

Masurarea Tulburarii Posttraumatice de Stress

Problemele pe care le ridica evaluarea acestei categorii nosologie sunt profund influentate de criteriile vagi sau discutabile de diagnostic si de greutatea de a defini agentul traumatizant ca si conditie prealabila de declansare a rationamentului diagnostic. Toate aceste tribulatii sunt de natura sa creasca interesul si necesitatea de a avea instrumente reliabile de evaluare, lucru ce incearca capitolul de fata. Mai jos vor fi prezentate punctual cateva din aspectele controversate doar din dorinta de a trezi interesul cititorului pentru aceasta problematica.

Anul 1980 reprezinta o schimbare radicala in modul cum era privita pana atunci trauma psihica, respectiv ca o situatie care are repercusiuni temporare care dispar in urma procesului natural de recuperare. Odata cu aparitia DSM-III se recunoaste formal ca agentul traumatic genereaza repercusiuni pe termen lung si tulburarea postraumatica de stress (TPTS) este inclusa ca o entitate aparte. Inainte de aceasta, individul era considerat responsabil de aparitia si magnitudinea consecintelor unei traume psihice iar acum acelasi individ este absolvit de responsabilitatea simptomelor pe care le prezinta. Aparitia TPTS reprezinta o schimbare culturala radicala care muta accentul de pe caracteristicile morale ale subiectului pe caracteristicile agentului traumatic, pe caracteristicile biografice ale individului si pe vulnerabilitatea neurobiologica (Jones si Wessely, 2007). Cu toate acestea, nicio alte categorii diagnostice cu exceptia tulburarii disociative de identitate nu a generat atatea discutii de la aparitia sa in DSM-III (Spitzer si colab. 2007).

Pana sa se numeasca tulburarea postraumatica de stress, tabloul clinic rezultat din expunerea la un traumatism psihologic a fost denumit ori soc comotional sau soc traumatic, isteria de razboi sau socul de proiectil ca mai apoi, dupa cel de al II-lea Razboi Mondial sa apara sub denumirea de reactie de stress sau nevroza traumatica. Specialistii erau impartiti in doua tabere, unii care sustineau ca tabloul postraumatic poate fi intalnit si la cele mai stabile si rezistente persoane daca sunt supuse la un stress extrem si cealalta tabara care credea ca

simptomele psihologice portraumatice sunt apanajul structurilor psihopatice, constitutional instabile sau fragile.

Sub presiunea patologiei din ce in ce mai frecvent intalnita la soldatii ce se intorceau acasa din razboiul din Vietnam o noua entitate clinica isi face loc, sindromul post-Vietnam care incerca sa dovedeasca ca consecintele post-traumatice pot aparea chiar mult mai tarziu. Lumea stiintifica si publicul larg a trebuit sa accepte ca acei oameni la care traumele razboiului duceau la tulburari psihice deosebite nu erau nici lasi sau simulanti, nici vanatori de pensie, ci suferinzi in adevaratul sens al cuvintului si tulburarea sau sindromul post-traumatic exista cu adevarat ca o entitate nosologica psihiatrica. Acest rationament a fost extins si la alte situatii traumatizante si la alte categorii de indivizi, mai ales la copii abuzati de parinti sau femeile abuzate sexual. Problema tulburarii post-traumatice a reprezentat una dintre putinele situatii cand considerente sociale si politice au impus o categorie nosologica psihiatrica. Ea a ramas si astazi o tulburare psihiatrica sensibila politic desi acceptarea ei este quasi-universala cu rezerva discutiilor fara sfarsit.

Problema “beneficiului secundar”, a cautarii de compensatii sociale si financiare este un alt considerent care a facut ca acest diagnostic sa fie atat de dezbatut si sa apara asa de tarziu. Problema distinctiei dintre un tablou clinic adevarat si fals ramane destul de greu de definit si unii autori au spus ca ajutorul financiar pe termen lung interfera cu procesul de recuperare si fixeaza bolnavul in statut (Jones si colab. 2002). Alti autori au sustinut ca TPTS nu este o entitate clinica ci este o entitate determinata cultural pentru ca raspunsul la stress se aseaza diferit in functie de spatiul cultural in care subiectul in cauza vietuieste (Young, 1995).

Coyne si Thompson (2007) face un inventar al problemelor controversate pe care tulburarea posttraumatica de stress trebuie sa le faca fata pentru a justifica existenta sa cu adevarat:

- autoritatile militare si medicale inca explica prelungirea reactiilor psihologice la evenimente traumatizante ca expresie a vulnerabilitatii preexistente, beneficiului secundar si fraudei;
- simptomele acestei entitati sunt nespecifice, subiective si pot fi usor “invatate” si/sau simulate de cei in cauza;
- multi din cei cu TPTS nu au dezvoltat in urmarile imediate ale evenimentului traumatizant un tablou de tulburare acuta de stress, ceea ce ar parea justificat;

- cei care promoveaza TPTS au permis intrusiunea factorilor sociali si politici in judecata si practica clinica, au incalcat rigorile general stabilite pentru a valida o entitate clinica si refuza sa caute alte explicatii pentru pacientii care pretind sa aibe astfel de simptome.

Spitzer si colab (2007), unii din parintii TPST, recunosc ca definitia si criteriile care au stat la baze acestei entitati sunt vagi, mai ales in versiunea DSM-IV si propun unele amendamente care sa amelioreze situatia si sa creasca validitatea acestei categorii si astfel sa o salveze pentru versiunea DSM-V. Se propune astfel sa se trece de la interpretarea ca individual “a trait, a vazut sau s-a confruntat” cu agentul stresant, ceea ce facea loc la interpretari vagi, la formulare mai exacta ca “individul a trait direct” evenimentul stressant care s-a putut intampla lui sau altcuiva.

Pe de alta parte, a fost destul de dificil sa se contureze care simptome sunt realmente ale acestei categorii nosologice si care apartin tulburarilor comorbide cu care sa acociaza atat de frecvent. Aceasta problema aduce de fapt in discutie relatia dintre simptome si diagnostic ceea ce face foarte recent Borsboom (2008). Acesta distinge trei modele prin care simptomele unei boli psihice au fost atasate unei categorii diagnostice: i) modelul constructivist in care tulburarea este conceptualizata arbitrar pe baza unor atribute luate logic dar fara precautia ca ele sunt congruente sau coreleaza intre ele; ii) modelul diagnostic in care simptomele sunt considerate a fi legate statistic si dau masura unei categorii diagnostice si iii) modelul dimensional in care simptomele se aseaza pe un continuum si dau masura severitatii tulburarii sau tulburarilor pe care le determina. Autorul propune modelul cauzal in care tulburarile psihice sunt determinate de retea cauzala a atributelor (simptomelor) care compun tulburarea, diagnosticul reprezentand un proces in doua etape, cel al determinarii daca subiectul a intrat intr-o retea cauzala si cel al determinarii locului in care subiectul se plaseaza in aceasta retea. Acesta este si situatia tulburarii postraumatice de stress, o tulburare eminenta cauzala, in care procesul diagnostic trebuie sa determine atat pozitia si relatia subiectului cat si a simptomelor fata de o ipotetica retea cauzala.

