ADHD – insuficient studiate până în prezent în țara noastră, oferind o sinteză a datelor cunoscute în acest domeniu.

Ea răspunde unei necesități obiective de cunoaștere și informare a medicului pediatru, oferind baza unei abordări diagnostice și terapeutice raționale a acestei entități.

Abordarea teoretică a problemei se bazează pe consultarea unei bogate și recente bibliografii de specialitate (364 de titluri) și constituie o trecere permanentă a cunoștințelor prin filtrul experienței personale a dr. Mirela Silvia Iancu.

Trebuie remarcat, de asemenea, și volumul mare de muncă depus de autoare la efectuarea acestei lucrări, precum și tehnoredactarea cu prezentarea grafică deosebită.

Autoarea aduce o contribuție personală valoroasă la problema cercetată, prezentând o lucrare „up-to-date” care ar necesita să fie publicată pentru a veni în sprijinul celor interesați.

Autoarea demonstrează cunoștințe solide de specialitate și calități remarcabile de cercetător.

Prin volumul deosebit de muncă desfășurat și prin calitatea și aplicabilitatea rezultatelor obținute, consider că lucrarea dr. Iancu îndeplinește exemplar condițiile cerute de regulamentele în vigoare și recomand cu căldură acceptarea sa ca teză de doctorat și efectuarea formelor de susținere în ședință publică.

Profesor Dr. Valeriu Popescu