

# MANAGEMENT MULTIMODAL AL ADHD ÎN CAZUL UNUI COPIL DE VÂRSTĂ ȘCOLARĂ

## ADHD MULTIMODAL MANAGEMENT IN THE CASE OF A SCHOOL AGED CHILD

**Milea Bogdana**

### REZUMAT

---

Tulburarea de Hiperactivitate cu Deficit Atențional (ADHD) este o afecțiune semnificativă și frecventă în rândul copiilor de vârstă școlară. Atât tratamentul medicamentos specific, administrat singur cât și combinarea acestuia cu măsuri psiho-sociale s-au dovedit eficiente în ameliorarea simptomelor centrale ale afecțiunii, dar în ceea ce privește funcționarea copiilor în mediul social și în mediul școlar, prin terapie multimodală s-au obținut rezultate superioare. Intervenția psiho-socială a constat în aplicarea în paralel, a unui program de training al profesorilor, părinților și psihoterapia copilului. Programul s-a desfășurat pe parcursul a 14 săptămâni cu un orar de întâlniri săptămânale cu părinții și copilul și la două săptămâni cu cadrul didactic. În cazul descris concret, al unui băiat în vârstă de 10 ani, diagnosticat cu tip combinat de ADHD, s-au asociat metodelor de intervenție comportamentală, aplicate la clasă și în familie, metode suportive, povești terapeutice și elementele de terapie prin joc și psihodramă. Evoluția în timp a fost favorabilă, fiind obiectivată de modificarea semnificativă a scorului pe scalele de evaluare utilizate și resimțită subiectiv atât de copil cât și de către părinți și învățătoare. Ameliorarea a fost mai marcată în mediul școlar, față de cel familial, unde un număr mai ridicat de sedințe ar fi adus probabil beneficii suplimentare.

**Cuvinte cheie:** Copil, Tulburare de Hiperactivitate cu Deficit Atențional (ADHD), Terapie multimodală, Intervenție psiho-socială.

### ABSTRACT

---

The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a significant and frequent condition among school aged children. Both specific medication, administered alone, as well as combining it with psycho-social measures, proved efficient in ameliorating the central symptoms of the syndrome, but in what concerns the child's functionality in school and social environment, superior results were obtained through multimodal therapy. The psycho-social intervention consisted in offering a training program to the teachers and parents and child psychotherapy. The program unfolded throughout 14 weeks, with a schedule of weekly meetings with the parents and child and bi-weekly meetings with the teacher. In the concrete case of a 10 year old boy, diagnosed with combined type of ADHD, the behavioral intervention methods, applied in class and in the family, were combined with supportive methods, therapeutic stories, play therapy and psychodrama elements. The evolution in time was favorable, being objectively shown by the significant change of the scores obtained on the used evaluation scales, and being subjectively felt by

the child and by his parents and teacher. The amelioration was more visible in the school environment, compared to the family environment, where a higher number of sessions would have probably brought further benefits.

**Keywords:** Child; Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD); Multimodal therapy; Psycho-social intervention.

---

Medic specialist Psihiatrie Pediatrică, doctorand Universitatea de Medicina si Farmacie "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca, 13 Emil Isac, 40023 Cluj-Napoca, Romania.

---

Pediatric Psychiatry physician, PHD student of University of Medicine and Pharmacy "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca, 13 Emil Isac, 40023 Cluj-Napoca, Romania.

## INTRODUCERE

Tulburarea de Hiperactivitate cu Deficit Atențional (ADHD), reprezintă o afecțiune frecventă în rândul copiilor de vârstă școlară, cu implicații negative semnificative în viața pacienților dar și a familiei și a rețelei sociale din care face parte copilul [1, 2]. Deși volumul cercetării în domeniul terapiei ADHD este considerabil, există în continuare numeroase controverse și incertitudini privind modalitatea optimă de tratament [3, 4, 5].

În cadrul proiectului de doctorat "Terapie multimodală versus terapie medicamentoasă în Tulburarea de Hiperactivitate cu Deficit Atențional la copil. Studiu comparativ" desfășurat la Cluj, sub conducerea Prof. Dr. Doina Cozman în perioada februarie 2010 – iulie 2012, au fost evaluate două modalități de abordare terapeutică a copiilor cu ADHD, cu vârsta cuprinsă între 6 și 14 ani. Cei 63 de copii incluși în studiu au fost repartizați randomizat în două grupuri: unul cărui i s-a administrat tratament medicamentos (atomoxetină sau metilfenidat) și unul cărui i s-a aplicat terapie multimodală. Aceasta a constat în combinarea farmacoterapiei (aceeași ca în lotul de control) cu un pachet de intervenții psiho-sociale aplicate în paralel timp de 14 săptămâni: training al profesorilor, părinților și psihoterapia copilului. A fost urmărită evoluția copiilor în trei domenii majore: *simptomele clinice* ale afecțiunii, nivelul *funcționării adaptative școlare* și nivelul *competențelor* și a *dificultăților sociale*. Rezultatele cercetării au fost deja prezentate în cadrul a două articole publicate [6, 7], concluziile principale fiind următoarele:

În urma ambelor tipuri de intervenție s-a înregistrat ameliorarea simptomelor ADHD într-o măsură apropiată, în percepția părinților și a cadrelor didactice dar din perspectiva copiilor cu vârsta între 11 și 14 ani, simptomele centrale ale ADHD s-au ameliorat într-o măsură mai mare în urma intervenției combinate decât a celei farmacologice.

