PERSISTENȚA SIMPTOMATOLOGIEI DE TIP THDA LA SPORTIVI ȘI INFLUENȚA ACESTUIA ASUPRA CALITĂȚII VIEȚII

CZU: 796.42.071.2:616.89-008.47/.481

Angela TĂTARU[1]**,**
Universitatea de Stat de Educatie Fizica si Sport
Natalia GÎRLEA[2]**,**
Universitatea de Stat de Educatie Fizica si Sport

ABSTRACT. *Attention deficit hyperkinetic disorder (ADHD) is a major public health problem due to its high prevalence among children and young people. In THDA it is necessary to investigate heredity, family relationships, personal pathological antecedents (Weiss, Hechtman, Weiss, 1999, p.6).*

To highlight these factors, were used data from the literature regarding these pathologies and was analyzed a group of 6 athletes in which the symptoms were complex.

The main objective of the study was to quantify the effectiveness of psychotherapy and drug therapy in improving the symptoms of THDA, comparing the mean total scores obtained by the questionnaire "Child Behavior Checklist for Ages 6-18" (ASEBA), genogram, Gi - 1, CGI-1 . (Weiss, Hechtman, Weiss, 1999, p.18)

Keywords: *TOP THDA, meningoencephalitis, encephalitis, fetal distress, rubella, toxoplasma, cytomegalovirus, non-psychostimulants, DCM*

REZUMAT. *Tulburarea hiperchinetică cu deficit de atenție (THDA), reprezintă o problemă de sănătate publică de amploare, datorită prevalenței sale ridicate în rândul copiilor și tinerilor. În THDA este necesar să investigăm ereditatea, relațiile familiale, antecedentele personale patologice (Weiss, Hechtman, Weiss, 1999, p.6). Pentru evidențierea acestor factori, s-au folosit datele din literatură referitor la aceste patologii și s-a analizat un grup de 6 sportivi la care simptomatica a fost complexă.*

Obiectivul principal al studiului a fost acela de a cuantifica eficacitatea psihoterapiei și terapiei medicamentoase în ameliorarea simptomatologiei THDA, comparând scorurile medii totale obținute prin chestionarul „Child Behavior Checklist for Ages 6-18" (ASEBA), genogramă, Gi – 1, CGI-1. (Weiss, Hechtman, Weiss, 1999, p.18)

Cuvinte cheie*: TOP THDA, meningoencefalite, encefalite, distres fetal, rubeolă, toxoplasmă, citomegalovirus, non-psihostimulante, DCM*

Actualitatea. Sportul este axat pe aptitudinile individului și sănătate, accentuând natura neurobiologică care este caracterizată prin concentrare, activitate, comportament.

Actualmente, deseori întâlnim în sport persoane cu Tulburări Organice de Personalitate, ceea ce încadrează comportament impulsiv, hiperactivitate, tulburare de atenție, simptome care definesc și tulburarea hiperchinetică cu deficit de atenție, modalitatea de referință fiind meningoencefalitele, encefalitele și alte afecțiuni ale SNC.

Cauza tulburării hiperchinetice cu deficit de atenție nu este pe deplin încă cunoscută. Au fost incriminați factori genetici, ambientali, familiali și psihosociali (Dobrescu, 2005, p.6). De asemenea au mai fost depistate modificări morfo-funcționale la nivelul hipocampului cu importanță în fenomenele de asociere și recunoaștere a sistemului limbic cu rol în controlul comportamentului și emoțiilor a cortexului prefrontal, responsabil de procesele de analiză, și a sistemului reticular activator cu rol în activitatea de alertare (Manual de diagnostic, 2003, p.280).

În cazul diagnosticului cu TOP, căutăm o corelație între consecința injuriei de simptomatică de stare psihică actuală, cu simptomatica hiperdinamică, impulsivitate și deficit de atenție, ceia ce în cazul THDA există doar probabilitatea ca persoana să fi avut injurie cerebrală.

---

[1] Angela TĂTARU, Universitatea de Stat de Educatie Fizica si Sport
[2] Natalia GÎRLEA, Universitatea de Stat de Educatie Fizica si Sport

Cauzele THDA sunt: toxemia gravidică, distresul fetal, infecțiile neonatale cu virusul rubeola, toxoplasma sau citomegalovirusul, complicațiile la naștere sunt corelate cu hiperactivitatea și comportamentul impulsiv. Disfuncția cerebrală datorată acestor factori, o pot avea doar 10% din sportivi cu THDA (EMDR, 2006, p.8).

