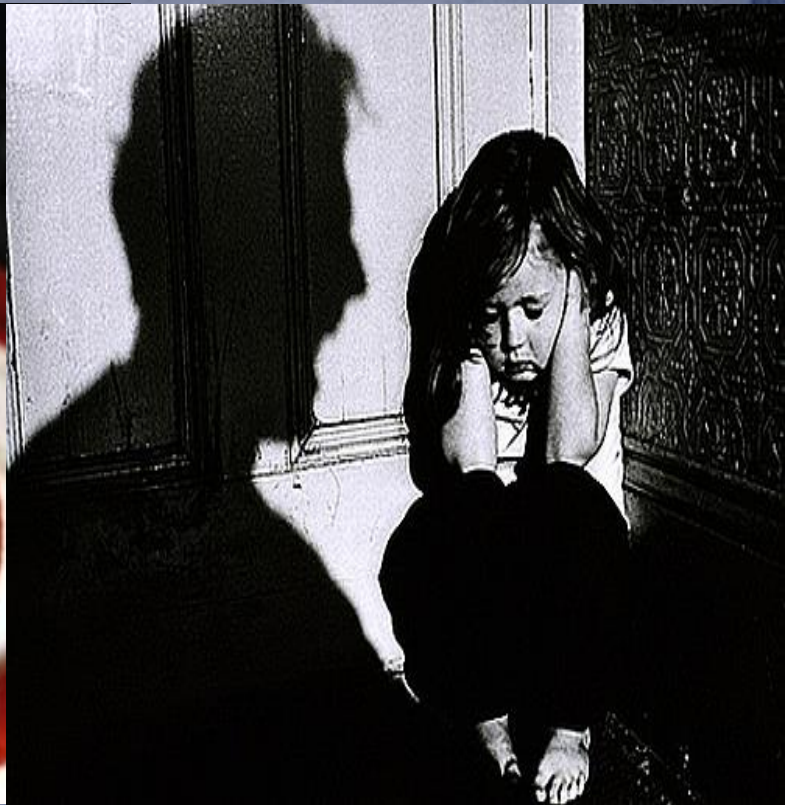


COPILUL ABUZAT



Copiii maltratați îmbatranesc mai repede!



ABUZUL ASUPRA COPIILOR

Abuzul = reprezinta toate formele de rele tratamente fizice sau emotionale, abuz sexual, neglijare sau alt tip, ale caror consecinte sunt daune aduse sanatatii copiilor, supravietuirii, sanatatii , periclitand astfel viata, dezvoltarea fizica, mentala, spirituala, morala, sociala a copilului.



Copilul nu este niciodată vinovat pentru abuzul asupra lui!

Forme ale abuzului asupra copiilor :

- **Abuzul fizic** = reprezinta actul deliberat al adultului prin care provoaca o suferinta fizica copilului: lovituri, batai, muscaturi, arderea, oparirea, scuturarea copilului, inteparea, sufocarea, taieturi sau vanatai.
- **Abuzul emotional** = consta in expunerea repetata a unui copil la situatii al caror impact emotional depaseste capacitatile sale de integrare psihologica – umiliri verbale, amenintari verbale repetate, care fac ca copilul sa se simta trist, fara valoare si nedorit.

- **Neglijarea severă** reprezintă omisiunea voluntară sau involuntară a unei persoane care are responsabilitatea creșterii, îngrijirii, educării copilului de a lua orice măsură subordonată acestei responsabilități, fapt care pune în pericol dezvoltarea fizică, mentală, socială, morală a copilului.
- **Abuzul sexual** = constă în expunerea, implicarea, obligarea unui copil la acte sexuale cu contact și fără contact (prin avansuri, propuneri, mangaieri), de către o persoană de sex diferit sau de același sex cu copilul.
 - ✓ Copiii care au fost expuși de mici abuzului sexual vor prezenta un comportament sexualizat timpuriu.
 - ✓ Ei se vor apropia de alți oameni într-un mod similar celui pe care l-au învățat de la abuzator.

Nivelele și factorii abuzurilor asupra copiilor

Abuzul este prezent în toate nivelele: societal, operational (mediu scolar) și grupal (în principal în familie și în microgrupurilor de socializare ale copiilor)

Medii unde se pot întâlni diferite forme de abuz:

- **Familia** (instabilitatea familială, familia cu antecedente deviante, carența afectivă – face ca descendenții în 70% din cazuri, să fie victime ale abuzurilor parentale. În 40% din cazuri, descendenții pot fi apoi victime ale abuzurilor sexuale pe care nu le înțelege și față de care nu au discernământ și care devalorizează viața lor de familie).

Instituții de ocrotire

- **Școala** (care constituie în primul rând un mediu de transmitere și asimilare a informațiilor, dar și de modelare, socializare. Adesea, în cadrul acestui proces se pot manifesta unele forme de abuz .