Era si normal ca aceste slabiciuni de ordin nosologic sa se reflecte in cercetarile referitor la prevalenta acestei tulburari in populatia generala pentru ca orice cercetare epidemiologica are la baza o viziune clara a felului cum se defineste si identifica un caz. Cu toate acestea se considera ca prevalenta TPTS pentru durata vietii la nivelul populatiei generale este estimata la 10% pentru femei si 5% pentru barbati iar pentru persoanele care au trait evenimente stressante este de 8% pentru barbati si 20% pentru femei. Atunci cand se calculeaza doar pentru cei care cauta

ajutor medical ea este de aproximativ 50% (Shnurr si colab. 2002). Dupa Kessler si colab (1995) comorbiditatea cu aceasta tulburare este foarte mare aproximativ 88% dintre barbati si 79% dintre femeile cu TPTS avand si alte diagnostice psihiatrice concomitente. TPTS se poate asocia cu oricare alta tulburare psihiatrica dar cel mai frecvent o face cu depresia si cu tulburarea de folosire de substante. Aceasta rata foarte mare de comorbiditate se reflecta in procesul de evaluare si diagnostic prin crearea de dificultati de identificare a fiecărei entitati in parte, multe simptome fiind comune. Se recomanda ca fiecare pacient care vine si solicita atentie psihiatrica sa fie evaluat atent, in special cu privire la istoria traumelor si cum acestea s-au reflectat in simptomatologia pentru care s-a prezentat la medic, in vederea decelarii unei tulburari postraumatice de stress care s-ar putea ascunde sub masca altor tulburari comorbide.

Dupa Shnurr si colab. (2002) primul pas in diagnosticul TPTS este reprezentat de evaluarea traumei, respectiv determinarea daca individual a fost sau nu expus la un eveniment traumatic si la natura acestui traumatism: criteriul de diagnostic "A": expunerea la traumatism, TPTS fiind una din putinele tulburari psihice careia i se cunoaste etiologia. Cerinta este ca acest eveniment sa fie amenintator de viata pentru ca aici este un teritoriu propice pentru exagerari si interpretari eronate. Trebuie mentionat ca oamenii au tendinta de a raporta diferit acelasi eveniment in diferite ocazii distincte ceea ce pune un semn de intrebare validitatii raportarii evenimentului/evenimentelor traumatizante. Se recomanda sa se chestioneze subiectul privitor la cel mai rau eveniment, la primul eveniment in linie cronologica si la cel mai recent eveniment sau despre o combinatie de evenimente stressante.

Riscul de a face TPTS este in functie de natura traumei. Astfel, conform International Consensus Group on Depression and Anxiety (Ballenger si colab. 2000), cel mai mare risc pentru femei este dupa viol, amenintarea cu arma, atac fizic si accidente severe; pentru barbati riscul cel mai mare este dupa viol, accidente severe si dezastre naturale. Exista insa si cazuri in care TPTS apare fara sa urmeze un eveniment traumatic sau cand evenimente peritraumatice contribuie la dezvoltarea tulburarii mai mult decat evenimentul traumatic in sine (Bodkin si colab, 2007).

Urmatorul pas este aprecierea in ce masura plangerile subiectului acopera celelalte criteriile de diagnostic: "B": intrusiune, "C": evitare-raspuns emotional, "D": vigilitate crescuta, "E": afectare functionarii si "F": durata, lucru ce reprezinta diagnosticul formal al tulburarii de stress (vezi Fig. Nr. 1).

