

8. Nacu A.G., Hotineanu M., Emilia Boşneaga, Moldovanu M.; Eugenia Calenici Alocarea oxybralului în stările nevrotiforme de caracter vascular Zilele Universităţii de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu”, Chişinău, 1999, pag. 463

PSIHOTERAPIA ÎN TRATAMENTUL COMPLEX AL NEVROZELOR LA COPII ŞI ADOLESCENŢI

Anatol Nacu, Tatiana Leaşoc

Catedra Psihiatrie, Narcologie şi Psihologie medicală USMF „Nicolae Testemiţanu”

Summary

Psychotherapy in the complex treatment of neurosis in children and adolescents

The study is based on the clinical-pathopsychological, catamnestic and statistic research of 140 patients aged from 5 to 17 (105 boys and 35 girls) with a large scale of neurotic disorders. The data of psychotherapy of the patients established at the basis of the neurotic symptomatology the intrapsychic conflict and psychological benefits caused by the disorder that have tracked the close connection with the peculiarities of the family functioning, education and the parent personalities. The combination of individual, group or family psychotherapy increased the efficiency of the treatment of the patients as it is facilitated the analysis of the psychological aspect of the neurotic disorder in the family environment and intrapersonal relationships. The pharmacotherapy administration was expedient in cases of acute neurotic symptomatology at the stage of preparing for the psychotherapy realization.

Rezumat

Lucrarea se bazează pe explorările clinico-patopsihologice, catamnestică şi statistice ale 140 de pacienţi în vârstă de la 5 până la 17 ani (105 băieţi şi 35 fete) cu un diapazon vast de tulburări nevrotice. Datele psihoterapiei au permis de a constata în baza simptomatologiei nevrotice conflict intrapsihic, avantaje psihologice din tulburare, care erau în legătură directă cu particularităţile funcţionării familiei, educaţiei, individualităţii părinţilor. În acest context, preferată s-a dovedit a fi psihoterapia direcţionată psihanalitic. Farmacoterapia este mai oportună în simptomatologie nevrotică acută în calitate de etapă de pregătire pentru aplicarea psihoterapiei (efect de scurtă durată).

Actualitatea temei

Problema tulburărilor nevrotice la copii şi la adolescenţi continuă să rămână actuală. În Moldova tulburări nepsihotice constituie 74,2% în structura nozologică a incidenţei prin tulburări mintale şi de comportament la copii până la 18 ani [1, 2]. Creşte anxietatea copiilor în societate fiind influenţată de tendinţele socio-economice (cresc indicatorii divorţurilor, migraţiei părinţilor peste hotare), este în ascensiune frecvenţa tulburărilor nepsihotice la copiii de la vârsta preşcolară spre perioada studiului în colegii: de la 22,5% la 71% [3]. Aceasta se reflectă asupra calităţii adaptării, angajării în câmpul de muncă, a prosperităţii psihice a persoanei mature [4].

Numeroase investigaţii sunt consacrate metodologiei intervenţiilor terapeutice, eficienţei metodelor psihoterapeutice [5, 6]. Însă, în pofida diversităţii metodelor de tratament, modificări esenţiale în ceea ce priveşte morbiditatea prin nevroze nu se înregistrează. În psihoterapia contemporană se evidenţiază următoarele direcţii principale: psihodinamică, fenomenologică (existenţial-umanistă), cognitivă-comportamentală, care se aplică în formă individuală şi de grup [7, 8]. Cu toate acestea se remarcă aplicarea preponderent a psihoterapiei cognitive-comportamentale, sugestive şi a farmacoterapiei, există poziţii divergente referitor la includerea părinţilor în procesul curativ. În Moldova la etapa actuală persistă problema diagnosticului nevrozelor la copii şi adolescenţi (frecvent se evidenţiază ca tulburări organice de personalitate) şi tratamentului acestor tulburări, deoarece mai frecvent se aplică asocierea farmacoterapiei şi sugestiei [2]. Psihoterapia psihanalitică infantilă, ocupând o poziţie deosebită, presupune o

abordare individuală, un rezultat mai stabil, grație mentalizării conflictelor interne, o atitudine clară față de rolul părinților în tratament [9].

