

METODE DE EVALUARE ADHD

Peptan-Negreanu Ramona¹
Marcoci Oana Diana²

Abstract.

Tulburările hiperkinetice s-au dovedit a fi tulburari psihice cu un risc crescut de cronicizare, ele neputând fi influențate pe lungă durată de intervențiile farmacopsihologice sau psihoterapeutice. Evaluarea în ADHD, are o natură multimodală și necesită o colecție de date din mai multe surse, utilizându-se o varietate de metode. Evaluarea copiilor cu ADHD este o etapă extrem de importantă, pentru că în funcție de rezultatele acesteia se pot stabili planuri de intervenție comportamentale și farmacoterapeutice eficiente și adecvate problemelor depistate. Întrucât ADHD poate fi confundat cu multe alte tulburări, evaluarea trebuie făcută cu mare atenție, pentru înlăturarea următoarelor: patternuri comportamentale specifice vârstei la copiii activi, simptome hiperkinetice în cazul suprasolicitarilor școlare, simptome hiperkinetice în cazul stimulării școlare insuficiente, în cazul deficiențelor mentale, simptome hiperkinetice ca și consecință a condițiilor psihosociale deficitare, patternuri comportamentale de tip opozant și excitații psihomotrice în cazul tulburărilor afective.

Cuvinte cheie: ADHD, metode de evaluare, tulburare psihică, funcții executive.

Sindromul deficitului atențional, cunoscut sub denumirea de ADHD, a stârnit interesul cerceătorilor prin specificul său.

Oricare dintre noi, ocazional, poate avea dificultăți în concentrarea și menținerea atenției. Pentru unele persoane problema este așa de persistentă și de serioasă și interferează zilnic cu munca și cu relațiile sociale, viața de familie, încât ea este privită ca o tulburare psihiatrică. Cunoscut sub numele de hiperkinezie, hiperactivitate, sau deteriorare minimală a creierului, ADHD – ul a primit acest nume și a fost descris

ASSESSMENT TOOLS IN ADHD

Peptan Negreanu Oana³
Marcoci Oana Diana⁴

Abstract

Hyperkinetic disorders proved to be mental disorders with increased risk of becoming chronic; they can not be influenced by long-term pharmacological and psychological interventions or psychotherapeutic interventions.

The ADHD assessment is multimodal in nature and requires data collection from multiple sources using a variety of tools. The evaluation of children with ADHD is an important milestone, because according to its results can be created some effective and appropriate behavioral, pharmacological and psychological intervention plans in order to treat the problem behavior. Since other disorders may appear to be ADHD, the assessment should be done very carefully, in order to remove the following: the children's behavioral patterns for physically active children, hyperkinetic symptoms when children are overstressed or under stimulated in school, hyperkinetic symptoms in cases of mental disorders, hyperkinetic symptoms as consequences of poor psychosocial conditions, negative behavioral patterns and psychomotor agitation in cases of affective disorders.

Keywords: ADHD, assessment tools, mental disorder, executive function.

The syndrome of attention deficit known as ADHD rose specialists' interest due to its specific.

Occasionally, anyone may have difficulties in concentration or maintaining attention. However, for some persons the problem is so persistent and seriously and daily affects work and social relationship, family life, so that it is seen as a psychiatric disorder. Known as hyperkinesia, hyperactivity, or minimal brain deterioration, ADHD received this name and it was described properly only beginning with the 70s. ADHD is a neurological disorder

¹ psiholog principal, Spitalul Judetean Gorj

² medic specialist psihiatru, Centrul de Sănătate Mentală Târgu-Jiu

³ principal psychologist, Gorj County Hospital

⁴ specialist psychiatrist, Mental Health Center Targu-Jiu

corespunzător abia în anii “ 70. ADHD – ul , este o tulburare neurologică manifestată prin hiperactivitate, distractibilitate și / sau impulsivitate. Copiii sau adolescenții cu această tulburare, pot avea una, doua sau trei din aceste comportamente, această tulburare, putând afecta starea de bine fizică, socială și emoțională. Problema nu este strict legată de deficitul atențional, cât, mai mult, de o pierdere a consistenței controlului și direcției. Copiii cu ADHD sunt ușor distractibili, nu finalizează ceea ce încep și nu sunt interesați de greșelile pe care le fac. Ei trec cu ușurință de la o activitate la alta și sunt instabili emoțional. Pe de altă parte, dispun de inteligență normală, în multe situații surmontând, ajutați de suportul mental, momente dificile. Mulți dintre acești copii sunt impulsivi. Ei par iritabili și neliniștiți, incapabili să tolereze frustrarea și sunt instabili emoțional. În general, acționează înainte de a gândi și nu își așteaptă rândul în timpul desfășurării unei activități. În conversație întrerup, vorbesc prea mult, prea repede și prea tare, spunând tot ce le trece prin minte. Acestea sunt numai câteva din criteriile prin care DSM _ IV , diagnostichează sindromul de deficit atențional.

