

**PARTICULARITĂȚI CLINICO- EVOLUTIVE ALE TULBURĂRII
HIPERCHINETICE CU DEFICIT DE ATENȚIE (REVISTA LITERATURII)**
Daniel Paladiciuc, Anatol Nacu, Ghenadie Cărăușu
Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

*Clinico-evolutive particularities of Attention Deficit Hyperactivity
Disorder (ADHD) (the Literature Review)*

This article presents epidemiologic data, etiopathogenetic data, including hereditary factors, psychological stress, and influences of family climate on the Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) symptoms from the childhood to maturity. It also contains information referring to clinico-evolutive aspects of the disease, to associated diseases, and treatment strategies. Therefore, a complex therapeutical program will include specific stimulants and non-stimulants, which have shown their efficiency during different studies.

Rezumat

În articol sunt prezentate date epidemiologice, etiopatogenetice, inclusiv factorii ereditari, stresul psihologic, influența mediului familial în Tulburarea hiperchinetică cu deficit de atenție din perioada copilăriei până la maturitate. De asemenea sunt expuse particularitățile clinico-evolutive ale maladiei, asocierea bolilor concomitente, strategiile de tratament ale bolnavilor. Programului terapeutic complex va include preparate specifice stimulante și non stimulante, care și-au dovedit eficacitatea în diverse studii.

Introducere

Un lucru unanim acceptat este faptul că diagnosticarea THDA la apariția simptomelor, cresc șansele pacientului la o înțelegere și o atitudine mai tolerantă a celor din jur, părinți, educatori, învățători și alte persoane care interacționează cu el. Simptomele hiperchinetice și deficitul de atenție apar înaintea vârstei de 7 ani și cauzează tensiuni în relații cu cei din preajmă, determinând situații incomode persoanelor în îngrijirea cărora este copilul. Acesta devenind o verigă a unui lanț de conflicte acasă, la grădiniță/scoală, serviciu. O parte din simptomele de hiperactivitate, inatenție și impulsivitate se reduc pe parcursul dezvoltării individului, iar spre adolescență se „șterg”, dar la o parte semnificativă continuă să persiste până la vârstă adultă.

Pe măsura înaintării în vârstă, componentele celor șase semne/simptome necesare pentru diagnosticul THDA se modifică [1]:

Neliniștea și hiperactivitatea de la copii încep să se manifeste ca senzație de *neliniște internă*. În timp ce copilul cu THDA se simte mereu „pe picior de plecare“, aleargă, se cațără, este permanent în mișcare, adulții la care THDA a debutat în copilărie muncesc excesiv sau își aleg ocupații în care „agitația“, mișcarea sunt componente nelipsite (comis-voiajor/reprezentant de vânzări, agent de bursă).

Impulsivitatea din copilărie poate să aibă consecințe mai grave la adult. Adulții cu THDA manifestă frecvent *toleranță redusă la frustrare*, care poate să atragă instabilitate profesională și relațională, episoade explozive sau iritabile, șofat periculos.

Inatenția este fenomenul cel mai evident din punct de vedere clinic la adult și se manifestă sub forma *dificultăților de management al timpului* și de terminare sau alternare a sarcinilor.

Ca adulți persoanele diagnosticate cu THDA au raportat o afectare funcțională atât la facultate cât și la serviciu. Persoanele cu THDA au avut o probabilitate mai scăzută să mențină relații bune cu părinții și semenii, iar 28% din adulți cu THDA au divorțat în comparație cu 15% din persoanele din grupul de control [2].

În SUA studiile epidemiologice la adulți au stabilit că THDA a fost determinată într-un procent de 4 % din populația generală, peste 7 milioane de persoane [5], valoare care după unele surse corespunde cu ce a adolescenților -4% [6].

Există mulți adulți la care diagnosticul de THDA nu a fost recunoscut și pentru tratament s-a pus un diagnostic alternativ ca - anxietatea, depresia, ciclotimia, tulburarea de personalitate, tratamentul care nu și-au demonstrat eficiența [3].

Aceste date reprezintă o dovadă că simptomele întâlnite în adolescență continuă să fie prezente și în viața adultă, manifestându-se specific pe diferite planuri, relații, serviciu, social, scăzând calitatea vieții individului prin adaptările problematice cu care este confruntat zilnic.

Aspecte evolutive

Simptomele din THDA în special când nu sunt corect tratate, pot avea un impact major asupra vieții pacienților și asupra celor care vin în contact cu ei. Putem întâlni ca simptomatologie probleme de comportament, rezultate școlare și academice slabe, dificultăți sociale, probleme în găsirea unui loc de muncă, abuz de droguri și pericol de a se răni.