Necesitatea explorărilor în plan teoretic și practic este dictată de necesitatea optimizării intervenției terapeutice în cadrul tratamentului complex al nevrozelor pentru asigurarea eficienței maxime a acestuia, a mijloacelor de profilaxie, în special având în vedere refractaritatea tulburărilor nevrotice.

Scopul studiului

Optimizarea eficienței psihoterapiei în tratamentul complex al nevrozelor la copii și adolescenți.

Obiectivele studiului

1. Studiarea minuțioasă a manifestărilor clinice ale nevrozelor în diferite etape de evoluție a acestora. 2. Studiarea aspectelor psihologice la pacienți, factorilor de personalitate ai părinților, particularităților de funcționare a familiei cu ajutorul seturilor de teste selectate. 3. Compararea efectului în diferite modalități de tratament: tratament complex (farmaco-psihoterapeutic), psihoterapie, farmacoterapie (lotul martor). 4. Analiza comparativă eficienței variantelor de psihoterapie (individuală, de grup, familială). 5. Elaborarea unui algoritm de aplicare a tratamentului complex, a variantelor de psihoterapie, precum și a mijloacelor de psihoprofilaxie.

Material și metode de cercetare

Studiul s-a axat pe rezultatele examinării complexe a 140 pacienți cu nevroze, care pe parcursul anilor 2001-2005 au fost tratați și supravegheați în regim semistaționar în Staționarul de zi pentru copii a Instituției Medico-Sanitare Publice și de ambulatoriu și Dispensarul Psihoneurologic Republican IMSP SCP Costiujeni și apoi în catamneza $17,5 \pm 2,3$ luni. Diagnosticul de tulburare nevrotică (în continuare TN) a fost confirmat în baza criteriilor ICD-10.

Au fost examinați copii și adolescenți de vârstă între 5 și 17 ani (vârsta medie $10,83 \pm 0,26$ ani): 105 (75%) băieți și 35 (25%) fete. În funcție de tipul tratamentului aplicat pacienții au fost divizați în trei grupe: **1) tratament complex** (farmaco-psihoterapeutic) – 78 (55,7%) pacienți, **2) psihoterapie** – 22 (15,7%) pacienți și **3) farmacoterapie (lotul martor)** – 40 (28,6%) pacienți.

Analiza pacienților în funcție de diagnosticul de bază a evidențiat trei grupe clinice ale TN: grupa I-a – 41 (29,3%) pacienți cu *tulburări somatoforme* (F45.0; F45.3; F45.8; F48.0; F98.0; F98.1); grupa a II-a – 25 (17,9%) pacienți cu *tulburări anxio-fobice-obsesive, depresive* (F40-40.2; F41-41.2; F42-42.2; F43.2; F34.1; F51; F93-93.3); grupa a III-a - 74 (52,8%) pacienți cu *tulburări comportamental-motorii* (F92.0; F92.8; F95-95.2; F98.5; F98.8; F63.3).

Pentru examinarea pacienților au fost utilizate următoarele **metode de cercetare**: clinică, clinico-catamnestică, clinico-patopsihologică (metodele proiective de desen „Casa, copac, om” (CCO), „Familia mea” (FM), chestionarul „Analiza relațiilor intrafamiliale” lui Eydemiller E.G. (ARF), chestionarele lui Eysenck H. (CE): varianta pentru adolescenți și adulți); metode paraclinice (EEG, ECO-EG, REG); metodele de evaluare statistică (analiză variațională, descriptivă și discriminantă).