Pentru a depista aceste tulburări este nevoie de investigații neuro-clinice și investigații paraclinice, în mod deosebit psihopedagogie, EEG și roengenologie (Manual of Mental Disorders, 2013, p.646).

Conform datelor lui W. Enke, răspândirea tulburărilor neuro-psihice rezidual organice în populația generală, reprezintă 6.5%, după datele lui R. Lamp, consecințele precoce ale injuriei creierului în populația generală de vârstă școlară, reprezintă 17.9% (Ковалев, 1979, p.287).

Atunci când se constată simptomatica hiperdinamică cu deficit de atenție, investigațiile vor explora corelațiile cu o eventuală injurie organică asupra SNC. Este foarte important să se noteze starea emoțională la care este supus sportivul în momentul traumatismului atât fizic cât și psihologic. Dacă este necesar să se intervină cu psihoterapie și medicamente psihostimulante, sau non-psihostimulante. Există studii care au demonstrat că psihostimulantele reglează treptat funcționarea neuronilor din cortexul prefrontal (Ilciuc, 327, p.96).

Scop și obiective. Scopul acestei lucrări este să urmărească evoluția clinică și paraclinică a subiecților cu THDA, sub tratament psihoterapeutic și medicamentos. Obiectivul principal al studiului, a fost acela de a cuantifica eficacitatea terapiei în ameliorarea simptomatologiei THDA.

Materiale și metode. Studiul a fost realizat pe un număr de 6 subiecți diagnosticați cu THDA, subtipul combinat cu vârsta cuprinsă între 13 și 16 ani. Au fost incluși indivizi care pe lângă diagnosticul de bază, au întrunit criteriile sindromului hiperdinamic, fiind urmărite prezența simptomelor studiate: hiperactivitatea, deficitul de atenție, impulsivitatea.

Următorul pas a fost efectuarea desenului familiei, urmărind modul în care aceștia au desenat. S-a ținut cont de elementele genogramei pentru a se face corelație între starea familială și percepția testatului în desenul familiei.

În scopul evaluării competențelor funcționării adaptive și problemelor comportamentale emoționale și sociale, s-a aplicat părinților chestionarul Child Behavior Checklist for Ages 6-18 (ASEBA). S-a urmărit atmosfera în care se dezvoltă testatul, s-au notat relațiile cu cei din jur și interesele testatului. Acest chestionar include o anchetă cu 7 întrebări ce evoluează activitatea, socializarea și studiile, cît și o listă de 113 itemi, ce caracterizează testatul în ultimile 6 luni.

S-a indicat aprecierea cu 2 – descrierea foarte adevărată, cu 0 – nu este adevărată. Retardul mental a fost exclus din testul Raven.

Aspecte de etiologie. Etiologia THDA – ului implică o interacțiune între mai mulți factori genetici și de mediu, fiind considerată o tulburare eterogenă cu diferite subtipuri, ca rezultat al asocierii dintre diferiți factori de risc. (Weiss, Hechtman, Weiss, 1999, p.12).

Rezultate. Din cei 6 testați, au fost 4 băieți și 2 fete. Ereditatea și relațiile în familie: la 3 testați părinții au divorțat, mamele educă singure copiii, la alții 2 copii mamele suferă de depresie, iar tatăl unuia din aceștia are schizofrenie. La un testat tatăl face abuz de alcool, iar de educație se ocupă bunicii acestuia, mama este la muncă peste hotare, fratele mai mic al testatului de 4 ani are semnalate simptome hiperdinamice și comportament opozant. Aceste informații sunt în acord cu datele literaturii care sugerează că, la membrii de familie cu THDA, există o prevalență mai mare a tulburărilor afective și anxioase, a tulburărilor de învățare a tulburărilor de personalitate antisocială(Mitrofan, 2005, p.10). Psihologul a pus în evidență 1 testat cu reținere în dezvoltarea psihică, 2 testați cu regresie ușoară, 2 – reacții impulsive. Din antecedente – 2 copii au avut TCC, graviditate cu toxoplasmoză – 2, cu anemie – 2 (naștere în asfixie).

