

DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL AL REACȚIEI ACUTE LA STRES – PREZENTARE DE CAZ CLINIC

ADELA MAGDALENA CIOBANU, CAMELIA POPA,
IRINA MIHAELA PANTAZI, CLAUDIA DAMIAN

Acute Stress Disorder – Clinical Features. Acute stress reaction occurs in people with psychiatric disorders who live extremely stressful situations, such as natural disasters or extreme crises in interpersonal relations. They suffer intensively, which disturbs the functioning of all spheres – cognitive, emotional, physiological, behavioural and relational. Acute stress reaction is known as acute stress disorder, psychological shock or mental shock. We present in this article a specific clinical case, with the differential diagnosis of acute reaction to stress.

Key words: stress, negativism, case study, diagnosis.

Reacția acută la stres (cunoscută și sub numele de tulburare de stres acut, șoc psihologic sau șoc mental) este o tulburare tranzitorie care apare la indivizii fără afecțiuni psihice, în urma trăirii unei situații extrem de stresante. Suferința lor este una foarte intensă.

Persoana cu reacție acută la stres dezvoltă o anxietate puternică și îi sunt afectate toate sferile de funcționare – cognitivă, afectivă, fiziologică, comportamentală, relațională. La nivel cognitiv apar următoarele simptome: percepția distorsionată a realității (uneori iluzii și halucinații), evitarea gândurilor asociate traumei, amnezie disociativă, manifestări însoțite de disfuncții de concentrare a atenției. La nivel afectiv, se constată iritabilitatea, labilitatea emoțională, ostilitatea, scăderea capacității de răspuns afectiv, stările de mânie, dispoziția depresivă, sentimentul de neajutorare și chiar groaza, amplificate de episoadele de flashback, care implică retrăirea traumelor. La nivel fiziologic au fost identificate: creșterea tensiunii arteriale, a frecvenței cardiace, hipervigilența și tresăririle. La nivel comportamental au fost descrise: impulsivitatea, agresivitatea neașteptată, scăderea interesului pentru activitățile obișnuite, evitarea fobică a situațiilor care amintesc de traumă, neliniștea motorie ș.a. La nivel relațional, sunt prezente: înstrăinarea, deteriorarea relațiilor, lipsa de încredere în ceilalți, izolarea¹.

¹ *DSM-IV. Manual pentru Diagnosticul și Statistica Tulburărilor Mintale*, Editat de Asociația Psihiatrilor Liberi din România, București, 2000; R.A. Bryant, et al., *A review of acute stress disorder in DSM-5*, în „Depress Anxiety”, 28, 2011, p. 802–817; R.A. Bryant, A.G. Harvey, *Acute Stress Disorder: A Handbook of Theory, Assessment, and Treatment*, Washington, DC, American Psychological Association, 2000.

Nancy, Palmieri, Rork et al.² au studiat simptomatologia reacțiilor acute de stres traumatic la copiii cu traume recente, evidențiind o serie de reacții comune – evitarea gândurilor, conversațiilor și a sentimentelor legate de traumă, experimentarea disocierii (modificarea simțului realității) și amintirile dureroase intruzive.

În general, în această tulburare, persoana reexperimentează în mod persistent evenimentul traumatic, prin amintiri dureroase, recurente și intruzive, are vise în legătură cu evenimentul și senzația de retrăire a evenimentului, poate dezvolta iluzii, halucinații și episoade disociative, numite flashback-uri³. Chiar și după dispariția pericolului reprezentat de evenimentul traumatic, se constată un eșec al persoanei în răspunsul adaptativ la traumă.

Evenimentele traumatizante care pot declanșa reacția acută la stres sunt problemele psihosociale și de mediu menționate în tratatele de psihiatrie: moartea unui membru al familiei, tulburările grave de sănătate, catastrofele naturale, pierderea locului de muncă, insatisfacția profesională, neînțelegerile cu colegii, problemele juridice, pauperitatea extremă etc.⁴

Jafurile din sistemul bancar reprezintă, potrivit unui studiu realizat de Hansen și Elklit în 2011⁵, un factor susceptibil să provoace reacție acută de stres funcționarilor bancari. Dintre cei 152 funcționari bancari evaluați, care s-au confruntat cu jafuri armate, 14,5% au suferit de această tulburare. Circa 66% din variația nivelului simptomatologiei a fost explicată prin trei factori: neajutorarea/neputința resimțită, percepția amenințării vieții și nivelul de siguranță perceput după jaf (variabilă post-traumă).

Alte studii au relevat structuri factoriale mai complexe ale reacției acute la stres. Edmondson, Mills și Park⁶ au găsit corelații între factorul de primejdie (implicând reexperimentarea traumei, excitare și evitarea retrăirii) și factorul de disociere (modificarea simțului realității), la persoanele cu tulburare de stres acut aflate într-un adăpost de urgență al Crucii Roșii din Austin, Texas, ca urmare a dezastrului provocat de uraganul Katrina.