În studiul prospectiv de urmărire a 142 de adolescenți diagnosticați cu THDA în copilărie au fost monitorizați la adolescență la vârsta de 13-18 ani și s-a evaluat riscul abuzului de substanțe în comparație cu o 100 de adolescenți de aceeași vârstă. Probanzii au arătat un consum crescut de alcool, țigări și droguri în comparație cu grupul de control. Printre probanzii cu simptome severe de atenție în copilărie s-a corelat cu folosirea mai multor substanțe, iar cei cu simptome tulburării de opozante și tulburări de conduită au rezultat folosirea drogurilor și probleme de comportament [4].

Famiile persoanelor afectate de THDA se confruntă cu un nivel ridicat de stres, depresie, numeroase probleme maritale, schimbarea frecventă a locului de muncă. Putem vedea cum problemele menționate mai sus persistă de la vârsta preșcolară și școlară până la adolescență și vârsta adultă, dar THDA are impact diferit.

Astfel, în perioada **preșcolară** predomină tulburările de comportament, la vârsta școlară se adaugă problemele academice, dificultățile de interacțiune socială și stima de sine scăzută. La adolescență apar probleme cu legea, abuzul de substanțe și riscul de autorânire. Adulții pot să se confrunte și cu probleme de cuplu și șomaj [8].

Copilul are o capacitate de concentrare a atenției scăzută, dificultăți de control a atenției, manifestate prin impulsivitate comportamentală și cognitivă, precum neliniște și nerăbdare. Acești copii nu stau pe loc - „țopăie într-una”, au dificultăți de relaționare cu ceilalți. Aceste particularități îi fac să fie mereu în dezacord cu adulții și să nu fie acceptați de cei de aceeași vârstă. Au dificultăți școlare care nu se datorează întârzierii mintale, ci lipsei de atenție, dezorganizării comportamentului și stilului cognitiv impulsiv [7].

În familie, rezolvarea temelor pe acasă devine o problemă centrală, mai mult ca atât, de multe ori acești copii au performanțe școlare slabe și dificultăți în însușirea scrisului și cititului.

La adolescent neliniștea corporală se diminuează o dată cu intrarea în pubertate. Faptul că diminuarea neliniștii motorii la această vârstă apare cu regularitate este pusă pe seama proceselor de maturizare a creierului. O dată cu vârsta se reduc și problemele de concentrare și impulsivitatea copilului, dar acestea rămân totuși mai accentuate decât la alți copii. În cazul copiilor cu probleme mai puțin intense sunt greu de remarcat diferențele comparativ cu copii de aceeași vârstă. Adolescenții, care în copilărie erau agresivi, dezvoltă tot mai multe probleme de socializare, care iau forma absenteismului școlar, a minciunii și a furtului. Unii copii se orientează spre consumul de alcool și droguri, iar cei care au avut sentimente negative față de școală dezvoltă o aversiune intensă împotriva lucrurilor legate de performanțele școlare. Deseori poate apărea teama de eșec, care poate avea un rol central, urmările sunt abandonul școlar sau reșcolarizarea [9].

Adultul cu THDA descrie un tablou, care scoate în evidență trăsăturile de adaptare socială ca: întârzierile și uitările cronice, anxietatea, scăderea stimei de sine, probleme de angajare în diverse locuri de muncă, dificultăți în a-și controla furia, impulsivitate, abuz sau dependență de substanțe, scăderea toleranței la frustrare, plictiseală cronică, tărăgănări, amânări, dificultăți de concentrare în timpul lecturii, dificultăți specifice de învățare, oscilații emoționale, distimie, ciclotimie, depresie. Persoanele cu THDA sunt etichetate de cei din

anturaj ca fiind plictisitoare, leneșe, nemotivate, impertinente, uituce, de neîncredere, dificile, zăpăcite, persoane cu care este greu să trăiești.

Este demonstrat că subiecții cu această tulburare, au performanțe profesionale mai reduse și realizări ocupaționale mai puține; în plan social au statul socio-economic mai scăzut, neglijează frecvent regulile de circulație pe drumurile publice, folosesc mult mai frecvent substanțe în mod ilegal și raportează mai des probleme de adaptare psihologică [10]. Adultul poate să dezvolte mecanisme de compensare a hiperchineziei, implicându-se în multiple activități în același timp, încearcă să rezolve anumite probleme, prin forțarea evenimentelor de moment.

Hiperactivitatea „motor” poate fi tradusă printr-un sens subiectiv ca nestatornicie, dificultăți de relaxare și a sta așezat, și disforie când este inactiv. **Deficitul de atenție** poate să persiste prin lipsa de concentrare la detalii, necesitatea de a reciti materialele de mai multe ori, uită de activități și întâlniri, pierde lucruri și pierde sensul conversației. **Gândurile împrăștiate** se exprimă cu comportamentul de a fi „pe picior de plecare” tot timpul. **Dispoziția** se schimbă repede în depresie sau iritabilitate și temperamentul interferează în relațiile interpersonale. **Dezorganizarea** este proeminentă, sarcinile nu sunt terminate, rezolvarea problemelor este lipsită de strategie și întâmpină dificultăți în programarea timpului. **Impulsivitatea continuă**, în echipa de lucru rezolvă problemele cu o inițiere și terminare bruscă a relațiilor, are o tendință de a lua rapid și ușor decizii fără o deplină analiză a situațiilor [11].

