

МАКЕДОНСКИ МЕДИЦИНСКИ ПРЕГЛЕД  
МАКЕДОНСКО ВЕКАРСКО ДРУШТВО - ЗДРУЖЕНИЕ НА ПЕДИАТРИТЕ НА МАКЕДОНИЈА  
MACEDONIAN MEDICAL ASSOCIATION - PEDIATRIC ASSOCIATION OF MACEDONIA

SAVE A SMALL LIFE,  
SUPPORT A BIG FUTURE



ЗБОРНИК НА АБСТРАКТИ И ТРУДОВИ  
PROCEEDINGS AND ABSTRACTS

Ohrid 2011

PEP

ALKALOID  
PLATINUM SPONSOR



С. 6 ОКТОМВРИ 2011, ОХРИД, РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА  
С. 6 OCTOBER 2011, OHRID, REPUBLIC OF MACEDONIA

**КОНТРОВЕРЗИ И ЗАБЛУДИ ЗА  
ХИПЕРКИНЕТСКОТО РАСТРОЈСТВО**

Зорчец Т.

Клиника за детски болести-Скопје

**АБСТРАКТ**

Мал број од психичните растројства предизвикуваат толку многу контроверзи како хиперкинетското растројство. Оваа дијагноза привлекува мноштво на критики, кои ја преиспитуваат онтологијата на дијагнозата т.е. начинот на кој е дефинирана во меѓународната класификација на болести DSM-IV. Коментариите најчесто се однесуваат за етиологијата на растројството, различите околу методологиите на истражување и скептицизмот кон класификацијата на растројството како психично нарушување. Исто така, критичарите се загрижени и за ефектите од дијагнозата врз психичката состојба на пациентите и за ефектите на лековите кои се препишуваат за оваа состојба. Некои критичари се сомневаат и дека постојат скрени мотиви во фармацевтската индустрија, која во исто време ги овластува психијатрските дефиниции на психичните растројства и ја промовира употребата на лековите во нивниот третман.

Дијагнозата хиперкинетско растројство опфаќа одлики како што се хиперактивност, забораност, промени во расположението, импулсивност и расеаност, како знаци за невролошко засегане. Но, критичарите посочуваат дека етиологијата на ова растројство сè уште не е јасно дефинирана од неврологијата, генетиката или биологијата.

Со зголемување на знаењата за поврзаноста на одредени мозочни региони со хиперкинетското растројство и зголемување на разбирање за тоа како срединските фактори можат позитивно да се репрограмираат, во иднина би требало да бидеме свесни за развојот на повеќе специфични и долготрајни мулти-modalни третмани за оваа важна, ограничувачка и мошне реална состојба.

Заблудите и неточните информации за хиперкинетското растројство се мнојубројни, но истите треба да бидат побрени со научни докази бидејќи популарно одржаните верувања, кои се честа последица на емоционални или непроучени аргументи, прават повеќе штета отколку добро. Тие не го поддржуваат нашето знаење и обезбедуваат многумина да побараат помош и да ги користат ефикасните третмани за хиперкинетското растројство, кои биле подложени на ригорозни научни испитувања.

**КЛУЧНИ ЗБОРОВИ:**

хиперкинетско растројство, контроверзи, трендови

**ВОВЕД**

Хиперкинетското растројство е предмет на големи контроверзи, несогласувања и недоразбирања. Етиологијата, дијагнозата и третманот на хиперкинетското

**CONTROVERSI AND MISCONCEPTIONS  
AROUND ATTENTION DEFICIT  
HYPERACTIVITY DISORDER**

Zorcec T.

University Children's Hospital, Skopje,  
Macedonia**ABSTRACT**

Few diagnoses in psychology have stirred up as much controversy as Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). The diagnosis of ADHD has attracted a variety of critical positions that individually challenge the ontology of the diagnosis as it is defined in the DSM-IV. Among the criticisms are disagreements over the cause of ADHD, differences over research methodologies, and skepticism toward its classification as a mental disorder. Critics also express concerns over the effects of diagnosis on the mental state of patients and the effects of the medication available for the condition. Further, some critics suspect hidden in motives of the medical industry, which both authorizes the psychiatric definitions of mental disorders and promotes the use of pharmaceutical drugs for their treatment.

The ADHD diagnosis identifies characteristics such as hyperactivity, forgetfulness, mood swings, poor impulse control, and distractibility, as symptoms of a neurological pathology. But critics point out that the etiology of this mental disorder is not yet well defined by neurology, genetics, or biology.

With increased knowledge regarding the brain-related basis of ADHD, and increased understanding of how environments can be programmed for success, the future should witness the development of more specific and more long-lasting multimodal treatments for this important, impairing, and very real condition.

Misconceptions and inaccurate information about ADHD are numerous and they should be dismissed by scientific findings. However, popularly held false beliefs, which are often result of emotional or unexamined arguments, do more harm than good. They do little to advance our knowledge and do a lot to discourage individuals from seeking help and from using effective treatments for ADHD that have undergone rigorous scientific examination.

