

11. HORN H. Involving parents in child psychoanalytic psychotherapy. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, 2003 Dec; 52 (10): 766-76.
12. ШАПАРЬ ВВ и соавт. Практическая психология. Инструментарий. Ростов-на-Дону: Феникс, 2002. 688с. Серия «Педагогика, психология, медицина».
13. ОКЛЕНДЕР В. Окна в мир ребенка. Руководство по детской психотерапии. Пер. с англ. Березиной ФБ. Москва: Независимая фирма «Класс», 2001. 336с. Библиотека психологии и психотерапии, выпуск 20.

SOMNOL(ZOPICLONE) -EFICACITATE CLINICO -TERAPEUTICĂ

An. Nacu, Gh. Cărăușu

Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală

Abstract

Somnol (zopiclone) –clinical - therapeutical efficacy

Approximately 10 % of population suffers from chronic insomnia. In this research the efficacy of Somnol (zopiclone) was studied in cases of insomnia that appears in 16 patients with anxious-depressive and depressive disturbances. The data analysis shows that use of Somnol in combined pharmaceutical and psychotherapeutical treatment is relatively safe and it enhances the process of sleeping.

Keywords: zopiclone, insomnia, treatment

Rezumat

Aproximativ 10% din populație suferă de insomnie cronică. În această lucrare a fost studiată eficacitatea Somnol-ului (zopiclone) în insomnie la 16 pacienți cu tulburări anxios-depresive și depresive. Analiza datelor obținute a demonstrat că utilizarea Somnol-ului, în tratament combinat medicamentos și psihoterapeutic, este relativ sigură și conduce la ameliorarea calității somnului acestor bolnavi.

Cuvinte-cheie: zopiclone, insomnie, tratament

Actualitatea temei

Plutarh: „Somnul este singurul dar gratuit pe care îl acordă zeii“. Somnul constituie cea mai importantă sursă de repaus. El îndeplinește în viața omului două funcții majore: una biologică și alta psihologică (S. Freud). Unul din doisprezece europeni apelează la somnifere noapte de noapte. Aproximativ o persoană din 3 are tulburări de somn pe parcursul unui an de zile. Acestea apar de 2 ori mai frecvent la persoanele de sex feminin. Numărul oamenilor care suferă subiectiv din cauza tulburărilor de somn crește din an în an. Tulburările de somn sunt un simptom comun al multor tulburări mentale și somatice, cum sunt tulburările depresive și condițiile somatice, care provoacă durere sau alt disconfort. Insomnia este o perturbare a somnului care survine de cel puțin trei ori pe săptămână, timp de cel puțin o lună și este o tulburare a echilibrului somn-veghe, care se manifestă prin lipsa de somn sau prin reducerea duratei și a profunzimii somnului. Aceste tulburări sunt responsabile pentru un randament scăzut la locul de muncă, pentru pierderea vieții sociale sau chiar pentru degradarea stării de sănătate. Tulburările de somn cauzate de o altă afecțiune se rezolvă prin tratarea acelei afecțiuni. Există variații individuale privind necesarul de somn și mulți dintre cei care se plâng de insomnie, dorm probabil suficient fără să-și dea seama de aceasta. Cele mai importante efecte nedorite ale hipnoticelor sunt efectele lor reziduale. Acestea sunt resimțite de pacient în ziua următoare ca senzații de lentare și somnolentă. Medicamentele hipnotice sunt utilizate pentru producerea somnului când acesta, din diferite cauze patologice, nu apare în mod natural. Insomnia implică o serie de costuri directe cum ar fi cel al medicamentelor, al consultațiilor la diverși specialiști, dar și o serie de costuri indirecte semnificative care rezultă din scăderea productivității, absentism crescut, accidente, costuri medicale și de spitalizare legate de morbiditatea crescută și utilizarea

disproporționată a resurselor de îngrijire primară, depresia legată de insomnia cronică, morbiditate și mortalitate crescute asociate cu somn scurt habitual, autotratament cu alcool. Poate mai puțin observat, insomnia afectează și persoanele din anturajul celei suferinde. Chiar și episoade scurte de insomnie acută necesită tratament deoarece afectează funcționarea diurnă, iar insomnia netratată poate evolua spre o formă cronică.

Scopul lucrării

Evaluarea clinico-terapeutică a acțiunii zopiclonei în tratamentul complex al pacienților cu insomnie în episoade anxios-depresive și depresive.