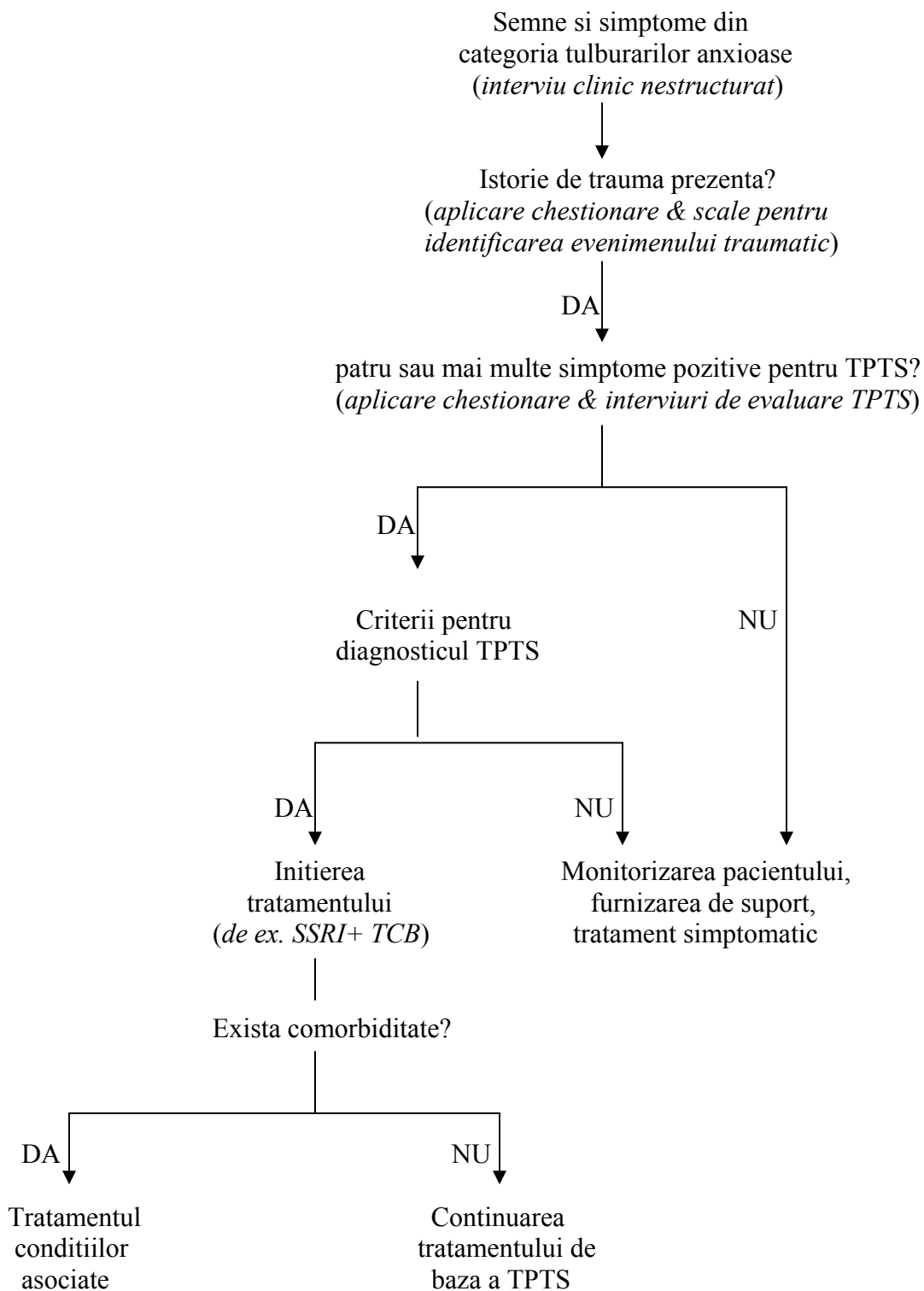


Fig. Nr. 1: Algoritmul de diagnostic si tratament al tulburarii postraumatice de stress (modificat dupa Grinage, 2003) [SSRI= inhibitorii selectivi ai recaptarii serotoninei; TCB = terapia cognitiv-comportamentala]

Odata diagnosticul pus, clinicianului ii ramane de evaluat caracteristicile cognitive ale individului cu TPTS, caracteristici care il fac ca rasunetul evenimentului traumatizant sa nu se stinga prin procesul natural de recuperare a homeostatizei. Pentru Ehlers si Clark (2000) tulburarea post-traumatica de stress este un puzzle de tulburari cognitive care insa pot fi subsumate unui mecanism cognitiv prin care indivizii vulnerabili proceseaza trauma intr-un mod care ii face sa-si dezvolte un simt al pericolului, simt care are doua consecinte principale: i) o evaluare negativa excesiva a traumei suferite si a consecintelor ei si ii) o tulburare a memoriei care conduce la o elaborare si contextualizare defectuasa a evenimentului trait ceea ce explica de ce exista o discrepanta intre greutatea amintirii intentionale a evenimentului si reexperimentarea spontana si involuntara a lui. Dupa Foa si Rothbaum (1998) indivizii cu TPTS au un model specific de procesare a informatiei si de memoria operationala care duce la distorsiuni ale interpretarii situatiilor periculoase (inregistreaza distorsionat evenimentul trait), ale atributiilor si semnificatiilor date acestora (schema defectoasa despre lume si capacitatea proprie) si ale raspunsurilor verbale, fiziologice si comportamentale ale subiectului expus (relatari si reactii distorsionate despre eveniment si despre consecintele lui). Acestea conduc la scaderea stimei de sine, autoblamare, sentimentul de neputinta, rejectie si pierdere si la supraevaluarea generala a gradului de pericolozitate a lumii exterioare (Foa si colab. 1999).

Cu toate acestea, tulburarea posttraumatica de stress este inca o categorie diagnostica destul de prost identificata de medici si psihologi. Intr-un studiu despre cat de bine profesionistii identifica aceasta tulburare, McKenzie si Smith (2006) gasesc ca doar 68% din medicii de medicina generala, 77% din psihologic si 79% din psihiatrii identifica corect TPTS.

O pletora de instrumente au au fost propuse pentru evaluarea tulburarii postraumatice de stress ca o dovada a interesului cin ce in ce mai mare fata de aceasta entitate clinica. Aceste instrumente pot fi clasificate in functie de modul de aplicare in doua clase principale: i) instrumente aplicate de clinician si ii) instrumente de auto-evaluare la care subiectul raspunde singur. In functie de scopul acestor instrumente ele pot fi impartite in: i) instrumente care evalueaza natura evenimentului traumatic, ii) instrumente care evalueaza simptomele postraumatice si iii) instrumente de diagnostic. In fine, in functie de modul de constructie a instrumentelor de evaluare putem intalni: i) scale de auto-evaluare, ii) liste de simptome (check-list), iii) chestionare, mai ales pentru decelarea simptomelor si a severitatii lor si iv) interviuri, folosite mai ales pentru diagnostic. Elhai si colab. (2005) fac o ancheta printre 227 membrii ai

The International Society for Traumatic Stress Studies cu privire la frecventa de utilizare atat in scopuri clinice cat si in scopuri de cercetare a instrumentelor stocate pe o lista quasi-exhaustiva. Rezultatele acestei anchete sunt prezentate in Tabelul Nr. 1 si clasifica instrumentele in functie de cati dintre repondenti au utilizat un anume instrument din cei 227 profesioniști chestionati.

INSTRUMENT	numar utilizatori (N=227):	
	in clinica	in cercetare
Instrumente administrate de clinician		
Clinician-Administered PTSD Scale	73 (32%)	52 (23%)
Structured Clinical Interview for <i>DSM-IV</i> -PTSD Module	20 (9%)	17 (7%)
Acute Stress Disorder Interview	12 (5%)	20 (9%)
Child Maltreatment Interview Schedule	12 (5%)	6 (3%)
Anxiety Disorders Interview Schedule Revised-PTSD Module	9 (4%)	6 (3%)
Diagnostic Interview Schedule-PTSD Module	6 (3%)	2 (1%)
Composite International Diagnostic Interview-PTSD Module	5 (2%)	7 (3%)
Mini International Neuropsychiatric Interview-PTSD Module	5 (2%)	4 (2%)
National Women's Study PTSD Module	4 (2%)	4 (2%)
Structured Interview for PTSD	5 (2%)	2 (1%)
Instrumente de auto-evaluare		
Trauma Symptom Inventory	53 (23%)	13 (6%)
PTSD Checklist	36 (16%)	37 (16%)
Posttraumatic Stress Diagnostic Scale	36 (16%)	25 (11%)
Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Keane PTSD Scale	34 (15%)	6 (3%)
Impact of Event Scale-Revised	30 (13%)	31 (14%)
Symptom Checklist-90 Revised-PTSD Scale (any version)	30 (13%)	18 (8%)
Impact of Event Scale	26 (11%)	18 (8%)
Life Events Checklist	22 (10%)	17 (7%)
Detailed Assessment of Posttraumatic Stress	21 (9%)	7 (3%)
Mississippi Combat PTSD Scale	20 (9%)	4 (2%)
Combat Exposure Scale (Keane et al.)	19 (8%)	10 (4%)
PTSD Symptom Scale	17 (7%)	13 (6%)
Conflict Tactics Scale (or 2nd version)	13 (6%)	16 (7%)
Personality Assessment Inventory-PTSD Scale	13 (6%)	4 (2%)
Posttraumatic Cognitions Inventory	12 (5%)	15 (7%)
Trauma Symptom Checklist-40	12 (5%)	8 (4%)
Modified PTSD Symptom Scale-Self-Report	11 (5%)	7 (3%)
Davidson Trauma Scale (or Self-Rating Traumatic Stress Scale)	11 (5%)	4 (2%)
Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Schlenger PTSD Scale	11 (5%)	3 (1%)
Distressing Event Questionnaire	9 (4%)	7 (3%)
Trauma-Related Guilt Inventory	6 (3%)	7 (3%)
Life Stressor Checklist	6 (3%)	4 (2%)

