

TERAPIA MULTIMODALĂ A TULBURĂRII HIPERCHINETICE CU DEFICIT DE ATENȚIE CU COMORBIDITAȚI

THE MULTIMODAL THERAPY OF ADHD WITH COMORBIDITIES

Laura Nussbaum¹, Hotea Todoruț², Mara Băluț², Delia Bîrlan²,
Eleonora Filimon², Liliana Nussbaum²

1 - Preparator universitar pedopsihiatrie UMF „V. Babeș” Timișoara

2 - Centru de Sănătate Mentală pentru Copii și Adolescenți Timișoara

Rezumat

Terapia multimodală a THDA cu comorbidități și-a dovedit eficacitatea comparativ cu abordările unimodale.

Vom prezenta rezultatele parțiale ale primelor 9 luni de terapie multimodală care s-a efectuat cu un număr de 18 copii și adolescenți cu vârste cuprinse între 8 și 17 ani. Alături de terapia medicamentoasă cu stimulante (clorhidrat de metilfenidat) sau atomoxetină s-au asociat terapia familială de tip sistemic, psihoterapie individuală și strategii educaționale, insistând asupra aceluși subsistem, care este mai afectat într-un moment dat.

Cuvinte cheie: tulburare hiperchinetică, comorbiditate, terapie multimodală.

Abstract

The multimodal therapy of ADHD with comorbidities proved its efficacy in comparison with the unimodal therapies.

We will present the preliminary results of the first nine months of multimodal therapy, which has been applied on a number of 18 children and adolescents with ages between 8 and 17 years. Beside the pharmacotherapy with stimulants (metilfenidat clorhidrat) and atomoxetine we applied systemic family therapy, individual psychotherapy and educational strategies, insisting on that system that is most affected in that period of time.

Key words: hyperkinetic disorder, comorbidity, multimodal therapy.

Introducere

Tulburarea hiperchinetică cu deficit de atenție beneficiază de strategii terapeutice diversificate, ce au la bază terapia multimodală a copilului și familiei, individualizat pe baza evaluării simptomatologiei, patternului structural și funcțional familial și a prezenței comorbidităților. În cadrul abordării multimodale, farmacoterapia se asociază cu psihoterapia individuală sau familială cu strategii educaționale insistându-se asupra aceluși subsistem care ridică problemele cele mai acute.

După unele studii, 50% dintre copiii hiperactivi prezintă și tulburări comportamentale opoziționiste și agresive, existând o zonă

de suprapunere.

Hiperactivitatea, impulsivitatea și deficitul de atenție apar în relație și cu alte dificultăți sau probleme asociate în următoarele arii:

- nesiguranța și lipsa încrederii în sine;
- respingerea de către cei de aceeași vârstă;
- relații problematice cu adulții;
- scăderea performanței școlare, abandon școlar;
- manifestări comportamentale antisociale.

Datorită acestor deficiențe, copiii cu tulburare hiperchinetică cu deficit de atenție prezintă afectare funcțională în multe domenii: față de sine - (stimă de sine scăzută, abuz

de substanțe, fumat), școală (dificultăți școlare), familie (stres familial) și societate (relații proaste cu cei de aceeași vârstă, deficite de socializare).

După Barkley, deficitul primar în THDA este deficitul de inhibare a comportamentelor, ce duce la pierderea eficacității funcțiilor cognitive (memoria de lucru, autoreglarea afectelor, motivației și vigilenței, limbajul internalizat) și a controlului motor.

Barkley subîmparte deficiențele observate în: deficiențe cognitive, (grad redus de dezvoltare din punct de vedere școlar, dislexie, disgrafie, deficit de percepere a timpului, capacitate de planificare și anticipare redusă, sensibilitate scăzută la greșeli, comportament deficitar în raport cu regulile, dezvoltare diminuată a judecăților morale, dificultăți în generarea de soluții la problemele complexe, organizare proastă și exprimare insuficientă a ideilor); funcționarea adaptativă deficitară (afectarea relațiilor cu cei de o vârstă, respingere socială după perioade scurte de expunere la anturaj datorită trăsăturilor de externalizare, agresivitate, dificultăți în interacțiunea cu părinții, negativism în familie, comportament opoziționist, proastă autoreglare a emoțiilor, proastă imagine de sine); proaste performanțe școlare și ale altor activități, comportament nepotrivit la ore, productivitate redusă când activitatea are timpi morți, abandon școlar, perseverență scăzută din punct de vedere motivațional, repartizare proastă a efortului, toleranță scăzută la frustrări.