Nivelul funcționării adaptative școlare a crescut semnificativ mai mult în lotul cu tratament multimodal față de grupul copiilor cărora li s-a administrat doar medicația specifică ADHD. Performanța școlară nu a înregistrat creșteri semnificative în urma aplicării intervenției multimodale, și nici în urma tratamentului farmacologic administrat singur.

Atât din perspectiva părinților, cât și a copiilor s-a înregistrat o creștere semnificativă a nivelului

competențelor sociale ale pacienților cu ADHD doar în urma tratamentului multimodal, în timp ce în urma terapiei medicamentoase administrată singură, schimbarea în timp a fost minoră. Ambele modalități de tratament s-au dovedit eficiente în scăderea nivelului problemelor sociale ale copiilor incluși în studiu. În opinia părinților, dar la evaluarea separată a perspectivei copiilor, aceștia nu au resimțit o ameliorare importantă a dificultăților de ordin social în urma oricărui tip de intervenție.

Spre deosebire de articolele menționate, unde a fost prezentat proiectul cu rezultatele sale în ansamblul lor, lucrarea de față se concentrează pe modul concret de management a copiilor cu ADHD. Pentru a atinge acest obiectiv, s-a ales un caz, considerat reprezentativ, ca model de lucru. În continuare vor fi descrise etapele și felul în care s-a desfășurat activitatea terapeutică în cazul pacientului respectiv, accentul fiind pus pe intervenția psiho-socială.

**Prima întâlnire cu copilul și familia**, a avut loc în cadrul Clinicii de Psihiatrie Pediatrică din Cluj-Napoca.

Copilul C A în vârstă de 10 ani, elev la o școală de masă din Cluj-Napoca, în clasa a III-a, a fost adus de părinți la clinică, la recomandarea învățătoarei, pentru probleme de atenție și comportament disruptiv. În urma investigațiilor și a stabilirii diagnosticului de ADHD tip combinat, a fost inițiat tratament medicamentos cu metilfenidat în doze progresiv crescătoare, până la stabilirea dozei optime, care a fost păstrată ulterior.

După stabilirea diagnosticului, familiei i-a fost prezentat proiectul în curs de desfășurare, și s-a obținut consimțământul de participare în program. Tot în această primă întâlnire, s-a înmănat părinților un set de chestionare de evaluare CBCL (Child Behavior Checklist), categoria de vârstă 6-18 ani, din pachetul ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment), acest chestionar reprezentând metoda standardizată de evaluare utilizată pentru părinți în cadrul proiectului [8, 9]. S-a stabilit un program de lucru cu părinții și copilul, cu întâlniri săptămânale, la clinică. Unele date demografice generale despre copil, familia lui și școală cu date de contact a părinților și școlii au fost culese cu ajutorul unor fișe de date. Această primă întrevvedere a avut ca principale obiective: luarea legăturii cu copilul și familia lui, includerea în proiect, după obținerea

consimțământului și începerea culegerii de informații atât generale cât și legate de afecțiune și contextul socio-familial.

După întâlnire, s-a realizat repartizarea randomizată a pacientului în unul dintre loturi, în acest caz, copilul fiind inclus în cel de tratament multimodal, acest fapt fiind comunicat participanților la program.

A urmat **prima întâlnire cu învățătoarea** copilului. Și aici, la fel ca în prima intrevvedere cu părintii, scopul a fost în primul rând de a face cunoștință cu învățătoarea, de a prezenta proiectul cu atribuțiile și responsabilitățile fiecărei părți, de a obține consimțământul de participare în program și de a începe culegerea de informații despre copil, atât prin înmânarea unor chestionare de evaluare TRF (Teacher's Report Form) din același pachet ASEBA, adresate cadrelor didactice cât și în mod nestandardizat, despre problemele din mediul școlar ale copilului, modul în care s-a mai încercat abordarea lor, dificultăți și resurse. Tot în această primă întâlnire, s-a înmănat învățătoarei un ghid de lucru pentru copiii cu ADHD, cu repere legate de manifestări, diagnostic și elemente terapeutice concrete ce pot fi aplicate în clasă. S-a stabilit un program de întrevederi cu învățătoarea, la două săptămâni, la școala copilului.

**Descrierea pacientului.** Ținută îngrijită, îmbrăcăminte ordonată, ochelari pentru miopie. Atitudine reținută, privire evitantă, gesturi și mimică reduse inițial, anxios, tensionat, intervenții puține în discuție în prima parte, ulterior ceva mai degajat în exprimarea părerilor proprii. Se observă că descrierea atitudinii copilului nu este una tipică pentru tabloul de ADHD, dar trebuie ținut cont de faptul că această situație era una nouă pentru copil iar manifestările afecțiunii pot să nu fie evidente în unele contexte sociale cum ar fi întâlnirea cu medicul în cabinet.