**KEY WORDS:**

ADHD, controversy, trends

**INTRODUCTION**

Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD)

растојство се предмет на широки дебати во имените немогу децата. Од повеќе причини, хиперинетното растојство останува едно од најконтровераните психијатрични растојства и покрај тоа што се работи за добро потврдена клиничка дијагноза. Главните за предиагностицирање на хиперинетното растојство, преумерната употреба на психоиндулганси, соодветноста на дијагностичките алати и успешноста на различните терапевтски пристапи, се некои од главните теми околу кои се развиваат контроверзи [1]. Околу овие прашања се поделени мислењата на јавноста, истражувачите и клиничарите. Многумина ретидно тврдат дека хиперинетното растојство е соодветно потврдена медицинска состојба со недефинирана етиологија. Во директна спротивност на оваа група се оние кои тврдат дека хиперинетното растојство е само општа етикета која многу повеќе им служи на потребите на возрасните, околу на потребите на децата. Некои тврдаат одат дур и до таму да го негираат и самото постоење на хиперинетното растојство.

Перцепцијата на јавноста за хиперинетното растојство е полна со заблуди, недоразбирања и половинни вистини за природата, текот и третман на растојството. Популарна заблуда дека хиперинетното растојство не е нарушување или ако е, станува збор за бенигна состојба која е предиагностицирана во последните неколку децении. Покорниците на оваа заблуда често тврдат дека на децата без причина им се даваат лекови од страна на родителите, кои не се способни да се справат со своите непокорни, инертни или неспособни деца. Но, овие критичари ретко приклучуваат аргументи базирани на докази, а често тврдат дека професионалците им шлетат на овие инаку нормални деца со тоа што ги дијагностицираат и лекуваат од хиперинетното растојство. Некои истражувачи укажуваат на тоа дека како расте нетолеранцијата за детската разиграност, можно е се повеќе и повеќе деца да бидат етикетирани како хиперактивни [2].

Од друга страна, зошто хиперинетното растојство во реалноста се повеќе се дијагностицира? Дел од причините е дека децата на кои во минатото се гледаше како на мрзеливи, помалку интелегентни или инертни сега добиваат соодветна дијагноза. Сепак, можноста за предиагностицирање стои, особено ако проценката не се спроведува темелно. Доколку хиперинетното растојство е соодветно дијагностицирано, детето треба да манифестира нарушувања во областите на функционирање кои се од клучно значење за оптималниот развој на академските перформанси, семејните интеракции и односите со врвниците. Гените играат значајна улога во настанувањето на симптомите на хиперинетното растојство. Всушност, ова растојство се провлекува во семејствата и се смета дека е помаследно и од шизофренијата и од депресијата [3]. Студиите за истражување на мозокот започаа со идентификација на критичните мозочни региони и патите вклучени во настанувањето на хиперинетното растојство. Фронталните лобуси, во кои се лоцирани егзекутивните

is the subject of enormous controversies, disagreements and myths. The etiology, diagnosis and the treatment of ADHD have been the subject of wide debates in the past couple of decades. For a variety of reasons, ADHD remains one of the most controversial psychiatric disorders despite being a well confirmed clinical diagnosis. The rumors about overdiagnosis of ADHD, the excessive use of psychostimulants, appropriate diagnostic tools and questionable success of various therapeutic approaches are some of the main areas of controversy [1]. It is an issue that has divided the public community, researchers and clinicians. Many make inflexible statements that ADHD is a properly validated medical condition with an identifiable etiology. In direct opposition to this group are those who claim that ADHD is just a descriptive label that serves the needs of the adults, more so than the needs of children. Some even question the very existence of ADHD.

Public perceptions of ADHD are full with myths, misunderstandings and half truths about the nature, course and treatment of the disorder. Popular misconceptions state that ADHD is not a disorder or if it is, we are talking about a benign one that is overdiagnosed in the last couple of decades. Supporters of those misconceptions often argue that children are without reason medicated by the parents who have not properly managed their disobedient, inert or underachieving children. But those critics rarely present evidence-based arguments and frequently claim that professionals are harming otherwise normal children by diagnosing and treating their ADHD. Some researchers suggest that a growing intolerance of childhood playfulness may lead to more and more children being tagged with ADHD [2].

On the other hand, why is ADHD in reality being diagnosed so much these days? Part of the reason is that children formerly considered as indolent, unintelligent or inert are now getting accurate diagnoses. However, there is also the possibility of overdiagnosis, especially if assessments are not done thoroughly. If ADHD is diagnosed well, the individual is likely to display impairments in areas of functioning that are crucial for optimal development like academic achievement, family interactions and peer relations. Genes play a large role in ADHD symptoms. In fact, this disorder runs heavily in families and is more heritable than schizophrenia or depression [3]. Brain imaging studies are now beginning to identify the critical brain regions and pathways involved in the ADHD symptoms. The frontal lobes, which facilitate the so-called executive functions of planning, regulating and monitoring behavior, are implicated, along with the frontal

функции на планирање, регулирање и мониторирање на однесувањето, преку фронталните патишта се поврзани со другите мозочни региони. И покрај високо биолошката природа на растројството, родителските и наставничките стратегии сеуште се пресудни во поддршката на детето за регулирање на вниманието, организацијата и саморегулаторните вештини.