Terapia sistemică familială, pune accentul pe conceptualizarea circulară sistemică a simptomelor. Decodând semnificația și funcția simptomelor, abordarea de tip sistemic se adresează nu doar copilului purtător al simptomelor, ci și familiei, sistemului educațional în care copilul se manifestă.

Am optat pentru psihoterapie de model sistemic, deoarece manifestările THDA au un impact negativ asupra individului, în special în ceea ce privește relaționarea cu familia de origine, relația în cuplul parental, sistemul educațional. Dintre diferitele modele de terapie sistemică familială am optat pentru modelul structural, având în vedere dificultățile

specifice pe care le are familia care conține cel puțin un membru cu THDA (a menține o structură ierarhică, a construi granițe elastice și permissive schimburilor cu exteriorul, asumarea rolurilor intra și extrafamiliale, respectarea regulilor și priorităților).

Obiectivele lucrării

Studiul și-a propus să evalueze eficacitatea terapiei multimodale la 18 cazuri aflate în evidența CSM Timișoara care anterior au fost incluse fie numai în tratament medicamentos, fie numai în psihoterapie sau terapii educaționale.

Am urmărit ca prin îmbunătățirea performanțelor atenționale și a comportamentului, condiționată de medicația administrată, coroborată cu abordările psihoterapeutice să se amelioreze funcționarea familială, școlară și socială.

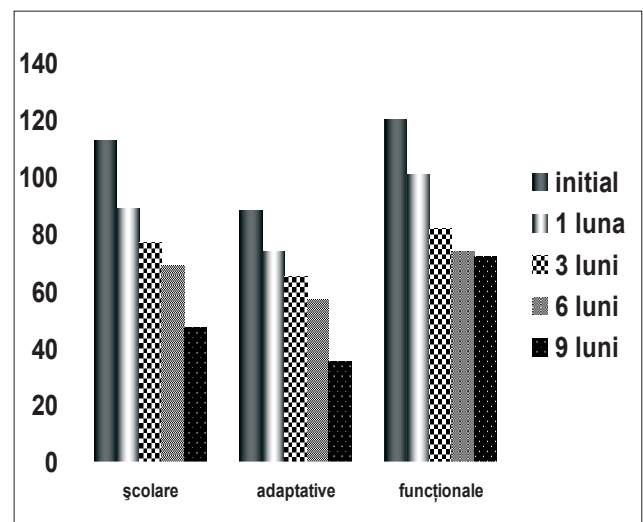


Figura 1 - Evoluția problemelor inițiale

Material și metodă

Studiul a fost efectuat pe 18 copii și adolescenți între 8 și 17 ani (14 băieți și 4 fete) cu THDA forma combinată care au fost internați pe staționar de zi- CSM Timișoara, fiind incluși în programul școlii "Eliza Ionescu" în perioada septembrie 2007- iunie 2008.

Cazuistica a fost repartizată pe 2 grupe de vârstă 12 copii 8-12 ani și 6 adolescenți 12-17 ani.

Tulburările comorbide au fost : tulburări specifice de învățare (9 cazuri), tulburări anxioase (4 cazuri), alte tulburări emoționale (4 cazuri), tulburare opoziționist sfidătoare (7 cazuri), tulburări de conduită (7 cazuri), abandon școlar (4 cazuri).

Criterii de includere în lot : QI peste 70, accesibilitatea cazurilor, familie biparentală, îndeplinirea criteriilor ICD 10 și DSM IV.

Stările comorbide au fost evaluate pe baza aceluiași instrumente.

Metodologia evaluării

Evaluarea s-a efectuat utilizând chestionarul de evaluare Conners, varianta pentru profesori, varianta pentru părinți și criteriile Utah de diagnostic al THDA la adult.

Evaluarea a fost efectuată la intrarea în studiu, la o lună, 3 luni, 6 luni și la 9 luni. Pentru evaluarea sistemului familial s-a utilizat genograma.