Au constatat că 3 testați care suferă de un deficit cronic la nivelul atenției sunt capabili să-și focuseze atenția foarte bine în cadrul activităților care îi interesează, și mai concret fac față în sport, iar la învățătură sunt slabi. Pentru a găsi răspunsul la acest factor, trebuie să analizăm în ansamblu atenția. În cazul dat, avem dificit de focusare, de organizare. Atenția este o funcție cognitivă extrem de complexă și importantă la nivelul creierului. Astfel, în cazul dat trebuie să se stabilească

priorităţi. Reglarea atenţiei, menţinerea efortului şi managementul fracturării sau ale altor emoţii, trebuie să fie un proces continuu în dezvoltarea individului.

Concluziile psihologului, genograma şi antecedentele patologice personale.

Pacient	Psiholog - concluzii	Genograma	Antecedente patologice personale
P1	Reţinere în dezvoltarea psihică, imatur, afectiv cu reacţii impulsive pe fundal de nervozitate.	Părinţi divorţaţi	Graviditatea, naşterea fără particularităţi, G 4300g, enureza. La 9 ani TCC cu pierderea cunoştinţei
P2	Extenuarea proceselor psihice, regresie uşoară a funcţiilor intelectuale pe fundal organic afectiv	Familie incompletă, are o soră sănătoasă de 3 ani. Mama educă singură copiii	Graviditate cu toxicoză, stres psihologic, naşterea în asfixie, G 3100g. 15 ani TCC, regiunea occipitală
P3	Reducerea uşoară a funcţiilor intelectuale, comportament psihopatizat cu reacţii impulsiv-afective în comportament. Ticuri vocale, motorii	Familie incompletă, tatăl decedat, mama depresivă. Tatăl mamei suferă de schizofrenie	Sarcina cu toxicoză, naşterea fără particularităţi, G 3300g.
P4	Funcţia cognitivă corespunde normei de vârstă, comportament psihopatizat cu decompresări periodice	Familie completă, unicul copil, tatăl militar, părinţii frecventează confesiunea de subotişti. Mama depresivă	Sarcină cu edeme. Naşterea la termen. G 3100g. De mică este hiperactivă, la 15 ani TCC, suferă de cefalee. Tentativă de suicid
P5	Reducere uşoară a funcţiilor intelectuale. Colaborare deficitară, comportament opozant	Un frate mai mic de 4 ani, cu SCP. Tatăl face abuz de alcool, de educaţie se ocupă bunicii, mama periodic pleacă la muncă	Prima sarcină a decurs cu anemie, G 3000g. Naştere precipitată. Tremur bărbie de mic. Crize tonico-clonice la 20 ani
P6	Impulsivitate şi comportament hiperactiv	Tatăl face abuz de alcool, mama munceşte	Sarcina cu toxicoză, naşterea cu asfixie

Desenul familiei: 3 dintre ei desenează iniţial alte obiecte, cum ar fi: nori, casă, pământ, apoi membrii familiei. Două persoane, copii unici în familie, îşi desenează tatăl, iar la celălalt caz tatăl lipseşte. În toate cazurile a fost că nici unei persoane nu i s-au desenat urechile, ceia ce conform interpretării testelor, semnifică respingerea criticii. Dintre aceştia, 2 testaţi au cerut foi suplimentare pentru desen, ceia ce se poate asocia cu lipsa de atenţie la instrucţiuni. Doi dintre testaţi prezintă anxietate, 2 au prezentat conflicte în familie, unul – ostilitate în familie, şi doar într-un caz – situaţie familială favorabilă.

Rezultatele conform chestionarului Child Behevior Checklist for Ages 6-18:

Din cei 6 testaţi, la 3 din ei care au fost consultaţi de neurolog, li s-a stabilit DCM, termen pe care Iliciuc I., îl defineşte ca schimbări organice uşoare ale SNC, pe fundalul cărora apar diferite reacţii neurotonice, dereglări de comportament, deficienţă de instruire, dereglări de vorbire, mai fiind numit şi sindrom de hiperactivitate (Ilciuc, 2002, p.10).

Totodată se menţionează că manifestările neurologice sunt manifestate prin dereglări de coordonare a mişcărilor, clătinarea în timpul mersului, instabilitate în poziţia Romberg. Totodată se menţionează că manifestările neurologice sunt manifestate prin dereglări de coordonare a mişcărilor, clătinarea în timpul mersului, instabilitate în poziţia Romberg. În aspect de tratament de bază, au fost indicate vitamine, resorbtive, deshidratante, precum şi tratament cu antidepresive la 2 pacienţi – neuroleptice. De asemenea s-a efectuat terapia ocupaţională şi art terapia (desenul, lucrul manual).