Во минатото се сметаше дека децата во пубертетот го надминуваат растројството. Но, денес се знае дека хиперинетното растројство често продолжува и во возрасното доба. Всушност, децата со хиперинетното растројство се под јасен ризик за криминални дејства, злоупотреба на супстанции, ниско образовно ниво, социјални проблеми како и потешкотии со вниманието, кои опстојуваат и во зрелоста [4]. Оттука, потребата од ефикасно лекување е итна. Основниот биевниорален терапевтски модалитет вклучува консултации за однесувањето со родителите и наставниците и едукација за социјалните вештини. Комбинацијата на фармакотерапијата и понасцијалниот третман, доведуваат до нормално функционирање [5]. Кога мултимодалните третмани се ефикасни, најверојатното објаснување е дека родителите стануваат помалку негативни, а поконсистентни во нивните родителски вештини. Оттука, дури и за генетски базирани состојби како хиперинетното растројство, домашната и училишната средина се од клучно значење за успех. Со зголемување на знаењата за мозочната основа на хиперинетното растројство и зголеменото разбирање за тоа како нивната средина може да се репрограмира за успех, во иднина треба да се развијат повеќе специфични и долготрајни мултимодални третмани за оваа битка, загрозувана и многу реална состојба.

Прашање е зошто, по толку многу години на истражување, сеуште има контроверзи околу тоа како да се дијагностицира и третира хиперинетното растројство. Иако истражувањите "шле до првата цел во психологијата, а тоа е опис на хиперинетното растројство, тие сеуште не се стигнаа до втората цел, за да се објаснат и причините за хиперинетното растројство, што секако ќе доведе и до подобар третман. Отривањето на причините за хиперинетното растројство значи комбинирање на биолошките, психолошките, биевниоралните и срединските фактори, што сèкако е бавен процес. Во овој труд ќе ги разгледаме најестите контроверзи и забуни за хиперинетното растројство.

#### КОНТРОВЕРЗИ ОКОЛУ ДИЈАГНОЗАТА

Првата контроверза се однесува на прецизноста и сигурноста за тоа како хиперинетното растројство е дијагностицирано. Контроверзаноста произлегува од фактот дека денес поставувањето на дијагноза за хиперинетното растројство се базира исклучиво на пријавено и забележано однесување отколку на медицински или лабораториски тестови. Хиперинетното растројство се дијагностицира по пат на ислукување без дефинитивен физички тест [6]. Друго можно објаснување за оваа контроверза е дека

connections to other brain regions. Despite the highly biological nature of the disorder, parenting and teaching strategies are still important in terms of helping the child to regulate his or her attention, organization and self-regulatory skills.

Although it was commonly thought that as children matured and reached puberty they outgrew ADHD, it is now known that ADHD often lasts well beyond childhood. In fact, children with ADHD are at clear risk for delinquency, substance abuse and low educational achievement as well as attentional and social problems that persist into adulthood [4]. The need for effective treatments is therefore urgent. Established treatment modalities for ADHD include behavioral consultation with parents and teachers and social skills training programs. Combinations of medication and psychosocial treatment are the most likely to promote normal functioning [5]. Crucially, when such multimodal treatments are effective, a key explanatory factor is that parents become less negative and more consistent in their parenting styles. Thus, even for a condition as genetically based as ADHD, home and school environments are crucial for success. With increased knowledge regarding the brain-related basis of ADHD and increased understanding of how environments can be programmed for success, the future should witness the development of more specific and more long-lasting multimodal treatments for this important, impairing and very real condition.

The question is why, after so many years of research, there are still controversies over how to diagnose and treat ADHD. Although researchers have reached the first goal of psychology, which is to describe ADHD, they have not reached the second goal, which is to explain the causes of ADHD, which will lead to better treatment. Explaining the causes of ADHD means combining biological, psychological, behavioral, and cultural factors, which is a slow process. In this paper we will review the current controversies and misconceptions involving ADHD.

#### CONTROVERSY: THE DIAGNOSIS

The first controversy involves the precision and reliability of how ADHD is diagnosed. The controversy arises from the fact that the current diagnosis of ADHD is based exclusively on reported and observed behavioral symptoms rather than on medical or laboratory tests. ADHD is purely a diagnosis by exclusion with no definitive physical test [6]. The other possible explanation for this controversy is that the behavioral symptoms vary in severity, setting and culture [7]. For example, parents or teachers may label a child as having

биовиоралните симптоми варираат во интензитетот, средините услови и различните култури [7]. На пример, родителите или наставниците може да го етикетаат детето со дијагноза хиперкинетско растројство ако детето е преплашено од училишните барања и се однесува импулсивно, грубо или недисциплинирано [8]. Хиперкинетското растројство е делумно контроверзна состојба и поради тоа што повеќето деца се дијагностицираат и третираат врз основа на одлуките донесени од нивните родители и клиничарите, сопомош на наставниците, како примарен извор на дијагностички информации. Интересно е дека само мал дел или околу 20% на децата со дијагноза на хиперкинетско растројство покажуваат хиперкинетско однесување во канцеларијата на клиничарот [9]. Поради дијагностичките потешкотии следниве насоки за дијагностицирање на хиперкинетското растројство се од суштинско значење: децата треба да се на возраст од 6-12 години, да покажуваат шест или повеќе симптоми на невнимание и хиперактивност, да имаат симптоми најмалку шест месеци назад и да покажуваат симптоми и дома и на училиште [10]. Целта на упатствата е да се спречи само "немирното" дете да добие дијагноза хиперкинетско растројство и да прима непотребна медикаментозна терапија.