Cadrul intervenției : Staționarul de zi al

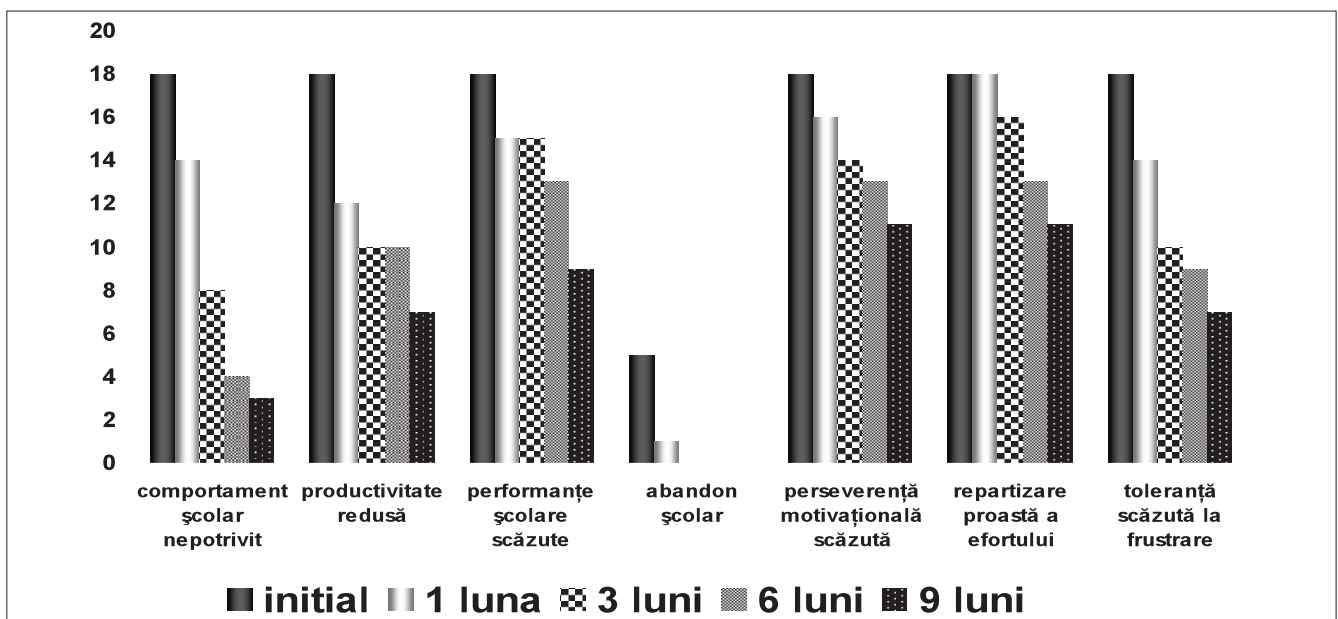


Figura 2 Evoluția problemelor școlare după terapia multimodală

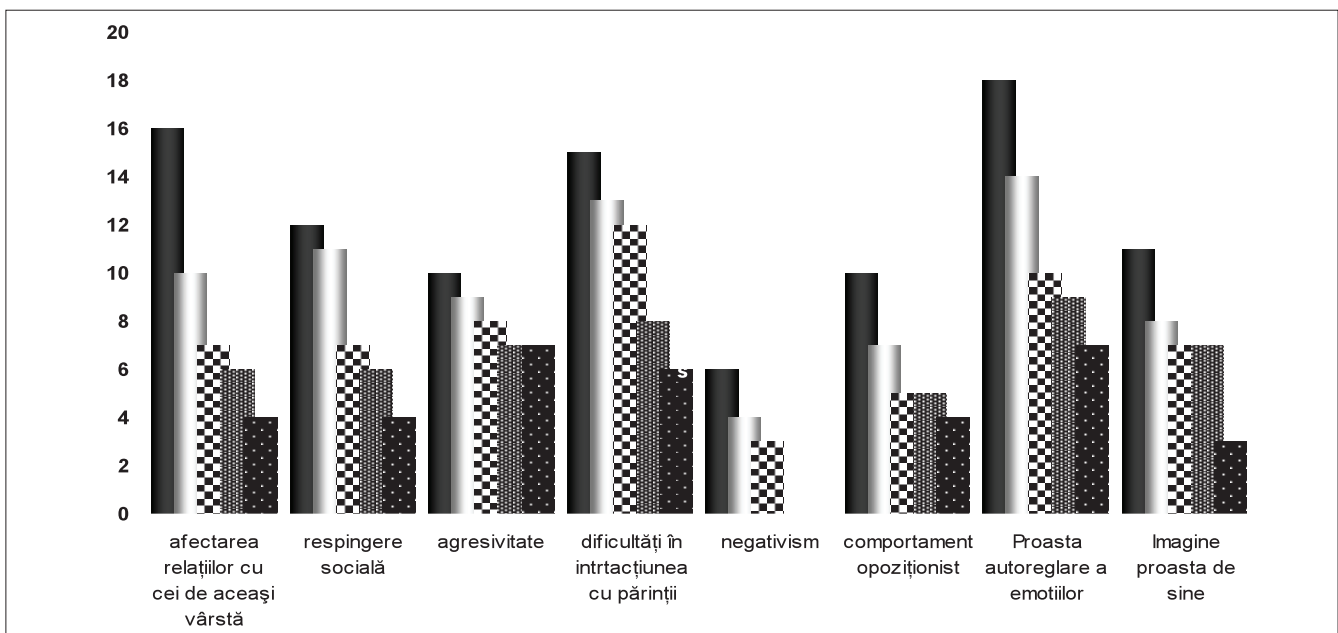


Figura 3 Evoluția problemelor după terapia multimodală

CSM pentru copii și adolescenți și școlile aparținătoare, de unde proveneau copiii.

Derularea unei etape de diagnostic și tratament

Primele trei ședințe (copilul împreună cu părinții) s-au centrat pe stabilirea diagnosticului comportamentului copilului și evaluarea comorbidităților.

Următoarele două ședințe s-au centrat pe stabilirea nivelului de inteligență și performanțe. S-a efectuat o evaluare inițială pentru stabilirea nivelului dezvoltării mentale, exprimate prin IQ, folosindu-se testul Wisc.

Prin intermediul probelor aplicate s-a urmărit capacitatea de concentrare a atenției, memoria de scurtă durată, capacitatea de organizare a activității pentru a reuși finalizarea sarcinii primite într-o perioadă de timp limitată.

Comportamentul sub aspectele inatenției, hiperchineziei și impulsivității a fost evaluat și cuantificat prin intermediul interviului clinic structurat KID-SCID.

După o perioadă de 6 luni s-a efectuat o nouă evaluare, folosind aceleași instrumente, urmărind aceleași variabile.

Centrarea pe familie ca sistem : această abordare a oferit indici asupra interacțiunii negative părinte-copil, dezvoltând cercul vicios al interacțiunilor zilnice.

Unele ședințe s-au efectuat doar cu părinții singuri, datorită conflictelor dintre parteneri și datorită situațiilor în care copiii "sabotau ședința".

Rezultate

1. În grupa de vârste 8-12 ani au predominat tulburările de dezvoltare a deprinderilor școlare, în special dislexia și disgrafia, afectarea relațiilor cu cei de aceeași vârstă, dificultăți în interacțiunea cu părinții și anxietatea. În grupa de vârstă 13-17 ani au predominat manifestările opoziționist sfidătoare, tulburările de conduită, agresivitatea, tabagismul și abandonul școlar.

2. La ambele grupe s-au evidențiat performanțe școlare modeste față de -posibilitățile cognitive. După o perioadă de 6 luni, în urma aplicării WISC, s-a putut observa o creștere cu 6 puncte a coeficientului intelectual general. A ieșit în evidență modificarea punctajului în sens crescător, la probele care implică concentrarea atenției, capacitatea de organizare

