

EVALUAREA CLINICĂ ȘI MEDICO-LEGALĂ A SECHELELOR PSIHICE POSTTRAUMATICE

Irina SĂCUIU, Roxana CHIRIȚĂ, Vasile CHIRIȚĂ

Abstract:

Victims of body injuries can experience psychological disturbances. The aim of the present study was to reveal and quantify the depressive reactions and anxiety disorders, as well as the acute stress and posttraumatic stress disorder in physically injured subjects. The 30 subjects of the study underwent a standard medico-legal expertise for the traumatic injuries and, in addition, they were tested using: self-report inventories – Beck Depression Inventory short form, STAI-formX1 Inventory - and mini structured interviews – for acute stress and PTSD. Moderate depression was found in 25% of the subjects. Women were more frequently affected compared to males. A change in mental attitude is required followed by the modernisation of evaluation procedure of invalidity in percents, even the mental damages, and to recognize this medico-legal entity.

Introducere

Absența bolii mentale și bunăstarea mentală sunt elemente esențiale ale stării de sănătate. Antoniu G. și colab. (1996) – referitor la lovire și violență – apreciază că acestea „nu constituie numai un prejudiciu adus corpului victimei, dar și o încălcare a demnității acesteia, o *traumatizare a psihicului celui lovit*”.

Sindroamele psihice posttraumatice au fost descrise, în mod repetat și dezbătute intens, de-a lungul secolului XX. Salvatorii supraviețuitorilor exploziei vasului Toulon au relatat în 1907 și 1911 o serie de fenomene, cum ar fi: recapitularea scenei traumatizante, vise terifiante, anxietate difuză, oboseală și variate fobii minore. Jacob Da Costa descrie în broșura *Despre inima iritabilă*, prezența unor simptome cardiace autonome în rândul soldaților participanți la Războiul Civil, fenomen cunoscut ca „inima soldatului” – sindrom similar tulburării de stres posttraumatic.

În 1896, Kraepelin folosea termenul de „schreckneurose” sau „nevroza de frică” pentru a descrie condiția psihiatrică care cuprinde „fenomene multiple nervoase și psihice apărute ca rezultat al unei trăiri emoționale severe, după accidente, în special, incendii, coliziuni sau deraieri de trenuri”.

Urmează apoi numeroase cercetări efectuate după Primul Război Mondial și Al Doilea Război Mondial. Toate descrierile acestui fenomen includeau întotdeauna un șir de elemente comune: tulburări de somn, vise cu coșmaruri, depresii, excitabilitate crescută.

Kardiner dă, pentru prima dată, o descriere complexă a simptomaticii acestui fenomen: excitabilitate și iritabilitate; reacție nestăpânită la excitanți bruști sau fixarea pe circumstanțele evenimentului traumatic; fuga de realitate; predispoziția pentru reacții agresive necontrolate.

Simptomele descrise de Kardiner s-au păstrat, în linii mari, și în cercetările ulterioare, deși datele privind caracterul și mecanismele influenței factorilor psihotraumatizanți asupra omului s-au îmbogățit considerabil, mai ales în rezultatul cercetării problemelor legate de sfârșitul războiului din Vietnam. Unele dintre perspectivele neurobiologice în cadrul TSPT au fost induse de caracterizarea clasică a simptomelor TSPT ca fiind simptome ale unei „fizioneuroze”.

În 1952, Comitetul de Nomenclatură și statistică al APA (*American Psychiatric Association's*) include termenul de „*gross stress reaction*” în cadrul DSM-I (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Potrivit acestui manual, reacția marcată la stres era observată la indivizi care fuseseră expuși la „injurii severe de ordin fizic sau stres extrem: luptele sau catastrofele civile”. Însă importanța cercetării în acest domeniu a devenit evidentă spre mijlocul anilor '70, când societatea americană s-a confruntat, pentru prima dată, cu problemele provocate de formele dezadaptative de comportament ale veteranilor războiului din Vietnam.

În 1968, Comitetul de Nomenclatură și Statistică publică DSM II. A fost introdus termenul de „tulburare situațională tranzitorie” cu severitate variabilă care apare la indivizi fără tulburări mentale și care reprezintă o reacție acută apărută în situații extreme la care a fost supus individul. Starea ce se dezvoltă la cei ce au trecut prin situații critice generatoare de stres psihic se caracterizează prin faptul că manifestă tendința nu numai să nu dispară cu timpul dar și să devină tot mai pronunțată, precum și să se manifeste brusc pe fondul unei aparente bunăstări generale a persoanei.

