

# UN NOU MODEL DE DIAGNOSTICARE A TULBURĂRILOR ORGANICE DE PERSONALITATE

*Diana ȚOPA<sup>1</sup>*

## THE NEW MODEL FOR ORGANIC PERSONALITY DISORDERS DIAGNOSIS

*The author presented in this article the definition for organic personality disorders, as well as the basic concepts for a new model in personality disorders diagnosis. She emphasizes the importance of introduction of new elaborated factors personality disorders diagnosis. Those factors (obligation of a symptom, weight of a symptom and the intensity coefficient), which were implemented and tested in her dissertation, provided the elaborated system with desired sharpness.*

**Key words:** *organic personality disorders, diagnosis, obligation of a symptom, weight of a symptom, the intensity coefficient.*

### Introducere

Evidențierea și afirmarea legăturii între psihic și creier s-a realizat abia în antichitatea târzie. Până atunci, înrădăcinată era convingerea că sufletul este un atribut al întregului corp. De-abia în secolul II a.e.n., Galen a făcut un pas mai serios înainte, afirmând într-o formă mai explicită existența unei legături permanente între viața psihică internă și creier. El formulează pentru prima dată ipoteza localizării directe a funcțiilor și proceselor psihice în structurile cerebrale. Astfel, considerând că impresiile din lumea exterioară pătrund în forma fluidelor prin ochi, în ventricolii cerebrali, Galen conchidea că talamusul optic reprezintă acel mecanism prin care fluidele respective se asociază cu fluidele vitale sosite din ficat, transformându-se, la nivelul sistemului vascular, în fluide psihice (*pneuma psihikon* sau *pneuma loghisticokon*).

Pe cât de naivă și puerilă ne pare astăzi această explicație, pe atât de revoluționară a fost ea pentru timpul acela. Modul, în care a fost soluționată

și abordată ulterior problema raportului dintre psihic și creier, a fost condiționat atât de evoluția reprezentărilor și testărilor psihologice, cât și de perfecționarea metodelor și tehnicilor de investigare și descriere anatomo-fiziologică a sistemului nervos.

Primul care abordează relația psihic-creier într-o manieră diferențiată, formulând ideea unei localizări distincte a proceselor psihice particulare, a fost anatomistul german Meyer. Această tendință va fi amplificată și consolidată de cercetările anatomo-patologice realizate de Broca și Wernicke. Primul a pus în evidență legătura diferențiat-selectivă între un focar patologic organic al creierului și tulburarea unei anumite funcții psihice. Astfel, el a descoperit existența unei localizări a vorbirii, denumită „centrul imaginilor motorii ale cuvintelor”. La un interval de 10 ani, Wernicke a descoperit zona care reprezintă „centrul imaginilor senzoriale auditive ale cuvintelor”.

Concepția localizaționistă s-a impus cu autoritate în deceniile trei-patru ale secolului XX, mai ales grație lucrărilor lui Kleist (1934), finalizate cu alcătuirea unei hărți detaliate a localizărilor și celor ale lui Vogt (1951), care susține un model topografic al organizării funcționale a creierului. Rezumând, putem spune că orientarea localizaționistă susține următoarele teze principale:

- funcțiile psihice au fiecare o reprezentare cerebrală separată;
- centrele corticale se leagă între ele prin fascicule de substanță albă;
- fasciculele de substanță albă sunt alcătuite, la rândul lor, din sub-fascicule care fac posibil transferul unui anumit tip de informație în diferite puncte ale creierului;
- efectele neuro-psihopatologice variază, după cum leziunea atinge centrele, substanța albă subiacentă sau pe ambele.

Neurofiziologul american Lashley în anul 1929 realizează forma completă a modelului echipotențialist clasic, având la bază ideile localizaționiste extinse de Flourens:

- nu există o legătură directă și predeterminată între natura tulburării funcționale și locul leziunii;
- esențială în producerea unei tulburări funcționale de un anumit fel nu este individualitatea structurală a zonei lezate, ci întinderea ei;
- din punct de vedere funcțional, toate zonele creierului sunt echivalente, fiecare din ele putând participa la realizarea oricărei funcții;
- tulburări funcționale provocate de leziuni

<sup>1</sup> Diana Țopa, absolventă a programului de Doctorat al USM, Catedra de Psihologie și Pedagogie, specialitatea Psihologie generală

sau focare limitate ale creierului au un caracter tranzitoriu, ele fiind compensate prin preluarea funcției de către alte zone rămase întregre.

