

TULBURAREA ORGANICĂ DE PERSONALITATE ȘI TULBURAREA HIPERCHINETICĂ CU DEFICIT DE ATENȚIE: SIMILITUDINI ȘI DIVERGENȚE.

Daniel Paladiciuc¹, Anatol Nacu¹, Ghenadie Cărașu¹, Natalia Oprea², Gabriela Pavlic³
Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”¹
IMSP SCP², Institutul de Neurologie și Neurochirurgie³

Summary

Organic personality disorder and attention deficit hyperactivity disorder

The ultimate goal of this research is to analyze the factors that precede and have common behavioral symptoms (impulsiveness, hyperactivity, inattention) in organic personality disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), in children hospitalized in the Juvenile wards of Psychiatry Clinical Hospital, exploring heredity, family relationships, personal pathological history, paraclinical changes and complex therapeutic approach (medications and psychotherapy). To highlight these factors literature data were used with analysis of a group of 7 children with complex symptoms, taking in consideration the hardness of nosology description in growing children and teens. Approaching Attention Deficit Hyperactivity Disorder with its increased co-morbidities and Organic Personality Disorder which involves neurological symptoms, meet the diagnosis of Minimum Cerebral Dysfunction.

Rezumat

Studiul își propune o analiză a factorilor, care preced și întrețin simptomele comune comportamentale (impulsivitatea, hiperactivitatea, inatenția) în tulburarea organică de personalitate și tulburarea hiperkinetică cu deficit de atenție, explorând ereditatea, relațiile familiale, antecedentele personale patologice, modificările paraclinice și abordarea terapeutică complexă (medicamentoasă și psihoterapeutică) la copiii internați în secția de copii a Spitalului Clinic de Psihiatrie. Pentru evidențierea acestor factori s-au folosit datele din literatură referitor la aceste patologii și s-a analizat un grup de 7 copii la care simptomatologia a fost complexă, având în vedere nozologia cu dificultăți de definire la copii și adolescenții în formare. Abordarea Tulburării Hiperkinetice cu Deficit de Atenție și comorbiditățile acesteia și a Tulburării organice de personalitate, care implică și o simptomatologie neurologică, reunește tangențial acestea două sub diagnosticul de Disfuncție Cerebrală Minimă.

Actualitatea

Modalitatea în care se face referință la injuria organică asupra creierului la copii – (TCC (prenatal, perinatal și postnatal), meningoencefalite, encefalite și alte afecțiuni ale SNC) și ceea ce se traduce ulterior prin consecințele acestor traume, pune în discuție pe lângă o multitudine de manifestări și simptomatologia hiperdinamică, deficitul de atenție și impulsivitatea acestora. Aceste simptome în literatura modernă se încadrează ca Tulburarea Hiperkinetică cu Deficit de Atenție. B. Kovaliov clasifică complexitatea simptomatologică a sindroamelor psihoorganice în variantele cerebrastenic, nevrotiform și psihopatiform. Atât B. Kovaliov, 1979, cât și I. Dobrescu, 2005 fac referință la „Minimal Brain Dysfunction”, termen propus de Clements și Peters, care încearcă un compromis între cele două etiologii-organică și psihologică [1].

Drept o consecință a acestor injurii este descrisă Tulburarea Organică de Personalitate, încadrând comportamentul impulsiv, hiperactiv și tulburarea atenției, simptome cruciale care definesc și Tulburarea Hiperkinetică cu Deficit de Atenție. Dacă în cazul diagnosticului de TOP, căutăm o corelație între consecința injuriei și simptomatologia psihică actuală cu simptomatologia hiperdinamică, impulsivitate și deficit de atenție, atunci în cazul THDA există doar probabilitatea ca persoana să fi avut injurie cerebrală.