Sindromul copilului abuzat fizic

➤ Semne fizice prezente la copil:

- Contuzii si vânătăi inexplicate
- Arsuri neexplicate
- Fracturi neexplicate, loviri la cap

➤ Modificări în comportamentul copilului:

- Se teme de contactul cu alții: teamă, agresiune, hiperactivitate;
- Se sesizează când un alt copil plânge
- Comportare agresivă, retragere, introversie
- Frica de părinți, teama de a merge acasă
- Nu este comunicativ, nu își exprimă nevoile



Sindromul copilului abuzat emotional

➤ Semne fizice prezente la copil:

- Tulburări de vorbire ;
- Întarziere în dezvoltarea fizică
- Incapacitatea de a reuși o performanță

➤ Modificări în comportamentul copilului:

- Conduite de evitare, tulburări de somn, de conduită alimentară
- Ticuri, agitație
- Trăsături nevrotice (tulburări de vorbire , inhibiție pentru joacă) ;
- Comportamente extreme (pasiv, rușinos, agresiv, pretențios).

Sindromul copilului neglijat

➤ Semne fizice prezente la copil:

- Continuu flămând
- Igiena proastă, îmbrăcat nepotrivit
- Probleme fizice, medicale sau dentare



➤ Modificari in comportamentul copilului:

- Fură sau ascunde mâncarea
- Constant obosit, neatent, doarme la grădiniță
- Spune că nu îl îngrijește nimeni

Sindromul copilului abuzat sexual

➤ Semne fizice prezente la copil:

- Comportament retras, infantil, manifestări regresive în domeniul limbajului, tulburări de învățare
- Capacitate de concentrare slăbită și rezultate școlare scăzute
- Crize isterice cu țipete, leșin

➤ Modificări în comportamentul copilului:

- Teama de contact fizic, în special cu adulții,
- Schimbări evidente recente în comportament (plâns, țipete, izolare)
- Cunoștințe sau comportamente sexuale bizare, neobisnuite, hărțuirea sexuală a altor copii etc.

Convenția Națiunilor Unite cu privire la Drepturile Copilului, 1989 DREPTURILE FUNDAMENTALE ALE COPILULUI

- ✓ Art.6- Orice copil are dreptul la dezvoltare fizică și psihică armonioasă.
- ✓ Art.12 -Orice copil are dreptul de a-și exprima opiniile în toate chestiunile care îl privesc
- ✓ Art.19 - Orice copil are dreptul de fi protejat împotriva violenței fizice și psihice și împotriva oricărei forme de maltratare.
- ✓ Art.28- Orice copil are dreptul la educație
- ✓ Art.33 - Orice copil are dreptul la protecție împotriva folosirii drogurilor
- ✓ Art.34 - Orice copil are dreptul la protecție împotriva exploatarei sexuale, a abuzului sexual, împotriva prostituției și a pornografiei.
- ✓ Art.37 - Nici un copil nu trebuie supus unor tratamente crude sau degradante
- ✓ Art.39 - Orice copil care a fost supus abuzului fizic și / sau psihic are dreptul la refacere fizică și psihică și la reintegrare socială.