Tabelul Nr. 1: Frecventa de utilizare in practica clinica si in cercetare a unora din cele mai cunoscute intrumente de evaluare in tulburarea posttraumatica de stress (Elhai si colab. 2005)

1. Evaluarea evenimentului traumatic

Ideia ca diferite evenimente negative de viata influenteaza homeostazia fiintei umane este foarte veche. Inca de la mijlocul sec. XX, Holmes si Rahe (1967) demonstreaza cum evenimentele stressante de viata influenteaza sanatatea fizica si emotionala a celor expusi si construiesc clasamentul binecunoscut al evenimentelor negative de viata. Ei au folosit un experiment foarte interesant luand mai mult de 6000 marinari care au plecat pentru sase luni intr-o aplicatie militara si nu au fost in acest rastimp niciodata in contact cu familiile sau evenimentele ulterioare de pe uscat. Acestora li s-a aplicat un chestionar asupra evenimentelor negative ce le-au experimentat inainte de imbarcare si apoi periodic au raspuns la un chestionar al sanatatii generale. Autorii au constatat ca acei indivizii care au fost supusi la un eveniment de viata negativ au raportat si cele mai multe simptome iar magnitudinea acestora a fost direct proportionala cu importanta evenimentului de viata. Pe baza aceasta autorii au construit binecunoscuta scala a evenimentelor negative de viata.

Ulterior conceptul de eveniment negativ de viata a fost deosebit de evenimentul traumatic si ultimele decenii au adus progrese in conceptualizarea evenimentului traumatic, in masurarea lui si in evaluarea rasunetului la subiectul expus. A ramas totusi in dezbatere problema definirii si masurarii acestuia. Spre deosebire de evenimentul negativ de viata in care individul are capacitatea de a se adapta si a-l depasi, evenimentul traumatic este de regula cel care lasa urme, care este privit ca o injurie cu consecinte indelungate (Monroe, 2008). Ramane totusi o oarecare confuzie semantica pentru ca uneori se vorbeste de eveniment stressant iar alteori de eveniment traumatic fara ca se existe precautia de a se spune despre ce este vorba in fond.

In studiul facut pe 6000 respondenti Kessler si colab. (1995) gasesc ca 60% din barbati si 51% din femei raporteaza ca au trait cel putin un eveniment stressant in viata lor. Intr-un alt studiu, Breslau si colab. (1998) gasesc ca 89% din adulti experimenteaza in decursul vietii lor un eveniment stressant. Cu toate acestea doar un procent mic dintre acestia fac tulburare postraumatica de stress, prevalenta fiind intre 5 si 10% in functie de sex (Kessler si colab. 1995). Femeile sunt de patru ori mai sensibile decat barbati sa dezvolte TPTS.

Evaluarea existentei unui eveniment traumatic care sa justifice din punct de vedere etiologic simptomele TPTS este de importanta capitala pentru ca aceasta entitate clinica este singura tulburare psihica care are o etiologie precizata. Prezenta evenimentului traumatic si

legatura lui cu simptomele reprezinta un criteriu de diagnostic obligatoriu. Pe de alta parte clinicianul trebuie sa evalueze cu ingrijire semnificatia pe care subiectul o da evenimentului traumatic pe care-l raporteaza, sa se asigure ca simptomatologie este un raspuns la acesta si ca evenimentul este/a fost real pentru ca este stiut ca exista o inconstanta in raportarea aceluiasi eveniment de-a lungul mai multor examinari clinice.

Nosologia DSM-IV face distinctia dintre un “eveniment traumatic” si alte experiente stressante pe care un individ poate sa le experimenteze de-a lungul vietii. Evenimentul traumatic trebuie sa atinga un anumit prag de intensitate ca sa poata fie considerat amenintator de viata sau a integritatii fizice proprii sau a altora iar subiectul trebuie sa-l fi trait, sa fi fost martor sau sa fi fost confruntat direct cu acesta (criteriul A1). In plus, evenimentul traumatic trebuie sa fie atat de puternic incat sa genereze un raspuns emotional ce implica frica, sentiment de neajutorare si oroare (criteriul A2). Cu toate acestea s-a demonstrat ca doar severitatea evenimentului nu garanteaza aparitia TPTS, ci doar rasunetul pe care il are in experienta subiectiva a individului face ca evenimentul sa fie cu adevarat traumatic (Bedard-Gilligan si Zoellner, 2008). Van Hoof si colab. (2009) fac o foarte interesanta analiza a importantei criteriului A1 in diagnosticul TPTS analizand o lista lunga de evenimente de viata petrecute la 860 adulti Australieni, evenimente evaluate independent de trei profesionisti. Acestia au ajuns la un consens referitor la natura traumatica a evenimentului doar in 79,4% din cazuri. Mai mult, ei au constatat ca in majoritatea cazurilor tulburarea postraumatica de stress nu a aparut dupa evenimente traumatice, deci nu au implinit criteriul A1! Concluzia pe care o trag autorii este ca evaluarea criteriului A1 este influentata puternic atat de subiectivitatea evaluatorului cat si de cea a subiectului in cauza.

Nu s-a putut da o explicatie coerenta de ce un individ cu TPTS raporteaza un eveniment intr-o ocazie ca apoi sa-l uite cu alta ocazie (Schnurr si colab. 2002). Judecata clinica este de mare importanta in a determina daca simptomatologia este un raspuns la trauma raportata de subiect. Problema este cum sa se deceleze evenimentul traumatic cu semnificatie etiologica, ce este mai bine? sa se utilizeze interviuri sau chestionare? Interviu poate decela mai bine situatia cand subiectul exagereza sau minimalizeaza evenimentul traumatic. Chestionarele au avantajul ca sunt neutre si nu deceleaza evenimentul in contextul evaluarii simptomatologiei care ar face ca subiectul sa “coloreze” trauma in favoarea unei explicatii neaparut cauzale si care sa-i confere

statutul de bolnav. Un alt avantaj este ca acelasi chestionar poate fi administrat in mai multe ocazii si confidentialitatea rapunsurilor obtinute creste.