Având în vedere unele cauze ale THDA – toxemia gravidică, distresul fetal, infecțiile neonatale cu virusul ruzelei, toxoplasma sau citomegalovirusul, complicațiile la naștere – toate s-au corelat semnificativ cu hiperactivitatea și comportamentul impulsiv/disruptiv. În același timp, disfuncția cerebrală datorată acestor factori poate afecta doar 10% dintre copiii cu THDA [3]. În literatură nu sunt descrise teste paraclinice cu valoare patognomonică pentru THDA; atât EEG, cât și CT nu au caracteristici distinctive [1]. Pentru diagnosticul tulburărilor neuropsihice rezidual organice, care le găsim în CIM10 la capitolul „Tulburări de personalitate și comportament, datorate bolii, leziunii și disfuncției cerebrale”, un rol semnificativ revine examinării neuro-clinice și investigațiilor paraclinice, în mod deosebit psihopatologice, EEG și roengenologice [2]. Conform datelor lui W. Enke (1955), răspândirea tulburărilor neuropsihice rezidual organice în populația generală reprezintă 6,5%, după datele lui R. Lemp (1964), consecințele precoce ale injuriei creierului în populația generală de vârstă școlară reprezintă 17,9% [2], iar după datele recente DSM IV TR, prevalența THDA a fost estimată la 3%-7% dintre copii de etate școlară [4]. Atunci când se constată simptomatologia hiperdinamică cu deficit de atenție, investigațiile vor explora corelațiile cu o eventuală injurie organică asupra SNC, dar este foarte important să se noteze starea emoțională la care este supus individul în momentul traumatismului, atât fizic cât și psihologic.

Scopul

Evaluarea factorilor care afectează formarea personalității, cum sunt anamneza de traumatism cranio-cerebral și stresul psihologic, care preced, determină și/sau întrețin simptomele de impulsivitate, hiperactivitate și deficit de atenție.

Material și metode

Lotul de pacienți a fost selectat din secția de copii a IMSP Spitalului Clinic de Psihiatrie al MS din Republica Moldova, cu vârsta cuprinsă între 7-15 ani. Bolnavii au fost urmăriți și testați cu acordul părinților cu examinarea fișelor medicale de staționar. Au fost incluși pacienți 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, oferindu-se o foaie (la cerere s-a suplimentat) și o cutie de creioane colorate și urmărindu-se modul în care aceștia au desenat. S-a ținut cont de elementele genogramei pentru a se face corelația între starea familială și percepția copilului în desenul familiei.

În scopul evaluării competențelor, funcționării adaptative și problemelor comportamentale, emoționale și sociale s-a aplicat părinților sau tutorei Chestionarul Child Behavior Checklist for Ages 6-18 (ASEBA) și s-a urmărit atmosfera în care se dezvoltă copilul, s-au notat relațiile cu cei din jur și interesele pacientului. Acest chestionar include o anchetă cu 7 întrebări ce evaluează activitatea, socializarea și școala, cât și o listă de 113 itemi, ce caracterizează copilul în ultimele 6 luni. S-a indicat aprecierea cu 2 - descrierea foarte adevărată sau adesea adevărată, cu 1 - uneori adevărată și cu 0 dacă nu este adevărată. Retardul mintal a fost exclus prin testul de matrice Raven.

Rezultate

Din cei 7 copii investigați 6 au fost băieți și o singură fată. *Ereditatea și relațiile în familie* – la 2 copii părinții au divorțat, mamele educă singure cei 2 copii, la alți 2 copii - mamele suferă periodic de depresie, iar fratele uneia dintre acestea are schizofrenie (tab. Nr.1). La ultimii 2 copii tata face abuz de alcool, iar de educație se ocupă bunica, mama este la muncă peste hotare, iar un copil cu familie completă la 2 ani jumătate este lăsat în îngrijirea bunelului timp de jumătate de an, după care sunt semnalate simptomele hiperdinamice și comportamentul opozant. Aceste informații sunt în acord cu datele literaturii, care sugerează că

la membrii de familie ai indivizilor cu THDA există o prevalență mai mare a tulburărilor afective și anxioase, a tulburărilor de învățare, a tulburărilor în legătură cu o substanță și a tulburărilor de personalitate antisocială [6]. Investigația psihologului a pus în evidență la 3 copii reținere în dezvoltarea psihică, la 2- reacții impulsive. Din antecedente: 3 dintre copii au avut TCC, graviditate cu toxicoză-2, anemie-1, nașterea în asfixie-1, ceea ce corespunde cu datele din literatură pentru ambele patologii [1,2].