Material și metode

Această lucrare a fost efectuată în Clinica de Psihiatrie, Chișinău, în baza unui studiu pe 16 pacienți, cu diagnostic de tulburări anxios-depresive și depresive, episod moderat și sever, inclusiv rezistent, cu vârsta cuprinsă între 18 și 65 de ani, având consimțământul scris al pacientului. Zopiclona este un hipnotic și sedativ cu acțiune rapidă; acționează asupra diferiților parametri ai somnului, prelungindu-i durata și îmbunătățindu-i calitatea; totodată, reduce numărul trezirilor nocturne și al celor precoce.

Mecanism de acțiune:

Zopiclona potentează efectele inhibitorii ale GABA (acidul gama-aminobutiric).

Nu am utilizat Zopiclona pacienților cu antecedente alergice cunoscute la zopiclonă; insuficiență respiratorie decompensată; hipersensibilitate la substanța activă, miastenie gravă, insuficiență hepatică severă, sindrom de apnee în timpul somnului.

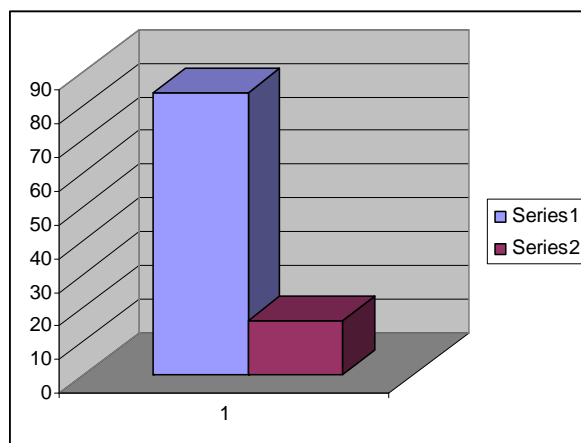
Posologie și mod de administrare:

Doza uzuală a fost de 7,5 mg (sau 1 comprimat) seara, înainte de culcare și la așezarea în pat. La vârstnici și bolnavi cu afecțiune hepatică s-a inițiat tratamentul cu 3,75 mg (sau 1/2 comprimat) seara, înainte de culcare și la așezarea în pat. O atenție sporită a fost acordată pacienților cu leziuni cerebrale organice, insuficiența respiratorie severă. Starea depresivă a justificat un tratament antidepressiv, care a fost combinat cu zopiclonă. Am explicat pacienților la prima prescriere că perioada de tratament este limitată. Pacienții în general au fost avertizați că o ușoară somnolență reziduală diurnă poate fi prezentă după utilizarea acestui medicament.

Interacțiuni medicamentoase:

La pacienți s-a observat un efect cumulativ cu neurolepticele. În două cazuri la vârstnici s-a notat o situație de supradozare printr-un somn foarte profund, cu o ulterioară oboseală, și ușoară ataxie.

Cele mai importante efecte nedorite ale hipnoticelor sunt efectele lor reziduale. Acestea sunt resimțite de pacient în ziua următoare ca senzații de lentoare și somnolență. Rezultatele studiului au demonstrat, că 84 % dintre pacienți nu au prezentat nici un efect advers. Și numai 16 la sută din bolnavi aveau unele efecte adverse. Cele mai frecvente au fost grețurile, gustul amar, cefaleele, somnolența reziduală diurnă. Nu au fost semnalate modificări ale tabloului sanguin, ale funcției renale sau hepatice.



Caracteristici farmacocinetice pentru Somnol

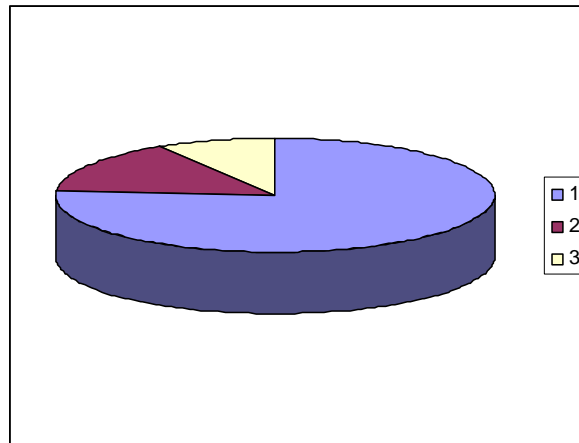
Medicament	Profil	Timp $\frac{1}{2}$ (h)	Timpul atingerii nivelului maximal plasmatic (h)	Timpul eliminării din organism (h)	Necesitatea reducerii dozei la persoane în vârstă	Efecte adverse
Somnol	Nu este un benzodiazepin (ciclopirolon)	3,5-6	0,5-1,5	24-48	În jumătate	Cefalee, vertij, grețuri

În aprecierea profunzimii dereglărilor de somn am utilizat scala Hamilton cu 17 itemi, la inițierea studiului, după o săptămână și la sfârșitul studiului.