Atunci când este posibil, adulții încearcă adesea să-și compenseze abilitățile organizatorice limitate cu ajutorul asistenței din partea personalului subordonat [12]. Adulții cu THDA întâmpină greutăți în „funcționarea executivă”, astfel că îndeplinirea sarcinilor complexe devine obositoare și dificilă.

Etiopatogenie

Tulburarea hiperchinetă nu implică nici o etiologie specifică. Teoriile și ipotezele etiologice abundă, dar nici una nu este în totalitate satisfăcătoare. Sindromul hiperchinetă este, fără îndoială, expresia simptomatică a unor varietăți de factori, de aceea unii autori preferă termenul de „sindrom” și nu pe cel de tulburare hiperchinetă tocmai că nu există suficiente argumente pentru a determina această entitate [7]. La formularea diagnosticului, medicii din Republica Moldova adaugă sindromul hiperdinamic sau hiperchinetă la tulburarea de bază.

O mare parte din studii susțin teoria precum că THDA este o tulburare familială și în care există modificări în metabolismul monoaminelor și în funcționarea circuitelor neuronale fronto-striate. THDA are originea în creier la nivelul moleculelor, care reglează transmiterea semnalelor între neuroni și este cauzat pe de o parte de acțiunea diminuată a dopaminei, în regiunea frontală, și pe de altă parte de deficiența noradrenalinei în sistemul reticular, cele două regiuni fiind responsabile de reglarea învățării, autocontrolului, inhibării și motivației. Medicamentele care stimulează sistemul nervos central, cresc nivelul de noradrenalină în sistemul reticular și pe cel al dopaminei în lobul frontal [16].

Hiperactivitatea sau incapacitatea de control a impulsurilor observate la copii cu THDA sunt corelate cu răspunsul noradrenergic neadecvat din locus coeruleus. Eficacitatea tratamentului cu psihostimulante se explică prin inhibiția activității din locus coeruleus via agonism adrenergic și prin creșterea eficacității dopaminei [17].

Multe studii familiale confirmă riscul crescut pentru THDA la rudele de gradul I. Frații buni ai probanzilor cu THDA au un risc de boală de 5 ori mai mare decât frații vitregi, băieții au un risc mai mare decât fetele să facă această patologie [18].

Deficitul de atenție cu hiperchinezie are o ereditabilitate medie de 75% și este cea mai frecventă tulburare întâlnită la copiii și adolescenții băieți descendenți din părinți cu bolile majore (boala bipolară, depresia majoră unipolară recurentă și schizofrenie), precum și la descendenții băieți ai părinților alcoolici. Studii longitudinale efectuate pe copii cu THDA care au trăit pierderi sau separări timpurii, dovedesc importanța deprivării materne [20].

Studiile familiale sugerează că ar exista niște “linkuri genetice” între depresie și THDA. Biederman et al.[31] a găsit o rată a THDA-lui semnificativ crescută pentru rudele copiilor cu THDA cu sau fără depresie în comparație cu rudele copiilor din lotul de control. Acesta sugerează că pentru unii copii gene asemănătoare pot contribui la THDA, pe când la alții pot contribui la depresie sau la ambele tulburări.

Faptul că tulburarea hiperchinetică se întâlnește frecvent la descendenții părinților cu tipuri diferite de tulburări psihice și faptul că numai o parte din foștii copii hiperchinetici dezvoltă ulterior boli psihice majore chiar în prezența predispoziției familiale sprijină ideea că această tulburare este un marker fenotipic de dezvoltare nespecific al încărcăturii familiale psihiatrice [19].

Într-un studiu longitudinal al lui Biederman et al. (1996) pe un eșantion de băieți hiperchinetici cu vârsta între 6 și 17 ani urmăriți timp de 4 ani arată că pe măsura înaintării în vârstă un procent însemnat de copii hiperchinetici evoluează către tulburări anxioase și depresive, tulburări de personalitate, boală bipolară și schizofrenie [30].

Factori dobândiți. Factori care s-au dovedit a se corela semnificativ cu THDA [20]:

- toxemia gravidică-distressul fetal, infecțiile neonatale (virusul rubeolei, toxoplasmei sau citomegalovirus), complicațiile la naștere s-au corelat semnificativ cu hiperactivitatea și comportamentul disruptiv. Disfuncția cerebrală datorată acestor factori poate afecta aproximativ 10% dintre copii cu THDA.
- greutatea mică la naștere, encefalitele, meningitele în primul an de viață, pot fi considerați factori de risc pentru comportamentul disruptiv și THDA. Traumatismul cranian-reprezintă la fel un factor de risc pentru THDA. Severitatea injuriei, localizarea și vârsta la care au avut loc definesc relația între traumatism și apariția ulterioară a modificărilor de comportament.