Tab 1. Concluziile psihologului, genograma și antecedentele patologice personale

Paci-enți	Psiholog-concluzii	Genograma	Antecedente patologice personale
P1	Reținere în dezvoltarea psihică, imatur afectiv cu reacții impulsive pe fundal de nervozitate.	Părinți divorțați, are un frate cu 4 ani mai mare.	Graviditatea, nașterea fără particularități. G 4200g. Enureză La 10 ani TCC cu pierderea conștienței.
P2	Funcționarea cognitivă peste media normei cu elemente de autism infantile, deficiențe de adaptare în microgrup.	Familie completă, singurul copil.	Sarcina și nașterea fără particularități, La 2 ani jumătate rămâne în grija bunelului, peste 6 luni apar problemele de comportament.
P3	Extenuarea proceselor psihice, regresie ușoară a funcțiilor intelectual-mnestice pe fundal organic, afectiv	Familie incompletă, are o soră sănătoasă mai mică cu 2 ani. Mama educă singură copii.	Graviditate cu toxicoză, stres psihologic, nașterea în asfixie G 3 100g. Clasa 4-a TCC regiunea occipitală
P4	Reducerea ușoară a funcțiilor intelectual-mnestice, comportament psihopatizat cu reacții impulsiv- afective în comportament Ticuri vocale, motorii.	Tata decedat, familie incompletă, mama urmează periodic tratament antidepresiv. Fratele mamei suferă de schizofrenie	Sarcina cu toxicoză, nașterea fără particularități. G 3 200g
P5	Funcția cognitivă corespunde normei de vârstă, comportament psihopatizat cu decompensări periodice.	Familie completă, unicul copil, tata militar, părinții frecventează secta Martorii Iehova. Mama episod depresiv.	Sarcina cu edeme, Nașterea la termen. G 3200g. De mică neastâmpărată. La 13 ani TCC, suferă de cefalee. Tentativă de suicid cu Valeriană înainte de internare.
P6	-	Are un frate mai mic cu 4 ani, care se tratează în SCP Tata face abuz de alcool, de educație se ocupă bunica, mama periodic pleacă la muncă	De la prima sarcină care a decurs cu anemie G 3000 g. Naștere precipitată. Tremor bărbie de mic Crize tonico-clonice la 2 ani
P7	Pe fundal rezidual organic se constată reținere în dezvoltarea psihică.	Are un frate mai mare cu 4 ani, se tratează SCP Tata face abuz de alcool, de educație se ocupă bunica, mama periodic pleacă la muncă.	La 5 ani pierderea cunoștinței. Sarcina, nașterea fără particularități. G 3400g La 5 ani pierdere conștiență timp de 15-20 sec.

Desenul familiei: La propunerea de a desena familia, 4 dintre ei desenează inițial alte obiecte, de exemplu nori, casă, pământ, apoi membrii familiei. Două persoane, copii unici în familie își desenează tata, în celelalte cazuri tata lipsește sau este înlocuit cu bunelul (2 cazuri). Un lucru evident în toate desenele a fost acela că nici unei persoane nu i s-au desenat urechile, ceea ce conform interpretării testelor semnifică respingerea criticii. Dintre aceștia 3 copii au cerut foi suplimentare pentru desen, ceea ce se poate asocia cu lipsa de atenție la instrucțiuni. Patru dintre pacienți prezintă anxietate conform testului proiectiv, 3 au prezentat conflicte în familie, unul-ostilitate în familie, și doar într-un caz- situație familială favorabilă.

Rezultate conform Chestionarul Child Behavior Checklist for Ages 6-18:

Sindroamele de internalizare, externalizare și scorul total al problemelor au fost evaluate cu profilul CBCL (Tab 2). Scorurile înalte indică o abatere importantă spre intervalul clinic. Scorul total T, cât și scorul pentru scalele de internalizare și externalizare sub valoarea de 60 indică norma, între 60-63- intervalul de limită și mai sus de 63-intervalul clinic. Primele 3 asocieri de sindroame (tab 2, nr.I, II, III) sunt încadrate în gruparea numită internalizare, probleme care sunt internalizate de pacient. Conform valorii T, doar la unul dintre pacienți valoarea corespunde intervalului de limită, restul aparțin intervalului clinic.