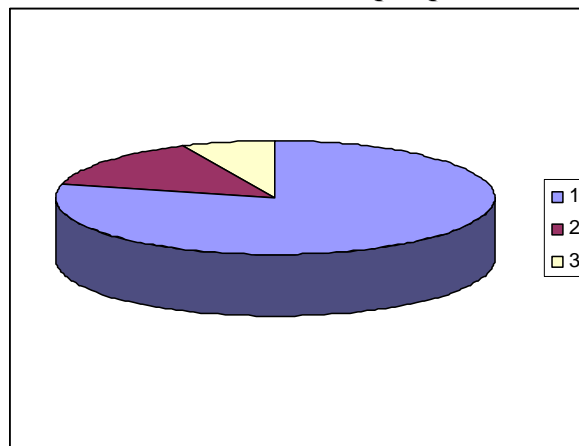
1.	Insomnia la începutul nopții	0 1 2	Absență (adoarme fără dificultate) Bolnavul se plânge, că uneori adoarme greu (mai mult de o jumătate de oră ca să adoarmă) Bolnavul se plânge, că adoarme foarte greu
2.	Insomnia la mijlocul nopții	0 1 2	Nu are dificultăți Bolnavul se plânge, că somnul său este agitat și perturbat toată noaptea Bolnavul se trezește în cursul nopții – alegeți rubrica 2 de fiecare dată, când bolnavul se trezește noaptea (în afară de cazul, când se trezește pentru nevoi naturale)
3.	Insomnia la sfârșitul nopții	0 1 2	Absență Bolnavul se trezește devreme, dar readoarme Bolnavul este incapabil să readoarmă dacă și-a părăsit patul

Tensiunea psihică a multor pacienți, ce suferau de insomnie era reflectată în neputința lor de a se distanța de neliniștile, temerile și grijile lor. Ei stăteau treji, meditănd la problemele lor, făcând zadarnice încercări de a stăpâni ”energia nervoasă“, care s-a adunat. Factorii responsabili de tulburarea somnului lor constau în conflictele nerezolvate, răspunderea excesivă sau încărcarea personală, profesională, întâmplările neobișnuite, teama de a nu fi în stare să adoarmă în noaptea următoare. Bolnavii rămăneau oboșiți pe toată întinderea zilei. Dar de îndată, ce se făcea ora de culcare, frica puneă stăpânire pe ei, imaginându-și, că vor trăi o altă noapte fără somn. Deci somnul acestor pacienți era împiedicat de neliniștea și agitația lor interioară. Ei nu erau capabili să-și stăpânească tensiunea, iar insomnia se potolea până în momentul, când apărea următoarea situație dificilă. Insomnia, ce se petrecea în ultima treime a nopții a fost un indiciu caracteristic pentru existența depresiei la acești bolnavi. În aceste cazuri, pacienții se plâneau, că se trezeau în primele ore ale dimineții și că nu puteau adormi din nou. Ei declarau, de asemenea, că se simt în general prost diminețile; acest detaliu poate fi reținut – mai ales în depresia endogenă - că se încadrează în insomnia matinală sau terminală. De cele mai multe ori, tulburările de somn își aveau originea în conflictele interioare, situațiile de stres, comportamente incompatibile cu somnul și așteptarea anxioasă a unei nopți cu somn tulburat. Eficacitatea terapeutică în cazurile noastre s-a obținut în condiții de sedare limitată. Responsivitatea la tratamentul cu zopiclonă este rapid observabilă încă din primele 2-3 zile de administrare, printr-o senzație de confort, apărută dimineața, descrisă de pacienți și de bună toleranță. Modificări importante ale scorului la scala Hamilton s-au observat la sfârșitul primei săptămâni. Terapia cu zopiclonă a evidențiat o ameliorare din ziua a 7-a de tratament în următoarele proporții:

Pentru tulburările de tip anxios - depresiv:



Excelentă - 76%; bună-15%; moderată-9%.
Pentru tulburările de tip depresiv:



Excelentă - 79%; bună-14%; moderată-7%.