In cele ce urmeaza se va prezenta cateva instrumente recunoscute international care evalueaza evenimentul traumatic in mod structurat.

Chestionarul de evenimente de viata (*Life Events Questionnaire-LEQ*) a fost dezvoltat de Brugha si Cragg (1990) ca un instrument destinat sa decelaze existenta unui eveniment traumatic cu rapiditate si eficienta. Instrumentul cuprinde o lista de 12 evenimente a caror prezenta este evaluat in ultimele 6 luni (vezi Anexa Nr. 1). Autorii afirma ca acest chestionar are o buna validitate si stabilitate test-retest si prezinta o senzitivitate suficienta pentru decelarea cu acuratete a evenimentului stressant. Autorii recomanda ca dupa decelarea evenimentului stressant clinicianul se evalueze pe o scala metrica severitatea si impactul pe care acesta l-a avut asupra subiectului.

Inventarul istoriei traumatice (*Trauma History Screen*) a fost dezvoltat de Eva Carlson si colab. (2005) de la National Center for PTSD, Menlo Park, California, USA. Instrumentul are doua parti: in prima parte subiectul este invitat sa aleaga evenimentul/evenimentele traumatice suferite de-a lungul vietii dintr-o lista cu 14 evenimente, de la asalturi sexuale la dezastre naturale sau atacuri armate si sa indice de cate ori s-a intamplat, iar in a doua parte subiectul va evalua in ce masura expunerea la acel eveniment l-a afectat. In felul acesta intervievatorul poate discerne evenimentul pe care subiectul il considera determinant pentru tulburarea pe care o acuza (vezi anexa Nr. 2).

Lista Evenimentelor de Viata (*Life Events Checklist-LEC*) este un instrument dezvoltat de National Center for PTSD, instrument recomandat sa fie administrat impreuna cu Scala pentru TPTS administrata de clinician (*Clinician-Administered PTSD Scale - CAPS*) cel mai utilizat si raspandit instrument de diagnostic al TPTS, considerata si standardul de aur in diagnosticul acestei tulburari. Lista Evenimentelor de Viata este destinata sa evalueze care dintre cele 16 evenimente inventariate in aceasta lista a fost experimentat de subiect si daca acest eveniment implineste criteriul A, respectiv "expunerea" la trauma, din DSM-IV. Spre deosebire de alte instrumente acest checklist evalueaza modul cum a fost experimentat evenimentul de catre subiect, de exemplu: i s-a intamplat subiectului, a fost martor sau doar a aflat de el (Anexa Nr. 3). Verificand proprietatile psihometrice ale acestu instrument Gray si colab. (2004) au gasit ca LEC

prezinta o foarte buna stabilitate in timp si o buna convergenta cu rezultatele obtinute prin interviu sau prin chestionar.

Chestionarul evenimentelor stressante de viata (*Stressful Life Events Screening Questionnaire-SLESQ*) a fost dezvoltat de Goodman si colab. (1998) dupa ce au constatat ca majoritatea instrumentelor evidentiaza doar criteriile de re-experimentare a traumei (B), de evitare (C) si de hipervigilenta si iritabilitate (D) si ca foarte putine raspund la criteriul de expunere (criteriul A) din DSM-IV, ori fara sa existe epunerea la traumatism, celelalte criterii sunt caduce. Pe de alta parte sunt numeroase situatii cand un individ este expus de-alungul timpului la mai multe situatii traumatice si tabloul clinic se dezvolta sub influenta cumulativa a acestora. SLESQ este un instrument de autoraportare cu 13 itemi care evalueaza tot atatea situatii traumatice dar prin constructie evita raportarea evenimentele aflate sub pragul necesar ca sa poate fi definite ca "traumatice" (criteriul A1). Chestionarul mai evalueaza si cronologia evenimentelor si frecventa de aparitie a lor (Anexa Nr. 4). Studiul de confidenta arata ca chestionarul are o buna stabilitate test-retest si reuseste sa discrimineze adecvat indivizii cu criteriul A prezent fata de cei cu criteriul A absent.

2. Evaluare a simptomelor

Poate ca nici cand instrumentele structurate de evaluare nu au foat mai importante ca in situatia TPTS pentru ca ele reusesc sa culeaga in mod confident simptomele si criteriile de diagnostic intr-o situatie recunoscuta ca fluida. Astfel, diagnosticul tulburarii postraumatice de stress implica mai multe prezumtii de baza printre care cea mai importanta este ca o clasa distincta de evenimente traumatice pot produce un anume tablu clinic. Dupa cum observa Spitzer si colab (2007): "Nici o alta clasa nosologica, cu exceptia tulburarii dissociative de identitate, nu a generat atatea controverse ca tulburarea postraumatica de stress, cu privire la granitele, criteriile de diagnostic, utilitatea clinica si prevalenta in populatie". Aceasta entitate nosologica nu prezinta suficiente simptome patognomonice, simptomele care sunt listate a fi criterii de diagnostic sunt prezente inconstant la acelasi bolnav in diferite momente ale evaluarii, tulburarea prezinta o comorbiditate excesiva cu foarte multe alte tulburarii psihiatrice, iar raspunsul la terapie este aleatoriu (Rosen si Lilienfeld, 2008).

In critica pe care o fac Spitzer, Rosen si Lilienfeld (2008) privind raportul despre validitatea TPTS al Institutului de Medicina al Academiei de Stiinte, Washington DC (2006) se

arata ca inca nu este clar daca aceasta entitate exista realmente sau de fapt nu este vorba decat de o senzitivitate exagerata la anxietate sau de o diateza particulara la agentul traumatic.

Cu gandul la viitoarea aparitie a DSM-V care se presupune a aduce unele corectii la nosologia actuala, Smoller si colab (2008) face o analiza a datelor furnizate de cercetarile genetice in bolile anxioase, date care furnizeaza inca o evidenta asupra granitelor deloc stabile intre diferite entitati din clasa tulburarilor anxioase, destule suprapuneri, lucru care necesita o rezivuire aprofundata a acestora. In fig. 2 reproducem o diagrama a autorilor, foarte sugestiva pentru situatia nosologica a tulburarilor anxioase, in care se vede destul de limpede pozitia tulburarii posttraumatice de stress cu granitele ei foarte vagi cu tulburarea anxioasa generalizata, depresia si tulburarea de panica. Autorii se intreaba cu o nota de ironie daca genomul uman este capabil sa recunoasca nosologia din DSM.