116 111

TELEFONUL COPILULUI

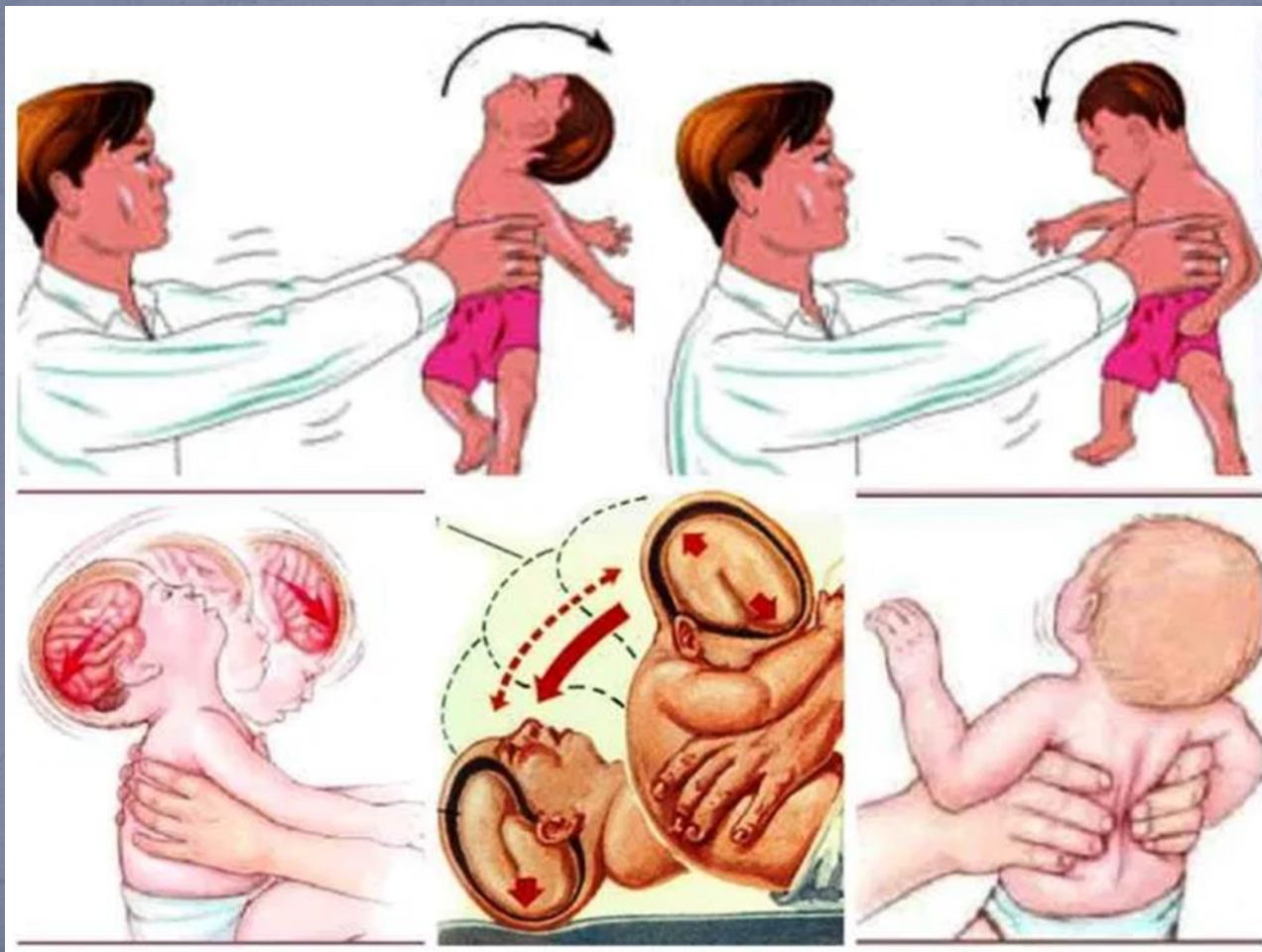
Apel gratuit oferit de

T ..



SINDROMUL COPILULUI ZGÂLȚĂIT

Shaken Baby Syndrome



- ❖ Sindromul Copilului Zgâlțâit (SCZ) este o formă de traumatism cranian prin **abuz**, o constelație de leziuni multiorganice amenințătoare de viață care se produc atunci când un părinte sau o persoană care îngrijește un copil îl zgâlțâie în mod violent, de regulă în încercarea de a opri o criză de plâns inconsolabil.
- ❖ Reprezintă o tragedie pentru familie și pentru comunitate, care răpește copilului posibilitatea de a avea o viață normală, sănătoasă.
- Estimare la nivel mondial: între 1400 și 10000 de copii sunt zgâlțâiți anual;
- SCZ este responsabil de peste 50% dintre leziunile neaccidentale pe care le suferă copiii și este cea mai frecventă cauză de deces la copiii abuzați;
- 25%-30% dintre toți copiii care sunt zgâlțâiți decedează ca urmare a leziunilor suferite;
- Restul de 70 – 75% suferă leziuni cerebrale severe;
- Aproximativ 60% dintre victimele SCZ fie decedează ulterior, fie suferă de dizabilități pe durata întregului rest al vieții;

- Cercetările arată faptul că, cele mai multe victime, au vârsta mai mică de 1 an și majoritatea mai mică de 6 luni; gemenii au un risc mai mare de a fi zgâlțâiți decât copiii unici;
 - Decese prin SCZ au survenit și la copii de 5 – 6 ani; chiar și adulții pot suferi leziuni cerebrale severe ca urmare a unei zgâlțâiri violente;
 - Vârsta medie la momentul diagnosticului este de 5 – 6 luni; sugarii au risc de 8 ori > decât copiii de 1 – 2 ani.
 - Majoritatea victimelor SCZ sunt sugari de sex masculin; gemenii au risc mai mare.
 - Majoritatea celor care îi zgâlțâie sunt tații sau partenerii de sex masculin ai mamei.
- ❑ Persoane de ambele sexe, toate vârstele, toate nivelurile economice și educaționale sunt capabile să zgâlțâie un copil ca urmare a frustrării pe care o simt atunci când copilul nu se oprește din plâns.

Caracteristicile unice ale corpului copilului

- Capul unui copil este destul de greu, aproximativ 25% din totalul greutateii.
- Mușchii gâtului copilului sunt mult mai slab dezvoltati decât la adult și nu sunt capabili să limiteze mișcările capului în timpul zgâlțâirii violente.
- Spațiul din interiorul cutiei craniene care înconjoară creierul copilului este mai mare decât la adult.
- Creierul unui copil nu este complet dezvoltat și este foarte susceptibil la leziuni determinate de forțele de accelerație.
- Vasele de sânge sunt fragile și nu sunt ancorate în siguranță și se pot rupe ușor.

PLÂNSUL

= SINGURA modalitate pe care o are copilul mic de a comunica!

Plânsul este NORMAL și face parte din dezvoltarea normală a unui copil mic.
Motivul nr. 1 pentru care un copil este zgâlțâit este A-L FACE SĂ ÎNCETEZE SĂ MAI PLÂNGĂ:

Copilul plânge pentru că...

- ☐ Are un disconfort (foame, sete, nevoia de a eructa, scutec ud, senzație de prea cald /prea frig, eritem de scutec, erupție dentară),
- ☐ Este bolnav (febră, durere, etc),
- ☐ Este obosit,
- ☐ Este stimulat excesiv / plictisit,
- ☐ Reacționează la stress-ul persoanei care îl îngrijește.