Din **istoric** am aflat că problemele de comportament au debutat încă de la grădiniță, unde era foarte vorbăreț și neastâmpărat, generând nemulțumiri din partea educatoarelor. Problemele s-au accentuat apoi la școală, unde a prezentat probleme de atenție cu dificultăți de concentrare la ore, intervenții nepotrivite și deranjarea activității școlare, agresivitate față de colegi, cu care a avut altercații în repetate rânduri.

Acasă, deși au fost unele probleme constând în opoziție la solicitările părinților, toleranță redusă la

frustrări, nemulțumire, conflicte frecvente cu sora mai mică, vorbit excesiv, jocuri gălăgioase și cooperare dificilă la realizarea temelor, părinții considerau că dificultățile nu sunt foarte mari iar principalul motiv pentru care au căutat ajutor au fost problemele raportate de învățătoare, fiind cerut cu fermitate și în mod repetat ca elevul să fie evaluat și inclus într-un program de tratament. Aceste diferențe între opinia părinților și a învățătoarei au fost obiectivate cu ajutorul chestionarelor de evaluare utilizate, unde din perspectiva părinților (CBCL) problemele de ADHD s-au aflat în intervalul preclinic iar din perspectiva învățătoarei (TRF) în cel clinic. De asemenea când am evaluat criteriile de diagnostic DSM (Manual de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale), la începutul programului, cele de hiperactivitate-impulsivitate au fost mai numeroase din perspectiva învățătoarei decât din cea a părinților.

În trecut, familia a încercat și alte metode de tratament constând în consiliere și terapie comportamentală, la un centru specializat, dar din păcate dificultățile au persistat și chiar s-au accentuat în timp, după părerea învățătoarei și spre dezamăgirea părinților, care în momentul includerii în proiect se aflau într-o relație tensionată cu învățătoarea.

**Situație socio-economică.** Familia era organizată, cu doi copii, pacientul fiind cel mai mare iar sora lui în vârstă de 4 ani. Relațiile dintre părinți au fost declarate ca armonioase cu existența conflictelor dintre pacient și părinți și între frați. Cu familia extinsă, legătura era păstrată, fiind mai apropiați de bunicii materni cu care se întâlneau frecvent și care ocazional se ocupau și de educația copilului și ceva mai distante cu bunicii paterni cu care totuși se întâlneau periodic. Ambii părinți munceau iar nivelul economic al familiei era unul mediu.

**Desfășurarea activității.** În cadrul primelor întâlniri cu copilul, cel puțin unul dintre părinți a fost de față (uneori au fost prezenți ambii), scopul fiind de a observa direct modul de relaționare dintre copil și părinți și eventual și dintre cei doi adulți și a emite unele ipoteze legate de conflictele intrafamiliale și factorii care duc la persistența problemelor de comportament ale copilului. În cursul întâlnirilor, atât copilul cât și părinții s-au dovedit cooperanți, dornici de schimbare, cu o atitudine totuși ușor reținută, politicoasă, formală uneori. Întâlnirile la

care au participat ambii părinți au fost benefice, deoarece s-au putut aduce în discuție subiecte legate de comunicarea intrafamilială, atât între părinți și copii cât și în cuplu, relevându-se dificultăți în relaționarea dintre soți, care deși se străduiau nu reușeau să comunice adecvat, soția considerând că soțul ei a devenit distant și puțin implicat emoțional, iar el că e mai bine să păstreze liniștea în familie și să nu abordeze unele subiecte. Ambii părinți declarau că muncesc mult, fiind frecvent oboseți, cu puțin timp liber pentru ei și copii.

Ulterior, au avut loc întâlniri doar cu copilul, pentru a facilita expunerea părerilor proprii legate de problemele discutate și a contura perspectiva copilului asupra conflictelor din domeniul social, familial și cel școlar. Principalele tehnici utilizate în cazul copilului au fost cele suportive: întărirea, îndrumarea, elogierea la care s-au adăugat poveștile terapeutice, elemente de terapie prin joc și psihodramă prin punerea în scenă a unor situații conflictuale [10,11,12]. În cazul lui, ipotezele au fost că: problemele de comportament ar putea constitui o modalitate de a atrage atenția părinților care petrec prea puțin timp cu copilul; copilul exprimă prin simptome tensiunile și conflictele neexprimate dintre părinți; există rivalitate între el și sora mai mică pentru atenția părinților; părinții oboseți și frustrați manifestă la rândul lor toleranță redusă și o atitudine negativistă cu încercări de disciplinare care au fost aplicate cu inconsecvență și neadecvat, copilul simțind că uneori este pedepsit prea aspru, nedrept și puțin specific pentru greșelile lui; comunicare dificilă între mamă și copil, cu posibilitate redusă de a-și exprima liber opiniile, de teama pedepselor.

În urma interacțiunii mai îndelungate cu copilul și familia și a obținerii mai multor informații în timp, au fost susținute ipotezele legate de rivalitate, atitudinea negativistă și puțin tolerantă a mamei, comunicarea dificilă cu părinții și în plus s-au conturat și alte elemente care au generat și întreținut manifestările copilului. Problema intimității – apropierea fizice: mama încuraja verbal comunicarea dar non-verbal mai puțin, petrecea puțin timp în activități recreative cu copilul, părinții aveau o atitudine pudică, distantă, legată de corp și intimitate. Copilul a preluat modelul părinților și avea rețineri evidente în discuțiile legate de corp și sexualitate, acestea fiind amplificate și de un incident din grădiniță, mama relatând că o colegă mai mare i-ar fi cerut să se dezbrace la baie, lucru pe care el l-a resimțit ca o agresiune.