Itemii care indică externalizarea (tab 2, nr VII, VIII) prezintă o valoare a T ce se situează la toți pacienții în intervalul clinic, 3 dintre ei cu valori de 90 și mai mult. Scorul total T reprezintă suma simptomelor de internalizare, externalizare, probleme sociale, de gândire și alte probleme și indică la toți pacienții valori care se situează în intervalul clinic: 3 sunt cu valori peste 90, 3- peste 80 și doar unul între 70-80.

Tab. nr 2 Scalele de internalizare, externalizare și scor total T

nr.pacient/ sindroame	P1	p2	p3	p4	p5	p6	p7
I. Anxietate/depresie	10	8	9	10	13	17	20
II. Însingurare/ depresie	8	4	8	7	7	10	10
III. Acuze somatice	7	4	4	4	11	7	9
IV. Probleme sociale	10	11	13	14	13	15	13
V. Probleme de gândire	11	3	7	6	12	15	19
VI. Probleme de atenție	15	15	16	12	9	11	17
VII. Comportament încălcare reguli	25	11	6	19	12	13	17
VIII. Comportament agresiv	34	24	14	24	18	22	30
IX. Alte probleme	18	6	10	11	13	11	16
Sindroamele de internalizare corespund primelor 3 rubrici I, II, III	25 T=68	16 T=62	21 T=66	21 T=66	34 T=82	34 T=80	39 T=89
Sindroamele de externalizare corespund rubricelor VII, VIII.	59 T=96	35 T=83	20 T=65	43 T=90	35 T=90	35 T=83	37 T=86
Scor brut	138	105	87	107	108	121	141
Scor total T	T=91	T=81	T=73	T=82	T=85	T=90	T=92

Rezultatele competențelor (activități, sociale și școala) au fost distribuite și prezentate în tabelul 3. Scorurile mici indică o abatere importantă spre intervalul clinic. Intervalul clinic este marcat ca scorul total T<37, interval de limită are un scor total T între 37-40 și intervalul normal-un scor total T >40.

Competențele în lotul studiat au arătat că dintre pacienții chestionați la doar 2 valoarea scorul T total se apropie de intervalul de limită, restul 5 sunt în intervalul clinic, ceea ce arată o funcționare deficitară în ariile evaluate.

Tab. 3 Scor CBCL Total competențe

Pacienți	Activitate	Social	Școală	Total	Scor total T
P1	3,66	3	2,33	8,99	20
P2	9,99	8,5	3	21,49	37
P3	11	9	1	21	36
P4	8,33	3,5	2,33	14,6	26
P5	9,16	6	2,6	17,76	31
P6	0	6	1,16	7,16	18
P7	0	9	1	10	0,5

Scalele derivate din DSM (tabelul 4) au fost, de asemenea, împărțite în intervale. Scorurile înalte indică o abatere importantă spre intervalul clinic. Intervalul normal are valoarea $T < 64$, intervalul de limită are valoarea T între 64-69, iar valoarea lui $T > 69$ corespunde intervalului clinic. Conform rezultatelor acestor scale, la capitolul probleme afective din cei 7 copii doar unul se află în intervalul de limită, restul în intervalul clinic, pacientul cu nr 5 având valoarea cea mai mare $T=85$. Referitor la probleme de anxietate la 1 copil intervalul este în normă, unul- în intervalul de limită, 5-în intervalul clinic. Ceea ce ține de acuze somatice, 2 sunt în intervalul clinic, 1-în interval de limită și 4- în interval normal. Simptomatologia THDA este prezentă la 5 dintre pacienți, unul este încadrat în intervalul de limită, și unul apare ca fiind în interval normal. Comportamentul opozițional la valoarea T indică că 4 sunt în interval de limită și 3 în interval clinic. Problemele de conduită sunt la limita intervalului de normă într-un caz, restul 6 au valori ale scorului T în intervalul clinic, cu valoarea maximă de 95 puncte. Acest profil indică unde se situează copilul pe fiecare scală comparativ cu eșantionul național de copii de aceeași vârstă și gen.