Atunci când copilul plânge:

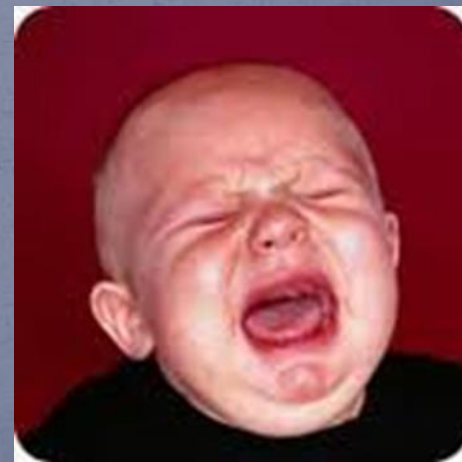
- ☐ se accentuează sentimentul de frustrare,
- ☐ persoana care îngrijește copilul NU are grijă de sine,
- ☐ persoana care îngrijește copilul își pierde controlul,
- ☐ persoana care îngrijește copilul îl zgâlțâie.



EFECTELE ZGÂLȚĂIRII

A. Imediate

- Este posibil să nu existe semne evidente de leziune, ceea ce face dificilă diagnosticarea SCZ și multe cazuri rămân nediagnosticate.
- Mulți agresori vor nega că au zgâlțâit copilul sau oferă un alt motiv pentru leziunile constatate.
- Pot să existe discrepanțe între gravitatea leziunilor și cele relatate de cei care aduc copilul la spital.
- Pierderea stării de conștiență (lipsa de răspuns la stimuli, letargie, plâns slab)
- Incapacitatea de a scoate sunete, de a urmări cu privirea,
- Convulsii, mișcări oculare anormale (rotatorii),
- Dispnee (respirație dificilă),
- Cianoză (colorație - violacee a pielii),
- Vărsături,



Leziuni cerebrale

Mișcarea rotațională bruscă a capului produce rupturi ale proceselor axonale și ale vaselor sanguine mici și, mai rar, rupturi tisulare în anumite porțiuni ale creierului.

Acestea din urmă sunt localizate la nivelul joncțiunii dintre cortex și substanța albă sau între straturile cortexului; sunt determinate de mișcările diferitelor părți ale creierului, unele porțiuni alunecând pe lângă altele.

Hematomul subdural cronic (HSD Cr)

- Reprezintă cea mai frecventă manifestare cerebrală a SCZ.
- Hemoragii acute subdurale se pot suprapune pe leziunile cronice preexistente secundare zgâlțâirii repetate a copilului.
- HSD este rezultatul ruperii vaselor de pe suprafața cortexului și se asociază cu **edem cerebral** determinat de lezarea proceselor axonale, cu edem localizat secundar, cât și de edemul generalizat determinat de modificări ale permeabilității vascuale și ale autoreglării fluxului sanguin cerebral.
- Ca urmare a edemului cerebral poate crește și presiunea intracraniană.

Leziuni Oculare

1. Hemoragiile retiniene

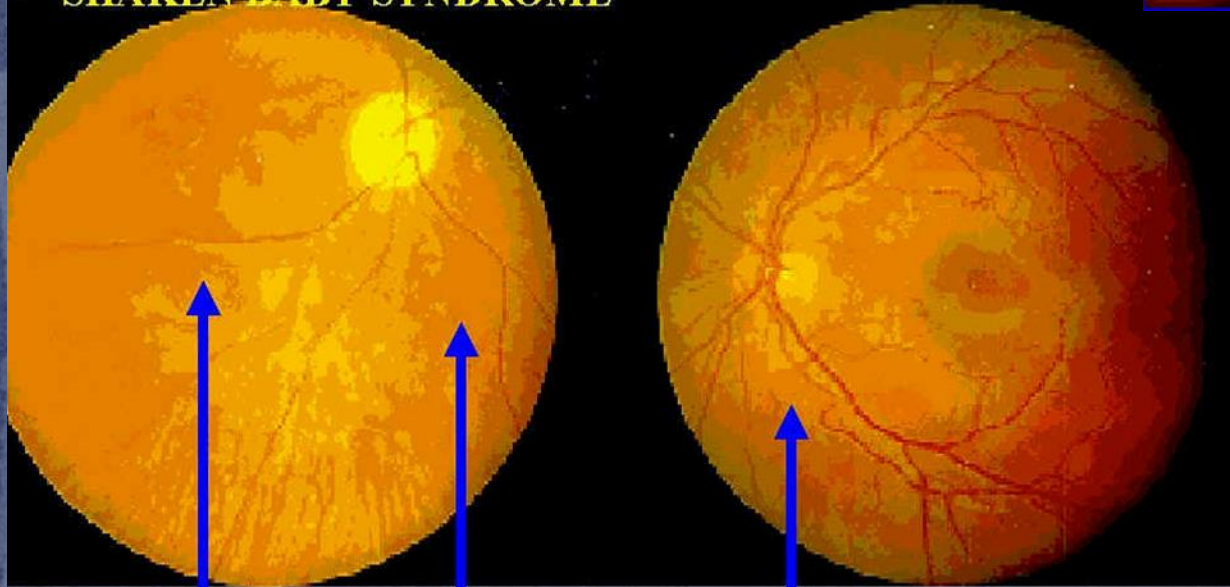
- ✓ sunt vizualizate cu ajutorul oftalmoscopului indirect, cu dilatarea în prealabil a pupilei, care permite vizualizarea întregii suprafețe a retinei (ceea ce nu este posibil la examinarea cu oftalmoscopul direct).
- ✓ 2/3 dintre copiii cu SCZ au hemoragii care afectează multiple straturi ale retinei.
- ✓ 15% dintre copii cu SCZ nu au deloc hemoragii retiniene (deci, absența acestora nu exclude diagnosticul de SCZ!).
- ✓ **retinoschizisul** (ruptura retinei) provocată de tracțiunea exercitată de către vitros asupra retinei, ca urmare a forțelor de accelerare-decelerare repetate generate de zgâlțâire. Prin ruperea retinei se crează o cavitate chistică plină cu sânge.