De peste 30 de ani, ADHD – ul a fost văzut ca incluzând trei simptome primare : atenție susținută deficitară, impulsivitate și hiperactivitate (APA, 1980; Barkley, 1997). Aceste deficiente comportamentale apar relativ timpuriu în copilărie, înainte de 7 ani și persistă de-a lungul dezvoltării (Barkley, 1990). Aceste trei deficiente au fost ulterior reduse la două, hiperactivitatea și impulsivitatea considerându-se a constitui împreună o singură componentă.

ADHD – ul nu are simptome foarte clare, care ar putea fi detectate cu raze X sau prin teste de laborator. Sindromul poate fi descoperit, urmărind câteva caracteristici comportamentale, aceste caracteristici variind de la o persoană la alta. Oamenii de știință nu au identificat doar o singură cauză în spatele tuturor pattern-urilor de comportament și nici nu vor găsi vreodată vreunul. Totuși, s-a afirmat ca termenul de ADHD este „umbrelă”

demonstrated through hyperactivity, distractibility, and/or impulsivity. Children or teenagers with this disorder may have one, two or three from these and this disorder affects them physically, socially, and emotionally. The problem is not necessarily connected with the attention deficit but more with a loss of control and direction firmness. Children with ADHD are easily distracted, they do not complete what they start and they are not interested in their errors. They easily pass from one activity to other and they are emotionally unstable. On the other hand they have a normal intelligence and in many cases they surpass difficult moments with the help of their mental support. More of these children are hot-blooded. They seem irritable and restless, unable to tolerate frustration and they are emotionally unstable. Generally, they act before thinking and they do not wait for their turn during an activity. They interrupt a conversation, they talk too much, too fast and too loud saying whatever crosses their minds. These are only some criteria through which DSM_IV diagnoses the syndrome of attention deficit.

More than 30 years, ADHD has been seen including three primary symptoms: poor sustained attention, impulsivity and hyperactivity (APA, 1980; Barkley, 1997). These behavior deficits early in the childhood, before 7 years old and last over growth (Barkley, 1990). Subsequently, these three deficits were reduced to two, hyperactivity and impulsivity being considered together as a single component.

ADHD has not clear symptoms which could be detected with X-rays or through laboratory tests. The syndrome can be detected following some behavior specific features, these specific features being different from a person to other. Scientists did not identify only a single reason beyond all these behavior patterns and they will never find one. However, it was stated that the term ADHD is “the umbrella” for some disorders. It has already been mentioned that ADHD is characterized through impulsivity, hyperactivity and attention deficit. But not anyone with these three specific features may

pentru câteva tulburări. S-a afirmat mai sus că ADHD se caracterizează prin următoarele : impulsivitate, hiperactivitate și neatenție. Nu toată lumea care prezintă aceste trei caracteristici prezintă și un sindrom de deficit atențional. Specialiștii consideră că există câteva întrebări critice pentru a putea depista o persoană cu ADHD :

Sunt comportamente excesive pe termen lung?

Se produc aceste comportamente mai frecvent la persoanele studiate decât la cei de aceeași vârstă?

Este respectivul comportament o problemă continuă și nu numai un răspuns la o situație temporară?

Se produc aceste comportamente în orice împrejurare sau numai în locuri specifice, cum ar fi locul de joacă?

Trebuie să reținem, însă faptul că de-a lungul stadiilor de dezvoltare, majoritatea copiilor tind să fie neateniți, hiperactivi sau impulsivi, ceea ce nu înseamnă că au ADHD. Preșcolarii au mai multă energie și aleargă peste tot, dar aceasta nu înseamnă că sunt hiperactivi. Mulți adolescenți trec prin faza în care sunt dezordonați, dezorganizați și resping autoritatea. Acest lucru nu înseamnă că nu își pot controla impulsurile.