Aceasta scurta introducere s-a dorit a fi o pledoarie in plus pentru necesitatea aplicarii instrumentelor de diagnostic si de evaluare a simptomelor in tulburarea posttraumatica de stress, instrumente care vor fi descrise mai jos.

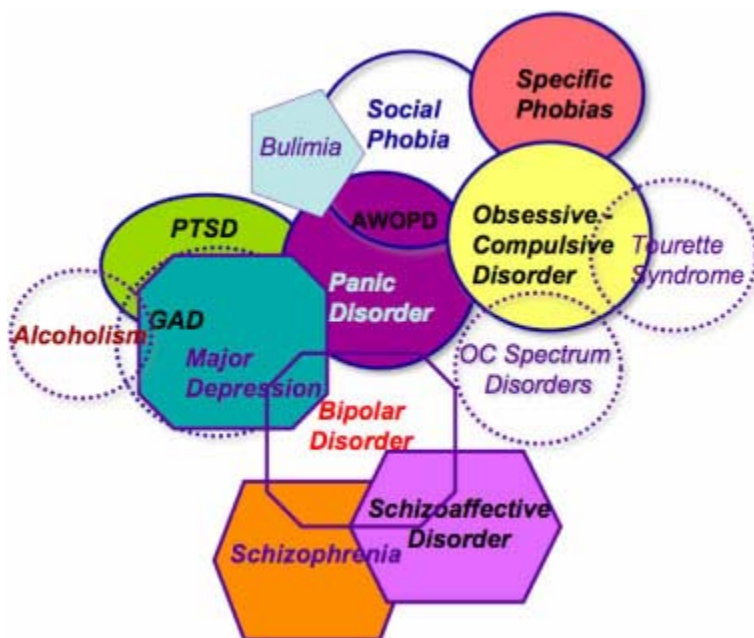


Fig. 2: Diagrama sumara a pozitiei nosologice a tulburarilor anxioase conform datelor furnizate de studiile genetice (dupa Smoller si colab. 2008)

Dupa generarea empirica a simptomelor tulburarii posttraumatice de stress, pasul essential a fost sa se determine structura ierarhica a simptomelor alese de versiunile succesive ale DSM. Astfel au fost intreprinse diferite studii pentru a determina cel mai apropiat model . Au fost propuse modele succesive cu unul, doi, trei si patru factori. Modelul cu doi factori a promovat factori precum intruziune/evitare si hipervigilenta/pralizie emotionala; modelul cu trei factori a promovat solutia: intruziune/evitare activa, paralizie emotionala/evitare pasiva si hipervigilenta, iar modelul cu patru factori a evidentiat: retrairia evenimentului, eforturi de evitare, paralizie emotionala si hipervigilenta, factori care intercoreleaza intre ei; acest din urma model a arata cea mai buna potrivire cu diagnosticul. Scher si colab. (2008) au cautat sa vada cand aceasta structura este corect identificata, atunci cand se aplica un interviu diagnostic precum Scala Administrata de Clinician pentru TPTS (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-IV-CAPS) sau cand se aplica scalele de auto-evaluare. Studiul lor intreprins pe trei esantioane clinice a aratat ca CAPS captureaza cel mai bine simptomele si structura lor corelativa comparativ cu scalele de auto-evaluare si acest interviu poate fi considerat “gold standard” in masurarea TPTS. Pentru acest motiv voi incepe cu prezentare interviurilor pentru diagnostic, desi in alte capitole ale acestui tratat de evaluare a sanatatii mentale interviurile diagnostice au fost lasate de-o parte in mod special.

2.1. Interviurile diagnostice pentru tulburarea posttraumatica de stress:

Exista un numar destul de mare de interviuri structurate specifice pentru diagnosticul TPTS precum “Structured Interview for PTSD – SI-PTSD (Davidsons colab. 1990), “PTSD Interview – PTSD-I” (Watson si colab. 1991), “PTSD Symptom Scale Interview – PSS-I” (Foa si colab. 1993) sau “Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-IV – CAPS” (Black si colab, 1990). Alaturui de acestea sunt modulele pentru tulburarea posttraumatica de stress din interviurile SCID (Spitzer si colab. 1990) sau din CIDI (WHO, 1990). Dintre toate acestea interviuri cel mai utilizat este Scala administrata de clinician pentru TPTS (Clinician-Administered PTSD Scale – CAPS) (Anexa Nr. 5). Se pare ca acest interviu raspunde cel mai bine la criteriile unui bun instrument diagnostic, adica sa acopere criteriile diagnostice postulate de nosologia actuala, sa furnizeze date atat in mod dichotomic (absent vs prezent) cat si pe un continuum de severitate despre simptomele bolii si sa posede o buna validitate (sa faca distinctia dintre cei cu boala respective si cei fara ea) si confidenta (sa furnizeze scoruri echivalente in

diferite momente), criteriile introduse de Watson si colab. (1991). In plus fata de aceste criterii, interviul CAPS furnizeaza intrebari concise si ancore precise pentru fiecare simptom al TPTS.

Scala administrata de clinician pentru TPTS este un interviu diagnostic dezvoltat de cercetatorii de la Veteran Affairs Medical Center pentru a decela aceasta tulburare conform criteriilor de diagnostic din DSM-III-R (Blake si colab. 1990). Acest interviu poarta si denumirea de scala pentru ca este un instrument puternic structurat care trebuie aplicat ca atare fara a fi nevoie sa se aduca modificari atunci cand se administreaza. Scala consta in 17 itemi care acopera criteriile B, C si D din DSM si pe care interviuatorul trebuie sa le evalueze pe baza unor intrebari furnizate de interviu. Pentru criteriul B interviul evalueaza urmatoarele simptome: gandurile intrusive privind evenimentul, visele, flashback-urile si cat de suparatoare au fost acestea. Pentru criteriul C se evalueaza: evitarea peresistenta a gandurilor, activitatilor si locurilor care ar putea aminti de evenimentul traumatizant, incapacitatea de a-si aminti aspecte importante ale situatiei traumatizante, scaderea interesului pentru activitati, sentimente de detasare, ingustarea afectului si pesimism. Criteriul D cuprinde urmatoarele simptome de evaluat: peresistenta hipervigilenta (hiper-arousal): tulburari de somn, hiper-excitabilitate, tulburari de concentrare si trasarire. Interviuatorul evalueaza frecventa si intensitatea fiecarui simptom pe o scala de la 0 la 4. Pentru evaluarea criteriului A interviuatorul furnizeaza subiectului o lista care cuprinde o gama larga de evenimente iar subiectul trebuie sa aleaga pana la trei evenimente pe care le-a trait in ordinea severitatii. Pentru evaluarea criteriului E subiectul este intrebat despre durata tulburarii iar pentru criteriul F despre trairea subiectiva a tulburarii (distress-ul subiectiv) si interferenta cu functionarea subiectului.