#### КОНТРОВЕРЗИ ОКОЛУ ТРЕТМАНОТ

Втората контроверза се однесува на тоа како најдобро да се третира хиперкинетското растројство. Неодамна, истражувачите направиле споредба на биовиоралните и медикаментозните третмани за хиперкинетското растројство и извлекле повеќе препораки.

##### Биовиорален третман

Биовиоралниот третман кој вклучува промена или модификација на несаканото поведение, преку користење на учење на нови принципи, е ефективен метод во намалувањето на симптомите на хиперкинетското растројство [11]. Важниот биовиорален третман бара значителен напор од страна на родителите и наставниците. Експертите за биовиорален третман на хиперкинетското растројство препорачуваат овој метод да се користи за деца на предумишна возраст деца, за поблиски форми на хиперкинетското растројство, за деца кои исто така имаат дефицит во социјалните вештини и кога семејството претпочита немедикаментозен пристап.

##### Комбиниран медикаментозен и биовиорален третман

Комбинацијата на метилфенидат и биовиорален третман се препорачува кога деца имаат сериозно хиперкинетско растројство, како на пример кога растројството предизвикува сериозно пореметување во домот и/или училиштето. Употребата на метилфенидат се зголеми за 600% од 1993 година, а вкупната продажба на другите медикаменти за хиперкинетско растројство е зголемена за повеќе од четири пати помеѓу 2000 и 2004 година [12-13]. Во моментот, повеќе од два илјадина милиони американци на возраст од 19 или помалку, користат медикаментозна терапија за хиперкинетското растројство [14]. Медикаментите за хиперкинетското

ADHD if the child is overwhelmed by the demands of school and acts outgoing, robustious, or difficult to discipline [8]. ADHD is controversial in part because most children are diagnosed and treated based on decisions made by their parents and clinicians with teachers being the primary source of diagnostic information. Only a minority, about 20%, of children who end up with a diagnosis of ADHD show hyperactive behavior in the physician's office [9]. Because of diagnostic difficulties the following guidelines for diagnosing ADHD is essential-children should be 6-12 years old, show six or more symptoms of inattention and hyperactivity, have symptoms for at least six months, and exhibit symptoms in both home and school [10]. The purpose of the guidelines is to prevent the only robustious child from being diagnosed with ADHD and given unnecessary drugs.

#### CONTROVERSY: THE TREATMENT

The second controversy involves how best to treat ADHD. Recently, researchers have compared nondrug and drug treatments for ADHD and made the following recommendations.

##### Behavioral Treatment

Behavioral treatment programs that involves changing or modifying undesirable behaviors by using learning principles has been effective in reducing ADHD symptoms [11]. Such a behavioral treatment program requires considerable efforts by the parents and teachers. Experts in the treatment of ADHD recommend a behavioral treatment program be used for preschool-age children with ADHD, for milder forms of ADHD, for children who also have deficits in social skills and when the family prefers the nondrug, behavioral treatment.

##### Combined Drug and Behavioral Treatment

A combination of methylphenidate and behavioral treatment is recommended when children have severe ADHD, such as when ADHD symptoms cause a major disruption in home and/or school. The use of methylphenidate has risen 600% since 1993, and total ADHD medication sales more than four times between 2000 and 2004 [12-13]. Currently, there are more than 2.5 million Americans aged 19 or younger who are using ADHD medications [14]. ADHD medications help decrease children's hyperactivity and increase their concentration; however, they may cause side effects, including sleeping and eating problems, irritability and slowed growth rate [15]. ADHD medications don't improve some of the skill deficits of these children, such as difficult interactions with peers and parents [16]. The use of drug and/or behavioral treatment for ADHD depends on an accurate diagnosis, the severity of symptoms, and concerns

Деца со хиперинетно растројство во адолесценцијата имаат поголема веројатност за откопување од процесот на понатамошно образование, поретко се запишуваат на факултет, имаат помал број на пријателници, честуваат во асоцијални активности повеќе отколку децата без хиперинетно растројство [25]. Стапите на конзумирање на цигари, алкохол и дрога се почести кај децата и со хиперинетно растројство и со растројство во поведението, а за 2-5 пати е почесто кај адолесцентите кои се само со хиперинетно растројство. Подобро во животот, возрасите со хиперинетно растројство имаат потешкотии во вработувањето, почесто страдаат од депресија и растројства на личност, прават повеќе автомобилски несреќи и имаат високи стапки на сексуално преносливи болести и тинејџерска бременоста во споредба со лицата без хиперинетното растројство [26].