Inițial, simptomele ADHD se manifestă prin inhibiție volițională și deprecierea comportamentului moral. Mai târziu, problemele cu hiperactivitatea au fost considerate ca majore pentru tulburare.

Douglas (1982) a inclus patru deficite majore ale ADHD :

a. Capacitatea redusă de inițiere și menținere a efortului;

b. Modularea deficitară a arousal-ului la întâlnirea cu situația problemă;

c. O inclinație puternică spre boală, imediat după revenire;

d. Controlarea impulsului.

Mai târziu, Douglas (1988) a concluzionat că aceste patru deficite apar datorită unei deteriorări centrale a autoreglării în ADHD. Alții au argumentat că deficitul cognitiv în ADHD ar putea fi înțeles ca deficit motivațional sau că se datorează controlului redus; o diminuare a sensibilității

have an attention deficit syndrome. Specialists take into consideration some critical questions identifying an ADHD subject:

Are there excessive behaviors over a long time?

Do these behaviors appear more frequent to the studied persons than to the other at the same age?

Is the irrespective behavior a permanent problem or only a response to a temporary situation?

Do these behaviors appear in any circumstances or only in specific places such as the playground?

However, it is important to say that over growth most of the children tend to be absent-minded, hyperactive or impulsive but that does not mean ADHD. Preschool children have more energy, they run all over the place and that does not mean they are hyperactive. Many teenagers pass through phases when they are untidy, disorganized and they reject authority. This does not mean they cannot control their impulses.

Initially, ADHD symptoms become manifest through volitional inhibition and moral behavioral depreciation . Later on, hyperactivity problems were considered major for this disorder.

Douglas (1982) included four major deficits of ADHD:

a. Reduced capacity to initiate and maintain effort;

b. Poor arousal modulation in a problematic situation;

c. A strong vocation for illness immediately after recovering;

d. Impulse's control;

Later on, Douglas (1988) concluded that these four deficits appear due to a central deterioration of self-regulation in ADHD. Others motivated the cognitive deficit in ADHD could be understood as a motivational deficit or it is due to the reduced control; a diminishing of sensitivity or a poor behavioral rule (Barkley, 1990).

These points of view were not adopted as a starting point for new researches. Zentall (1985) motivates that hyperactivity is

sau o regulă deficitară de comportament (Barkley, 1990). Aceste puncte de vedere nu au fost adoptate, ele neservind ca bază pentru noi cercetari. Zentall (1985) argumenta că hiperactivitatea se produce de la nivele joase de arousal și servește la menținerea unui nivel optim de arousal. Cercetări mult mai recente, teoretizând pe marginea sindromului deficitului atențional, au localizat inhibiția comportamentală ca un deficit central al tulburării (Barkley, 1990; Schachar, Tannock & Logan, 1993; Schachar, Tannock, Marriot & Logan, 1995).

ADHD include un deficit în inhibiția comportamentului. În acest sens s-a construit un model teoretic care leagă inhibiția comportamentală de patru funcții neurologice care apar și depind de execuția lor efectivă:

- a. Memoria de lucru
- b. Autoreglarea arousal-ului afectiv-emoțional
- c. Internalizarea vorbirii
- d. Reconstituirea (analiza și sinteza comportamentală).

ADHD ar putea fi asociat cu deteriorarea secundară ale acestor patru abilități executive.

Inhibiția comportamentală este specifică ca deficiență centrală în ADHD. Se propune un model care să realizeze o legătură între inhibiția răspunsului și cele patru funcții executive care depind de această inhibiție pentru performanța lor efectivă. Aceste patru funcții servesc la aducerea comportamentului sub controlul informațiilor reprezentate intern și a acțiunilor auto- direcționate. Astfel, cele patru funcții, permit acțiuni direcționate mai bine și sarcini mai persistente.

În ceea ce privește evaluarea, având în vedere natura ei multimodală, necesită o colecție de date din câteva surse, utilizând o varietate de metode de evaluare :

1. Evaluare clinică
2. Interviu și chestionare cu părinții, profesorii și copiii
3. Evaluări ale comportamentelor făcute de părinți și profesori
4. Automonitorizări / autoevaluări ale copiilor
5. Evaluare cu probe neuropsihologice clasice a atenției și a altor abilități cognitive

produced low levels of arousal and it is useful for maintaining an optimal level of arousal. Newer researches, on the basis of the theory about attention deficit syndrome, located behavioral inhibition as a central deficit of disorder (Barkley, 1990; Schachar, Tannock and Logan, 1993; Schachar, Tannock, Marriot and Logan, 1995).