Discuții

Printre cauzele obișnuite ale perturbărilor de somn sunt anxietatea și depresia. Depresia reprezintă una dintre cauzele cele mai frecvente de insomnie. De aceea orice cauză primară, dacă este prezentă, trebuie tratată. Insomnia a fost un simptom primar al depresiei, dar și un simptom rezidual al depresiei tratate, unde insomnia persistentă prezice recăderea tulburării depresive, inclusiv rezistentă. Insomnia intermitentă ce se petrece în ultima treime a nopții este un indiciu caracteristic pentru existența depresiei. În acest caz, pacientul se plânge că se trezește în primele ore ale dimineții și că nu poate adormi din nou. El declară, de asemenea, că se simte în general prost diminețile; acest detaliu poate fi reținut - mai ales în depresia endogenă refractară - că se încadrează în insomnia matinală sau terminală. Factorii psihologici reprezintă singura cauză a insomniei în jumătate din cazurile evaluate. Situații stresante generate de o căsnicie nefericita, un copil cu o suferință cronică, retribuția necorespunzătoare la locul de muncă, pot provoca tulburări de somn. În depresia pacientului se plâng adesea că le este greu să adoarmă, că se scoală în timpul nopții și nu pot readormi sau se trezesc prea devreme dimineața. Iar în tulburări anxios-depresive - că au un somn agitat sau chiar superficial, iar dimineața când trebuie să se trezească au sentimentul că nu s-au odihnit și le este frică să nu piardă controlul somnului, au teama că nu mai pot dormi sau că un somn de proastă calitate le poate afecta sănătatea. Dacă medicul tratează tulburările de somn pur și simplu simptomatic, prescriind medicamente hipnotice, el se rupe împreună cu pacientul său de aspectele personale ale tulburării. Cea mai importantă problemă, care trebuie rezolvată pentru conturarea tratamentului este: care sunt tensiunile zilnice, ce refuză să "adoarmă" și de ce se întâmplă acest lucru.

Somnol a arătat în studiul nostru o rată înaltă de responsivitate. Deoarece insomnia era complementară altor condiții medicale, am tratat aceste cazuri complex. Somnol a crescut durata și calitatea somnului, fără efecte reziduale semnificative în dimineața următoare. Pacientul știe foarte bine ce îl face pe el să stea treaz, dar el este incapabil să-și stăpânească tensiunea. De îndată, ce problemele zilei sunt rezolvate, insomnia se potolește până în momentul, când apare următoarea situație dificilă. Experiențele reprimite care nu au fost dezvăluite, nu devin evidente decât atunci, când controlul impus de realitate a fost relaxat, sa spunem, în timpul viselor. Cu scopul de a evada din astfel de situații emoțional stresante, pacientul se trezește de nenumărate ori. De aceea pacienții, pe lângă tratament medicamentos, care poate rezolva rapid problema, necesită ulterior psihoterapie pe termen lung, aplicată cu scopul de a dezvălui conflictele existente.

Agenții hipnotici trebuie prescriși doar pentru cea mai scurtă perioadă posibilă, deoarece ei nu tratează tulburarea de fond. Folosindu-i se poate vorbi de un somn "împrumutat". Deoarece medicamentele suprimă, de obicei, stările de vis, se acumulează "datoria de vis" a pacientului. Tensiunile suplimentare și neliniștea din cursul zilei, urmate de doze crescute sau de medicamente mai puternice luate la culcare, pot induce o stare în care pacientul se simte din ce în ce mai puțin responsabil de bunăstarea și somnul său, ceea ce poate duce în cele din urmă la abuzul de medicamente. Dacă insomnia este secundară altei condiții, aceasta din urmă va trebui tratată. Hipnoticul ar trebui să crească durata și calitatea somnului, fără efecte reziduale în dimineața următoare. Ar trebui totodată să nu modifice fiziologia somnului și să nu dea nici un fel de efecte la oprirea administrării.

Concluzii

Somnol este un hipnotic, care rezolvă favorabil numeroase categorii de insomnii din punct de vedere simptomatologic. Când este vorba despre insomnie, de regulă trebuie căutată o cauză psihologică, o depresie, o tulburare anxios-depresivă care se cer tratate. Eficacitatea nu a fost unica preocupare în tratarea pacienților. Toleranța a constituit de asemenea o problemă de importanță majoră. În observațiile noastre Somnolul:

- nu a afectat activitatea cardiacă
- nu a determinat sedare semnificativă
- este indicat pentru vârstnici în jumătate de doză
- are un potențial redus de interacțiune cu medicamente uzuale
- nu a afectat memoria asigurată un somn odihnitor. nu a determinat diminuarea performanței în cursul zilei.

În urma studiului concluzionăm:

- Timpul de înjumătățire a somnolului este de câteva ore, acest lucru asigură eliminare relativ rapidă din organism.
- Timpul atingerii nivelului maximal plasmatic (Tmax) este de 0,5 –1,5 ore după administrare perorală.
- Zopiclona nu a manifestat efecte nedorite reziduale prin senzații de lentoare, somnolentă și scăderea marcată a capacității de muncă în ziua următoare.
- Risc minim de dezvoltare a dependenței și sindromului de discontinuitate.
- Compararea scorurilor Hamilton evidențiază o scădere globală importantă la toți itemii înregistrați.