Истражувачите од Универзитетот McMaster идентификуваа пет карактеристики на хиперинетното растројство, кои придонесуваат за неговата контроверзна природа како растројство:

1. хиперинетното растројство е клиничка дијагноза за која нема лабораториски или радиолошки тестови или специфични физички карактеристики;
2. дијагностичните критериуми се менуваат често;
3. не постои куративна терапија, па долгорочни терапии се неопходни;
4. терапијата честопати вклучува психо-стимулантни лекови, за кои се верува дека често и се злоупотребуваат и
5. стапите на дијагноза и третманот значително се разликуваат во различни земји [27].

Оттука, голем број на докази покажуваат дека хиперинетното растројство е вистинито нарушување со сериозни последици и дека потребата за соодветен третман на исто е повеќе од неопходна.

#### ЗАБЛУДА-ХИПЕРИНЕТНОТО РАСТРОЈСТВО Е ПРЕДИЈАНОСТИЦИРАНО

Некои поддржувачи на оваа теза тврдат дека хиперинетното растројство е преддијагностицирано и дека многу од децата со оваа дијагноза всушност немаат хиперинетно растројство. И покрај овие тврденија, тешко е да се докаже дека хиперинетното растројство е преддијагностицирано или дека психо-стимулантите се препишуваат повеќе од што треба [28]. Од друга страна, некои експерти од областа тврдат дека хиперинетното растројство всушност е и помалку преддијагностицирано од што треба. Ова тврдение особено се однесува на девојчињата со хиперинетно растројство за кои се смета дека драматично помалку се преддијагностицираат и не се подложени на неопходните терапевтски интервенции. Всушност, се смета дека 75% од девојчињата со хиперинетно растројство остануваат неддијагностицирани [29]. Оттука, сосема е веројатно дека некои деца со хиперинетно растројство се погрешно преддијагностицирани, но исто така е многу

controversial nature:

1. It is a clinical diagnosis for which there are no laboratory or radiological confirmatory tests or specific physical features.
2. Diagnostic criteria have changed frequently.
3. There is no curative treatment, so long-term therapies are required.
4. Therapy often includes stimulant drugs that are thought to have abuse potential.
5. The rates of diagnosis and of treatment substantially differ across countries [27].

Overwhelming evidence suggests that ADHD is a real disorder with serious consequences and the need for appropriate therapy is more than necessary.

#### MISCONCEPTION: ADHD IS OVER-DIAGNOSED

Critics claim that ADHD is over-diagnosed and many children with the diagnosis do not have ADHD. Despite these claims, it is difficult to find evidence that ADHD is over-diagnosed or that stimulant medications are over-prescribed [28]. Moreover, some experts believe that, not only ADHD is not overdiagnosed, it is actually underdiagnosed. Some authors state that girls with the condition are dramatically underdiagnosed and untreated. In fact, we may be missing as many as 75% of girls with ADHD [29]. So, while it is quite probable that some children without ADHD have been misdiagnosed, it is also quite probable that children with ADHD go untreated.

Although this is a complex problem, prevalence rates of ADHD range from two to nine percent. Rates vary depending on the rating scales employed, the criteria used to make a diagnosis, and changes in diagnostic criteria. It is a fact that prevalence rates increased when ADHD was added to the DSM-IV [30].

In many physical illnesses, there is an absolute diagnosis. This involves blood or laboratory tests that can definitively point to a specific problem. Based on this, physicians are able to target and treat specific illnesses. ADHD, and other mental illnesses, do not have a blood test that provides a definitive diagnosis. It is instead based on observation, by parents, teachers and caregivers. Questionnaires regarding behaviors in different environments help mental health workers to determine if a child, or adult, has ADHD. They look not only on the behaviors, but how long they have been present and whether the behaviors are excessive or not age appropriate. ADHD, however, is a legitimate diagnosis and can be accurately diagnosed by qualified physicians.

веројатно дека некои од децата со хиперкинетско растројство остануваат без соодветен третман.

Хиперкинетското растројство е комплексен проблем и стапката на преваленцата варира од 2-9%. Стапките варираат од студија до студија во зависност од употребените мерни инструменти, критериумите за поставување на дијагнозата и промените во дијагностичките критериуми. Факт е дека преваленцата на хиперкинетското растројство се зголеми кога оваа дијагноза беше додадена во меѓународната класификација на болести DSM-IV [30].

Во многу медицински болести, постои апсолутна дијагноза. Ваквото поставување на дијагнозите вклучува крвни или лабораториски тестови, кои дефинитивно може да укажат на одреден проблем. Врз основа на нив, лекарите се во можност да дијагностицираат и лекуваат одредени болести. За хиперкинетското растројство, како и за другите поинакви растројства, не постои крвна анализа или лабораториски тест кој обезбедува конечна дијагноза. Дијагнозата се поставува врз основа на набљудување, одстрана на наставниците, родителите или старателите. Прашалниците за поведението на детето во различните средини, им помага на професионалците да утврдат дали детето или возрасниот има хиперкинетско растројство. Професионалците не се базираат само на набљудување на поведението, туку и на тоа колку долго симптомите се присутни, дали поведението е прекумерно и несоодветно за возраста. Хиперкинетското растројство е леоптимна дијагноза и соодветно се дијагностицира од страна на именуви професионалци.