În prezentul studiu s-au aplicat **procedee de psihoterapie** cu direcționare psihanalitică, precum și elemente de terapie gestaltică, psihodramă, psihoterapie cognitivă (feedback), fiind aplicate individual (47%), în grup (15%), în psihoterapia de familie (44%) [301, 320, 321, 324, 54, 275, 318]. În psihoterapie se asigură o durată exactă a ședinței și periodicitate distinctă a întâlnirilor. Pacienții au beneficiat de la 15 la 30 (în mediu $22,5 \pm 3,63$) ședințe de **psihoterapie individuală** cu durată de 45-50 de minute fiecare și frecvență de 1-3 ori săptămânal pe parcursul a 2-6 luni (într-un caz timp de doi ani). **Ședințele de psihoterapie de familie** se convocau de 2-3 ori pe lună. S-a realizat **psihoterapia în grup** pentru adolescenții în vârstă de 11-17 ani – 15 ședințe câte 1,5 ore fiecare, 1 dată pe săptămână timp de 3,5 luni. În rezultatul tratamentului se releva: compensare clinică completă (dispariția completă a simptomatologiei), compensare clinică parțială (diminuarea totalității simptomatologiei, dispariția parțială a simptomatologiei concomitente sau atenuarea simptomatologiei de bază și persistența celei concomitente), precum și absența compensării.

Rezultatele obținute

Din datele anamnezei la 32,9% pacienți se remarcau antecedente eredocolaterale de TN, la 19,3% - psihopatie ($p>0,05$), la 4 (2,9%) pacienți - antecedente de schizofrenie (mai frecvent în grupa II, $p<0,05$). S-a depistat factorul psihogen în declanșarea patologiilor în perioada anteprenatală a pacienților: 57,9% pacienților au fost născuți din sarcini patologice (toxicoză, iminență de avort spontan) dintre care 59,3% pe fondal unui stres emotiv sau starea nevrotică a mamei determinate de evenimentul sarcinii (atitudinea față de modificările fiziologice din organism, sarcină nedorită sau sex nedorit al viitorului copil, care se referă la istoricul mamei în familia progenitor), problemele interpersonale ale soților; din nașterii (prelungite, precipitate) - 62,9% cazuri, cu prematuritate, supramaturitate a nou-născutului - mai frecvent în grupa III - 21,6% pacienți ($p<0,05$). Lucrările psihanaliticilor atestă, că climatului emoțional în diadă «mamă-copil» îi revine un rol mai semnificativ, decât șirului de evenimente traumatizante [10]. Însă la 67 (47,9%) pacienți în perioada precoce s-a relevat nevropatia (instabilitatea funcțiilor organelor digestive, tulburări de somn, slăbire somatică). Semne de insuficiență constituțională-organică ale vârstei precoce se constatau în tratamentul mai puțin eficient: antecedente eredocolaterale de TN - 50% cazuri de efect pozitiv, nașteri patologice - 46,6% cazuri; retenție formării controlului sfincterian - 33,3%, retenție formării mersului de sine stătător din cauza fobiei după o cădere - 46,7% cazurile cu efecte pozitive în urma tratamentului ($p>0,05$).

În funcție de componența familiei efect pozitiv s-a evidențiat mai frecvent la pacienții din familii incomplete (62,1%) și educați de bunici, rude (părinții erau plecați la muncă peste hotare) - 57,1% cazuri ($p>0,05$), în tratamentul unicului copil (59,3%), figurilor ale părinților dominante, autoritare, agresive; dominării și superiorității figurilor bunicilor și subordonării imaginilor bunicuțelor (100%) - *proba de desen FM*. Tratamentul era ineficient mai frecvent la copiii taților mai tineri (vârstă sub 20 ani la nașterea copilului) - 83,3% (familii divorțate, cu conflicte), din lipsa legăturilor emoționale cu familia excluderea tatălui din procesul de educație cu dominarea mamei, explicându-se prin dificultățile de antrenare a familiei în psihoterapie ($p<0,05$). În psihoterapie au fost important transferul părintesc asupra psihoterapeutului, prelucrarea dorinței condiționale a pacientului de a întoarce părinții. În funcție de caracteristicile educației, funcționării familiei (datele ARF) tratamentul pacienților s-a dovedit a fi mai puțin eficient în hiperprotecția tolerată (46,1%) (autosacrificiu, satisfacerea necritică a oricăror necesități ale copilului), investirea dependenței, infantilității afective a copiilor (22,2%), decât în responsabilitatea morală sporită - 60% și în hipoprotecție - 57,1% cazuri ($p=0,05$). Tendințele compensatorii ale problemelor personale ale părinților în stilul instabil de educație influențau eficiența tratamentului în jumătate din cazuri ($p<0,05$). Astfel, conflictele intrapsihice ale părinților pot contribui la apariția și acutizarea tulburărilor nevrotice la copii [11].