În DSM-III, apare, pentru prima dată, termenul de PTSD (*post-traumatic stress disorder*) care este indicat de „dezvoltarea unor simptome caracteristice care apar după un eveniment traumatic stresant care nu este în mod obișnuit întâlnit de-a lungul existenței umane”.

Scopul studiului

Studiul efectuat urmărește evidențierea unor aspecte clinico-epidemiologice ale cazurilor de pacienți diagnosticați cu sindrom de stres posttraumatic aflați în evidența Spitalului Clinic Universitar „Socola” – Iași, în perioada 1.01.2004 – 31.12.2007. Un alt scop al lucrării l-a reprezentat acela de a aprecia diversitatea manifestărilor clinice și evidențierea criteriilor de diagnostic al PTSD. Evidențierea relației dintre timpul scurs de la expunerea la traumă până la momentul diagnosticului, instituirea tratamentului și evoluția ulterioară și prognosticul bolii a constituit un alt obiectiv important al studiului.

Material și metodă

Eșantionul studiat include 30 de persoane, care au suferit diferite traume psihice și care au fost diagnosticate cu sindrom de stres posttraumatic. Alături de foile de observație, au fost studiate și interpretate rapoartele de expertiză psihiatrică și medico-legală. Datele au fost prelucrate utilizând programele SPSS-10 for Windows și Excel. Au fost utilizate metode statistice descriptive.

Modificările din sfera psihicului – nivelul anxietății ca stare, nivelul de depresie, elementele care definesc stresul acut și stresul posttraumatic – au fost căutate și identificate prin utilizarea următoarelor instrumente:

- Miniinterviul structurat pentru stresul posttraumatic – PTSD (DSM-IV) / tulburare de stres posttraumatic (ICD-10)

- Inventarul stării de anxietate – S.T.A.I. – forma X1 (chestionar de autoevaluare –20 itemi)

- Scala Beck pentru depresie – varianta scurtă (chestionar cu 13 itemi)

Miniinterviul structurat pentru stresul posttraumatic a fost preluat din „M.I.N.I.” *mini international neuropsychiatric interview*, iar cel pentru stresul acut a fost realizat prin utilizarea criteriilor de diagnostic din ICD-10 și DSM IV pe „scheletul” interviului structurat pentru stresul posttraumatic.

Rezultate

S-a evidențiat o predominanță a incidenței sindromului de stres posttraumatic la sexul feminin, raportul frecvenței PTSD la cele două sexe fiind femei/bărbați de 1,5:1.

Prezența antecedentelor personale patologice de natură psihiatrică (în majoritatea cazurilor, prezența personalității labile, premorbide) a reprezentat un important factor de risc pentru dezvoltarea simptomelor de PTSD în 60% din cazurile studiate.

Am constatat că principalii factori de risc implicați în apariția și evoluția simptomelor de PTSD au fost reprezentați de nivelul educațional scăzut (66% din cazuri), urmat fiind în ordinea descrescătoare a frecvențelor de prezența în antecedente a personalității premorbide (60% din cazuri), conflictualitatea intrafamilială (50% din cazuri), vârsta fragedă la momentul victimizării (46,6% din cazuri), tulburările timpurii de comportament (sub vârsta de 15 ani) și dezorganizarea

familială fiind reprezentate cu frecvențe egale, 33,3% din cazuri fiecare, prezența traumelor în antecedente și suprasolicitarea intelectuală fiind prezente la un număr redus de cazuri (13,33% și respectiv 3,33% din cazuri).

Sexul masculin este mai predispus la dezvoltarea simptomelor de PTSD în cazul prezenței unor factori de risc, așa cum ar fi: dezorganizarea familială (divorțul), precum și suprasolicitarea intelectuală, în timp ce sexul feminin este mai predispus a avea personalitate premorbidă de tip labil, este mai expus la conflictualitatea și agresiunea intrafamilială, iar victimizarea apare la o vârstă mai fragedă în cazul femeilor. Nivelul educațional scăzut și prezența altor traume în antecedente reprezintă alți factori de risc mai frecvent întâlniți în rândul populației de sex feminin.

Tipul de traumă cel mai frecvent întâlnit în etiologia cazurilor de PTSD din lotul studiat este reprezentat de abuzul sexual/violul (46,66%), urmat fiind în ordinea frecvențelor de agresiunea fizică (26,66%), decesul unei persoane apropiate (26,66%) și violența intrafamilială (26,66%).