2. Leziuni directe ale nervului optic

Se produc prin tracționarea acestuia ca urmare directă a zgâlțâirii.



SHAKEN BABY SYNDROME



7

Macular Scar

Optic Atrophy

Normal Disc & Macula

❑ Leziuni cutanate

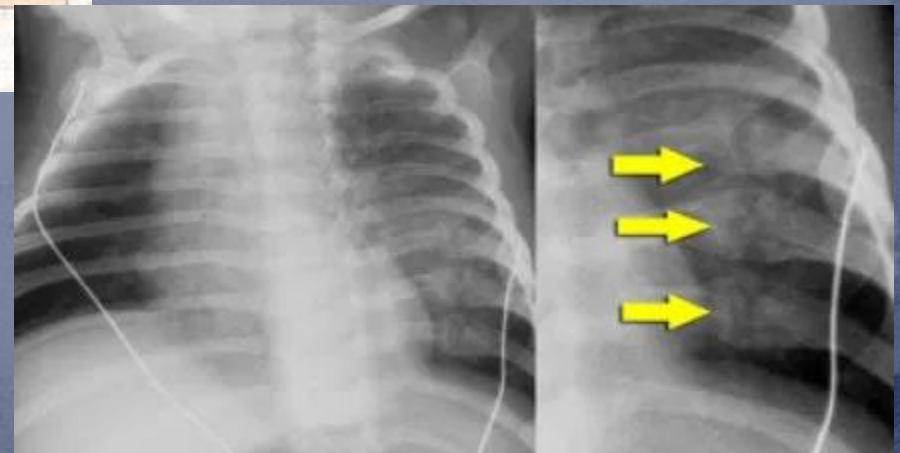
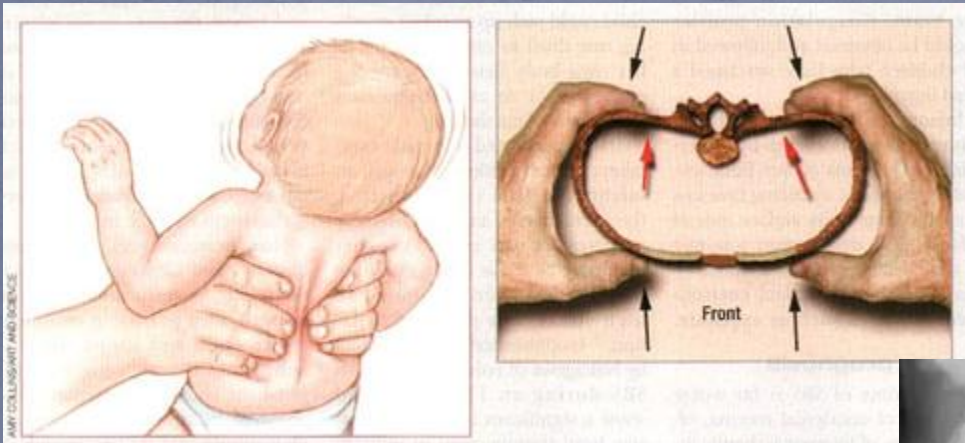
Echimoze pe torace și uneori în axile

❑ Leziuni costale

Fracturi ale coastelor (în punctul în care acestea se îmbină cu coloana vertebrală).

❑ Leziuni ale membrelor

Fracturi ale membrelor – ex. humerus, femur, tibie.



B. Tardive

Mortalitate: 25 - 30%

Sechele: 70 - 75%

- Retard mental - de la ușor până la sever,
- Paralizie cerebrală, incluzând hemi- sau tetrapareză
- Tulburări cognitive (dificultăți de învățare) / plegie,
- Tulburări de comportament
- Cecitate (orbire) secundară afectării centrilor vizuali din cortexul occipital și de cele ale lezării directe a nervilor optici,
- Convulsii.
- Costuri sociale (individ, familie, grup)





- C.C., care va avea în curând 11 ani, este grav afectat la creier pentru că a fost zgâlțâit violent de o rudă biologică la vârsta de o lună.
- Nu poate vorbi sau merge și este orb.
- S. a fost tutorul său legal în ultimii 10 ani, iar ea a spus că abuzatorul execută o pedeapsă de 14 ani de închisoare.