Pe lângă acestea, mama manifesta o atitudine critică și puțin permisivă și datorită unor așteptări nerealiste legate de băiat, comparându-l cu un verișor mai mare care după părerea ei era un exemplu de conduită corespunzătoare și modestie.

Pe lângă ipotezele legate de familie, s-au evaluat și apoi abordat terapeutic cu copilul și problemele legate de școală și relația cu prietenii și colegii. Cele mai mari dificultăți, copilul le resimțea în relația cu doamna învățătoare pe care o considera nedreaptă și exigentă, el reacționând în consecință defensiv, frecvent cu o atitudine agresivă, nemulțumită, nesinceră, amplificând prin acest feedback tensiunile dintre el și învățătoare, care au luat treptat amploare. Problemele de conduită se extindeau și în relația cu unele dintre celelalte cadre didactice de la școală și uneori în relația cu colegii de clasă cu care a ajuns la conflicte repetate.

Resursele și aspectele pozitive ale pacientului, utilizate în strategia terapeutică au fost capacitatea lui empatică bună, fiind atent și sensibil la emoțiile părinților și învățătoarei, perfecționismul și competitivitatea pe care o manifesta în mediul școlar, inteligența bună, creativitatea, sociabilitatea, energia și dorința de schimbare. Copilul a fost descris de către învățătoare și mama ca “sufletist, inimos, săritor, vesel, deschis, adoră compania colegilor, calificativele au o mare importanță pentru el”.

Relația terapeutică cu copilul a fost relativ ușor de stabilit, băiatul fiind cooperant și participând cu plăcere la activități.

În paralel, cu părinții au fost discutate strategii comportamentale de management, după programul etapizat al lui Barkley [13] care are ca și concepte de bază: aplicare imediată, consecvență și specifică a consecințelor, folosirea încurajărilor pentru comportamentele adecvate mai frecvent și înaintea utilizării pedepselor ca metodă de corecție și de interacțiune în familie, anticiparea și planificarea în cazul comportamentelor inadecvate, acceptarea faptului că interacțiunile din cadrul familiei sunt reciproce. În mod concret, în acest caz s-a discutat despre maniera de interacțiune dintre copil și părinte, cel mai adesea copilul fiind disciplinat de către mamă care fie îl admonesta verbal, îl amenința sau îi aplica pedepse constând în izolare, interdicția de a se întâlni cu prietenii pentru un timp mult prea îndelungat raportat la gravitatea faptei. Mama admitea că datorită oboselii și frustrării, frecvent striga la el și

aplica pedepse neadecvate. Tatăl se implica mai puțin dar susținea poziția mamei. Principala modalitate de intervenție comportamentală în cazul acestui copil a fost trecerea de la pattern-ul anterior de corecție, bazat pe pedepse și întăriri negative la folosirea atenției pozitive, și a consecințelor specifice și adecvate comportamentului.

Pe principii similare s-a lucrat și cu învățătoarea [14, 15], insistându-se pe schimbarea tiparului de interacțiune dintre ea și copil, cu scopul întreruperii cercului vicios, creat anterior, care ducea la persistența frustrării, nemulțumirii, culpabilizării reciproce și agresivității din partea ambelor părți. Obiectivul a fost de a crește motivația copilului pentru schimbare, de a accepta autoritatea fără însă ca aceasta să genereze epuizare, scăderea autostimei și creșterea anxietății, cu atenție legată de presiunea de performanță pe care copilul deja o resimțea și nu în ultimul rând de a ameliora tensiunile dintre părinți și învățătoare, percepute ca deranjante și incomode.

**Evoluția**, pe parcursul programului a fost favorabilă, cu ameliorări deja după primele întâlniri, mai evidente în domeniul școlar și social și fluctuante în mediul familial. Aici, s-au înregistrat unele progrese mai ales în modul de interacțiune al părinților cu copilul care au devenit mai atenți la aspectele pozitive, au încercat să crească nivelul de comunicare chiar dacă mai mult la nivel verbal, și au încercat să calibreze metodele de corecție cu problemele de comportament permițând în mai mică măsură imixtiunea emoțiilor negative proprii, legate de conflicte independente de copil, în relația cu acesta. De asemenea au încercat să petreacă mai mult timp cu copiii, atenți la semnele de rivalitate dintre frați.

La finalul terapiei, ameliorarea a fost resimțită atât de către părinți cât și de învățătoare, chestionarele aplicate relevând scăderea scorurilor la scalele de apreciere a problemelor de ADHD. Din perspectiva părinților pe scala de derivate DSM, problemele de ADHD au scăzut de la un scor de 10 (interval preclinic) la unul de 7 (interval normal) iar pe scala care măsoară sindroame, probleme de atenție de la scorul inițial de 9 la 5, trecând la fel din intervalul preclinic în cel normal. Pe scala de competențe, scorul a crescut de la 17.5 la 21.5 prin dispariția problemelor școlare și îmbunătățirea abilităților sociale cu scăderea problemelor sociale (nu a mai fost gelos, nu a mai fost tachinat de alții).