În cazul reacției acute la stres sunt recomandate psihoterapiile care dau rezultate bune și în alte forme de anxietate, cum ar fi psihoterapia cognitiv comportamentală, biblioterapia sau terapia de expunere (preferabil cea virtuală)⁷.

² K.A. Nancy, P.A., Palmieri, K. Rork, et al., *Acute Stress Symptoms in Children: Results From an International Data Archive*, în „J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry”, 51, 8, 2012, p. 812-820.

³ *DSM-IV. Manual pentru Diagnosticul și Statistica Tulburărilor Mintale*, Editat de Asociația Psihiatrilor Liberi din România, București, 2000.

⁴ *Ibidem*, vezi și Adela Magdalena Ciobanu, Camelia Popa, *Boala psihică și eșecul social*, Editura Universitară București, 2013.

⁵ Maj Hansen, Ask Elklit, *Predictors of acute stress disorder in response to bank robbery*, în „Eur J Psychotraumatol”, 2, 10, 2011 (disponibil online).

⁶ D. Edmondson, M.A. Mills, C.L. Park, *Factor structure of the Acute Stress Disorder Scale in a Sample of Hurricane Katrina evacuees*, în „Psychol Assess.”, 22, 2, 2010, p. 269-278.

⁷ M.A. Katzman, P. Bleau, P. Blier, et al., *Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders*, în „BMC Psychiatry”, 14, 1, 2014, S1.

Prezentare de caz

Pacienta V.C., în vârstă de 38 de ani, este divorțată, are o fiică de 15 ani și locuiește cu concubinul ei de aproximativ 10 ani, într-un apartament cu 4 camere. A absolvit o facultate cu profil economic, a avut mai multe locuri de muncă în domeniul ei de activitate, deține actualul loc de muncă de 10 ani. Nu are un istoric psihiatric anterior, este o fostă fumătoare. Neagă consumul de alcool sau de alte substanțe psihoactive. Este copil unic; mama ei a decedat acum 10 ani și are o relație bună cu tatăl său.

Episodul actual

Pacienta este adusă la Spitalul Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Al Obregia” de Ambulanță și Poliție, de la o biserică din apropierea casei. Este însoțită de partener. Este internată non-voluntar pentru: **negativism verbal, stare catatonică, comportament bizar** (la terminarea slujbei a luat crucea în brațe și nu s-a mai desprins de aceasta), **tulburări hipnice, anxietate, interpretativitate** și **apetit alimentar diminuat**. În urmă cu un an, pacienta a trecut printr-o perioadă depresivă pentru care nu a solicitat asistență medicală.

La camera de gardă nu se poate stabili contactul psiho-vizual cu V.C.. Aceasta nu răspunde la stimuli verbali și dureroși. Menține o postură rigidă, încordată, tensionată și opune rezistență la examenul fizic (care nu se poate efectua). Din relatările personalului medical al Ambulanței, reiese că pacienta a fost adusă cu dificultate de la o biserică locală. În momentul în care a fost anunțată de preot că slujba s-a terminat și că trebuie să părăsească incinta, aceasta a devenit neliniștită, apoi s-a agățat de cruce și a refuzat să se mai desprindă. Din momentul respectiv, V.C. nu a mai comunicat cu preotul sau cu vreo altă persoană. Pentru a fi adusă la spital, a fost nevoie de intervenția Poliției, care a reușit cu greu să o imobilizeze în Ambulanță. Pacienta păstrează poziția de prindere a crucii și starea de tensiune și la spital.

Ulterior, din discuțiile cu concubinul și cu tatăl pacientei, reies următoarele informații: în urmă cu aproximativ 2 săptămâni, V.C. a aflat că este implicată într-un proces de moștenire în locul mamei sale. Situația s-a complicat de la o zi la alta, fiind nevoită să plătească sume mari de bani și să se ocupe de evacuarea unor persoane implicate în procesul de moștenire. Familia afirmă că, din această cauză, pacienta a prezentat tulburări de somn, neliniște, interpretativitate și apetit alimentar scăzut.

Examenle clinic și paraclinic

Examenlele clinic și paraclinic au avut rezultate în limite normale. Examenul paraclinic a arătat, în ceea ce privește computer tomograful cerebral (CT), că densitatea și configurația parenchimului sub și supratentorial sunt normale. Electroencefalograma (EEG) nu a relevat descărcări patologice.

Examenul psihologic

Examenul psihologic a oferit următoarele rezultate: eficiență cognitivă globală de nivel superior; echilibru emoțional precar cu reacții emoționale intense; nevoie intensă de afectivitate și de suport moral (relevante de testul Szondi); conflict interior legat de controlul impulsurilor ostile; descărcarea liberă în comportament a furiei și a

ostilității; prezența capacității de atașament; absența capacității de insight și de conștientizare a propriilor nevoi și dorințe, slab interes pentru autoanaliză, pragmatism (la nivelul Eului).