SCZ poate fi prevenit **CU EDUCAȚIE**.

Când părinții și îngrijitorii copiilor știu. . .

leziuni provocate de scuturare

și

modalități de a-și gestiona frustrarea și stresul

. . . se vor opri înainte de a zgâlțâi.

NEVER • NEVER • NEVER • NEVER

Babies are Fragile . . .
*Never Shake
a Baby!*



NEVER • SHAKE A BABY • NEVER

Amintiți-vă mereu

~ Niciun copil nu a murit din cauza plânsului prea mult. ~

~ Dacă cineva te sună frustrat de un copil care plânge, oferă ajutorul tău. ~

~ **NICIODATĂ** nu zgâlțâiți un copil! ~

Întârzierile în dezvoltarea mintală

- **DEFINIȚIE**
- Retardarea mintală presupune o stare psihică defectuală, disproporționată, permanentă, cu caracter global și omogen, ale cărei cauze au acționat în etapele timpurii ale ontogenezei sau postnatal, până la 3-4 ani ca vârstă limită în maturarea creierului.

Etiologie

○ Patologie condiționată prenatal:

-cromozomopatiile, bolile genetice de metabolism, hidrocefalia, microcefalia, displaziile neuroectodermale.

○ Patologie dobândită postnatal

○ Boli dobândite în perioada perinatală.

În aceasta perioada exista riscul unor suferinte de ordin anoxic, edematos, lezional, determinate de prematuritate sau sarcină suprapurtată, distocii de dinamică uterină, prezentații vicioase, nașteri precipitate sau prelungite, circulară de cordon, incompatibilitate Rh, etc.

○ Boli dobândite în perioada postnatală ulterioară.

Creierul, încă fragil, poate suferi în urma unor

- *procese inflamatorii cerebrale* (meningoencefalite);
- parazitare;
- complicații post tuse convulsivă, parotidită epidemică, scarlatină, varicelă, gripă, hepatită, etc.;
- *traumatisme cranio-cerebrale*,
- *intoxicații* acute sau cronice,
- *afecțiuni somatice severe* (dispepsii, distrofie,
- bronhopneumonii, insuficiență cardiacă, carențe alimentare prelungite, suferințe circulatorii cerebrale, dezechilibre hidroelectrolitice, metabolice, alergii, boli endocrine).

Factorii psihosociali Carențele socioculturale sunt considerate astăzi ca factori generatori de performanțe slabe. S-a observat că nivelul mediu de inteligență crește odată cu statutul socio-economic.

- **Pentru stabilirea cât mai precoce a diagnosticului pozitiv**
- **Retardul** - evaluat prin examen de specialitate pe funcții psihice și prin testări psihologice (QI, vârsta mintală, nivel de dezvoltare al limbajului, aprecierea psihomotricității), impune căutarea sistematică a eventualelor malformații sau afecțiuni somatice asociate, a potențialului convulsivant modificat sau a suferințelor neurologice.
- Pentru stabilirea diagnosticului etiologic sunt necesare **examinări radiologice, electroencefalograma, tomografie computerizată, examinări genetice, imunologice, biologice, parazitologice, etc.**

- **Întârzierea mintală ușoară**, $QI=52-67$. Vârsta mintală a subiectului devenit adult are similitudini cu cea a copilului între 7 și 10-12 ani, existând o capacitate elementară de inserție socială, posibilitatea școlarizării în școli ajutătoare.
- Percepția lor este mai puțin exactă, atenția instabilă, memoria mecanică, gândirea elementară.
- Viața instinctivă este dominată, adesea, de exagerări sau pervertiri.
- Mișcările voluntare, gestice, sunt sărace, neîndemânaticе.
- Pot termina, în condițiile unui învățământ special, opt clase elementare, urmate de o școală specială.

- **Întârzierea mintală moderată și severă** reprezintă aproximativ 20% din totalul retardelor, cuprinzând cazurile cu QI între 20 și 51 sau parțial educabile.
- În perioada de adult vârsta minimă corespunde copilului de 3 ani sub raportul dezvoltării limbajului. Dacă comunicarea verbală este posibilă cu multe greșeli, limbajul scris nu este posibil, fapt care nu permite instrucția. Limbajul lor verbal este sărac și defectuos, comparabil cu cel al antepreșcolarului, se autoservesc la nivel elementar, sunt incapabili să se autoconducă, pot efectua munci calificate sub supraveghere și dispun de un statut semidependent social.
- Încadrarea lor se poate face în cămine-școală și vizează însușirea unor deprinderi elementare și a unor operații simple de muncă.
- Afectiv, se pot înscrie fie pe linie eretică (egoiști, răutăcioși, cu ură înverșunată pe cei din jur), sau torpidă (docili, afectuoși). Sunt greoi, stângaci, au dificultăți de mers, forță musculară scăzută. După îndelungate exerciții pot însuși deprinderile de autoservire (spălat, îmbrăcat, autoalimentare).