Tabelul 4 Profilul scalelor construite pe baza criteriilor DSM

nr./ scale derivate DSM	P1	p2	p3	p4	p5	p6	p7
I. Probleme afective (depresia majoră, distimia)	17 T=81	7 T=66	14 T=75	14 T=75	19 T=85	15 T=80	14 T=78
II. Probleme de anxietate (Anxietate generalizată, anxietate de separare, fobii specifice)	4 T=64	4 T=62	6 T=69	5 T=67	6 T=70	9 T=83	9 T=83
III. Acuze somatice (Tulburarea de somatizare, tulburare somatoformă)	3 T=63	1 T=60	1 T=54	1 T=54	7 T=70	2 T=64	4 T=70
IV. Probleme de THDA	12 T=80	13 T=90	8 T=64	13 T=90	9 T=70	5 T=57	12 T=80
V. Probleme de comportament opozant	9 T=85	9 T=90	5 T=64	7 T=68	6 T=66	5 T=64	9 T=90
VI. Probleme de conduită	34 T=95	16 T=76	7 T=64	24 T=85	16 T=77	15 T=75	21 T=83

Tabelul 5 Diagnostic, investigații paraclinice, consultație neurolog și tratament

Pacient / date	Diagnostic	F.O	ECO EG	EEG	Neurolog	Tratament
P1	Tulburare organică de personalitate, Sindrom hiperdinamic, sindrom Psihopatiform Enureză F 07.8	Edem peripapilar și vene pletoalice din ambele părți.	Semne de HIC ușoară. Ventric III de 6.0 mm. MECO –fără modificări S=D	-	-	Sonopax sau Aminazin. Tratament dehidratant, vitamine.
P2	Tulburare hiperkinetică de conduită - la internare Tulburare schizotipală F21	Vene pletoalice din ambele părți	Semne de HIC ușoară. Ventric III de 6.0 mm. MECO –fără modificări S=D	-	-	Rispolept Tratament dehidratant, vitamine
P3	Tulburare cognitivă ușoară, sindrom hiperdinamic, sindrom asteno-depresiv F06.7	Edem peripapilar și vene pletoalice din ambele părți	Semne de HIC ușoară MECO S=D, Ventr III – 6.0 mm REG : amplituda REG diminuat în baza carotidelor hipertonus, artere medii și mici, îngreunarea refluxului venos.	Modificări difuz pronunțate ale bioelectricității Cu disfuncție hipotalamo-limbică de geneză rezidual organică.	DMC	Sertralină Tratament dehidratant, vitamine
P4	Sindromul Gilles de la Torette. Sindrom hiperdinamic F95.2	Vene pletoalice din ambele părți	Semne de HIC ușoară, ventricol III 6,5 mm S<D	Modificări difuze ale bioelectricității pe fundal rezidual organic. Epiactivitate deformată neproiementă în regiunea temporo-parietală.	DMC	Finlipsin retard, Sonopax Tratament dehidratant, vitamine
P5	Tulburare mixtă a copilăriei și emoțiilor. Sindrom cerebro-astenic F 92.8	Norma	Semne de HIC ușoară, ventricol III 6,5 mm S>D	-	-	Fluoxetin, Rispolept Tratament dehidratant, vitamine
P6	Epilepsie polifocală cu reținerea în dezvoltarea psihică Paroxisme polimorfe. Sindrom hiperdinamic. F 06.7 și G40.3	Vene pletoalice din ambele părți.	Semne de distensie a ventricolului III 6.0 mm HIC moderată, MECO –semne suplimentare bilaterale D>S	Modificări proeminente ale bioelectricității de tip organic. Epiactivitate pronunțată în regiunea temporo-bazală, cu semne de generalizare spontană.	DMC	Finlepsin, Clonazepam Tratament dehidratant, vitamine
P7	Epilepsie temporală cu reducerea capacităților intelectuale. Paroxisme polimorfe. Sindrom hiperdinamic. F 07.0 și G40.3	Edem peripapilar și vene pletoalice din ambele părți	Semne de HIC ușoară, ventricol III 7,0 mm MECO S=D	-	DMC	Finlepsin, Clonazepam Tratament dehidratant, vitamine

Din cei 7 copii la patru din ei care au fost consultați de neurolog li s-a stabilit DCM, termen pe care Iliciuc I. [6] îl definește ca schimbări organice ușoare ale SNC, pe fundalul cărora apar diferite reacții neurotice, dereglări de comportament, deficiență de instruire școlară, dereglări de vorbire și printre alte sinonime îl numește și „sindrom de hiperactivitate” [6].