Bibliografie

1. Brun, J.P. "Zopiclone, a Cyclopyrrolone Hypnotic: Review of Properties", *Pharmacology, Biochemistry and Behavior* 29: 831-832 (1988)
2. Glass J, Lancot KL, Herrmann N, et al. Sedative hypnotics in older people with insomnia: Meta-analysis of risks and benefits. *BMJ* 2005;331:1169–1173.
3. Goa, K.L. and Heel, R.C. "Zopiclone, a Review of Its Pharmacodynamic and Pharmacokinetic Properties and Therapeutic Efficacy as an Hypnotic", *Drugs* 32(1): 48-65 (1986)

4. Jamali et al., "Enantioselective Aspects of Drug Action and Disposition: Therapeutic Pitfalls", *Journal of Pharmaceutical Sciences* 78(9): 695-715 (1989)
5. Management of insomnia in older adults SIVERTSEN and NORDHUS *Br. J. Psychiatry* 2007;190:285-286.
6. Najib J. Zopiclone, a nonbenzodiazepine sedative-hypnotic agent for the treatment of transient and chronic insomnia. [Review] [130 refs]. *Clin Ther* 2006;28:491-516.

MODIFICĂRI PSIHOPATOLOGICE DATORATE UTILIZĂRII CANABINOIZILOR

Olivia Cepoi, Dorina Nicolaescu, Cristina Cheptene

(Conducător științific, Inga Deliv, d.șt.m., cercetător științific al Laboratorului de Narcologie)
Catedra Psihiatrie și Narcologie, Facultatea de Perfecționare a Medicilor

Summary

Cannabinoids – induced psychopathological changes

Cannabis currently presents the most extensively - and illegally - used drug. It is estimated that 25 % of the population use it and that among the teenagers, the „experiences” of marijuana and the number of cannabis chronic users average those of alcohol or tobacco. Even though an important number of patients are affected, often it is not correctly evaluated and treated. In this article, 21 cases have been studied, these presenting an interest for studying the phenomenon. Besides, the information and actual data from different sources about the psychopathological peculiarities in cannabis users are presented.

Rezumat

Marijuana este actualmente drogul ilicit cel mai larg utilizat în lumea întreagă. Se estimează că circa 25% din populație îl utilizează, iar în rândul populației tinere de adolescenți „experiențele” cu marijuana și nivelul consumărilor cutumieri, se estimează a fi apropiat de cel al utilizatorilor de tutun sau alcool. Deși se întâlnește la un număr semnificativ de pacienți, ei adeseori nu beneficiază de o abordare corectă și de un tratament adecvat. În acest articol sunt expuse 21 cazuri care prezintă interes în ceea ce privește consumul de canabis. De asemenea, sunt raportate date actuale din literatura de specialitate privind particularitățile psihopatologice în utilizarea de canabis.

Actualitatea temei

Proprietățile „euforizante” ale canabisului sunt cunoscute încă din antichitate, fiind expuse în manuscrisele din China și India Antică. Prima mențiune despre efectele psihoactive ale cânepii o întâlnim în sanscrită, „din ea se vor obține hașișul, kif-ul, marijuana etc.” [3]. Utilizarea produselor preparate din cânepă a sosit în Europa (Spania) odată cu arabii. Studiul clinic al consumului de canabice începe în 1810 prin mai multe cercetări, care țin de numele lui Rouger, după care au urmat un șir de publicații: W. B. O. Shanghnessy (1838), J. Moren de Tours (1845), A. Brigham (1846), J. P. Hay (1860). În ele se cercetau proprietățile terapeutice ale canabisului [6; 8]. În SUA utilizarea cânepii în anii '60-70 ai secolului trecut și s-a extins epidemic manifestând primul său peak în 1979. În anii '80, în fosta URSS hașișomania ocupa locul doi după narcomania opioidă și constitua 20-30% din totalul drogdependențelor [2; 16; 17].

În Republica Moldova consumul de canabis a căpătat o răspândire largă la finele anilor '90, rămânând și în prezent cel mai utilizat drog în opinia tinerilor intervievați, conform datelor Dispensarului Republican de Narcologie [19].

Inițierea consumului stupefiantelor la adolescenți, în 62% cazuri are loc prin fumatul de canabis [1; 3; 5; 11].

Studiile recente au demonstrat că, substanțele psihoactive (cannabinoidii), ce se conțin în cânepă posedă acțiune narcotizantă. Cânepa conține circa 60 cannabinoidi, unii fiind biologic