Din perspectiva învățătoarei, pe scala de derivate DSM, probleme de ADHD, de la scorul inițial de 23 (predominanța manifestărilor de hiperactivitate-impulsivitate) s-a ajuns la un scor final de 4, iar pe scala care măsoară sindroame de la 35 la 3 (pe ambele scale din intervalul clinic în cel normal). De asemenea pe scala de funcționare adaptativă s-a înregistrat îmbunătățirea semnificativă a comportamentului.

Neformal, aprecierea învățătoarei a fost că copilul a realizat progrese comportamentale vizibile, că nu mai deranjează activitatea, la care participă cu interes, că este un bun coleg și se integrează în colectiv.

Părinții au declarat, la sfârșitul programului, că situația s-a îmbunătățit, că fac eforturi să corecteze metodele de disciplinare, că mai apar ocazional probleme legate de cooperarea la teme și conflicte cu sora mai mică dar sunt mulțumiți că au dispărut problemele școlare ale copilului, care îi îngrijorau foarte tare și că s-a îmbunătățit considerabil relația lor cu învățătoarea copilului.

Copilul, deși nu s-au putut aplica în cazul lui chestionare standardizate (pachetul ASEBA prezintă chestionare de autoevaluare doar pentru copiii cu vârsta peste 11 ani), a fost de părere că e mult mai bine la școală, că se înțelege atât cu învățătoarea cât și cu colegii, că poate ceva mai ușor să vorbească cu mama. Atitudinea lui, pe parcursul evoluției terapiei a devenit evident mai relaxată și cooperantă, cu mai puține semne de anxietate și nemulțumire față de ședințele inițiale.

Ca și **concluzie generală**, în cazul acestui pacient, combinarea farmacoterapiei cu măsurile psihosociale s-a dovedit eficace, evoluția a fost favorabilă, cu ameliorarea conduitei, mai accentuat în mediul școlar și îmbunătățirea abilităților sociale. În munca terapeutică cu participanții, a avut o contribuție semnificativă complianța și cooperarea între toate părțile implicate, cu coroborarea eforturilor și disponibilității de schimbare ale copilului cu cele ale părinților și ale învățătoarei.

Dintre dificultățile sau impedimentele resimțite de terapeut, un element important a fost că pentru aspectele legate de interacțiunile familiale timpul stabilit în proiect a fost insuficient, ședințe ulterioare ar fi putut aduce probabil beneficii suplimentare. Un alt aspect este cel al poziției terapeutului raportat la cei implicați, eforturile fiind desigur centrate pe copil, fiind important ca acesta să se simtă în

siguranță, înțeles și să nu perceapă terapeutul ca un aliat al celorlalți împotriva lui. În plus, din poziția de mediator între părțile implicate, a fost necesară păstrarea obiectivității, neutralității și în același timp abordarea cu delicatețe a cadrului didactic, sugerând schimbarea într-un mod care ține cont de competența pe care acesta deja o are ca pedagog

și încercând să nu se amplifice divergențele și tensiunile deja existente între învățătoare și părinți, spre dezavantajul copilului.

De asemenea, dat fiind timpul limitat, nu s-a putut urmări evoluția pe termen lung a pacientului și aprecierea măsurii în care s-a păstrat în timp beneficiul terapeutic, eventual și după întreruperea farmacoterapiei.

\*

\*

\*

## INTRODUCTION

The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most commonly diagnosed psychiatric disorders among school aged children, with significant negative impact on the patients' life and also that of their families and their social network [1,2]. Although the amount of research on ADHD is considerable, there still are numerous controversies and uncertainties between specialists upon the best treatment to be used [3, 4, 5].

Under the PHD project "Multimodal therapy versus medication in treating children's Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Comparative study", conducted in Cluj under Prof. Dr Doina Cozman during February 2010 – Julie 2012, there were two therapeutic approaches on ADHD children, aged 6 to 14, that were evaluated.

The 63 participant children were randomly assigned in 2 groups: in one they received specific medication (Atomoxetine or Metilphenidate) and in the other the children received multimodal therapy. The latter approach meant combining medical therapy (the same as in the first lot) with a series of psychosocial interventions, carried out simultaneously, for 14 weeks: both parent and teacher training and child psychotherapy. The children's evolution was tracked following 3 major aspects: the level of *clinical symptoms*, the level of their *school adaptive functionality* and the level of *competences* and *social difficulties*. The results of the research were already presented throughout 2 published articles [6, 7], the main conclusions being:

Following both types of interventions, the ADHD symptoms were diminished to a similar degree according to the perception of parents and teachers, but from the 11 to 14 aged participant children's perspective, the main ADHD symptoms diminished greater following the multimodal intervention.

The level of school adaptive functionality grew considerably more in the multimodal treatment group compared to that of the children in the ADHD specific drugs only group. The school performance didn't greatly improve following neither of the 2 methods.

From both the parent's perspective and children's perspective, there has been a significant growth of the social competences level of the participants in the multimodal treatment group only, whereas following the medical therapy only the registered change was minor. Both treatment methods proved effective in decreasing the children's level of social issues in the view of the parents, but upon separate evaluation of the children's perspective, they didn't report any significant amelioration of their social difficulties following neither type of intervention.