Majoritatea evenimentelor traumatice (56,66%) au ca substrat violența interpersonală, în timp ce traumele provenite din accidente au fost întâlnite doar în 43,33 % din cazuri.

Majoritatea cazurilor au fost diagnosticate tardiv, după 6 luni de la apariția simptomelor de PTSD.

Conform DSM-IV-TR, criteriile obligatorii de diagnostic pentru PTSD sunt reprezentate de:

- Retrăirea traumei la amintirea repetată, insistentă, chinuitoare, a factorului de stres;
- Eforturi persistente pentru evitarea amintirilor și blocarea sensibilității generale, prin modificarea modelului comportamental și cognitiv, cu atenuarea emoțiilor;
- Simptome persistente de hiperexcitabilitate: deteriorarea somnului, iritabilitate, concentrare redusă, hipervigilență și reacție exagerată de răspuns.

În urma studierii aspectelor clinice a cazurilor din lotul de studiu, simptomele de creștere a excitabilității au fost întâlnite mai frecvent (56%), decât cele de retrăire a evenimentului traumatic (30%) și cele de evitare persistentă a stimulilor asociați cu trauma (14%).

În cadrul acestor trei seturi de simptome, dificultatea de a adormi sau de a sta adormit, visele chinuitoare și supărătoare ale evenimentului (coșmaruri) și sentimentele de viitor întunecat au fost cel mai frecvent întâlnite.

Tulburările asociate PTSD, cel mai frecvent, sunt: tulburarea depresivă majoră, tulburarea de panică, agorafobia, fobia socială, fobia specifică, tulburarea obsesiv-compulsivă, tulburarea de somatizare, consumul de droguri.

Nivelul depresiei a fost cercetat prin utilizarea chestionarului Beck (forma scurtă, cu 13 itemi, interval 0-39). Scopul utilizării acestui chestionar este de a evidenția simptome afective, cognitive, motivaționale și vegetative ale depresiei. Fiecare item este construit din 4 propoziții corespunzând la 4 nivele de intensitate progresivă, ce caracterizează simptomele. Scorurile celor 13 itemi au fost însumate, obținându-se următoarele valori: extreme 0 – 18, media de 5,92 și o abatere standard de 5,09. Se consideră că scoruri sub 4 indică depresie minimală/absentă (Beck și Beamesderfer, 1974). Între 4 și 8 puncte vorbim de o formă ușoară („mild“), iar peste 8 puncte de o depresie moderată. Aproape jumătate din subiecți (46%) nu au avut atitudini sau simptome caracteristice depresiei. Modificări depresive ușoare am constatat la 30 % din lotul studiat. Grupul celor cu semne ale unei depresii moderate – scoruri de peste 8 la chestionarul aplicat – a fost constituit din 12 persoane (24%) cu: un scor mediu de 13,58, o deviație standard de 3,08, un modul la 14 puncte și o valoare maximă a scorului de 18 puncte. Din cele enumerate anterior, rezultă faptul că la peste jumătate din traumatizații chestionați (54%) s-au înregistrat modificări specifice tabloului clinic al depresiei - formele ușoară și moderată. În analiza prezenței modificărilor depresive pe sexe – depresie ușoară și depresie moderată – se constată o incidență mai mare în cazul femeilor – 68,5%, față de 45% – în cazul bărbaților. Numărul scorurilor tipice (normale) pentru cele două sexe acoperă aproape aceeași plajă, mediile și deviațiile standard având valori foarte apropiate – media a fost la bărbați de 9,21 cu o deviație standard de 4,38, iar la femei, media a fost de 9,69 cu o deviație standard de 4,42.

Semnele unei depresii moderate – scoruri la chestionar de peste 8 puncte – au fost întâlnite numai la 16% dintre bărbații examinați, în timp ce peste 1/3 dintre femei (36,8%) au prezentat o depresie moderată. Distribuțiile au fost unimodale în cazul bărbaților și multimodale în cazul femeilor, în ambele situații, analizate. Dacă proporția bărbaților cu depresie moderată, așa cum am

arătat anterior, a fost mai mică decât cea a femeilor, în schimb, scorurile tipice realizate de respondenții de sex masculin au avut valori mai mari – de la 12,41 la 16,79 – față de femei, care acoperă intervalul 9,28 – 16,42.