- **Întârzierea mintală profundă** cuprinde cazurile cu QI mai mic de 20, cu existență predominant vegetativă, vârsta mintală care nu depășește doi ani sub nici un raport, iar inserția socială este practic imposibilă. Viața lor psihică se limitează la reflexe necondiționate, limbajul presupune numai emiterea unor sunete nearticulate. Nu recunosc rudele, sunt indiferenți la stimulări exterioare. Expresia feței este îndobitocită, stupidă, nu râd, nu plâng, sunt capabili eventual de afecte patologice, cu tendințe auto și heteroagresive. Mișcările sunt stereotipe, automate, lipsite de sens. Nu se pot autoservi, mănâncă necontrolat. Pubertatea nu se instalează. Somatic și neurologic prezintă multe afecțiuni care duc la scăderea rezistenței organismului și la o viață scurtă.

- **Principii terapeutice**

- Tratatamentul complex medico-psiho-pedagogic poate fi realizat doar de o echipă formată din: pedopsihiatru, psiholog, logoped, pediatru, neurolog, endocrinolog, educator-defectolog, kinetoterapeut, maiștri, familia. Obiectul terapeutic principal constă în stimularea și dezvoltarea la maximum a capacităților disponibile, însușirea deprinderilor de autoservire și muncă, asimilarea cunoștințelor școlare posibile și a celor necesare unei adaptări sociale și profesionale optime.
- În diferențierea măsurilor terapeutice trebuie ținut seama în special de gradul handicapului și structura resurselor existente, de eventualitatea existenței unor deficiențe asociate, în special senzoriale, motorii sau emoționale.

- **Tratamentul medicamentos** vizează:
- 1. Corectarea instabilității psihomotorii și a reacțiilor emoționale exagerate.
- 2. Psihostimulare, ameliorarea metabolismului cerebral, creșterea posibilităților de memorare.
- 3. Terapia manifestărilor convulsivante epileptice.
- 4. Deficiențele motorii necesită terapie antispastică, gimnastică medicală, fizioterapie, masaj galvanic, ionizări, cure balneare în sanatorii specializate (Oradea, Techirghiol).
- 5. Tratamentul bolilor somatice asociate.

Tulburările de spectru autist (TSA) la copii și adolescenți.

Trei domenii de activitate perturbate sunt esențiale pentru diagnosticul de autism:

- alterarea comunicării verbale și a relațiilor interpersonale,
- comportament restrictiv, repetitiv, stereotip,
- anormalități care debutează înaintea vârstei de 36 de luni.



- **Etiologie**
- Nu s-au descoperit încă factorii biologici specifici care ar provoca apariția autismului, deși cercetările din ultimii ani au relevat existența anomaliilor și disfuncționalităților în diverse regiuni și sisteme ale creierului, diferențe structurale, funcționale sau chimice.



Tablou clinic

- Evaluarea presupune aprecierea comportamentului și cogniției individului în cele **trei arii de interes**.
- În ceea ce privește **interacțiunea socială** trebuie evaluată folosirea comportamentului non-verbal în interacțiunea cu alții.
- Pot exista deficiențe în folosirea contactului vizual, expresiei faciale, gesturilor sau alte comportamente non-verbale în interacțiune cu alți oameni.
- Lipsa dezvoltării relațiilor interumane e frecvent prezentă și poate rezulta din dezinteresul total în socializare sau din absența deprinderilor necesare socializării. Multi autiști nu-și împărtășesc entuziasmul, interesele sau realizările cu alții.

- A doua mare arie evaluată e **comunicarea**.
- Prezintă o întârziere sau o lipsă de dezvoltare a limbajului. Îi pot conduce pe alții de mână spre lucrurile dorite, dar de obicei nu compensează lipsa limbajului prin forme alternative de comunicare, de exemplu folosirea gesturilor.
- Cei care dezvoltă limbaj prezintă ciudățenii ca de exemplu ecolalia (imitarea imediată sau întârziată a frazelor auzite sau repetiția unor cuvinte sau fraze).
- Unii achiziționează o cantitate însemnată de cuvinte, dar le lipsesc deprinderile necesare pentru a iniția sau susține o conversație socială.

- A treia arie e reprezentată de **modelele comportamentale, interesele și activitățile individului autist.**
- Ei au de obicei un repertoriu de interese și activități relativ limitat, caracterizat de comportamente repetitive și atașament față de rutină. Ex: alinierea obiectelor, colecționarea de obiecte inutile sau au un interes neobișnuit pentru anumite obiecte, de exemplu trenuri sau lifturi. Copilul poate deveni foarte supărat dacă apare o schimbare bruscă în activitatea cotidiană, dacă sunt puși să stea în alte banci la școală sau dacă o piesă de mobilier e mutată. Persoanele cu autism prezintă mișcări repetitive ale corpului, numite frecvent “stereotipii” sau comportamente “autostimulatoare”. Acestea includ, dar nu se limitează la ele, mișcări ale degetelor și mâinilor, posturi ale corpului, leganat, scuturarea bratelor și alte manierisme. Aceste persoane pot prezenta atașamente anormale față de diferite obiecte (de exemplu o lingură de lemn) și/sau preocupări față de obiecte sau părți din obiecte (fascinație pentru clante).