Unlike the mentioned articles, where the project was outlined together with the extended results, the hereby paper focuses on the actual mean of managing ADHD children. To obtain this objective, a single case, considered representative, was chosen as work study. Below will be the work stages and the description of the way the therapeutic activity unfolded for this patient, with accent placed on the psychosocial intervention.

**The first meeting with the child and his family,** took place at the Pediatric Psychiatry Clinic in Cluj-Napoca. The child C A, aged 10, studying in a normal state school from Cluj-Napoca, in 3<sup>rd</sup> class, was brought to the clinic by his parents at the recommendation of his teacher, for attention issues and disruptive conduct in class. Following investigations and setting of the combined type ADHD diagnose, the child was placed under medical treatment with metilphenidate in progressive dosage till establishing the optimum dosage, which was subsequently kept.

After setting of the diagnose, the family was introduced to the current project and they have consented to participate in the program. As well, in this first meeting the parents were submitted to a set of CBCL (Child Behavior Checklist) evaluation questionnaires, age category 6-18, part of the ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment) package, as this questionnaire represented the standardized evaluation method on parents who took part in the project [8, 9]. A work schedule with the parents and the child was set, consisting of weekly meetings at the clinic. Some general demographic data concerning the child, his family and the attending school, with contact information for the parents and school, were obtained with the help of some data records. This first session had as primary objectives: meeting the child and his family, inclusion in the project after obtaining their informed consent, and starting the work of gathering information both general and connected to the disorder and the family-social environment.

After the meeting, the patient was randomly distributed in one of the groups, in this case, the child being included in the multimodal treatment lot, fact that was communicated to the program's participants.

Next, followed the **first meeting with the child's teacher**. Here as well as on the first meeting with the parents, the purpose was to firstly meet the teacher, present the project with the involved tasks and responsibilities for each party, to obtain the consent of participating in the program, and to start gathering information about the child, through both TRF (Teacher's Report Form) evaluation questionnaires from the same ASEBA package, as well as through unstandardized methods upon the school problems the child is facing, the ways they have been approached, difficulties and resources. In this first meeting the teacher was also handed a guide on dealing with ADHD children, giving reference points on manifestations, diagnose and actual therapeutic elements that can be applied in class. A meeting schedule was set together with the teacher, once at two weeks, at the school.

**Patient's description.** Neat resemblance, tidy clothing, glasses for myopia. Reserved attitude, evasive glare, mimic and gesture initially reduced, anxious, tense behavior, few interventions in the discussion initially, than a bit more loose about expressing his opinion. To note that the description of the child's

attitude is not typical for ADHD, but we must keep in mind the fact that this was a new situation for the child, and the disorder's manifestations can be less obvious in some social context such as meeting a doctor in a clinic.

From **the historical data** it came to light that the behavior issues have begun in kinder garden, where he was extremely chatty and restless, causing discontent to the teachers. The problems deepened in school, where he showed attention and focusing issues during classes, inopportune interventions and disturbing of the class activities, aggressiveness towards his colleagues, with whom he had numerous altercations.

At home, though there have been some subordination issues at parents' demands, low tolerance to frustrations, discontent, frequent conflicts with his younger sister, excesiv talking, loud playing and difficult cooperation at doing homework, the parents were considering the difficulties not so great, and the main reason they have asked for help was the repeated problems reported by the child's teacher, who asked firmly and repeatedly that the child gets evaluated and treated. These differences between the parents and the teacher's opinion were outlined with the help of the questionnaires, where in the parents' perspective (CBCL) the ADHD problems were in the pre-clinical interval, and in the teacher's view (TRF) they were in the clinical one. Also, when we have evaluated the DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) diagnostic criteria, at the beginning of the program, the ones of hyperactivity-impulsiveness were more numerous in the teacher's view than of the parents.

In the past, the family has tried other treatment methods consisting of guidance and behavioral therapy at a specialized center, but unfortunately the difficulties have persisted and even grew deeper in time, according to the teacher and to the disappointment of the parents, whom at the time of entering the project were in a tensed relationship with the teacher.

**Socio-economical status.** The family was organized, with 2 children, the patient being the elder, and his 4 year old sister. The parents relationship with each other was declared harmonious, with the existent conflict between the patient and the parents and between the siblings. They were in touch with the extended family, the maternal grandparents being closer, meeting them frequently and occasionally dealing with the child's education, and a bit more

distant with the paternal grandparents with whom they met periodically. Both parents were working and the family's economical level was medium.

**The unfolding activity.** During the first meetings with the child, at least one of the parents was there (sometimes both of them), the purpose being that of directly observing the way of interacting between the child and each of his parents, and even between the two adults, and to emit some hypothesis on the intra-family conflicts and the factors that lead to the persistence of the behavioral issues of the child. During the meetings, both the child and his parents proved cooperative, eager of change, with a somewhat reserved attitude, polite, sometimes formal. The meetings both parents attended were benefic, because topics of intra-family communication could be brought up, both between the parents and child and between the two parents, bringing to light difficulties in the interaction between the two adults, whom though trying, were not able to adequately communicate, the wife considering the husband having become distant and showing little emotional involvement, and the husband considering best to keep peace in the family by not approaching certain somewhat uncomfortable subjects. Both parents declared they work hard, often feeling tired, with little free time for themselves and their children.