Totodată se menționează [6] că manifestările neurologice sunt reprezentate prin dereglări de coordonare a mișcărilor, clătinarea în timpul mersului, instabilitate în poziția Romberg.

În aspect de tratament de bază au fost indicate vitamine, deshidratante și resorbitive, precum și tratament cu antidepresive (Sertralina, Fluoxetina- la 2 pacienți), neuroleptice (Tioridazină, Clorpromazină, Risperidon-4 pacienți) și combinația între Carbamazepină și Clonazepam (2 pacienți). De asemenea s-a efectuat terapia ocupațională și arterapia (desenul, lucrul manual).

Discuții

Conform datelor literaturii, în THDA primul principiu de tratament este abordarea simptomelor țintă (cele pe care familia sau profesorii le consideră importante și cele care perturbă în mod constant funcționalitatea copilului) [1]. În TOP mult mai eficient rămâne tratamentul simptomatic, orientat spre atenuarea sau depășirea simptomelor separate ale tulburării rezidual organice [2]. Astfel, în cazul stărilor asteno-hiperdinamice este utilizat tratament pe termen lung cu Tioridazină, iar în stările asteno-adinamice și asteno-apatice – psihostimulante (Nuredal), unele tranchilizante și, de asemenea, vitamine cu acțiune stimulatorie a funcțiilor nervoase-B15, B 1, B12 [2]. Același tratament este urmat și în cazul pacienților din studiu, cu antipsihotice ca risperidona, tioridazina, aminazina și antidepresive ca sertalina, fluoxetina.

Utilizarea investigațiilor paraclinice, precum ecoencefaloscopia nu este recomandată pentru determinarea hipertensiunii intracraniene, ci numai a ventriculomegaliei, metodă care nici la sugari nu întotdeauna vorbește despre hipertensiunea intracraniană [6]. Congestia venoasă la fundul de ochi la copii, de obicei, indică o distonie vegeto-vasculară și mai rar poate fi un semn al hipertensiunii intracraniene, spre deosebire *de edemul papilar al n. optic*, care este mult mai caracteristic pentru acest sindrom [6]. De menționat că edemul papilar propriu-zis nu a fost depistat la niciunul dintre pacienți.

Schematic managementul terapeutic al THDA cuprinde intervenția psihoterapeutică cu psihoterapia familiei, considerată etapa cea mai importantă și mai ales necesară la debutul tratamentului, cât și psihoterapia individuală și de grup și intervenția medicamentoasă. Dintre preparatele utilizate în literatură se indică stimulantele de tip amfetaminic (Dextroamfetamina, Metilphenidat, Pemolin), apoi medicația antidepresivă (Imipramin, Amitriptilin, Fluoxetin, Bupropion), antipsihoticele (Haloperidol, Tioridazin, Risperidon), anticonvulsivantele (Carbamazepina, Acidul Valproic) și Clonidina[2], medicamente care, în esență, au fost utilizate și la pacienții noștri. Pentru tratamentul DCM Iliciuc I. [6] recomandă ca copii bolnavi să fie crescuți într-o atmosferă liniștită, iar terapia sedativă ar trebui folosită cu scopul corectării dereglărilor de comportament și lichidării reacțiilor nevrotice (preparate de Brom, Valeriană, Talpa găștei).

Dacă invocăm termenul de comorbiditate foarte caracteristică THDA, atunci TOP ar apărea ca un diagnostic coexistent, un exemplu în acest sens fiind și relația dintre manifestările anxioase și depresive – nu există anxietate fără depresie și depresie fără anxietate. De ce un copil frecvent se accidentează, inclusiv cu traumatisme craniene? Pentru că este inatent, hiperactiv și impulsiv. În DSM IV TR se menționează și o rată mai înaltă a traumelor somatice accidentale la persoanele cu THDA, iar trauma cranio-cerebrală la copii poate atinge circa 40% din numărul total de afectări traumatice [6].