Exista mai mult reguli pentru interpretarea scorurilor scalei (Weaters si colab. 1999): i) un simptom este considerat prezent daca scorul la frecventa este mai mare de 1 si scorul la intensitate este egal sau mai mare de 2; ii) simptomul este considerat prezent daca intensitatea este egala sau mai mare de 4; iii) regula de severitate 65: daca scorul total de severitate (frecventa + intensitatea pentru toate cele 17 simptome) este mai egal sau mai mare de 65 atunci se poate considera ca exista diagnosticul de TPTS conform DSM-IV.

In afara celor 17 itemi pentru tot atatea simptome, interviul mai cuprinde cinci itemi care masoara a) impactul simptomelor asupra functionarii ocupationala si sociale; b) ameliorarea simptomelor de la prima evaluare; c) validitatea generala a raspunsurilor furnizate de subiect si d) severitatea generala a tabloului clinic.

Interviul permite atat diagnosticul tulburarii pentru timpul prezent cat si pentru o perioada anterioara (lifetime).

Cat priveste calitatile psihometrice, autorii instrumentului (Black si colab. 1995) gasesc un indice de confidenta test-retest intre 0,77 si 0,96 si o consistenta interna pentru evaluarea severitatii simptomelor de 0,85-0,87. Validitatea masurata fata de Scala Mississippi si fata de subscala de trauma din MMPI este intre 0,77-0,91 iar sensitivitatea si specificitatea scalei diagnostice intre 0,84 si 0,95. Analiza factoriala facuta pe un esantion de 524 indivizi care au experimentat traume de razboi si care au fost evaluati cu CAPS a aratat ca solutia cu patru factori pe un singur nivel este cea care coreleaza cel mai bine si raspunde structurii simptomatice a bolii si acesti factori ar fi: reexperimntarea evenimentului, efortul de evitare, paralizia emotionala si hipervigilenta (King si colab.1998). Acesti factori ar reprezenta adevaratul sindrom postraumatic si o combinatie in diferite proportii a acestor factori face sa existe o subtipologie a TPTS.

Scala administrata de clinician pentru TPTS (Clinician-Administered PTSD Scale – CAPS) este considerata “standardul de aur” in evaluarea TPTS (Mueser si colab. 2001; Weathers si colab. 2001).

In general administrarea CAPS ia 33 ± 16 minute (Foa si Tolin, 2000) si aceasta este un impediment important in aplicarea curenta a acestui interviu. Aceast lucru i-a facut pe Connor si Davidson (2001) sa construiasca un interviu scurt si usor de aplicat numit Interviul Scurt de Evaluare a TPTS (*Short PTSD Rating Interview – SPRINT*). Ei au considerat ca trebuie sa existe un interviu scurt care sa ofere rapiditate in aplicare similar cu scala Clinical Global Impression dar care in plus sa aiba intrebari exacte care sa acopere simptomele nucleare ale TPTS (vezi Anexa Nr. 6) si care sa aibe o performanta comparabila cu interviurile mult mai elaborate. Scala SPRINT cuprinde patru intrebari corespunzand pentru cel patru simptome nucleare ale TPTS: intruziune, evitare, applatizare emotionala, si hipervigilenta, la care se mai adauga patru intrebari despre simptomele somatice, perceperea evenimentelor stressante, interferenta cu activitatea si viata zilnica si cu relatiile cu familia si prietenii. Fiecarae item este scorat pe o scala Likert cu cinci ancore, de la 0 la 4. Scorul maxim poate fi de 32. Scala mai cuprinde doi itemi aditionali care masoara ameliorarea globala sub tratament.

Interviul SPRINT prezinta o buna confidenta test-retest si o buna validitate concurentiala cu alte instrumente de evaluare. Un scor de 14-17 a fost asociat cu o acuratete diagnostica de

96% (specificitate) iar un scor de 11-13 prezinta cea mai buna sensibilitate si eficienta.

Vaishnavi si colab (2006) fac o comparatie intre interviurile CAPS si SPRINT evaluand un lot de 20 subiecti cu TPTS si gasesc exista o corelatie pozitiva semnificativa intre scorurile obtinute la cele doua instrumente ceea ce semnifica ca ambele instrumente au o performanta aproximativ egala in decelarea tulburarii posttraumatice de stress.

2.2. Instrumente de screening:

Scala de evaluare a traumatismului (*Davidson Trauma Scale*) a fost dezvoltata de Davidson si colab (1997) si a ajuns sa fie destul de raspandita atat pentru evaluarea severitatii si frecventei simptomelor TPTS cat si pentru screeningul acestei tulburarii in populatii clinice sau neclinice (Anexa Nr. 7). Una din calitatile ei principale este ca este scurta, sintetica, usor de manuit si bine construita pentru screeningul simptomelor. Ea este si destul de sensibila la schimbare si astfel pasibila de a urmarii ameliorarea de pe parcursul tratamentului. Itemii sunt evaluati pe o scala de la 0 la 4 si fiecare item este evaluat in functie de frecventa si intensitate. Simptomele acoperite de aceasta scala corespund celor trei mari criterii diagnostice din DSM-IV: ganduri intrusiv (criteriul B), evitare (criteriul C) si hipervigilenta (criteriul D).

O alta scala de screening des folosita este Scala de evaluare a impactului evenimentului (*Impact of Event Scale - IES*) dezvoltata de Horowitz si colab (1979) si care este o scala cu 15 itemi care acopera simptome precum gandurile intrusiv si evitarea si care sunt evaluate pe o scala cu 4 ancore (Anexa Nr. 8). Autorii recomanda un scor de 19 ca prag peste care un individ poate fi considerat ca are simptome specifice. Una din criticile aduse acestei scale este ca nu are cuprins simptomul de hipervigilenta, simptom care a fost introdus ca si criteriu diagnostic mult mai tarziu. Daca se foloseste insa un scor mai mare, de exemplu scorul de 35 recomandat de Neal si colab. (1994) sensibilitatea si specificitatea scalei creste considerabil peste 0,85 si atunci identifica mult mai acurat un caz de TPTS. Sudin si Horowitz (2002) trec in revista 12 studii care au avut ca tinta verificarea structurii IES si gasesc ca 10 din acestea au evidentiat structura cu doi factori reflectand intruziunea si evitarea.