ADHD includes a deficit in the inhibition of behavior. In this respect it was created a theoretical model which links behavioral inhibition with four neurological functions which appear and depend by their effective execution:

- a. Working memory
- b. Self-regulation of emotional arousal
- c. Speaking internalization
- d. Reconstitution (behavioral analysis and synthesis)

ADHD could be associated with secondary deterioration of these four executive abilities.

Behavioral inhibition is specific as central deficiency in ADHD. It is proposed a model which realizes a link between the response inhibition and the four executive functions which depend on this inhibition for their effective performance. These four functions serve for bringing behavior under control of internally represented information and self-directed actions. Thus, the four functions allow better directed actions and more persistent tasks.

Regarding evaluation, taking into consideration its multimodal nature, it needs a database from some sources using a variety of evaluation methods:

1. Clinical evaluation
2. Interviews and questionnaires with parents, teachers and children
3. Behavioral evaluations by parents and teachers
4. Children's self-monitoring/ self-evaluation
5. Evaluation of attention and other cognitive abilities using neuropsychological probes
6. Direct observation of ADHD behaviors
7. Evaluation of family functioning.

6. Observarea directă a comportamentelor ADHD
7. Evaluarea funcționării familiei.

1. Evaluare clinică

Diagnosticul ADHD se bazează pe o istorie clinică. Rezultatele de laborator, pattern-urile neuroimagistice, testele neuropsihologice nu sunt suficiente pentru a defini corect diagnosticul ADHD. Observația directă nu este întotdeauna și singura edificatoare, realizată în clasa sau în grupul de referință. Mulți copii cu ADHD își îmbunătățesc capacitatea de concentrare a atenției și controlul comportamental atunci când primesc atenție din partea celorlalți. Clinicienii sunt obligați să obțină informații din diverse surse, în mod particular de la părinți, pacienți și educatori. Este de asemenea important să fie intervievați atât părinții, cât și copilul. De multe ori copiii nu sunt indicatori valizi pentru simptomele ADHD, dar sunt furnizate informații importante din impactul pe care îl are ADHD asupra lor, din internalizarea simptomelor și din răspunsul la tratament. Alte tulburări psihiatrice sunt de cele mai multe ori asociate ADHD-ului și trebuie luate în calcul la evaluarea inițială. Performanțele academice, funcționarea familială, relații deteriorate cu grupul de referință și stima de sine sunt doar câteva dintre aspectele afectate de ADHD, iar evaluarea acestor arii furnizează un cadru de referință pentru evaluare.

2. Interviuri și chestionare pentru părinți

Interviul pentru părinți servește câtorva scopuri: construirea unui raport cu familia, obținerea unor informații despre istoria și natura prezentelor tulburări, observarea interacțiunii dintre membrii familiei (pentru o mai bună diagnosticare și găsirea unor strategii de tratament mai eficiente). Părinții adolescenților cu ADHD afirmă, tipic, că, copilul lor nu finalizează ce începe, nu ascultă instrucțiunile, necesită o atență supravegheare, este dezorganizat și distractibil.

Alte caracteristici, care reies din interviu :

1. Clinical evaluation

ADHD diagnosis is based on a clinical history. The lab results, neuroimaging patterns, neuropsychological tests are not enough for correctly defining ADHD diagnosis. Direct observation, in the classroom or in the group, is not always illustrating. Many ADHD children improve their capacity of attention concentration and their behavioral control when they receive attention from the others. Clinicians are obliged to get information from various sources, especially from parents, patients or teachers. It is also very important to be interviewed both the parents and the child. Many times children are not valid indicators for ADHD symptoms but important information is obtained from ADHD impact on them, symptoms internalization and from the treatment response. Other psychiatric disorders are many times associated with ADHD and they have to be taken into account in the initial evaluation. Academic performances, family functioning, damaged relationship with the group and self-esteem are only some of the affected aspects by ADHD and their evaluation supply a referential frame for evaluation.

2. Interviews and questionnaires for parents

The interview for parents serves to some purposes: to create a relationship with the family, to get information about history and present nature of disorders, to observe the interaction between family members (for a better diagnosis and finding more efficient treatment strategies). Typically, parents of ADHD teenagers say their child does not end what he starts, he does not listen to instruction, he needs a strict supervision, he is puzzled and distracted.