Conform opiniei lui Kovalev V., în manualul «Психиатрия детского возраста» [7], care acordă un capitol întreg tulburărilor neuro-psihice rezidual organice, se menționează că un

loc de bază aparține așa-numitei disfuncții precoce cerebral-organice reziduale, care este determinată de factori prenatali, perinatali și postnatali. Totodată, același autor atribuie leziunii organice precoce toate injuriile care survin până la maturizarea structurilor și mecanismelor creierului în jurul vârstei de 7 ani [2]. De asemenea, în CIM 10 și DSM IV în criteriile de diagnostic se menționează că simptomele sus numite în THDA apar până la vârsta de 7 ani.

Mai mult ca atât, conform descrierii simptomelor din CIM 10, caracteristica principală a THDA este „**lipsa de persistență în activități**, care cer o implicare cognitivă și tendința de a se schimba de la o activitate la alta, fără să ducă la bun sfârșit niciuna dintre ele”. Întâmplător sau nu, dar primul criteriu în TOP este **capacitatea constant redusă de a persevera în activități orientate spre un scop**, mai ales când acestea implică perioade îndelungate de timp și satisfacție amânată. Deci, faptul lipsei de perseverență în activitate, comună în definirea acestor patologii, este caracteristică ambelor afecțiuni.

În lotul studiat simptomatologia THDA, conform chestionarului CBCL, este prezentă la 5 dintre pacienți, unul este încadrat în intervalul de limită și unul apare ca fiind în interval normal. Acuzele somatice apar doar la 2 dintre pacienți ca fiind în interval clinic, restul 5- în intervalul de limită și norma.

Kovalev V. descrie termenul de tulburare reziduală neuro-psihică, care include tulburări neurologice și psihice ca urmare a afectării organice cerebrale (cel mai frecvent meningoencefalita sau encefalita, afectări traumatice sau toxice ale creierului). Tot odată el afirmă că tendința clinică de bază a tulburării organice neuro-psihică este reversibilitatea și tendința de compensare, din care motiv ar trebui privite ca o stare patologică, nu ca un proces patologic [2]. Din anamneza pacienților studiați 3 au avut TCC, 2 sunt diagnosticați cu epilepsie. Majoritatea studiilor sugerează că prezența unui copil cu THDA este asociată cu grade diferite de perturbare a familiei, relații conflictuale părinte-copil, cu pierderea controlului din partea părinților, nivel crescut de stres parental și chiar psihopatologie parentală, în special când sunt prezente tulburări de conduită [9]. În studiul nostru la 2 copii părinții au divorțat, la alții 2 suferă de depresie, de asemenea abuz de alcool la tatăl, ceea ce se reflectă și în desenul proiectiv al familiei în care doar un desen reflectă relații bune, restul exprimând conflicte și ostilitate.

Vorbind despre evoluție, Weiss [10] face referință THDA la adulți, considerând că există un continuum al tulburării cu menținerea ei la adult. De altfel, în ultimii ani în literatură se vehiculează tot mai des despre THDA a adultului. Deși hiperactivitatea se atenuează cu trecerea anilor, ea se poate transforma într-un sentiment de neliniște, probleme continue atenționale și de control al impulsurilor, scăderea performanțelor și agravarea modificărilor comportamentale [1].

Pe de altă parte, dinamica tulburărilor neuro-psihică rezidual organice cu caracter de limită se caracterizează printr-o tendință mai mult sau mai puțin pronunțată către revenirea la simptomatologia de bază, iar în cazurile mai grave (cu predilecție în stările psihopatiforme cu defecte pronunțate de personalitate) evoluția poate avea un caracter staționar [2]. DCM evoluează cronic cu perioade de remisiune și acutizări, dar intensitatea simptomelor clinice este diferită și se accentuează sub influența maladiilor infecțioase, TCC, supraîncordărilor emoționale [6]. Studiul factorilor predictivi în evoluția THDA arată că existența tulburărilor comorbide (tulburarea de conduită sau tulburarea opozițională), nivelul socio-economic, dezorganizarea familială pot fi considerați ca factori de prognostic nefavorabili [1].