#### **ЗАБЛУДА-НЕЕФИКАСНИТЕ РОДИТЕЛСКИ ВЕШТИНИ СЕ ПРИЧИНА ЗА НАСТАНУВАЊЕ НА ХИПЕРКИНЕТОСКОТО РАСТРОЈСТВО**

Поведенијата кои се забележани за децата со хиперкинетско растројство делуваат како несоодветни поведенија, кои може да бидат предизвикани и од самите родители. Децата со хиперкинетско растројство се импулсивни, не го дочекуваат својот ред, даваат одговори пред да се доврши прашањето или изгледаат како воопшто да не слушаат што им се зборува. Но, овие симптоми се предизвикани од хиперкинетското растројство, а не од несоодветното родителство. Оваа заблуда најчесто се разрешува, бидејќи некои родителски карактеристики, како што се премногу критичен настроен, преауторитарен или пренегативен родител, придружени со слаби менаџерски способности, ги влошуваат симптомите на хиперкинетското растројство и го зголемуваат ризику за коморбидни состојби [31]. Студиите извршени на близнаци каде се истражувало влијанието на срединските фактори, заклучиле дека генетските фактори, а не животната средина се одговорни за варијацијата во симптомите на хиперкинетското растројство или во околу 80% од случаите [32]. Од друга страна, потешкотиите во менаџерските

#### **MISCONCEPTION: POOR PARENTING CAUSES ADHD**

Behaviors that are common in children with ADHD can seem like misbehaviors caused by parenting. Children can be impulsive, not waiting their turn or blurting out answers, they can seem as if they are not listening. But these are symptoms caused by ADHD, not by bad parenting. This misconception may be the most difficult to dismiss because some parenting characteristics like being too critical, authoritative or negative accompanied with poor management skills, do exacerbate ADHD and increase the risk for comorbid disorders [31]. Twin studies exploring the contribution of environmental factors find that genetic factors and not a shared environment give explanation for the greatest variance in ADHD symptoms or in about 80% of the cases [32]. While management difficulties influence on the parent-child relations and support hyperactivity and oppositional problems in young children. The theories of causation of ADHD can no longer be based solely or even primarily on social factors, such as parental characteristics, caregiving abilities, child management, or other family environmental factors.

Some researchers have identified a number of inaccurate or nonscientific based parent beliefs about the causes of ADHD including: allergic reactions or sensitivity to foods, family problems like alcoholism or marital conflicts, high sugar consumption, ineffective discipline, lazy learning habits, a lack of motivation etc. [33]. On the other hand, parent perceptions and beliefs about the nature of ADHD are related to treatment outcome [34]. Attributions from the parents that ADHD symptoms in their children are intentional and controllable often result in cruel, critical and disciplinary parenting practices. Perhaps the most successful practice a parent can employ is consistency in establishing a schedule and establishing a fair set of rules with consequences. Parents should be focused in catching their children in being good, not just having consequences when things go wrong. So, while poor parenting may not cause ADHD, it may exacerbate the symptoms. When parents work together with their mental health worker to create a treatment plan designed to the child's individual needs, their children can succeed.

#### **MISCONCEPTION: GIRLS HAVE LESS SEVERE ADHD THAN BOYS**

Most of what is known about ADHD is based on studies using samples of boys. The major symptoms of ADHD in girls appear similar to those in boys, even though the condition is much less frequently diagnosed in girls. Girls with ADHD are less

способности влијаат врз односот родител-дете и го поддржуваат хиперкинетското и опозиционерско поведење кај малите деца. Теориите за причинско-последичните односи кај хиперкинетското растројство не може да се базираат исклучиво или дури и пред се на социјалните фактори, како што се родителските карактеристики, способностите за негување на детето, справувањето со детето или некои други семејни или средински фактори.

Некои истражувања идентификуваа голем број на неточни или ненаучни родителски верувања за причините за настанување на хиперкинетското растројство како разни алергиски реакции или пречувствителност на храна, семејни проблеми како алкохолизам или брачни конфликти, конзумирање на премногу шеќер, неефикасни дисциплински мерки, несоодветни навики за учење, недостаток на мотивација и слично [33]. Од друга страна, родителските перцепции и верувања за природата на хиперкинетското растројство се поврзани со крајниот исход на третманот [34]. Тврдењата на родителите дека симптомите на хиперкинетското растројство кај нивните деца се намерни и може да се контролираат, често резултира со сурови, кратечки и дисциплински мерки. Можеби најуспешен метод кој родителот може да го примени е доследноста во создавање на дневна шема и воспоставување на фер правила со соодветни последици. Родителите треба да бидат фокусирани и во перцепирање и на добрите нешта кои нивните деца ги прават, а не само да спроведуваат казни кога работите одат наопаку. Така, додека слабите родителски вештини не можат да предизвикаат хиперкинетско растројство, тие може да ги влошат симптомите. Кога родителите заедно со професионалците ќе создадат план за третман, фокусиран на индивидуалните потреби на детето, нивните деца имаат шанса да успеат.