Concepția monistă s-a afirmat inițial în două tendințe opuse, ambele tranșant reducționiste: tendința idealist-spiritualistă și tendința materialist-vulgară. Potrivit celei dintâi, psihicul, conștiința reprezintă un factor prim și determinant, iar creierul reprezintă un factor secundar și derivat. Ca urmare, relația se inversează: nu psihicul este o funcție a creierului, ci creierul este un derivat, o proiecție a psihicului.

Sub influența psihologiei cognitive, Pribram (1986) propune o nouă variantă – monismul neutru, care se întemeiază pe teza de principiu că procesele mentale și cele nervoase au o structură informatică bazală comună. Aceasta, nefiind la origine nici fizică, nici mentală, are un caracter neutru.

Modelul informațional-sistemic a adus înțelegerea psihicului ca fiind o entitate de tip informațional care nu se poate realiza decât prin intermediul unui suport substanțial-energetic. În lumina acestui model, în afara comunicării informaționale cu mediul intern și extern al organismului, creierul, în virtutea simplei sale organizări celulare, nu ar putea să genereze psihic. Creșterea gradului de complexitate al sarcinilor de adaptare și a comportamentelor corespunzătoare reprezintă principala forță motrice a dezvoltării și perfecționării structurilor neuronale. Alterarea personalității și comportamentului poate fi reziduală sau concomitentă cu o boală, leziune sau disfuncție cerebrală. În unele cazuri, diferențele în manifestarea unor astfel de sindroame comportamentale și ale personalității (reziduale sau concomitente) pot fi sugestive pentru tipul și/sau localizarea intracerebrală, dar fiabilitatea unui astfel de demers diagnostic nu trebuie să fie supraestimată.

Tulburarea organică de personalitate se caracterizează printr-o alterare semnificativă a modelelor obișnuite ale comportamentului premorbid. Sunt afectate expresia emoțională, trebuințele și impulsurile. Funcțiile cognitive sunt defectuoase doar în sfera planificării propriilor acțiuni și a anticipării consecințelor lor personale și sociale probabile, cum se întâmplă în „sindromul frontal”, care apare în cazul lezării lobului frontal sau altor arii cerebrale circumscrise.

Dintre condițiile cel mai frecvent întâlnite în practica clinică, ce duc la asemenea modificări ireversibile de personalitate, sunt traumatismele cranio-cerebrale, bolile sechelare cerebro-vasculare, tumorile cerebrale, epilepsiile, boala Huntignton,

scleroza multiplă, tulburări endocrine, neurosifilisul și SIDA.

Întrucât am stabilit că la originea unei tulburări organice se află o afecțiune cerebrală, vom examina etiologia tulburărilor organice de personalitate prin prisma sindroamelor organice cerebrale întâlnite în cazul afecțiunilor cerebrale și vom evidenția modificările de personalitate provocate de aceste sindroame.

Sindroamele focale vor fi descrise în funcție de împărțirea anatomică clasică a creierului, deși este evident că în majoritatea leziunilor cerebrale se pot depăși aceste limite. În plus, funcțiile cerebrale nu se limitează la mici straturi neuronale corticale, ci sunt organizate în rețele vaste. Leziunea unui teritoriu special se traduce printr-un deficit, semnele pozitive fiind atribuite inhibiției activității teritoriilor cerebrale adiacente intacte.

Sindroamele cerebrale focale, care sunt abordate prin intermediul noului model de diagnosticare, sunt următoarele: sindroamele lobilor frontali, temporali, parietali, occipitali, sindromul diencefalic și cel limbic, precum și sindroamele corpului calos și sindroamele de disconexie, sindromul bulbar, sindromul cerebelos uman și sindromul mezencefalic.

### **Modelul nou de diagnosticare a tulburărilor organice de personalitate**

În Republica Moldova, pentru prima dată a fost elaborat un model nou de diagnosticare a tulburărilor organice de personalitate și ale sindroamelor focale, de tip categorial. El este elaborat pentru a diagnostica cu maximă acuratețe, ținând cont de toate simptomele pe care le prezintă un subiect, nu doar de cele mai vizibile.

Am ajuns la concluzia, că este necesar un nou model de diagnosticare, care ar exclude lacunele modelului clasic din DSM IV și ICD X ce nu țin cont de simptomele satelit ale unei tulburări organice de personalitate și nici de intensitatea simptomelor. Inovațiile științifice, reflectate în factorii noi introduși în modelul nostru, oferă acuratețea, flexibilitatea și obiectivitatea unui model modern și dinamic de diagnosticare a tulburărilor specifice și organice de personalitate.