Other specific features revealed by the interview:

- Impulsiveness
- Low frustration tolerance
- Loquacity
- Antagonist behavior, argumentative, rebel and even aggressive.

It has to be gathered information about

- Impulsivitate
- Toleranță scăzută la frustrare
- Logoree
- Comportament opozant, argumentativ, rebel și chiar agresiv.

Trebuie strânse informații despre situațiile în care apar aceste probleme, antecedentele, consecințele, frecvența, de cât timp se manifestă, cronicitatea comportamentului, variațiile temporale și situaționale.

După obținerea de informații despre problemele legate de comportamentul adolescentului, care preocupă familia, trebuie să se obțină informații despre boli și spitalizare, complicații la naștere, istoria mamei, abuzul de substanțe toxice în cursul sarcinii. Complicațiile pre și perinatale pot duce la probleme ale atenției. S-a constatat că subiecții cu ADHD sunt predispuși la gripă, infecții respiratorii, otite și alergii (Barkley, 1990).

Se urmărește apoi istoria dezvoltării copilului. Părinții afirmă că, copiii lor au probleme de mici în a învăța să își lege șiretul la pantofi, să utilizeze foarfecele sau butoanele.

Dacă se raportează o întârziere a limbajului, trebuie să știm care este natura întârzierii și dacă s-a făcut vreo evaluare sau intervenție.

O altă parte a interviului este obținerea de informații privind istoria educațională. Părinții trebuie întrebați despre dificultățile întâmpinate la școală în procesul de învățare, începând chiar cu preșcolarulitatea.

O altă linie care trebuie explorată în interviul cu părinții se referă la interacțiunile copiilor cu membrii familiei și cu grupul. Complanța la reguli și directive parentale, focalizarea pe activitățile zilnice și interacțiunile zilnice sunt relevante. Familia tânărului cu ADHD raportează o mare tensiune în casă datorată comportamentului acestuia.

O altă componentă importantă a interviului se referă la obținerea de informații despre istoria familială a problemelor atenționale și școlare. Ne interesează istorii familiale cu probleme de depresie, anxietate,

situații când aceste probleme apar, antecedente, consecințe, frecvență, durată de manifestare, situaționale și variații temporale.

After getting information about teenager's behavior, which concerns his family, it has been got information about illnesses and hospitalization, birth complications, mother's history, abuse of toxic substances during pregnancy. Ante and perinatal complications may lead to attention problems. It was stated that ADHD subjects are liable to flu, respiratory infections, otitis and allergies (Barkley, 1990).

Then it is required the history of child's development. Parents say their children have problems at early age in tiding their shoes or using scissors or buttons.

If a delay of speaking is reported we have to know the nature of delaying and if an evaluation or intervention was made.

Another part of the interview consists in gathering information regarding educational history. Parents should be asked about their children's difficulties in learning since preschool.

Another line to be exploited in parents' interview refers to the interaction of children with other members of family or the group. Compliance for rules and parents' instructions, focusing on daily activities and daily interactions are relevant. Family of ADHD teenager reports a great tension in the house due to his behavior.

Another important component of the interview refers to getting information about family history of attention and educational problems. We are interested in family histories with problems of depression, anxiety, behavioral disturbances. This information helps us in realizing a treatment plan. Most of the information is obtaining through questionnaires. These can be filled in by parents before the interview or can be used as a base for interview.

3. Questionnaires for teachers

Demands at home are different from those at school. For that teachers have to answer to certain questions, to identify elements that

tulburări de comportament. Aceste informații ne ajută în realizarea planului de tratament.

Multe din aceste informații se obțin prin administrare de chestionare. Acestea pot fi completate de părinți înainte de interviu sau pot fi folosite ca baza pentru interviu.

3. Chestionare pentru profesori

Cerințele de acasă și de la școală sunt diferite. De aceea profesorii trebuie să răspundă și ei la anumite întrebări, să identifice factorii care contribuie la problemele copilului, strategiile utilizate cu elevul, precum și succesul sau eșecul acestor strategii. În interpretarea raportului profesorilor se ia în calcul durata de timp pe care o acordă elevului și natura relației.

4. Observația directă

Comportamentul trebuie observat după completarea testelor (Behavioral Attitude Checklist) și în timpul orelor de curs. Interacțiunea părinte-copil furnizează informații importante. Observația directă, acasă sau la școală, ajută la :

- Verificarea diagnosticului
- Realizarea diagnosticului diferențial (ADHD vs tulburări de învățare)
- Monitorizarea răspunsului la tratament
- Identificarea factorilor contextualii care contribuie la dificultățile pe care le are copilul.