Comportamentul parental. Se consideră că mamele acestor copii nu sunt foarte atente și receptive la cerințele lor, ceea ce reflectă mari probleme de atașament mamă-copil. Părinții copilului se dovedesc uneori inabili în ași controla copilul, sunt pasivi sau acceptă foarte multe, sunt foarte toleranți. După tratamentul cu stimulante a copiilor [21], comportamentul părinților devine mai adecvat și aceștia încep să-și accepte copilul.

Experiența timpurie - copii separați de părinți în primul an de viață și instituționalizați pentru 2-3 ani și apoi adoptați de familii corespunzătoare pot continua să aibă probleme de tip hiperchinetice [22].

Epidemiologie

Prevalența elevilor din școală în Statele Unite este între 3%-7% (DSM-IV-TR 4th ed. 2000) din care 6-8% la copii și 4% la adolescenți [23].

Datele epidemiologice diferă în funcție de zona geografică (Chang, 2002) [24]. Un aspect interesant este legat de raportul între bărbați și femei considerat 4:1 în copilărie [25], dar la vârsta adultă după unii autori [24, 26, 27] raportul tinde să scadă, chiar să se egaleze.

Într-un studiu de comparație între băieți și fete cu THDA, ambele sexe fiind comparate în funcție de rata inatenției, impulsivității, hiperactivității și comorbidității, frecvența tulburărilor de conduită a fost aproximativ de 20% la băieți și 8% la fete. Tulburarea de opoziție s-a manifestat la 62% la băieți în comparație cu 32% la fete [28]. Aceasta poate însemna că probabilitatea băieților de a ajunge în vizorul medicilor este mai mare ca cea a fetelor.

Studiile epidemiologice confirmă menținerea simptomelor THDA la cel puțin 15% dintre subiecții cu vârstă adultă. În SUA THDA afectează 4,4% dintre adulți și se corelează semnificativ cu sexul masculin, statutul de neangajat, căsătorii anterioare, rasa albă [29].

În studiile făcute de Grigoriu-Șerbănescu et al., 1989, 1991a, 1991b, pe descendenții bolnavilor cu boală afectivă bipolară și depresie majoră unipolară recurentă s-a constatat că în perioada de vârstă 10-17 ani tulburarea hiperchinetică este cea mai frecventă tulburare la acești copii. La descendenții din părinți cu boală bipolară indiferent de sex tulburarea hiperchinetică a

avut o frecvență de 21% față de 7% în eșantionul apariat de copiii descendenți din părinți normali ($p < 0.005$) [32, 33, 34].

A. Comorbiditatea THDA la copii.

THDA este o tulburare cu un grad ridicat de comorbiditate. Sunt puncte de vedere desprinse din observarea comportamentului la acești copii pentru că întrădevăr, foarte frecvent copilul hiperchinet cu deficit de atenție și impulsivitate își pierde controlul, este nerăbdător, sfidează autoritatea adultului, nu respectă regulile, este agresiv și comite acte antisociale. Se poate spune că îndeplinește atât criteriile pentru THDA, cât și pentru tulburarea de opoziție și pentru tulburările de conduită⁷.

S-a constatat că până la 40% dintre copii cu THDA au **tulburări opoziționale**, iar 20% au **tulburări de comportament** și 10-20% au **tulburări de dispoziție și de anxietate**. Numai 7% au **ticuri sau sindrom Gilles de la Tourette**, dar 60% dintre cei cu ticuri au de asemenea THDA. Riscul unei psihopatologii târzii crește semnificativ dacă THDA este lăsat netratat [9].

Date asemănătoare prezintă Döpfner 2000, clasifică ca foarte frecventă asocierea tulburării de opoziție sau tulburarea de comportament peste 50% din cazuri; ca frecvente - tulburările specifice de învățare, tulburarea anxioasă și tulburarea dezvoltării coordonării până la 50%, ca frecvență redusă tulburarea depresivă și ticurile sub 20%, ca rare - tulburările spectrului autist și retardarea mintală. Mai mult de 85% au cel puțin o comorbiditate și 60% au peste de 2 comorbidități [35].

Rata tulburărilor bipolare la copii a fost subestimată. Ca și în depresie manifestările tulburărilor la copil, sunt diferite de cele de la adult, fiind dificil de făcut distincția cu dezvoltarea normală. Copilul cu manie manifestă mai degrabă iritabilitate, furie, opoziționism sau comportament agresiv decât euforie. Simptomele ca grandoare, accelerarea gândurilor și vorbirea sub presiune sunt totuși frecvent întâlnite. Izbucnirile maniacale la copii pot fi intense dar relativ scurte și se pot termina ca rezultat cu „furtuni afective” [13].

Este specific, suprapunerea maniei și THDA cu respectarea distractibilității, hiperactivității fizice și „vorba multă”. De aceea copilul cu THDA fără comorbiditate nu va manifesta perturbări afective, prezența instabilității afective sugerează coexistența tulburării bipolare [14].