Examenul statusului mental la 24 ore

Pacienta în ținută de spital, cu o igienă deficitară și aspect neîngrijit, era conștientă, dar necooperantă. Contactul psiho-vizual se realiza cu dificultate, însă pacienta se alimenta și se hidrata singură. Discursul spontan era absent. V.C. refuza să comunice cu personalul medical; singura persoană cu care comunica era tatăl ei. Funcția mnezică, prosexică, tulburările de percepție și gândire nu au putut fi evaluate.

Examenul statusului mental la 72 ore

Pacienta, în ținută de spital, avea un aspect neîngrijit, cu o mimică și o gestică reduse, dar era conștientă și cooperantă, orientată temporo-spațial, auto și allopsihic, cu discurs spontan. Contactul psiho-vizual era ușor de realizat și de menținut. Au fost detectate o hipoprosexie spontană și o hipomnezie de fixare. În momentul examinării, pacienta a negat tulburările calitative din sfera perceptuală (iluzii și halucinații). Ritmul și fluxul ideativ se situau în limite normale; flux ideativ era centrat pe situația legală pe care o avea de aproximativ 2 săptămâni. Examenul statusului mental la 72 de ore a mai relevat: tulburări hipnice severe, anxietate crescută, apetit alimentar diminuat și o scădere semnificativă a funcționalității socio-profesionale.

Diagnosticul stabilit a fost cel de reacție acută la stres. Criteriile de diagnostic ale reacției acute la stres, după DSM-IV, sunt:

a) Persoana a fost expusă unui eveniment traumatic (a avut o experiență, a fost confruntată cu un eveniment care a constituit o amenințare la adresa integrității sale, iar răspunsul ei a implicat frică intensă, neajutorare);

b) Fie în timpul evenimentului traumatic sau după trăirea lui, persoana prezintă trei (sau mai multe) dintre următoarele simptome disociative – o senzație subiectivă de amorțeală, detașare sau absența responsivității emoționale, diminuarea conștientizării mediului înconjurător (se simte amețită), depersonalizare și amnezie disociativă;

c) Evenimentul este re trăit persistent prin gânduri și visuri; manifestă suferință la expunerea de evenimente care amintesc de situația stresantă;

d) Evitarea persistentă a stimulilor care produc memorări ale traumei (gânduri, sentimente, conversații, activități, locuri, oameni);

e) Simptome marcate de anxietate sau de excitabilitate crescută (tulburări de somn, iritabilitate, dificultăți de concentrare, hipervigilență, tresărire, răspunsuri exagerate, neliniște motorie);

f) Tulburarea produce o suferință clinic semnificativă sau alterarea funcționării sociale, ocupaționale etc. sau diminuează capacitatea individului de a duce la îndeplinire sarcini importante cum ar fi obținerea asistenței necesare sau mobilizarea resurselor personale, prin relatarea evenimentului traumatizant membrilor familiei;

g) Tulburarea persistă minimum 2 zile și maximum 4 săptămâni și apare într-un interval de 4 săptămâni de la producerea evenimentului traumatic;

h) Tulburarea nu are legătură cu efectele directe, fiziologice, ale ingestiei vreunei substanțe (drog, abuz de medicație) sau cu o afecțiune medicală generală, nu este o exacerbare a unei tulburări preexistente și nu poate fi explicată mai bine de o tulburare psihotică scurtă.

Diagnosticul diferențial s-a făcut cu: episodul psihotic acut (pacienta nu prezenta fenomene perceptuale sau distorsiuni cognitive); stările confuzionale asociate unui traumatism cranio-cerebral sau unei intoxicații alcoolice acute (examele clinice și paraclinice nu au evidențiat nici o modificare specifică); tulburarea de stres post traumatic (simptomatologia s-a remis în mai puțin de 4 săptămâni), tulburările de tip disociativ și tulburările factice (din anamneza pacientei și a familiei nu s-a identificat niciun beneficiu primar sau secundar al simulării simptomelor). Pacientei i s-a recomandat un tratament medicamentos specific și psihoterapie cognitiv-comportamentală.

Evoluție și prognostic

Pacienta a prezentat o evoluție favorabilă. În cursul celei de-a doua zi de internare, ea a acceptat să comunice cu tatăl, ulterior și cu personalul medical. V.C. nu a prezentat tulburări de memorie legate de episodul care a precedat internarea; nu au fost evidențiate elemente psihotice pe parcursul internării. S-au mai constatat îmbunătățirea tulburărilor hipnice și refacerea apetitului alimentar.

Prognosticul tulburării este unul favorabil, datorită remiterii rapide a simptomelor. Particularitatea cazului rezidă în: intensitatea simptomatologiei, similitudinile cu un episod psihotic acut și remiterea rapidă a simptomelor.

Acest studiu a fost realizat în cadrul Acordului de Parteneriat încheiat între Institutul de Filosofie și Psihologie „Constantin Rădulescu Motru“ al Academiei Române și Spitalul Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Al. Obregia” din București (Programul de cercetare nr. 2 „Sănătate mentală și stare de bine: implicații și modalități de intervenție moderne”, Departamentul de Psihologie).