În prezentul studiu efect pozitiv se înregistra mai frecvent la pacienții mai adaptați, satisfăcuți de învățatură 68% cazuri, la fete - 65,7% cazuri ($p<0,05$), la pacienții de vârstă 5-7 ani, care frecventau grădinițele de copii - 62,5% cazuri ($p>0,05$). În cadrul anamnezei la majoritatea pacienților (95,7%) au fost depistate tulburările somatice acute, în originea cărora se urmărea aspectul psihic (atitudinea-comportamentul mamei, hipertutelă, nașterea sibsului, perioada de adaptare, separare) și simptomatologia vegetativ-viscerală. Analiza eficienței tratamentului în funcție de dispoziția somatică, concomitentă declanșării nevrozei, s-a dovedit a fi importantă pentru elucidarea efectului tratamentului stărilor anxioase-fobice, al tulburărilor somatoforme: în disfuncții ale aparatului digestiv (gastrită, disfuncții ale căilor biliare, intestinale) efecte pozitive se înregistrau la 38,5% cazuri, în tulburări ale sistemului cardiovascular (tulburări funcționale) - în 66,7% cazuri ($p>0,05$). În funcție de componentul vegetativ-visceral tratamentul efectiv mai frecvent se înregistra la fobiile cu disfuncții ale sistemului cardiovascular: tahicardie, senzația de compresiune în regiunea cordului, etc. (69,2%), decât la fobiile cu disfuncțiile tractului gastro-intestinal: greață, senzații de disconfort, micțiuni, de defecare imperioase - 28,6% cazuri ($p<0,05$). În aceste cazuri părinții mai frecvent reacționau la acuzele somatice ale copiilor, apelând la farmacoterapie, uneori aplicarea psihoterapiei individuale era insuficientă - 51,1%, deoarece părinții evitau psihoterapia ($p<0,001$).

Analiza eficienței tratamentului din punctul de vedere al factorilor patogenii a relevat, că efect pozitiv mai frecvent se înregistra în cazurile unui psihotraumatism îndelungat (separare, doliu) – 80% din pacienți (este necesar timp pentru prelucrarea psihică a problemei), mai rar în urma unei psihotraume acute (stress) – 36,4% din pacienți ($p < 0,01$). În funcție de tipul conflictului nevrotic în psihogenie efect pozitiv se înregistra în conflict de tip isteric (48,3%); neurastenic (40,7%); obsesiv–psihastenic – la 50% din pacienți ($p > 0,05$), deoarece erau prezente avantajele psihologice de TN – mai frecvent „evitarea soluționării problemelor dificile” (45,6%), „evitarea unor însărcinări acasă” - în 32,1% cazuri cu efecte pozitive ($p < 0,05$). Conform datelor psihoterapiei, conținutul conflictelor intrapsihice, al avantajelor psihologice includeau problematica relațiilor reciproce «părinte-copil». Rezultatele studiului propriu atestă, că neînțelegerea de către părinți a specificității dezvoltării individuale a copilului, discordanța cu așteptările lor, neconformitatea cerințelor posibilităților, necesităților copiilor constituiau conflictele interne ale copilului, de exemplu, între norme și tendințe spre un comportament agresiv – 46% cazuri cu tratament efectiv. Hiperprotecția în educație determina conflictul între necesitatea independenței și dependență - 50% cazuri. Neacceptarea emoțională a copilului constituia o parte din conflictul între necesitatea majoră de manifestare a „Ego-ului” său și lipsa recunoașterii realizărilor - 56,9% din cazuri; avantajul psihologic din TN „căutarea autoafirmării, recunoașterii, semnificației proprii” – 56,6% cazuri cu efecte pozitive ($p > 0,05$).