#### **ЗАБЛУДА-ДЕВОЈЧИЊАТА ИМААТ ПОМАЛКУ ИЗРАЗЕНО ХИПЕРКИНЕТСКО РАСТРОЈСТВО ОТКОЛУ МОМЧИЊАТА**

Најголемиот број на податоци во врска со хиперкинетското растројство се добиени врз основа на студии за момчиња. Главните симптоми на хиперкинетското растројство кај девојчињата се слични на оние кај момчињата, иако растројството многу поретко се дијагностицира кај нив. Девојчињата со хиперкинетско растројство се со помала веројатност за развивање на растројство во поведението, растројство поради кое родителите најчесто бараат стручна помош за своите хиперактивни деца. Релативно ниските стапки на растројство на поведението кај девојчињата може да бидат и една од причините зошто девојчињата со хиперкинетско растројство се со помала веројатност да бидат дијагностицирани [35].

Хиперкинетското растројство е многу чест проблем и до пет пати почесто се дијагностицира кај момчињата отколку кај девојчињата. Но, и најконзервативните проценка предвидува дека

likely to have accompanying disruptive behavior disorder which is often what drive parents to seek medical help for children with ADHD. Relatively low rates of disruptive behavior may be one reason why girls with ADHD are less likely to be diagnosed [35].

ADHD is a very common problem and it is diagnosed up to five times more frequently in boys than girls. However, by the most conservative estimate, at least one million American girls have ADHD. The findings suggest that the symptoms of ADHD in girls are essentially the same as in boys, and that girls with ADHD have equally severe problems at home, at school, and in their social lives [36]. The researchers hope that their findings will enhance appropriate diagnosis and treatment of ADHD in girls.

Compared to boys with ADHD, girls with ADHD reported higher rates of overall distress, anxiety and depression, and demonstrated more hyperactivity and cognitive deficits. Parents and teachers noted higher rates of inattention, hyperactivity, oppositional behavior, social difficulties, depression and anxiety. Girls may report more distress than boys, and they may be more affected by environmental factors than males with ADHD [37]. Thus, gender differences need to be more fully addressed in longitudinal and treatment studies.

#### **CONCLUSION**

Misconceptions and inaccurate information about ADHD should be dismissed by scientific findings. However, popularly held false beliefs, which are often result of emotional or unexamined arguments, do more harm than good. They do little to advance our knowledge and do a lot to discourage individuals from seeking help and from using effective treatments for ADHD that have undergone rigorous scientific examination.

Nonetheless a debate about whether or not ADHD is real is an unfortunate debate because without treatment the disorder is frequently devastating. Fortunately, current treatments for ADHD can be life changing and the treatment works whether one believes in it or not.



најмалку еден милион американски девојчиња имаат хиперкинетско растројство. Наодите укажуваат на тоа дека симптомите на хиперкинетско растројство кај девојчињата во суштина се истикано и кај момчињата и дека девојчињата со хиперкинетско растројство имаат пододнакво сериозни проблеми дома, на училиште и во релациите со врениците [36]. Истражувачите се надеваат дека овие укажувања ќе ја подобрат дијагностиката и третманот на хиперкинетското растројство и кај девојчињата.

Во споредба со момчињата со хиперкинетско растројство, девојчињата пријавуваат повисоки стапки на стрес, анксиозност, депресија и покажуваат повеќе хиперактивност и когнитивни дефицити. Родителите и наставниците пријавуваат повисоки стапки на невнимание, хиперактивност, опозиционерско поведение, социјални потешкотии, депресивност и анксиозност. Девојчињата пријавуваат повисоко ниво на стрес отколку момчињата и на нив посило влијаат срединските фактори [37]. Важните полови разлики треба поцелосно да се разработат во лонгитудналните студии за третман.

#### ЗАКЛУЧОК

Заблудите и неопределените информации за хиперкинетското растројство треба да бидат поблиски со научни докази, бидејќи популарно одржливите верувања, кои се честа последица на емоционални или непроучени аргументи, прават повеќе штета отколку добро. Тие не го подобруваат нашето знаење и обезбедуваат многумина да бараат помош и да ги користат ефикасните третмани за хиперкинетското растројство, кои биле подложени на ригорозни научни испитувања.

Дебата околу тоа дали хиперкинетското растројство е реалност или не, е несреќна дебата, бидејќи без третирање на растројството често последиците се катастрофални. За среќа, денешните третмани за хиперкинетското растројство може да го променат животот на овие деца. Овие третмани се успешни без разлика дали некој верува во нив или не.