Există o rată crescută a comorbidităților THDA și depresie. În studiul de urmărire pe termen lung de Biederman et al [30] s-a găsit o rata depresiei majore de 30% la copii diagnosticați cu THDA. La 4 ani rata a fost de 40% la copii cu THDA în comparație cu aproximativ 5% copii-control. În studiul aceluiași autor [37] copiilor cărora li s-a atribuit depresie severă sau medie le-au fost găsite 70% comorbiditate cu THDA.

Butler et al. [38] a observat printre copii spitalizați cu THDA (N76), că 36% au avut depresie, 22% au avut tulburări bipolare, 3% distimie și 8% psihoză afectivă. Doar 31% nu prezentau diagnostic de tulburare afectivă.

B. Comorbiditatea THDA la adult

Comorbiditatea THDA la adult este cel mai fervent legată de tulburările afective (depresia majoră, tulburarea afectivă bipolară, distimie), tulburări anxioase, abuzul sau dependența de substanțe, tulburări de personalitate și comportament antisocial. Instabilitatea emoțională este extrem de comună la adulții cu THDA și poate conduce la un diagnostic de tulburare afectivă minoră sau tulburare de personalitate. Experiența clinică sugerează că instabilitatea emoțională în contextul THDA răspunde frecvent la stimulante³⁹.

Descrierile din literatură arată că tinerii adulți cu THDA au o rată crescută de tulburări ale dispoziției, tulburări anxioase, dependențe de substanțe, tulburări antisociale în comparație cu subiecții de control [40].

Tulburările afective bipolare la adult includ câteva simptome foarte asemănătoare ca cele din THDA. Ambele sunt caracterizate de activitate crescută, distractibilitate, inatenție și instabilitate a dispoziției. Starea dispoziției în THDA este iritabilă și capricioasă, mai degrabă

conținând elemente de euforie și grandiozitate. Traseul adultului cu THDA are un caracter persistent, foarte dificil de episodul de manie și/sau depresie caracteristic tulburării bipolare [15].

La adulții cu THDA se consemnează incidența crescută a trăsăturilor dizarmonice ale personalității (May și Bos, 2000) [41]. Cel mai frecvent se întâlnesc ușoare trăsături histrionice, dar în prezența și a unei tulburări comorbide se constată și stiluri de personalitate evitante și dependente. Cei care au și o tulburare opozițională sfidătoare manifestă adeseori trăsături evitante, narcisice, antisociale, agresiv-sadice și negativiste.

Thomas Spencer MD [36] a stabilit o relație între THDA și tulburările depresive la copii și adulți cărora li s-a atribuit THDA și a depistat o incidență crescută a depresiei la aceștia așa cum și la indivizii cărora li s-a atribuit depresie au arătat rate crescute de THDA. Asocierea tulburărilor afective complică tratamentul THDA de aceea și tratamentul tulburărilor afective în aceste cazuri este obligatoriu.

Tratament

Un tratament eficient presupune un diagnostic corect și o evaluare exactă a abilităților și problemelor copilului, adultului. Tratamentul THDA este unul farmacologic, psihoterapeutic și prin strategii psihosociale și de management comportamental.

Asociația Americană de Psihiatrie recomandă pentru tratamentul THDA la copii terapia comportamentală, care reprezintă un set specific de intervenții prin care părinții și profesorii învață tehnici comportamentale, cum ar fi sistemul de întăriri care modifică comportamentul indezirabil al copilului. Copiii dezvoltă abilități de rezolvare a problemelor, abilități de comunicare și de autoafirmare.

La copii cu hiperactivitate de grad redus, care nu ating intensitatea condiției mai severe de tulburarea hiperkinetică, trebuie căutate cu atenție cauzele de fond cum ar fi dezabilitățile de învățare, deficitul auditiv, stresurile familiale, perturbările atașamentului și tulburările emoționale. Managementul specific al cauzei de fond este esențială, la acei la care se depistează o astfel de cauză [42].

Pentru tratamentul THDA la vârsta adultă se poate apela la terapia combinată medicamentoasă cât și psihoterapeutică, sau la ședințe de consiliere individuală și de dezvoltare a abilităților.

În sesiunile de dezvoltare a abilităților se învață un bun management al timpului, tehnici de organizare și în plus, sunt incluse ședințe de consiliere academică și vocațională.

Clinicienii cu experiență în tratarea adulților cu THDA, folosesc o varietate de intervenții psihologice, incluzând educația despre boală, implicare în grupe de suport traininguri pentru îndemânare (ex. Vocaționale, organizaționale, programarea timpului, finanțelor) [43].

Tratamentul psihostimulant este utilizat de peste 50 ani, în principal în SUA și numeroase rapoarte le dovedesc utilitatea, iar teama din ce în ce mai mare că prin psihostimulante copilul poate deveni dependent de acestea nu s-a confirmat în mod științific [9].