Observația are și un dezavantaj : copiii se simt stânjeniți simțindu-se observați permanent (Barkley, 1990).

Măsurători ale funcționării familiale

- Statusul economic și psihologic al familiei;
- Relațiile maritale și calitatea acestora;
- Calitatea comunicării între membrii familiei;
- Funcționarea familiei în general.

Toate aceste informații se obțin prin scale comportamentale.

5. Scale comportamentale

Clinicienii utilizează scale comportamentale pentru a suplimenta informația obținută în interviul clinic. Una

contribuie la child's problems, strategies to be used with the student as well as success or failure of those strategies. In interpretation of teachers' report it is taken into consideration the time they give to the student and the nature of their relationship.

4. Direct observation

Behavior has to be observed after filling in tests (Behavioral Attitude Checklist) and during classes. Interaction parent-child gives important information. Direct observation, at home or at school, helps to:

- Verifying diagnosis
- Realizing differential diagnosis (ADHD vs. learning disorders)
- Monitoring the treatment response
- Identifying contextual elements contributing to child's difficulties

Observation has a disadvantage as well: children feel embarrassed being permanently observed (Barkley, 1990).

Measurements of family functioning

- Economical and psychological family status;
- Marital relationship and their quality;
- Quality of communication between family members;
- Family functioning in general.

All this information is got through behavioral scales.

5. Behavioral scales

Clinicians use behavioral scales to improve information got during clinical interview. One of the scale is Child Behavioral Checklist (CBCL) and is based on symptoms and malfunctions in different psychiatric diseases. Other scales (evaluation scale ADHD-IV, Conners scale, Iowa Conners scales, Swan scale, DuPaul scale, Achenbach scales, SDQ questionnaire) are specific for ADHD. It is important to know that information got through evaluation scales is not enough for diagnosis they represent only a part of clinical evaluation. Practically, evaluation scales are used as: screening instruments in evaluation, monitors of an intervention; they represent an analyzing frame of the case.

dintre scale este Child Behavioral Checklist (CBCL) și se bazează pe evaluarea simptomelor și disfuncționalităților în diverse afecțiuni psihiatrice. Alte scale (scala de evaluare ADHD-IV, scala Conners, scalele Iowa Conners, scala Swan, scala DuPaul, scalele Achenbach, chestionarul SDQ) sunt specifice ADHD. Este important de știut că informațiile obținute din scalele de evaluare nu sunt suficiente pentru un diagnostic, ele reprezentând doar o fațetă a evaluării clinice. Din punct de vedere practic, scalele de evaluare sunt utilizate ca : instrument de screening în evaluare; monitorizare a unei intervenții; reprezintă un cadru de analiză a cazului.

Frecvența utilizare a acestor instrumente are la baza următoarele :

Standardizarea, formatul de prezentare al itemilor este un standard și permite astfel compararea comportamentelor diferiților copii;

a. Au la baza (cele acreditate) studii de fidelitate și validitate care atestă valoarea lor psihometrică;

b. Oferă norme bazate pe eșantioane largi, reprezentative la care pot fi raportate performanțele unei persoane evaluate;

c. Au un format similar pentru diferiți evaluatori- părinți, educatori – putându-se realiza astfel, comparativ, analiza comportamentului copilului în diferite medii;

d. Economia – sunt ușor de completat de părinți sau de educatori (A. Domța).

În afara avantajelor prezentate anterior, scalele de evaluare comportamentale au câteva limite pe care trebuie să le avem în vedere atunci când le utilizăm (A. Domța) :

a. Constituie măsuri ale funcționării actuale ale unei persoane, însă ele sunt descriptive, nu oferă informații privind etiologia sau cauzele problemelor identificate;

b. Reflectă percepții ale problemelor, mai degrabă decât măsuri „obiective” ale acestora.

Informațiile obținute din aceste scale trebuie completate cu informații din alte surse decât evaluarea.

Frequent using of these instruments is based on the following:

a. Standardization, items presentation format is a standard and thus it allows comparing different children behaviors;

b. They are based (the accredited ones) on validity and fidelity studies which prove their psychometric value;

c. They offer norms based on large and representative samples which can be related to performances of an evaluated person;

d. They have a similar format for different evaluators –parents, teachers-thus can be realized comparatively the child’s behavioral analysis in different environments;

e. Economy- they are easily filled in by parents and bearers (A.Domuța).