Conform rezultatelor testului CCO, la pacienți identici în grupe clinice s-au constatat probleme de personalitate la nivel nevrotic: de comunicație, autopercepere, control excesiv al instinctelor corporale, retrăirea slăbiciunii proprii, inferiorității, fobii, izolării, tendințelor agresive, manifestări depresive, tendință spre autonomia blocată de familie, culpabilitate [12]. Toate aceste caracteristici pot servi drept bază pentru conflicte nevrotice cu manifestări clinice.

În tabloul clinic al TN s-a evidențiat sindromul de bază al tulburărilor diagnosticate, precum și un șir de sindroame comorbide nevrotice (suplimentare) mai puțin manifeste. Psihopatologia nevrozelor includea simptomatologia astenică, obsesivă-fobică, afectivă, isterică, somatoformă, precum și tulburări ale somnului, comportamentului și tendințelor la nivel de instincte. În tablou clinic al pacienților din *grupa I* mai frecvent erau prezente două (34,2%) sau trei (4,9%) sindroame comorbide; în tratament mai frecvent se aplica *numai farmacoterapia* (48,8%) ($p < 0,001$), în componența tratamentului complex – *psihoterapia individuală* (76,2%); efect pozitiv se remarcă în 29,3% din cazuri ($p < 0,01$). În *grupa II* mai frecvent se remarcă unul (36%) sau două (36%) sindroame comorbide; în tratament mai frecvent se aplica *numai psihoterapia* (32%), se folosea asocierea *psihoterapiei individuale și familiale* (44,4%); *psihoterapiei individuale, de grup și familiale* (11,1%), efect pozitiv se releva în 48% din cazuri ($p < 0,01$). În *grupa III* mai frecvent se înregistra un singur sindrom de bază (45,9%) sau un sindrom comorbid – 32,4% din pacienți ($p > 0,05$); se aplica *tratament complex* (64,9%); asocierea *psihoterapiei individuale și de grup* (13,1%); *psihoterapiei individuale și familiale* - 42,6% ($p > 0,05$); efect pozitiv s-a constatat mai frecvent - 62,2% din cazuri ($p < 0,01$).

În rezultatul analizei datelor paraclinice s-a constatat, că la pacienți cu tratament eficient se relevau semne neesențiale de insuficiență organică: EEG – 55,6% de cazuri; ECO-EG – 51,2% de cazuri; REG – 58,1% de cazuri ($p > 0,05$). În ceea ce privește influența calitativă este necesar de menționat, că în asociere cu tipurile anormale de educație familială, așteptările perfecționiste ale părinților de la copii, diminuarea organică puteau conduce la declinul nivelului individual al adaptării psihice, crescând vulnerabilitatea la factorii psihogeni.

Rezultatele completării CE atestă, că efect pozitiv mai frecvent se constată la pacienții cu introversie - 81,3% din cazuri ($p < 0,01$), nevrozism înalt - 48,7% din cazuri ($p > 0,05$), părinții cărora de asemenea manifestau introversie – 51,2% ($p > 0,05$) și nevrozism înalt – 56,8% din cazuri, adică trăsături de temperament melancolic [12]. Astfel, concordanța particularităților personale, legătura stării emoționale a copilului și părintelui (mai frecvent a mamei) joacă un rol semnificativ nu numai în declanșarea tulburărilor, dar și în procesul psihoterapiei. De aceea psihoterapia părinților (44%), în cadrul lucrului cu copilul, presupune evidențierea și analiza

aspectelor infantile ale fenomenelor de transfer în procesul terapiei și este direcționată spre ajutorarea părinților să reușească cu succes să-și realizeze funcțiile lor de părinți.