Mai mult ca atât s-a evidențiat faptul că tratamentul cu stimulante a THDA a scăzut substanțial riscul suplimentar a abuzului de substanțe la pacienții care au avut probleme acute cu abuzul de substanțe [42].

National Institute of Mental Health (NIMH) [45] a desfășurat un studiu cunoscut sub denumirea Multimodal Treatment Study of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder MTA. Studiul MTA a inclus 579 de copii școlari băieți și fete, diagnosticați cu THDA împărțiți câte 95-98 în 6 loturi și randomizați în 4 programe de tratament:

- 1) doar tratament medicamentos;
- 2) doar psihoterapie comportamentală;
- 3) combinație tratament medicamentos cu psihoterapie comportamentală și
- 4) ajutor comunitar de rutină.

În fiecare lot de studiu 3 grupe au urmat de la început timp de 14 luni un protocol specific, iar a 4-a grupă i s-a atribuit tratament comunitar ales de părinți. Împreună cu părinții și profesorii au fost apreciate hiperactivitatea, impulsivitatea, inatenția simptomele de anxietate și depresie și de asemenea îndemânarea socială. Rezultatul studiului pe termen lung a arătat că tratamentul combinat și tratamentul mecamentos singur au fost superior psihoterapiei comportamentale și tratamentului comunitar de rutină. Pe axa anxietate, performanțe academice, comportament opozant sfidător, relații părinți-copii și îndemânarea socială tratamentul combinat a fost de asemenea superior. Un alt avantaj al tratamentului combinat a fost acela că dozele scăzute de medicament au fost mai eficiente decât în grupul cu medicație simplă.

Cercetătorii au raportat recent un studiu controlat de combinare a stimulanelor cu terapia cognitiv-comportamentală (TCC), la 45 adulți cu THDA. Subiecții au primit 6 luni de TCC împreună cu amfetamine. Majoritatea subiecților aveau tulburări de anxietate sau afective. Terapia cognitiv-comportamentală a fost focalizată pe eliminarea gândurilor neproductive și patternurilor comportamentale și dezvoltarea strategiilor de „coping”. Terapia a fost adresată tipurilor negative de gândire „N-am încredere în mine” și „Nu sunt bun, potrivit”. În general subiecții și-au îmbunătățit gradul clinic al simptomelor THDA, dispoziția depresivă și anxietatea [46, 47].

Majoritatea autorilor afirmă că adulții cu THDA răspund foarte bine la tratament farmacologic [48], totuși alții sunt de părere că rata răspunsului cu stimulante la persoanele adulte este inferioară ratei răspunsului la același tratament la copii.

Noile preparate includ 12 ore de acțiune a methylphenidat –Concerta, 10 ore de acțiune a methylphenidat – Ritalin LA, Metode CD, 6 ore de acțiune a dextroamfetaminei – Focalin și 12 ore de acțiune dextroamfetaminei Adderall XR [43].

Atomoxetina este primul medicament non-stimulant special pentru tratamentul THDA. Terapia cu atomoxetină reprezintă o opțiune pentru adulții care nu au tolerat stimulantele, nu au răspuns la ele. Reacțiile adverse tind să scadă în severitate și se stabilesc la 3 luni de administrare a tratamentului [49]. Atomoxetina, care este un preparat relativ nou pe piață și este utilizat în țările dezvoltate de mai mulți ani, în țara vecină România din anul 2004, iar în Republica Moldova întârzie să apară.

Scopul pe termen lung este menținerea medicației, până când maturitatea copilului și învățarea unor abilități cognitive vor face ca medicația să nu mai fie necesară.

În șase studii dublu-orb [50, 51], controlate placebo (n= 1109) la copii și adolescenți cu THDA, atomoxetina a ameliorat simptomele THDA în comparație cu placebo, fapt demonstrat de ameliorările semnificative statistic ale scorului total la *Attention Deficit Hyperactivity Disorder Rating Scale* (THDA RS)

Concluzii

1. Din datele prezentate în diverse studii conchidem că evoluția THDA are o traiectorie dublă, pe de o parte simptomele se ameliorează până la dispariție în perioada adolescenței, pe de altă parte se agravează până la diverse tulburări anxioase, depresive, tulburări de personalitate, boală bipolară și schizofrenie.
2. Necunoașterea sigură a cauzelor de apariție a THDA determină și o abordare diversificată de la informare despre boală, consiliere, psihoterapie la tratament mecamentos specific și tratamentul comorbidităților, ceea ce implică multe eforturi medicale, financiare și organizatorice.
3. Accesul la diferite metode de tratament mecamentos cât și psihoterapeutic trebuie să fie cât mai facil atât adulților cât și copiilor care au mai multe șanse să evite consecințele, stigmatizării și să se integreze cât mai bine social.