Later on, there were meetings with only the child, in order to facilitate his speaking of mind, his opinions of discussed issues, and to outline the child's perspective on social, family and school conflicts. The main techniques used in the case of the child were the supportive type: sustenance, guidance, praising; therapeutic stories; playtherapy; psychodrama elements by playing out some conflicting situations [10, 11, 12]. In his case, the hypotheses were: his behavior issues could be a form of attracting parents' attention since they spend little time with the child; the child is expressing the unspoken tensions and conflicts between the parents by the symptoms he is displaying; there is rivalry between him and his younger sister for the parents' attention; the tired and frustrated parents manifest a low tolerance and a negative attitude with disciplinary attempts applied inconsequently and inappropriately, the child sometimes feeling over-punished, unrightfully punished and not entirely directed to his mistakes; difficult communication between the mother and the child, with reduced possibility of freely expressing his opinions, for fear of punishment.

Following a longer interaction with the child and his family and obtaining of more information in time, the hypotheses of rivalry, negative attitude and low tolerance from the mother, difficult communication with the parents, proved to have a valid stand, and furthermore some other elements that have generated and sustained the child's manifestations have caught shape. The problem of intimacy – physical closeness: the mother was verbally encouraging communication, but not so much non-verbally, spent little time in the child's recreational activities, both parents had a chaste, distant attitude regarding the body and intimacy. The child has picked up on the parents' model and clearly had restraints discussing about the body and sexuality, this being amplified by a kinder garden incident, the mother relating that an older colleague of his asked him to undress in the bathroom, which he perceived as an aggression.

Besides the above, the mother displayed a critical and non tolerant attitude, because of some unrealistic expectation concerning the boy, by comparing him with an older cousin who was an example of adequate conduct and modesty, in her opinion.

Besides the hypotheses regarding the family, also evaluated and approached therapeutically were the child's issues with school and his relationship with his friends and colleagues. The greatest difficulties, the child felt were in his relationship with the teacher, whom he thought to be unjust and pretentious, therefore he would react defensively, and frequently with an aggressive, unsatisfied, dishonest attitude, therefore amplifying the tensions between him and the teacher, that have only grew bigger in time. His conduct problems were extended towards some other teachers in school as well, and sometimes in the relationship with his colleagues with whom he had come to repeated conflicts.

The resources and positive aspects of the patient, used in the therapeutic strategy, were his good empathic capacity, the child being attentive to and sensitive to his parents' and teacher's emotions, his perfectionism and competitiveness shown in school, good intelligence level, creativity, sociability, energy and will to change. The child was described by both the teacher and mother as a "big hearted, helpful, cheerful and open child, loves his colleagues company, and school scores have great importance to him".

The therapeutic relationship with the child was easy to set, the boy being cooperative and enjoying participating in the activities.



In parallel, the parents were trained some management behavioral strategies, according to Barkley's stage program [13] which has as basic concepts: immediate, consequent and specific use of consequences, use of encouragements for the adequate behaviors more frequently and prior to using punishment as correction and interaction method in the family, anticipating of and planning in the case of inadequate behaviors, acceptance of the fact that interactions within the family are mutual. Concretely, in this case, we have discussed the manner of interacting between child and parent, most often the child being disciplined by the mother who admonished him verbally, threatened and punished him with isolation, interdiction to meet friends for a too long period while compared to the seriousness of the child's act. The mother admitted that due to fatigue and frustration she would frequently yell at him and applied inadequate punishments. The father would involve less, but sustained the mother's position. The main method of behavioral intervention in the case of this child was switching from the old correction pattern, based on punishment and negative feedback, to use of positive attention and of appropriate consequential measures as reaction to the child's conduct issues.

The work with the teacher was based on similar principles [14, 15], laying stress on changing the pattern of interaction between her and the child, with the purpose of breaking the vicious circle previously created, which had led to persistence of the frustration, discontent, reciprocal guilt infliction, and aggressiveness from both sides. The objective was to increase the child's motivation to change, to accept authority without it causing him exhaustion, decrease of self esteem and increase of anxiety, with attention connected to the pressure of performance which the child already felt, and last but not least to ameliorate the tensions between the parents and the teacher, perceived as uncomfortable and bothering.

**The evolution**, throughout the program was favorable, with ameliorations shown already after the first meetings, more obvious in the school and social areas and fluctuant in the family environment. Here there have been progress registered in the way the parents interacted with the child, as they have become more attentive to the positive aspects, tried to increase the level of communication even if mostly on a verbal level, and they have tried to calibrate the corrective methods to the behavior problems, allowing a smaller

interference of their negative emotions from conflicts not related to the child, to affect their relationship with him. Also, they have tried to spend more time with the children and be more attentive to the sibling rivalry signs.

At the end of the therapy the amelioration was felt by both the parents and the teacher, the applied questionnaires showing the decrease of scores at the appreciation of ADHD problems level. From the parents' perspective on the DSM derivatives scale, the ADHD problems have decreased from a score of 10 (pre-clinical interval) to one of 7 (normal interval), and on the syndrome measuring scale, the attention issues went from the initial score of 9 to a 5, also moving from the pre-clinical level to the normal one. On the competence scale, the score increased from 17.5 to 21.5 through disappearance of the school related issues, and improvement of social abilities with decreasing the social issues (he was no longer jealous, stopped being teased by others).