Tipul de tratament influența statistic semnificativ rezultatul: tratamentul complex – 65,4% pacienții cu efect pozitiv; psihoterapie - 86,4%; farmacoterapia (lotul martor) – 10% pacienții cu efect pozitiv – se remarcă efect de scurtă durată, fiind că majoritatea pacienților după tratament în Staționarul de zi se adresau repetat la psihiatru sau neurolog în condiții de ambulatoriu pentru farmacoterapie ($p < 0,001$). Eficiența diferitor variante de psihoterapie se deosebea concludent: psihoterapia individuală – în 51,1% cazuri, aplicarea consecutivă a psihoterapiei individuale și de grup – în 77,8% din cazuri; psihoterapia individuală și familială – în 86,8% din cazuri; în asocierea psihoterapiei individuale, familiale și de grup efecte pozitive se înregistrau în toate cazurile ($p < 0,01$). Astfel, tratamentul era mai eficient în asocierea variantelor de psihoterapie, la aplicarea psihoterapiei familiale, explicându-se aceasta prin semnificația personalității părinților, relațiilor reciproce, stilului de educație în apariția și evoluția TN la copil [9]. Scopul principal al activității cu părinții, adițional la ajutorul în depășirea tuturor dificultăților, eferente din procesul tratamentului copilului lor, constă în antrenarea părinților în procesul de cunoaștere a copilului propriu, realizarea înțelegerii și interacțiunii adecvate cu el.

Discuții

În cadrul selectării variantei psihoterapiei se luau în considerare datele clinico-patopsihologice, particularitățile de vârstă și individuale ale pacientului, precum și dinamica relațiilor reciproce ale copilului și părinților în prima consultație. Este foarte important acordul părinților pentru aplicarea psihoterapiei, influența lor potențială sau reală asupra procesului terapeutic: hipertutela, frica separării copilului de părinte, opoziția adolescentului în privința convorbirilor individuale cu medicul se analizau în cadrul consultațiilor familiale, cu trecerea ulterioară la psihoterapia individuală [13].

Evitarea consultațiilor, indiferența părinților față de acestea, severitatea stării copilului defineau semnificația majoră a farmacoterapiei în tratament. Astfel, farmacoterapia este adecvată numai în abordul unei stări nevrotice clinic pronunțate și numai ca o etapă de pregătire a pacienților pentru psihoterapie orientată spre vindecarea personalității – rezolvarea conflictelor intrapsihice și la eliminarea cauzei nevrotice.

Psihoprofilaxia are o semnificație deosebită în depistarea precoce a manifestărilor nevrotice, a problemelor formării personalității copilului prin extinderea lucrului cu familia în școli, grădinițe. Psihoterapia contemporană face posibilă prevenirea declanșării nevrozei în etapa prenozologică. Administrarea farmacoterapiei nu înlătură aspectul psihologic al etiologiei, patogeniei nevrozelor, conducând la instalarea trăsăturilor nevrotice de caracter, la dezadaptare.

Tratamentul pacientului cu TN a fost prezentat în formă de algoritm, care ia în considerare corelația datelor clinico-paraclinice cu caracteristicile patopsihologice ale tulburării și presupune următoarele etape succesive: **Etapa 1:** confirmarea diagnosticului conform criteriilor CIM-10; **Etapa 2:** examinarea pacientului, aplicând metodele proiective CCO, FM, CE, care evidențiază caracteristicile patopsihologice ale TN la nivel inconștient și de pe poziția autoaprecierii. **Etapa 3** - examinarea părinților aplicând CE. pentru adulți, ARF lui Eydemiller E. G. pentru elucidarea datelor obiective privind educația și funcționarea familiei pacientului. **Etapa 4:** diagnosticul direcționat psihoterapeutic luând în considerare complexul de factori etiopatogenici: probleme de situație; dereglări în sistemul familial; tulburări cognitive și de comportament; probleme emoționale; tulburări de dezvoltare și modificări de personalitate; abateri biologice; **Etapa 5:** selectarea variantelor psihoterapiei în funcție de rezultatele din precedentele etape. Aplicarea asocierii variantelor psihoterapiei în funcție de interesele pacienților, a abilităților de antrenare în procesul psihoterapiei, a pozițiilor părinților. **Etapa 6:** supravegherea, examinarea pacienților în perioada de tratament, urmând corectarea duratei psihoterapiei. Toate aceste intervenții vor facilita optimizarea tratamentului complex al TN.

Concluzii

1. În baza unui material clinic suficient de amplu, folosind variate metode de explorare s-a realizat un studiu comparativ al eficienței diverselor variante de psihoterapie pentru a sublinia importanța majoră a psihoterapiei în tratamentul complex al nevrozelor la copii și adolescenți.