Bibliografie

1. Adler L.A., Cohen J. (2003) Adult THDA: recent advances in diagnosis and treatment. www.medscape.com/view_program/2054_pnt.
2. Faraone, SV, Biederman J. Adolescent predictors of functional outcome in adult THDA: a population survey. Program and abstracts of the American Psychiatric Association 2005 Annual Meeting; May 21-26, 2005; Atlanta, Georgia. Poster NR 458.
3. Asherson Ph., Chein W. Craddock B&Tazlor E. 2007 Adult attention-deficit hyperactivity disorder: recognition and treatment in general adult psychiatry British Journal of Psychiatry 190, 4-5.
4. Brooke S. G. Molina, William E. Pelham, Jr. Childhood predictors of Adolescent Substance Use in a Longitudinal Study of Children With THDA, Journal of Abnormal Psychology 2003, vol 112, No.3, 497-507
5. Barkley RA. In: Murphy KR, Galdon M, eds. 1998:83.
6. Goldman LS, et al. JAMA 1998;279:1100-1107.
7. Dobrescu I. Psihiatria copilului și adolescentului, ghid practic, Editura medicală București 2005-167, 168, 170, 174, 179, 180
8. Jan Croonenberghs Diagnosticul, managementul și comorbiditățile THDA, Revista română de sănătate mintală, vol 15, nr.1 p30-31, 2007
9. Döpfner M., Schürmann S., Lehmkuhl G. Copilul Hiperactiv și încăpăținat, ghid de intervenție pentru copii cu tulburări hiperchinetice și opoziționale, editura RTS, Cluj-Napoca, 2006, 29
10. Biederman J, Petty C, Fried R. Et al. Impact of Psychometrically Defined Deficits of Executive Functioning în Adults With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Am.J.Pszchiatry, 2006; 163:1730-1738.
11. Asherson Ph., Chein W. Craddock B&Tazlor E. 2007 Adult attention-deficit hyperactivity disorder: recognition and treatment in general adult psychiatry British Journal of Psychiatry 190, 4-5.
12. Weiss MA, Hechtman LT, Weiss G. (1999) THDA in Adulthood: A Guide to Current Theory, Diagnosis, and Treatment. Baltimore. Johns Hopkins University Press.
13. Davis RE. Manic-depressive variant syndrome of childhood: a preliminary report. Am J Psychiatry. 1979;136:702-706.
14. Steffany J. Fredman, MA Martin L. Korn, MD , THDA and Comorbidity 154th Annual Meeting of the American Psychiatric Association | Eating Disorders and THDA
15. Asherson Ph., Chein W. Craddock B&Tazlor E. 2007 Adult attention-deficit hyperactivity disorder: recognition and treatment in general adult psychiatry British Journal of Psychiatry 190, 4-5.
16. Jan Croonenberghs Diagnosticul, managementul și comorbiditățile THDA, Revista română de sănătate mintală, vol 15, nr.1 p30-31, 2007
17. Weinberg N.Z. Rahert E., Colliver J.D., Glanz M.D. Adolescence substance abuse: A review of past 10 years, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, (1998), 37:252
18. Faraone SV, Biederman J., Milberger S.- How reliable are maternal reports of their children psychopathology? One year recall of psychiatric diagnoses of THDA children- Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1995) 34:1001-1008
19. Maria Grigoriu-Șerbănescu, Deficitul atențional cu hiperchinezie-precursor nespecific al bolilor psihice majore, Revista romana de psihiatrie 3-4/2006
20. Kaplan & Sadock- Comprehensive Textbook of Psychiatry Ed7, Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore (2000)
21. Barkley, R.A., - Hyperactive girls and Boys: Stimulant drug effects on mother-child interaction – Journal of Child Psychology and Psychiatry. (1989) 30, 379-90