- Pentru diagnosticare sunt frecvent utilizate:
- 1. Interviu pentru diagnosticul autismului (Autism Diagnostic Interview/ADI) poate stabili prezenta autismului la copiii în vârstă de peste 2 ani. Este un interviu standardizat semistructurat pentru persoanele care îngrijesc copiii și adulții cu autism. Intregul interviu durează aproximativ 90 minute.
- 2. Scala de diagnostic și observare a autismului (Autism Diagnostic Observation Scales/ADOS) este un instrument semistructurat de observare, pentru analiza comunicării, interacțiunii sociale sau jocului imaginativ la copil și adolescent. Durata unei examinări este de aproximativ 20 minute. Se creează situații sociale “tintite”, în care probabilitatea apariției unui anumit comportament este mare.

- Scala de evaluare a autismului infantil (Childhood Autism Rating Scale/ CARS) evalueaza miscarile corpului, adaptarea la schimbare, ascultare, comunicare verbala, relatia cu alti oameni.

ADHD



ADHD

(Tulburarea hiperkinetica cu deficit
atentional)

- DEFINITIE

- Tulburarea de atenție și/sau hiperactivitate (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, prescurtat ADHD) este o tulburare de dezvoltare datorată unei condiții neurobiologice particulare cu impact asupra capacității individului de a-și modula nivelul activității, slabă capacitate de control al impulsivității și de concentrare a atenției.
- Tulburarea se manifestă înaintea vârstei de 7 ani, dar simptomele pot fi identificate cu ușurință începând cu vârsta de 5 ani și adesea înainte de 2 ani.
- Netratată, la copiii ajunși la vârsta școlară, această afecțiune poate genera dificultăți de adaptare a copilului cu nerespectarea regulilor și a liniștii în clasă, conflicte cu colegii și profesorii, rezultate academice nesatisfăcătoare.

Cauze

- DETERMINISM GENETIC –grad înalt de eritabilitate
- FACTORII DE MEDIU
 - efectele expunerii fatului la alcool și benzodiazepine,
 - fumatul la mamă,
 - rată scăzută a batailor cordului fetal în timpul nașterii,
 - circumferința scăzută a capului fatului la naștere (factori asociați cu comportamentul hiperactiv)
 - - bolile care afectează creierul,
 - instituționalizarea copiilor,
 - otită medie recurentă și
 - expunerea la nivele toxice de plumb, sunt de asemenea cunoscute ca fiind asociate comportamentului hiperactiv (cu importanță etiologică)
- PREVALENȚA
 - - Prevalența cuprinsă între 3 și 5 % se raportează la populația generală
 - - afectarea băieților este mai mare decât a fetelor (4:1)
 - - afectarea fetelor este în special de tip inatent (mai puțin recunoscută și tratată), pe când la băieți dominează hiperactivitatea și impulsivitatea.

Diagnostic

- 1. NEATENTIE - nu este atent - lipseste concentrarea – nu asculta ce se vorbește – nu-si termina lectiile – este dezorganizat – isi pierde lucrurile – este distrat – uita usor
- 2. Hiperactivitate – neastamparat, isi paraseste locul, fuge, galagios, dificultati in pastrarea linistii, vorbește excesiv
- 3. Impulsivitate – vorbește excesiv, își pierde cumpatul usor, nu poate astepta - întrerupe orice activitate



COMORBIDITATI

- 1. Tulburari de comportament
- 2. Tulburari emotionale: anxietatea, depresia, stima de sine scazuta, nesiguranta
- 3. Dificultati specifice de invatare. Posibil diferite grade de întârziere a dezvoltarii neuropsihice, exprimare simpla, coordonarea motorie nesigura, scrisul si abilitatea de a citi sunt sub asteptari, fata de vârsta cronologica.
- 4. Ticurile.

- ETAPE IN DIAGNOSTIC
- Asistenta primara de sanatate: - detectare simptome de AD / HD - examen fizic complet, pentru a exclude o afectiune fizica - daca simptomele de AD / HD cauzeaza probleme in viata sociala a copilului
- Asistenta psihiatrica: - trebuie sa furnizeze un sfat adecvat - evaluare diagnostica amanuntita
- Teste psihometrice - testul pentru coeficientul de inteligenta - teste de vorbire si de limbaj daca exista dificultati de comunicare - teste pentru atentie, impulsivitate

- TRATAMENT
- Educatia si consilierea - examinatorul informeaza parintii copilului, profesorul, educatorul despre tulburarile hiperkinetice, in special simptome, etiologie, evolutie clinica, prognostic - copiii cu varsta suficient de mare, educati sa se autoobserve si sa se autoevalueze. - antrenarea parintilor si interventiile comportamentale in familie
- Tratatamentul farmacologic
- Medicație stimulantă: Methylphenidate (Ritalin, Concerta)
- Medicație antidepresivă: Antidepresive triciclice: Imipramina, Amitriptilina
- Antipsihotice: Haloperidol, Tioridazin, Risperidona
- Anticonvulsivante: Carbamazepin, Acid valproic.