Discuţii. Conform datelor literaturii, în THDA primul principiu de tratament este abordarea simptomelor ţintă (familia şi profesorul) (Clinciu, 2009, p.8).

Mult mai eficient rămâne tratamentul simptomatic (EMDR, 2006, p.7).

Dacă invocăm termenul de comorbiditate caracteristica THDA, atunci principalul ar fi un diagnostic coexistent, ca exemplu în acest sens fiind şi relaţia dintre manifestările anxioase şi depresive – nu există anxietate fără depresie şi invers. Conform opiniei lui Kovalev V., leziunile

organice precoce, care survin până la maturizarea structurilor şi mecanismelor creierului în jurul vârstei de 7 ani, şi nu sunt tratate, pot duce la THDA (12, 1979, p.28).

Vorbind despre evoluţie, Weiss (Weiss, Hechtman, Weiss, 1999, p.210), face referinţă THDA la adulţi, considerând că există un continuu al tulburărilor cu menţinerea ei la adult. Deşi hiperactivitatea se atenuează cu trecerea anilor, ea se poate transforma într-un sentiment de neliniște, probleme continue de atenţionare şi control al impulsurilor, scăderea performanţelor şi agravarea modificărilor comportamentale (Clinciu, 2009, p.10).

Conform studiilor, exerciţiile fizice sunt de ajutor în lupta cu THDA şi anume cu acţiuni pozitive asupra concentrării, oferă echilibru social, relaxare (CIM-10, 1998, p.6).

Concluzii.

1. Datele anamnestice ce ţin de ereditate (depresie maternă, abuz de alcool al tatălui), genograma reflectă starea emoţională a testatului şi prin desenul familiei, care exprimă anxietate, conflicte şi respingerea criticii, ceea ce poate fi considerat un factor negativ în dezvoltarea şi integrarea în societate.

2. Atât investigaţiile paraclinice cât şi antecedentele patologice, se reflectă în proporţie mică în intervalul clinic al acuzelor somatice (3 testaţi), ceea ce conduce la ideia că factorii psihologici au o importanţă semnificativă asupra stării funcţionale a testatului.

3. Conţinutul pregătirii psihologice constă în dezvoltarea laturilor activităţii psihocomportamentale a sportivului, care îi condiţionează acestuia o conduită eficientă în antrenament. Remarcăm legătura dintre conţinutul psihologic al pregătirii fizice, tehnice, tactile, biologice cu procesul de dezvoltare permanentă a capacităţii de performanţă în sport.

Referinţe:

1. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (2013) . Arlington, VA American Psychiatric Association, p. 646-649.
2. Clinciu A., (2009). Psihodiagnostic, Braşov, Editura Universităţii Transilvania. p.153
3. CIM-10. Clasificarea tulburărilor mintale şi de comportament (Simptomatologie şi diagnostic) (419). Bucureşti, Editura ALL. p.419
4. Dănăilă L., Golu M., (2006). Tratat de Neuropsihologie, Editura Medicală, Bucureşti vol – 2, p. 67.
5. Dobrescu I. (2005) . Psihiatria copilului şi adolescentului: Ghid practic, Bucureşti, p. 168-178.
6. Dopfner M., Schurmann S., Zehmkuhl G.,(2006). Copilul hiperactiv şi încăpăţânat, Ghid de intervenţie pentru copii cu tulburări hiperchinetice şi opoziţionale, Editura RTS, Cluj-Napoca, p. 79.
7. „EMDR în tratamentul tulburărilor de personalitate limită”. (2006). Studii de caz clinice, p.77
8. Ilciuc I., (2002). Neuropediatrie, manual, Chişinău, Centrul Editorial-Poligrafic Medicină al USME, p.327
9. Manual de diagnostic şi statistică a tulburărilor mintale, (2003).Ed – IV-a, DSM – IV – TR, Asociaţia Psihiatrilor liberi din România, Bucureşti, p.980
10. Mitrofan, N.M., L., (2005). Testare psihologică. Inteligenţa şi aptitudinile. Iaşi, Editura Polirom, p.276
11. Weiss MA., Hechtman LT, Weiss G., (1999). ADHD in Adulthood: A. Guide to Current Theory, Diagnosis and treatment. Baltimore. Johns Hokins University Press, p.376
12. Ковалев В.В. (1979). Психиатрия детского возраста. Москва, с. 608