#### РЕФЕРЕНЦИ/REFERENCES:

1. Baughman, F. A., & Hovey, C. (2006). *The ADHD fraud: How psychiatry makes "patients" of normal children*. Victoria, Canada: Trafford.
2. Panksepp, J. (1998). Attention deficit hyperactivity disorders, psychostimulants, and intolerance of child playfulness: A tragedy in the making? *Current Directions in Psychological Science*, 7, 91-98.
3. Goodman, R., & Stevenson, J. (1989). A twin study of hyperactivity: II. The aetiological role of genes, family relationships, and perinatal adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 691-709.
4. Fischer, M., Barkley, R. A., Smallish, L., & Fletcher, K. (2002). Young adult follow-up of hyperactive children: Self-reported psychiatric disorders, comorbidity, and the role of childhood conduct problems and teen CD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 463-475.
5. Jensen, P.S., Hinshaw, S., Swanson, J., Greenhill, L., Conners, K., Arnold, E. et al. (2001). Findings from the NIMH multimodal treatment study of AD/HD (MTA): Implications and applications for primary care providers. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 22, 60-73.
6. Joughin C, Ramchandani P, Zwi M (2003). "Attention-deficit/hyperactivity disorder". *Am Fam Physician* 67 (9): 1969-70.
7. Root, R. W., II, & Resnick, R. J. (2003). An update on the diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorders in children. *Professional Psychology: Research Practice*, 34, 34-41.
8. Sinha, G. (2001) Out of control. *Popular Science*, 47-52.

9. Allen, J. E. (2000). How do you know if it's attention deficit/hyperactivity disorder? *Los Angeles Times*, S3
10. Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed.). New York: Guilford Press
11. DuPaul, G. (2008). Cited in C. Munsey, *New insights on ADHD treatment*. *Monitor on Psychology*, 11
12. Alonso-Zaldívar, R. (2006). Panel calls for ADHD drug effect warning. *Contra Costa Times, Health*, 14-15
13. Haislip, G. (2003). *Methylphenidate (Ritalin™) facts*. Office of Diversion Control, U.S. Drug Enforcement Agency, Washington, DC. Washington, DC: National Institute of Health
14. Boyles, S. (2008). ADHD drugs: Heart screen recommended. WebMD [On-line]. Available: [http://www.webmd.com/add-adhd/news/20080421/adhd-drugs-heart-screen-recommended?src=RSS\\_PUBLIC](http://www.webmd.com/add-adhd/news/20080421/adhd-drugs-heart-screen-recommended?src=RSS_PUBLIC)
15. Bower, B. (2006). Med-start kids. *Science News*, 170, 275-276
16. Fabiano, G. (2008). Cited in C. Munsey, *New insights on ADHD treatment*. *Monitor on Psychology*, 11
17. Ingram, S., Hechtman, L., & Morgenstern, G. (1999). Outcome issues in AD/HD: Adolescent and adult long-term outcome. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 5, 243-250
18. Hunt, R.D. (1997). Nosology, neurobiology, and clinical patterns of AD/HD in adults. *Psychiatry Annals*, 27, 572-581
19. Murphy, K., & Barkley, R. A. (1996). Attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 393-401
20. Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Fischer, M. (2008). *ADHD in adults: What the science says*. New York: Guilford Press
21. Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed.). New York: Guilford Press
22. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Diagnosis and Treatment of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD) (2000). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 182-193
23. Barkley, R. A., (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press
24. Leibson, C.L., Katusic, S. K., Barbareis, W.J., Ransom, J., & O'Brien, P.C. (2001). Use and cost of medical care for children and adolescents with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA*, 285, 60-66
25. Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C., & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 546-557
26. Fischer, M., Barkley, R. A., Smallish, L., & Fletcher, K. (2002). Young adult follow-up of hyperactive children: Self-reported psychiatric disorders, comorbidity, and the role of childhood conduct problems and teen CD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 463-475
27. Jadad AR, Booker L, Gauld M, et al. (1999). The treatment of attention-deficit hyperactivity disorder: an annotated bibliography and critical appraisal of published systematic reviews and metaanalyses. *Canadian Journal of Psychiatry* 44 (10): 1025-35
28. Jensen, P.S., Kettle, L., Roper, M.T., Sloan, M.T., Dulcan, M.K., Hoven, C., Bird, H., Bauermister, J., & Payne, J. (1999). Are stimulants overprescribed? Treatment of AD/HD in four U.S. communities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 797-804
29. Ellen B. Littman (2000). ADHD Underdiagnosed in Girls. *Family Practice News*
30. Wolraich, M.L., Hannah, J.N., Pinnock, T.Y., Baumgaertel, A., & Brown, J. (1996). Comparison of diagnostic criteria for attention-deficit hyperactivity disorder in a county-wide sample. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 319-324
31. Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
32. Goodman, R. & Stevenson, J. (1989). A twin study of hyperactivity: II. The aetiological role of genes, family relationships, and perinatal adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 691-709
33. Johnston, C., & Patermaude, R. (1994). Parent attributions for inattentive-overactive and oppositional-defiant child behaviors. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 261-275
34. Hoza, B., Owens, J.S., Pelham, W.E., Swanson, J.M., Conners, C.K., Hinshaw, S., Arnold, L., & Kraemer, H.C. (2000). Parent cognitions as predictors of child treatment response in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 569-583
35. Biederman J (1999). Clinical Correlates of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Females: Findings from a Large Group of Pediatrically and Psychiatrically Referred Girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, p. 966-975
36. Gershon, J. (2002). A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 5, 143-154
37. Rucklidge, J., & Tanner, R. (2001). Psychiatric, psychosocial, and cognitive functioning of Female adolescents with AD/HD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 530-540