Modelul a fost elaborat pornind de la trei premise de bază. *Prima premisă* constă în certitudinea că orice sindrom focal și/sau tulburare organică de personalitate poate fi diagnosticată doar în cazul în care se identifică un anumit număr de simptome obligatorii. Deoarece criteriile de diagnostic general validate nu precizează care anume din simptome sunt obligatorii și care sunt auxiliare sau

complementare, de cele mai multe ori menționându-se că este suficient să se identifice doar un anume număr din simptomele specificate în setul de criterii de diagnosticare (de ex. minim patru din șapte simptome enunțate), am decis să introducem un nou factor, prin intermediul căruia să detașăm simptomele cruciale dintr-o tulburare de personalitate de cele care completează tabloul clinic. Am numit acest nou factor – „obligativitatea simptomului”. Obligativitatea ne indică simptomele indispensabile fără de care nu poate fi atestat un sindrom sau un tip de tulburare organică de personalitate. Pentru a menține acuratețea modelului, limita de simptome obligatorii este stabilită la maxim două pentru fiecare sindrom și tip de tulburare organică de personalitate, având ca scop fixarea setului obligatoriu de simptome și nepermițând dizolvarea lor în cadrul mai multor tulburări. Un factor decisiv pentru stabilirea a doar două simptome obligatorii per tulburare, este evitarea dublării informației, în scopul obținerii tulburării prevalente.

*A doua premisă* constă în conceptul de bază al cercetării, potrivit căruia majoritatea simptomelor se întâlnesc în foarte multe dintre tulburările psihice iar simptomele din cadrul unei tulburări organice de personalitate și/sau unui sindrom focal nu au aceeași valoare și importanță. În scopul creării unui model de diagnostic exact și susceptibil la valoarea fiecărui simptom din cadrul tulburării de personalitate, am introdus un alt factor inovator pe care l-am numit „pondere”. Ponderea indică, pe o scală de la 1 la 10, importanța și valoarea fiecărui simptom în cadrul fiecărui sindrom focal și tip de tulburare organică de personalitate. Factorul menționat vizează diferențierea fină în simptomatologia fiecărui sindrom și tip de tulburare organică de personalitate.

*Cea de-a treia premisă* se bazează pe observația faptului că tulburarea de personalitate este determinată nu doar de prezența unui anume set de simptome, ci și de intensitatea fiecărui simptom resimțit. Ca urmare, am introdus un factor primordial în cadrul cercetării – „coeficientul de intensitate”. Acesta este factorul care amplifică prin intensitatea sa valoarea simptomelor specifice pentru a atesta tulburările specifice de personalitate și în funcție de intensitatea simptomelor. Considerăm că această inovație a făcut sistemul sensibil la intensitatea simptomului resimțit de subiect, deoarece coeficientul de intensitate multiplică apoi valoarea răspunsului. Am ales să folosim operația de multiplicare și nu de sumare, cu scopul de a detașa mai evident simptomele resimțite intens de celelalte simptome. Astfel, modelul nostru presupune diagnosticarea tulburărilor de

personalitate, prin răspunsul la anchetele special concepute în acest scop.

Prima etapă a oricărui diagnostic este reprezentată de o ipoteză asupra unei patologii, identificată fie pe baza tabloului simptomatologic, fie pe baza antecedentelor patologice. Pornind de la această prezumție, am elaborat ancheta de orientare. Întrebările din ancheta de orientare presupun că subiectul deja are un oarecare motiv să inițieze diagnosticul și este într-o oarecare măsură conștient de originea tulburării sale.

Elaborarea anchetelor de diagnosticare a tulburărilor organice de personalitate a fost efectuată după principiul că fiecare răspuns la întrebarea din ancheta se referă la prezența unui simptom organic. Anchetele sunt alcătuite din întrebări relativ simple, care pornesc de la necesitatea de a cunoaște capacitățile subiectului de orientare spațială, a abilităților sale de a scrie și de a citi până la evaluarea stărilor afective. Răspunsurile la întrebările din anchete sunt prelucrate cu factorii introduși de noi, obligativitatea, ponderea și coeficientul de intensitate.

Considerăm că o asemenea prelucrare a datelor ne dă posibilitatea să diagnosticăm chiar și simptomele cu intensitate redusă, să ordonăm simptomele din cadrul tulburărilor organice de personalitate și/sau a sindroamelor focale în conformitate cu ponderea lor și să oferim exactitate diagnosticării prin obligativitatea simptomului diagnosticat.