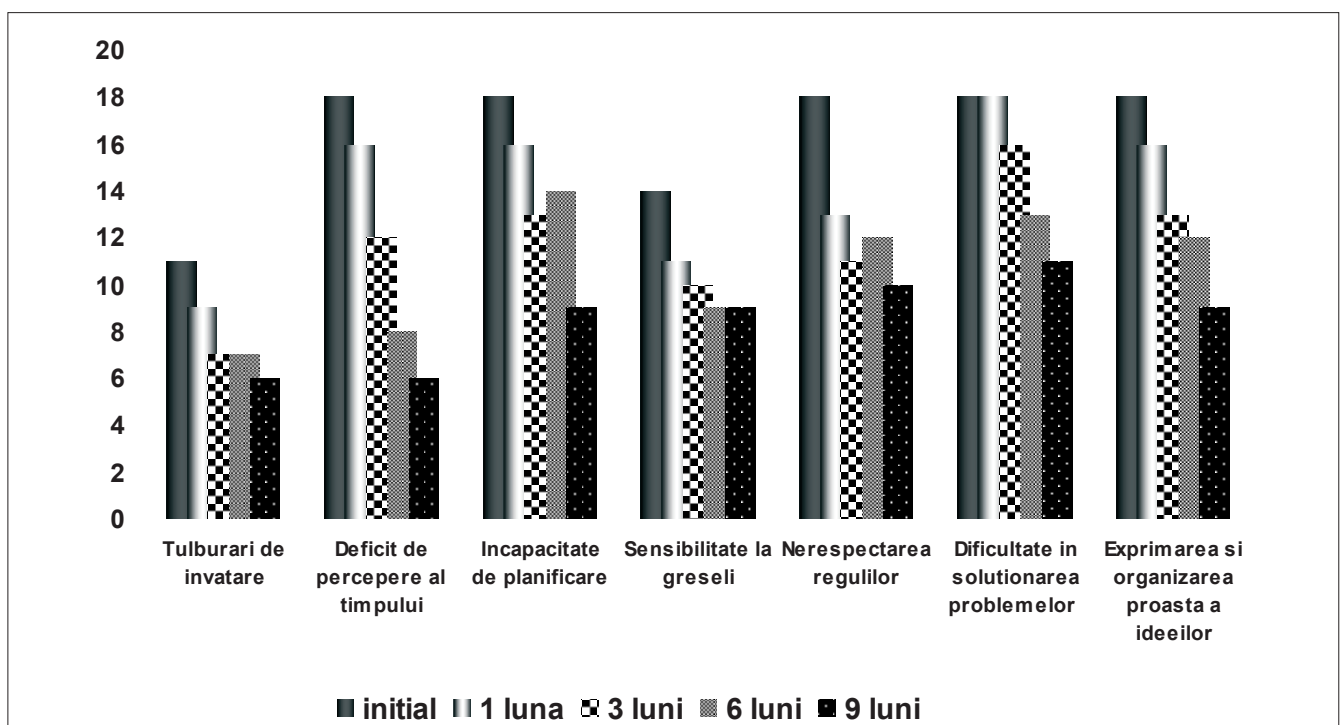


Figura 4 Evoluția problemelor școlare după terapia multimodală

a activității și memoria de scurtă durată.

3. La THDA forma severă, comportamentul impulsiv agresiv s-a ameliorat prin asocierea la medicația cu stimulante de tip clorhidrat de metilfenidat sau cu atomoxetină, a timostabilizatoarelor (carbamazepin retard și valproat) sau neuroleptice atipice (Rispolept)