Besides advantages previously presented, scales of behavioral evaluation have some limits we can take into consideration when using them (A. Domuța):

a. They are measures of present functioning of a person but they are descriptive, they do not offer information about etiology or causes of identified problems;

b. They reflect perceptions of problems more than “objective” values of those.

Information got from these scales has to be completed with information from other sources than evaluation.

Conclusions

Evaluation components:

1. Systematic evaluation of ADHD problems and symptoms based on interviews and questionnaires (parents and teachers);

2. A history of problems, based on interviews (parents and children);

3. The attempt of avoiding any differential diagnosis (through interviews and questionnaires);

4. Neuropsychological probes for testing attention and executive functions;

5. Examining other characteristics of children (academic acquisitions, psychological adaptation, etc);

6. Direct observation of the child at home (between family members) or at school;

7. Following for determining the child’s

Concluzii

Componentele evaluării:

1. Examinarea sistematică a problemelor, a simptomelor ADHD, bazată pe interviuri și chestionare (parinți și profesori);
2. O istorie a problemelor, bazată pe interviuri (parinți și copii);
3. Incercarea de a înlătura orice diagnostic diferențial (prin interviuri și chestionare);
4. Probe neuropsihologice pentru testarea atenției și funcțiilor executive;
5. Examinarea altor caracteristici ale copiilor (achiziționări academice, adaptare psihologică, etc);
6. Observația directă a copilului acasă (printre membrii familiei) sau la școală;
7. Urmărirea pentru a determina răspunsul copilului la intervenție.

BIBLIOGRAFIE

1. Barkley R.A. (1990). *Attention Deficit Hyperactivity disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. Guilford Press, New-York.
2. Barkley, R.A. (1997). *Behavioral Inhibition, Sustained Attention, And Executive Functions: Constructing a Unifying Theory of ADHD*. In Psychological Bulletin nr. 1, vol 121.
3. DSM – IV . (1994). Published by the American Psychiatric Association, Washington D.C.
4. Logan, G.D. (1994). *On the ability to inhibit thought & action. A users' guide to the stop-signal paradigm*. In Dagnbach, D. & Carr, T.H. *Inhibitory Processes in Attention, Memory & Language*. Academic Press. N.Y.,241-264.
5. Schachar, R. J., Tannock, R., & Logan, G. D. (1993). Inhibitory control, impulsiveness, and attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*.
6. Schachar, R., Tannock, R., Marriott, M., & Logan, G. (1995). Deficient inhibitory control in attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*
7. Domuța, A. (2005). *Evaluarea sindromului ADHD la vârsta preșcolară*. Lucrarea coordonată de Profesor univ. dr. Ioan Radu, Universitatea Babeș-Bolyai, România.
8. Zentall, S.S & Leib, S.L. (1985). *Effects on activity and performance of hyperactive and comparison children*, Journal of Educational Research.

response to intervention.

BIBLIOGRAPHY

1. Barkley R.A. (1990). *Attention Deficit Hyperactivity disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. Guilford Press, New-York.
2. Barkley, R.A. (1997). *Behavioral Inhibition, Sustained Attention, And Executive Functions: Constructing a Unifying Theory of ADHD*. In Psychological Bulletin nr. 1, vol 121.
3. DSM – IV . (1994). Published by the American Psychiatric Association, Washington D.C.
4. Logan, G.D. (1994). *On the ability to inhibit thought & action. A users' guide to the stop-signal paradigm*. In Dagnbach, D. & Carr, T.H. *Inhibitory Processes in Attention, Memory & Language*. Academic Press. N.Y.,241-264.
5. Schachar, R. J., Tannock, R., & Logan, G. D. (1993). Inhibitory control, impulsiveness, and attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*.
6. Schachar, R., Tannock, R., Marriott, M., & Logan, G. (1995). Deficient inhibitory control in attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*
7. Domuța, A. (2005). *Evaluarea sindromului ADHD la vârsta preșcolară*. Lucrarea coordonată de Profesor univ. dr. Ioan Radu, Universitatea Babeș-Bolyai, România.
8. Zentall, S.S & Leib, S.L. (1985). *Effects on activity and performance of hyperactive and comparison children*, Journal of Educational Research.