From the teacher's perspective, on the DSM derivatives scale, the ADHD issues went to a final score of 4 from the initial one of 23 (preponderance of hyperactivity – impulsiveness manifestations), and on the scale measuring syndromes the score went from 35 to 3 (on both scales from clinical interval to a normal one). Also, on the adaptive functionality scale there has been a significant improvement in behavior registered.

Informally, the teacher's appreciation was that the child has made visible behavioral progress, not disturbing the classes, to which he now participates showing interest, and being a better colleague, integrated in the group.

At the end of the program the parents have declared that the situation has improved, that they are making efforts to correct the disciplinary methods, that issues occasionally appear concerning doing homework or conflicts with the younger sister, but they were satisfied that the child's school issues have disappeared, as these were greatly worrying them, and that their relationship with the teacher has considerably improved.

The child, though it was not possible to apply standardized questionnaires on him (the ASEBA package only presents self-evaluation questionnaires for children aged over 11), opinionated it was much better in school now, that he is now getting along with both the teacher and his colleagues, that it is somewhat easier to talk to his mother. His attitude throughout

the evolution of the therapy has clearly become more relaxed and cooperative, with less anxiety and discontent signs than in the initial meetings.

As a **general conclusion**, in the case of this patient, combining the medication with psycho-social measures proved effective, the evolution being favorable, involving improvement in conduct, especially in school environment and improvement in social skills. Throughout the therapeutic work, of great significance was compliance and cooperation of all involved parties, by shared efforts and willingness to change of the child met by the parents' and teacher's efforts.

From the difficulties or impediments met by the therapist, one of the most important element was that for the aspects concerning family interactions the timeframe established by the project was insufficient, as following sessions could have brought further benefits. Another aspect is that of the therapist's

position to the involved parties, the efforts being centered on the child, being important for him to feel safe, understood and not to perceive the therapist as an ally of the others against him. Furthermore, from the position of mediator between the involved parties, objectivity and neutrality had to be kept, and at the same time the teacher had to be approached with care, suggesting the change in a way that bares in mind the competence the teacher already has as an educator, and trying not to amplify the disputes and tensions already in place between the teacher and the parents, to the disadvantage of the child.

Also, given the limited time, the long term evolution of the patient and the extent to which the benefic effects of therapy were kept in time, possibly even after interruption of drug therapy, could not be monitored.

## BIBLIOGRAFIE / BIBLIOGRAPHY

1. Asociația Psihiatrică Americană, Manual de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale. Ediția a patra. Text revizuit, Bucuresti: Ed Asociației Psihiatrilor Liberi din Romania, 2003;85-93.
2. Organizația Mondială a Sănătății, ICD-10, Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament. Simptomatologie și diagnostic clinic, Bucuresti: Ed All Educational, 1998;312-318
3. Barkley AR, Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook For Diagnosis And Treatment. New York: The Guilford Press 1981.
4. MTA Cooperative Group, A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/Hyperactivity disorder. Arch Gen Psychiatry, 1999;56:1073-1086.
5. Brown TR., Antonuccio DO, DuPaul GJ et al., Childhood Mental Health Disorders Evidence Base and Contextual Factors for Psychosocial, Psychopharmacological and Combined Interventions. Washington DC: American Psychological Association, 2008; 15-33.
6. Milea B, Sandea R, Cozman D. Terapie multimodală versus terapie medicamentoasă în Tulburarea de Hiperactivitate cu Deficit Atențional la copil. Rezultate preliminare. Acta Medica Transilvanica. 2012;2(2):17-20.
7. Milea B, Cozman D. Comparative Study of Multimodal and Pharmacological Therapy in Treating School Aged Children with ADHD. Applied Medical Informatics. 2012;31(3):55-63.
8. Achenbach ThM, Rescorla LA. Manualul ASEBA pentru vârstă școlară, Ediția în limba română. Cluj-Napoca: Ed RTS; 2001.
9. Licența de Utilizare Seria AS Nr. 0030. Sc RTS Romanian Psychological Testing Services. Distribuitor autorizat al testelor ASEBA 6-18 ani. Cluj Napoca Cod Unic 15176618
10. Satir V. Terapia Familiei. Cluj Napoca: Editura trei 2011.
11. Barker P. Psychotherapeutic Metaphors. A guide to Theory and Practice. New york: Brunnel/Mazel publishers 1996.
12. Waters V. Povești raționale pentru copii. Cluj Napoca Ed ASCR 2003.
13. Barkley AR, Copilul Dificil. Manualul Terapeutului pentru Evaluare și pentru Trainingul Părinților, the Guilford Press, Ed. în limba română, Editura ASCR, 1997;11-22.
14. Dopfner M, Schurmann S, Frolich J, Program terapeutic pentru copiii cu probleme comportamentale de tip Hiperchineti și opozanți THOP, Ed a 3-a revizuită, Cluj-Napoca, Editura RTS, 2006:29-40
15. Monastera JV, Unlocking the potential of patients with ADHD. A model for clinical practice. American psychological Association, Washington DC 2008;50.