4. Abandonul școlar prezent în 4 cazuri la începutul studiului s-a redus la un singur caz.

5. Din cei 36 părinți cu care s-a lucrat, 4 au fost diagnosticați cu THDA forma adultului

6. Terapia medicamentoasă a crescut răspunsul la psihoterapie, care la rândul ei a crescut complianța la medicație.

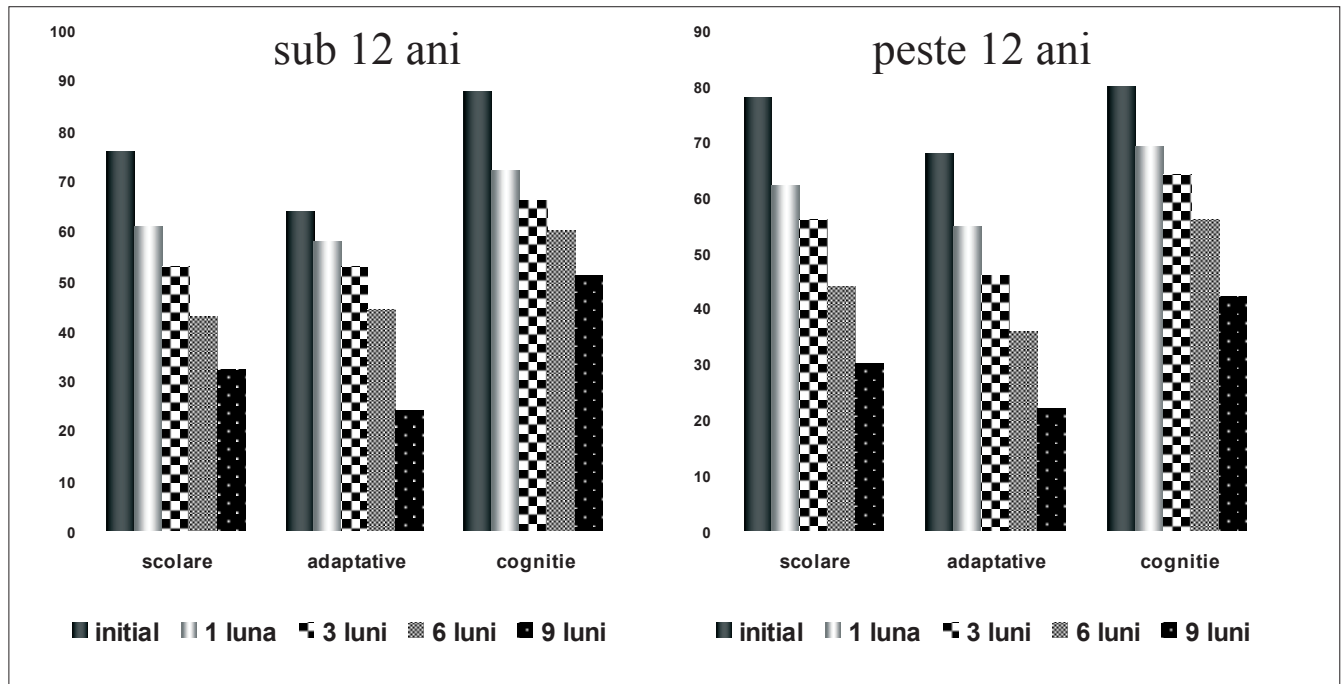


Figura 5 Răspunsul la terapia multimodală pe categorii de vârstă

Bibliografie

1. **Ausloos G**, *La competence des familles. Temps, chaos, processus*. Toulouse, Eres, Relations, 1996.

2. **Barkley RA**: "Behavioral inhibition, sustained attention and executive functions-constructing a unifying theory of ADHD", *Psychological Bulletin*, 121, 1998.

3. **Döpfner, Schürmann, Frölich**: *Program terapeutic pentru copiii cu probleme comportamentale de tip hiperchinetice și opoziționist*, 2006, Editura RTS

4. **Finck S**: "Les deficits de l'attention avec hyperactivite THADA : Necessite d'une prise en charge multidisciplinaire" ANAE, 1999

5. **Mannuzza S, Klein RG, Klein DF, Bessle A, Shrout P** : *Accuracy of adult recall of childhood attention hyperactivity disorder*. *Am J Psychiatry*, 2002.

6. **McGoldrick M., Gerson R,**

Genogrammes et entretien familial, ESF, 1994

7. **Michelson D, Allen AJ, Busner J, Casat C, Saylor K** - *Daily Atomoxetine and Metilfenidat Treatment for Children and Adolescents with ADHD*. *Am J Psychiatry*, 2002

8. **Minuchin P, Colapinto J, Minuchin S**: *Travailler avec les familles demunies*, 2000, Ed. ESF, Paris

9. **Minuchin S**: *Famille en therapie*. Toulouse, Eres Relations, 1998.

10. **Mircea Tiberiu**: *Tratat de psihopatologie și sănătate mentală a copilului și adolescentului*, vol I., Artpress, 2004, Timișoara.

11. **Weiss Hechtman and Weiss** : *ADHD în Adulthood*, John Hopkins, 1999