În studiul nostru conform scalei profilului DSM problemele de conduită sunt semnalate la 6 copii, unul este situat la limita normei, iar la comportamentul opozițional 3 cazuri se situează în intervalul clinic și 4 -la intervalul de limită. Subestimarea datelor de investigație psiho-socială, lipsa de atenție asupra motivelor reacțiilor personale caracteristice ale copilului și adolescentului, incompetența de a se descurca în relațiile intrafamiliale, în colectivele de copii conduc la supraestimarea datelor anamnestice etiologice a daunelor precoce organice exogene, cu semnificația apariției în grup a insuficienței rezidual-organice cerebrale și drept consecințe -

microsimptomatica nevrotică. Toate acestea sunt un izvor tipic de diagnostic extins al stărilor psihopatiiforme rezidual-organice pe seama reacțiilor patocarateriologice și formarea patologică psihogenă de personalitate [2].

Conform CBCL pentru scala de sindroame internalizare și externalizare s-a constatat că 6 dintre copii au probleme cu internalizarea (anxietate/depresie, însingurare și acuze somatice) și toți au probleme la scala externalizare (comportament de încălcare a regulilor și agresiv).

Mai mult ca atât, rezultatul scalelor problemelor afective CBCL arată că dintre cei 7 copii doar unul se află în interval de limită, în rest sunt în intervalul clinic. Pe scala anxietății 5 sunt în intervalul clinic, ceea ce corespunde și desenului proiectiv al familiei în care 4 prezintă anxietate. Probabil, tentativa de a vorbi despre o comorbiditate între Tulburarea Organică de Personalitate și Tulburarea Hiperkinetică cu Deficit de Atenție ar fi argumentată având în vedere simptomele comune (impulsivitate, inatenție, hiperdinamie), evoluția îndelungată, complicațiile comune, precum sindromul psihopatiiform/sau tulburarea de conduită și ar fi o premiză pentru a scoate în evidență modalitatea de tratament medicamentos, cât și psihoterapeutic.

Concluzii

1. Datele anamnestice ce țin de ereditatea agravată (depresie maternă, abuzul de alcool al tatălui), genograma reflectă starea emoțională a pacientului și prin desenul familiei, care exprimă anxietate, conflicte și respingerea criticii ceea ce poate fi considerat un factor negativ în dezvoltare și integrare socială.
2. Atât investigațiile paraclinice cât și antecedentele patologice (TCC, toxicoza gravidei, convulsii) se reflectă în proporție mică în intervalul clinic al acuzelor somatice (2 pacienți), ceea ce conduce la ideea că factorii psihologici au o influență semnificativă asupra stării funcționale a pacienților.
3. Pe lângă simptomele hiperactivă, deficit de atenție, impulsivitate au fost evidențiate sindroamele de externalizare care corespund intervalului clinic ceea ce corelează și cu problemele de conduită, fiind urmate de probleme afective, anxietate exprimate (profilul DSM) și pe scala sindroamelor de internalizare, ceea ce ne permite să afirmăm că pot contribui la menținerea stării patologice a pacienților.

Bibliografie

1. Dobrescu I. Psihiatria copilului și adolescentului, Ghid practic, București 2005, p 168-178
2. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста Москва, 1979, с 287-321
3. Kaplan & Sadock. Comprehensiv Textbook of Psychiatry Ed.7, Lippincott Williams&Wilkins, Baltimore (2000).
4. Manual de diagnostică și statistică a tulburărilor mintale, Ed IV, DSM-IV-TR™, Asociația Psihiatrilor liberi din România, București, 2003
5. ICD 10. Clasificarea tulburărilor mintale și de comportament, EDITURA ALL București, 1994
6. Ilciuc I. Neuropediatrie Manual, Chișinău, Centrul Editorial-Poligrafic Medicina al USMF, 2002.
7. Dănăilă L., Golu M. Tratat de Neuropsihologie, Editura Medicală, București 2006, vol 2, p. 67.
8. Prigatano G.P., Schater D.L. (eds) – Awareness of Deficit after Brain injury: Clinical and Theoretical Issue, Roial Cem. Soc. London, 1991.
9. Jurma A.M. Familia copiilor cu ADHD. Tipologiile familiale și stiluri de management al comportamentului. Revista SNPCAR, Nr 2, 2008, p 15.
10. Weiss G., Hechtman L. Milroy T., Perlman T. (1985) – Psychiatric status of hiperactivies as adults: a controlled prospectiv 15-year follow-up of 63 hiperactive children. J Am Acad Child and Adolescent Psychiatry, 24: 211-220