## Rezultatele

Rezultatele testării prin intermediul sistemului electronic de asistență diagnostică (în continuare SEAD), construit pe baza modelului nou de diagnosticare a sindroamelor organice, sunt prezentate în tabelul de mai jos.

Rezultatele testării SEAD a sindroamelor organice				
Denumirea Sindromului Organic		Numărul de pacienți testați, cu diagnostic confirmat	Procentajul minim acordat de SEAD (%)	Numărul de pacienți ce au primit procentajul maxim de 100%
Sindromul Frontali	Lobilor	5	88,57	1
Sindromul Occipitali	Lobilor	6	90,00	1
Sindromul Parietali	Lobilor	4	89,47	2
Sindromul Temporal	Lobilor	4	100	4
Sindromul Diencefalic		5	87,86	1
Sindromul Limbic		5	84,62	3
Sindromul de Bulb		5	100	5

Vedem în tabel că prezența sindromului stabilit oficial în clinică a fost depistată de SEAD în proporție de 80% la cei 35 pacienți cu diagnostic confirmat. Rezultatele testării SEAD a sindroamelor organice au confirmat ipoteza lucrării, demonstrând că se poate diagnostica ca prezent un So (care ne indică localizarea topografică a traumei la subiect) în urma testării SEAD și se confirmă prezența simptomelor constituante a sindromului în proporție de peste 80%, de obicei considerându-se ca fiind suficientă prezența a 70% din simptome organice pentru a confirma diagnosticul.

Rezultatele testării SEAD a tipurilor de tulburări organice de personalitate sunt prezentate în tabelul de mai jos.

Rezultatele testării SEAD a tipurilor de tulburări organice de personalitate			
Denumirea Tipului de TOP	Numărul de pacienți testați, cu diagnostic confirmat	Procentajul minim acordat de SEAD (%)	Numărul de pacienți ce au primit procentajul maxim de 100%
Tipul Labil	5	80,95	0 (sistemul a depistat o prezență maximă de 90,48%)
Tipul Paranoid	11	100	11
Tipul Agresiv	5	81,25	0 (sistemul a depistat o prezență maximă de 91,67%)
Tipul Apatic	4	87,80	1
Tipul Dezinhibat	4	87,80	1

Vedem în tabel că prezența tipului de personalitate organică stabilit oficial în clinică a fost depistată de SEAD în proporție de 90% la cei 29 pacienți cu diagnostic confirmat. Tipul paranoid de TOP a fost identificat de către SEAD ca prezent 100% la toți subiecții diagnosticați. Rezultatele testării SEAD a tipurilor de tulburări organice de personalitate au confirmat ipoteza lucrării, demonstrând că utilizând SEAD se poate diagnostica ca prezent un tip anume de TOP (ce ne indică funcție de procentaj prezența tulburării organice de personalitate sau modificările de personalitate care au fost urmările traumei la subiect). În urma testării cu ajutorul SEAD, se confirmă prezența lor în proporție de mai mult de 80%, de obicei considerându-se ca fiind suficientă prezența a 60% din simptome a tipurilor de tulburări organice de personalitate.

### Concluzii

Cercetarea realizată ne-a permis să elaborăm un model de diagnosticare a tulburărilor organice de personalitate, care a stat la baza elaborării unui sistem performant și rapid de diagnosticare a tulburărilor ce afectează determinant personalitatea indivizilor. Sistemul electronic de asistență diagnostică (SEAD)

corespunde expectațiilor și cerințelor puse față de el.

Modelul de diagnosticare a tulburărilor de personalitate, care a stat la baza elaborării sistemului electronic, presupune nu doar diagnosticarea tulburărilor actuale, ci și diagnosticarea simptomelor caracteristice pentru alte tulburări de personalitate.

Inovațiile științifice reflectate în factorii noi introduși în modelul nostru conferă modelului acuratețea, flexibilitatea și obiectivitatea unui model modern și dinamic de diagnosticare a tulburărilor specifice și organice de personalitate. Considerăm că prelucrarea datelor cu factorii științifici noi ne dă posibilitatea să diagnosticăm chiar și simptomele cu intensitate joasă, să ordonăm simptomele din cadrul tulburărilor de personalitate potrivit ponderilor lor și să oferim exactitate diagnosticării prin obligativitatea simptomului diagnosticat.