2. Din punct de vedere practic apartenența nozologică a stării nevrotice (luând în considerare divergențele de clasificare) nu influențează semnificativ asupra tehnicii psihoterapiei direcționate psihanalitic, dar fiind importantă în cazul farmacoterapiei.

3. Investigațiile au relevat prezența premorbidului nevrotic – particularităților de temperament și caracter al pacienților, care urmăreau legătură cu relațiile reciproce precoce în diada «mamă-copil», precum și cu particularitățile de educație, de funcționare a familiei, a perioadei de criză în dezvoltarea copilului și se manifestau prin reacțiile nevrotice și de dezadaptare în mediul semenilor, la școală, la grădiniță.

4. Insuficiența cerebrală-organică (de grad moderat și ușor) are rolul de «teren» în declanșarea tulburărilor nevrotice, reflectând problematica perioadei ante-, perinatale (afecțiuni somatice) de dezvoltare a copilului.

5. S-a demonstrat, că tratamentul simptomatologic izolat – farmacoterapia, care ignorează aspectul individual, contribuie indirect la persistența conflictelor intrapsihice, a tulburării nevrotice, a dezadaptării pacienților.

6. Tratamentul complex al nevrozelor la copii și adolescenți trebuie să includă psihoterapia familială, având în vedere semnificația personalității părinților, a relațiilor reciproce, a stilului de educație în apariția și evoluția tulburării nevrotice la copil. Asocierea caracteristicilor individuale, legătura stării emoționale a copilului și părintelui (mai frecvent a mamei) au o semnificație majoră nu numai în apariția nevrozei, dar și în procesul psihoterapiei.

7. Asocierea variantelor psihoterapiei (individuale, de grup, familiale) sporesc eficiența tratamentului, deoarece contribuie la analiza detaliată a aspectului psihologic al tulburării nevrotice (al afectelor, conflictelor intrapsihice) în condiții de familie și de relații interpersonale.

8. Luând în considerare durata existenței conflictelor intrapsihice ale pacienților, importantă este durata cursului și caracterul sistematic al ședințelor de psihoterapie.

Bibliografia

1. ЗАХАРОВ АИ. Неврозы у детей и психотерапия. СПб: Союз, 1998. 324с.
2. Centrul Științifico-Practic Sănătate Publică și Management Sanitar, red. șef. CIOCANU M. Sănătatea publică în Moldova anul 2006. Chișinău, 2007, 308p.
3. CHAVIRA DA, STEIN MB, BAILEY K et al. Child anxiety in primary care: prevalent but untreated. *Depress Anxiety*, 2004; 20(4): 155-64.
4. ROSENMAN S, RODGERS B. Childhood adversity and adult personality. *Aust N Z J Psychiatry*, 2006 May; 40 (5): 482-90.
5. BONNEY H. The psychopathogenic power of secrecy: child development and family dynamics after heterologous insemination. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 2002 Sep; 23(3):201-8
6. BRAZZELLI M, GRIFFITHS P. Behavioural and cognitive interventions with or without other treatments for defaecation disorders in children. *ACP J Club*, 2002 Jul-Aug; 137(1): 28.
7. АЛЕКСАНДРОВ АА. Современная психотерапия. Курс лекций. СПб: «Академический проект», 1997. 335с.
8. NACU AA. Rolul psihoterapiei de grup cognitiv-comportamentală în tratamentul complex al stărilor nevrotice (studiu clinic, patopsihologic, catamnestic). Teza de doctor habilitat în științe medicale. Chișinău, 1997. 242p.
9. ФРЕЙД А. Теория и практика детского психоанализа. Том I. Пер. с англ. и нем. Е. Биневой и др. М: ООО Апрель Пресс, ЗАО изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. 384с. Серия «Психологическая коллекция».
10. Французская психоаналитическая школа. Под редакцией А. ЖИБО, АВ. РОССОХИНА. СПб.: Питер, 2005. 576с.: ил. (с. 461-484).

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