22. Gorski R.A.- Development of the cerebral cortex XV- *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* (1999); 38:344
23. Goldman LS, et al. *JAMA* 1998;279:1100-1107
24. Chang K.D. (2002) Attention deficit/hyperactivity disorder. www.emedicine.com Last updated December 9.
25. Cantwell DP. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35(8)
26. Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy&Padula M. Adult outcome of hiperactive Boys. Education Achievement, occupational rank and psyhiatric status
27. Patrick Stern H., Garg A., Stern T.P. (2002) When children with attention-deficit/hyperactivity disorder become adults. *South Med J.* 95(9):985-991.
28. Biederman J, Faraone SV, Mick E, et al. Clinical correlates of THDA in females: findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999;38:966-975 .
29. Faraone SV, Biederman J, Spencer Th et al. Diagnosing Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Are Late Onset and Subthreshold Diagnoses Valid *Am.J.Pszhiatrz*, 2006 163:1720-1729.
30. Biederman J, Faraone SV, Milberger S, Guite J, Mick E, Chen L, Mennin D, Marrs A, Quелlette C, Spencer T, Norman D, Wilens T, Kraus I, Perrin J (1996). A prospective follow-up study of attention-deficit hyperactivity and related disorders. *Arch Gen Psych*, 53: 437-446
31. Biederman J, Faraone SV, Keenan K, et al. Further evidence for family- genetic risk factors in attention deficit disorder: patterns of comorbidity in probands and relatives in psychiatrically and pediatrically referred samples. *Arch Gen Psychiatry.* 1992;49:728-738.
32. Grigoriu-Serbănescu M, Christodorescu D, Jipescu I, Totoescu A, Marinescu E, Ardelean V (1989). Psychopathology in children aged 10-17 of bipolar parents: psychopathology rate and correlates of the severity of the psychopathology, *Journal of Affective Disorders*, 16, 167-179.
33. Grigoriu-Serbănescu M, Christodorescu D, Magureanu S, Jipescu I, Totoescu A, Marinescu E, Ardelean V, Popa S. (1991a). Adolescent offspring of endogenous unipolar depressive parents and of normal parents. *Journal of Affective Disorders*, 21, 185-198.
34. Grigoriu-Serbănescu M, Christodorescu D, Totoescu A, Jipescu I, Marinescu E, Ardelean V. (1991b). Depressive disorders and depressive personality traits in offspring aged 10-17 of bipolar I and normal parents, *The Journal of Youth and Adolescence*, 2, 135-148 .
35. Döpfner M, Frölich J, Lehmkuhl G. *Hyperkinetische Störungen. Leitfaden Kinder und Jugend psychotherapie, Band 1.* Göttingen: Hogrefe; 2000
36. Spencer TJ. Depressive disorders and THDA. Program and abstracts of the 154th Annual Meeting of the American Psychiatric Association; May 5-10, 2001; New Orleans, Louisiana. Industry Symposium 46C
37. Biederman J, Faraone SV, Mick E, Lelon E. Psychiatric comorbidity among referred juveniles with major depression: fact or artifact? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1995;34:579-590
38. Butler SF, Arredondo DE, McCloskey V. Affective comorbidity in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Ann Clin Psychiatry.* 1995;7:51-55.
39. Asherson Ph., Chein W. Craddock B&Tazlor E. 2007 Adult attention-deficit hyperactivity disorder: recognition and treatment in general adult psychiatry *British Journal of Psychiatry* 190, 4-5.

40. Biederman J, Faraone SV. Economic impact of adult THDA. Program and abstracts of the American Psychiatric Association 2005 Annual Meeting; May 21-26, 2005; Atlanta, Georgia. Poster 289.
41. May B., Bos J. (2000) Personality characteristics of THDA adults assessed with the Million Clinical Multiaxial Inventory–II: evidence of four distinct subtypes. *J Pers Assess.* 75:237–248.
42. Taylor D., Paton C., Kewin R.- Ghid de terapie psihiatrică Ed 7 Editura medicală, București, 2005, P178
43. Weiss, M&Murraz, C. 2003, Assessment and management of atențion deficit hiperactivity disorder in adults. *Canadian Medical Association Journal* 168, 715-722.
44. Wilens TE, Faraone SV, Biederman J., Gunawardene S. Does stimulant Therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics* 2003 111 (1): 179-185.
45. The MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of tretment strategies for attention deficit hyperactivity disorder (THDA). *Archives of General Psychiatry*, 199;56:1073-1086.
46. Rostain A, Ramsay R. A combined treatment approach for adults with THDA: results of a pilot study of 45 patients. Program and abstracts of the American Psychiatric Association 2005 Annual Meeting; May 21-26, 2005; Atlanta, Georgia. Scientific and Clinical Report Session No. 8
47. Wilens T, Mc Dermatt S Cognitive Therapy for adults with attention deficit hyperactivity disorder, In Brown TE, editor Attention-deficit disorders and comorbities in children, adolescents, and adults Washinton: American Psihiatric Press.2000, p 569-607.
48. Ratey JJ, Hallowell EM, Leveroni CL, Pharmacoterapy for THDA in Adults. CHADD, Maryland Chapter. 2006; www.chaddmc.org)
49. Wilens TE, Spencer TJ, Biederman J. A review of the pharmacotherapy of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Atten Disorder* 2002; 5 (4) 189-202-
50. Michelson D., Allen A.J., Busner J., et al. (2002) Once-daily atomoxetine treatment for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: A randomized, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry.* 159:1896–1901.
51. Michelson D., Faries D., Wernicke J., et al. (2001) Atomoxetine in the treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomized, placebo-controlled, dose-response study. *Pediatrics.* 108(5):e83.

TULBURĂRI AFECTIVE ȘI ENDOCRINE ÎN REMISIUNEA DEPENDENȚEI DE ALCOOL

Ion Coșciug, Inga Deliv

Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

The affective and endocrine disorders in alcohol addiction remission

Clinical examination (clinical and psychological tests) and paraclinical investigation (hormones blood level measurement: adrenocorticotropin, cortisol, prolactin) on a lot of 155 alcohol addicted patients during the onset of remission stage of the disease showed the presence of some affective disorders (anxiety, depression, dysphoria) as well as endocrine disturbances compared to people from the control group (the same age and biological sex healthy persons). The changes detected in alcohol addicted patients during remission, may be the cause of early recurrences of the disease.