Astfel, SEAD în primul rând este un instrument de diagnosticare rapidă, deoarece testarea unui subiect durează maximum 6 minute. Această caracteristică a SEAD-ului permite diagnosticarea unui număr mare de subiecți, mai ales în cazul în care sistemul va fi folosit ca instrument de determinare a tipului de personalitate în școli sau organizații cu personal numeros. De asemenea, această caracteristică permite diagnosticarea în regim de urgență, atunci când este vorba de o criză psihologică sau când trebuie de soluționat urgent un dosar judiciar.

În al doilea rând, SEAD reprezintă o metodă complexă de diagnosticare. Sistemul răspunde tuturor situațiilor de tulburări ale personalității, provocate atât de o tulburare organică de personalitate, cât și de un sindrom focal. Astfel, utilizând sistemul electronic de diagnosticare, nu va mai fi nevoie de a întrebuița și alte teste, SEAD-ul potrivindu-se pentru toate situațiile de patologie a personalității.

În al treilea rând, SEAD dispune de un „motor” de calculare rapidă și precisă a probabilităților prezenței sindroamelor organice și tipurilor de tulburări organice de personalitate. Precizia este conferită sistemului atât de către factorii noi introduși, cât și de algoritmul progresiv de calcul al probabilității prezenței unei tulburări de personalitate.

În al patrulea rând, sistemul este o modalitate accesibilă specialiștilor cu o experiență mică și/ sau începătorilor, fapt care permite utilizarea largă a metodei. Atât utilizarea sistemului, cât și interpretarea rezultatelor testării se realizează automat, astfel limitând nevoia de a pregăti specialiști în utilizarea sistemului. În aceeași ordine de idei, SEAD este un instrument care reduce

influența factorilor perturbanți asupra rezultatelor testării, adică reduce influența factorilor personali ai examinatorului (lipsa de experiență, lipsa pregătirii speciale, oboseala, dezinteresul, loialitatea față de un anumit curent științific, antipatie, simpatie sau altă situație de contra-transfer etc.), prin intermediul standardizării chestionarului de preluare a datelor și a raportului final.

În al cincilea rând, SEAD prezintă un grad înalt de flexibilitate, datorat actualizării frecvente a datelor și receptivității sistemului la apariția datelor noi (integrarea imediată în prelucrare), cât și colaborare la distanță. Această opțiune este accesibilă odată cu recepționarea parolei de administrator al sistemului și permite modificarea simptomelor, factorilor care influențează asupra acurateții sistemului, totodată și a modulului de calcul. Toate modificările se efectuează electronic, la locul instalării sistemului. Astfel, sistemul este perfect adaptabil diferitor situații de aplicare a lui.

În al șaselea rând, sistemul permite o viziune în ansamblu a simptomatiei psihice a subiectului, afișând întreaga listă de probabilități, în formă procentuală, fapt care permite evaluarea nu doar a caracteristicilor patologice dominante, ci și a celor secundare. De asemenea, sistemul este prevăzut cu un instrument de stocare a datelor, care permite prelucrarea lor statistică ulterioară, în vederea obținerii caracteristicilor dinamice de evoluție sau involuție a unei tulburări de personalitate. Obținerea datelor din sistem este prevăzută în sistemul său de raportare.

Testarea sistemului pe lotul de subiecți

experimentali a demonstrat eficiența diagnosticării cu SEAD în proporție de 80% din cazurile cu diagnostic confirmat. Iar inovațiile științifice folosite în SEAD s-au dovedit a fi factorul determinant al reușitei acestei structuri electronice, deoarece am obținut un sistem diagnostic ce poate reda diagnosticarea intuitivă de care dau dovadă unii din cei mai buni specialiști, dar într-o formă accesibilă pentru toți.

## Bibliografie

1. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Text Revision., 2000.
2. Cummings, J., „Frontal – subcortical circuits and human behavior”, Arch. Neurol., 1993, 30:873.
3. Deazak, M., „Neuropsychological Assessment”, ed. 3, Oxford University Press, 1995, 156 p.
4. Engel, A.G., „Seizures and Epilepsy”, Davis, 1989, 159 p.
5. Georgescu, M., Psihiatrie. Ghid practic., 1998, Editura National.
6. Grant, I., Adams, K., Neuropsychological Assessment of Neuropsychiatric Disorders, ed. 2, Oxford University Press, 1990.
7. Ionel, C., „Compendium de Neurologie”, Editura Romcartexim, 2000, 407 p.
8. Ionescu, G., Tulburările personalității, Ed. Asklepios, 1989.
9. Kernberg, O.F., Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies, Yale University Press, 1984.
10. World Health Organisation, Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, 1992.



Inel plurisspiralic, aur, cornalină, sec. I-III, p. Chr., Mocra, Râbnita