Starea de anxietate la momentul examinării subiectului a fost reliefată prin utilizarea instrumentului de cercetare pentru investigarea anxietății – STAI. Acest instrument este alcătuit din două scale de autoevaluare. Pentru studiul de față, am utilizat Scala -A–stare, forma XI, care constă din 20 de descrieri pe baza cărora subiecților li se cere să indice „modul în care ei se simt la un moment dat”. Scala (A–stare) este un indicator bun al nivelului de anxietate, fiind demonstrate creșteri ale scorurilor la această scală, în urma variatelor tipuri de stres. Aplicarea inventarului nu necesită limită de timp. Nivelurile stării de anxietate au fost mai ridicate în lotul de femei, cu o medie de 60,26 puncte (depășind cu cca 8 puncte media întregului lot) față de media 47,74 obținută la bărbați. Valorile extreme au fost mai mici în cazul bărbaților – 30 / 68 – față de respondentele chestionate - 40 / 75.

Toți subiecții au răspuns „DA” la miniinterviul structurat pentru stres posttraumatic, persoanele chestionate satisfăcând condițiile de diagnostic pozitiv, în conformitate cu criteriile prevăzute în DSM-IV.

Sindromul de stres posttraumatic reprezintă o realitate care va trebui luată în considerare în aprecierea invalidității posttraumatice. Se poate defini invaliditatea posttraumatică ca: „*reducerea definitivă a potențialului fizic și/sau psihic obiectivabilă medical sau explicabilă medical la care se adaugă durerea și repercusiunile psihice pe care medicul le poate corela fiziopatologic ca sechelă cu consecințe în viața de zi cu zi și care în mod obișnuit și obiectivabil sunt legate la aceste sechele*”.

Gradul de invaliditate exprimat în procente, care se scade dintr-un maxim teoretic de 100% și rezultă din sechelele care determină un efort sau o incapacitate în efectuarea unor gesturi sau acte obișnuite atât profesionale, cât și extraprofesionale.

Rigurozitatea metodologiei expertizei psihiatrice medico-legale trebuie să se axeze pe obiectivarea realității acestor sechele, observația îndelungată, compararea fiind condiții obligatorii ale evaluării corecte a fiecărui caz.

Concluzii

Persoanele traumatizate fizic pot prezenta tulburări psihice. Aceste tulburări sunt consecința evenimentelor traumatice suferite. Identificarea tulburărilor psihice în cadrul expertizei medico-legale permite o evaluare mai corectă a consecințelor traumei fizice și a gradului de invaliditate. Practica medico-legală română trebuie să se alinieze rapid la realitatea juridică și medico-legală a Uniunii Europene.

Tulburarea de stres posttraumatic este un subiect actualmente discutat în lumea medicilor, psihologilor și sociologilor, fiind o afecțiune foarte complexă, încă pe cale de descifrare și a cărei definiție dată de Institutul de Psihotraumatologie de la Friburg este încă ajustată de avalanșa de cercetări și observații medicale. Impactul cu justiția al unora dintre cazurile de tulburare de stress posttraumatic reprezintă sursa întrebărilor specifice medicinei legale, subliniind astfel gradul de responsabilitate profesională și socială a medicului confruntat cu o problemă medicală cu multiple fațete sociale.

BIBLIOGRAFIE:

1. Roșu, Bogdan V., *Tulburări psihice în expertiza medico-legală a leziunilor corporale*, Rom J Leg Med 14 (1) 38 – 45 (2006)
2. Beck, A.T., Ward, C.H., Mock, J., Erbaugh, J., *An inventory for measuring depression*. Archives of General Psychiatry 1961, 4: 561-571
3. Beck, A.T., Beck, R.W. (1972), *Screening depressed patients in family practice. A rapid technique*, Postgraduate Medicine, 52, 81-85
4. Mc Farlane, A., *Posttraumatic stress disorder: a model of the longitudinal course and the role of risk factors*. J. Clin Psychiatry 2000; 61 (Suppl 5): 15-23
5. Mini International Neuropsychiatric Interview – Sheehan D. (University of South Florida-Tampa), Lecrubier Y., (Hopital de la Salpêtrière-Paris), July, 1, 1999
6. Mc Lay, WDS, *Clinical forensic medicine, second edition*, Greenwich Medical Media, London, 2006

7. Roșu, B., Roșu, S., Vaida, H., *Considerații critice asupra expertizei medico-legale în cazurile de viol*, Rev. de Medicină Legală, vol. 7, nr. 1, 2002
8. American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; Text revision., 2000

Irina SĂCUIU – Doctorand – U.M.F. „Gr. T. Popa” Iași
Roxana CHIRIȚĂ – Prof. univ. dr. – U.M.F. „Gr. T. Popa” Iași
Vasile CHIRIȚĂ – Prof. univ. dr. – U.M.F. „Gr. T. Popa” Iași