Scala Mississippi pentru tulburarea posttraumatica de stress - versiunea civila (*Mississippi Scale for Civilian-Related Posttraumatic Stress Disorder*) este o scala cu 35 itemi construita conform criteriilor DSM-IV de Vreven si colab. (1995). Scala a fost construita dupa modelul scalei pentru militarii veterani ai razboiului din Vietnam si ulterior validata pentru traumele suferite de militari in diferite teatre de razboi. Scala pentru civili a schimbat intrabarile

la 11 itemi din totalul de 35. Fiecare item este evaluat pe o scala de la 1 la 5 in functie de cat de mult subiectul este de acord cu prezenta simptomului respectiv (Anexa Nr. 9). Pentru 10 itemi scorul este inveresat ceea ce s-a dovedit o problema, confidenta generala a scalei scazand atunci cand scala se aplica indivizilor care nu vorbesc engleza (Bourque si Shen, 2005). In general aceasta scala a fost putin studiata drept pentru care exista putine date asupra proprietatilor ei psihometrice. Intr-un studiu mai recent intreprins de Thatcher si Krikorian (2005) scale arata un coeficient de confidenta de 0,88 si existenta unei solutii cu trei factori si tot atatea subscale: intruziune, evitare si hipervigilenta.

Mult mai cunoscut si utilizat este Checklistul pentru TPTS (PTSD Checklist – PCL). Acest instrument a fost dezvoltat de Frank Weathers si colegii de la National Center Posttraumatic Disorder in 1993 si a fost raportat prima oara la intalnirea anuala a Societatii Internationale pentru Studiarea Stressului Traumatic ce s-a tinut la San Antonio, Texas in 1993 (Weathers si colab. 1993). La vremea aceea acest instrument cu 17 itemi corespundea intru totul cu simptomele cu care TPTS era descrisa in DSM-III-R si ulterior celor din DSM-IV. Respondentii sunt intrebati cat de mult au fost suparati in ultima luna de fiecare simptom care este evaluat pe o scala de severitate cu cinci puncte, identic cu cele utilizate la scala SCL-90; scala este un instrument de auto-evaluare.

Initial acest checklist a fost construit pentru a evalua veteranii razboiului din Vietnam care se plangeau de consecintele traumelor suferite (versiunea PCL-M) ca mai apoi intrebarile sa fie reformulate astfel incat sa se refere la reactiile la un eveniment specific (PCL-S) sau la experientele din trecut ale oamenilor obisnuiti “civili” (PCL-C) (Norris & Hamblen, 2003). Pentru esantionul pe care s-a construit scala, confidenta test-retest a fost de 0,96, consistenta interna de 0,97, scorul prag de identificare a unui caz a fost de 50, iar senzitivitatea de 0,82 si specificitatea de 0,83. Conform autorilor, acest checklist este util mai ales pentru un screening clinic ca mai apoi in functie de rezultat sa se vada daca este necesar sa se aplice si un interviu diagnostic sau nu. In lucrarea de fata se va prezenta numai versiunea “civila” (PCL-C, vezi Anexa Nr. 10). Aceasta versiune a fost testata pentru diferite feluri de traume (de ex. accidente de circulatie, Blanchard si colab. 1996 sau la femeile cu cancer de san: Andrykowski si colab. 1998) si profilul psihometric s-a dovedit la fel de robust ca la versiunea initiala.

Unii autori au utilizat un scor prag de 44 in loc de 50 si senzitivitatea a crescut dar in dauna specificitatii, scor ce este folosit mai mult pentru populatia civila, in schimb scorul prag de

50 este adecvat pentru militari (Brewin, 2005). Pentru a face scorul general acestei scale se poate aduna scorul individual al fiecarui item. Dar se poate face si un scor compus din scorurile itemilor ce satisfac un criteriu de diagnostic. Astfel, pentru a avea un caz de TPTS trebuie sa avem un scor de ≥ 3 la cel putin un item care corespunde criteriului B (intrebarile 1-5), un scor de ≥ 3 la cel putin trei itemi care corespund criteriului C (intrebarile 6-12) si un scor de ≥ 3 la cel putin doi itemi care corespund criteriului D (intrebarile 13-17). Astfel un scor minim de 18 construit dupa modul de mai sus ar conduce la diagnosticul de TPTS. Cu toate acestea se recomanda ca scorul checklistului sa fie facut prin ambele metode.

3. Instrumentele de evaluare a structurii cognitive:

Exista un consens general ca indivizii care au fost expusi la un eveniment traumatic sever au generat ulterior modificari cognitive care ar putea explica simptomatologia de lung parcurs a tulburarii posttraumatice de stress. Dupa Epstein (1991) expunerea la un traumatism modifica unele supozitii de baza ale individului precum: credinta ca lumea e benigna, credinta ca lumea are un scop, credinta in propria valoare si credinta ca lumea prezinta incredere. McCann si Pearlman (1990) s-au concentrat pe diferentele cognitive intre indivizii care au fost supusi la un traumatism semnificativ si ce care nu au trait un astfel de eveniment si considera ca evenimentul traumatic cauzeaza o perturbare a credintelor individuale in siguranta, incredere, putere, stima de sine si apropiere de altii. Insa aceste teorii nu au fost suficiente sa explice de ce nu toti indivizii care au experimentat un traumatism fac TPTS si de ce unii indivizii se recupereaza dupa un timp si altii nu.

Pentru a explica dezvoltarea si mentinerea TPTS, Foa and Riggs (1993) promoveaza o alta teorie precum TPTS este consecinta disruptiilor din procesul natural al recuperarii datorita a doua scheme cognitive dobandite dupa expunerea la traumatism: lumea este total periculoasa si individul este complet incompetent sa se fereasca sau sa depaseasca pericolele (Foa si Rothbaum, 1998). Astfel, un individ avand persupozitia ferma si rigida ca lumea este sigura si el este competent, atunci cand este supus la un traumatism va avea greutati in asimilare experientei traumatice si va reactiona in mod disproportionat spre deosebire de individul care are aceste credinte in mod gradual si flexibil si care se va acomoda mai bine atunci cand cu surprindere va fi expus la un agent traumatic. Individul din prima categoria va forma scheme cognitive extreme dupa care lumea nu mai prezinta siguranta si el este total incompetent, scheme care vor intretine pe termen lung simptomatologia posttraumatica.

Pentru Ehlers si Steil (1995) subiectii rezilienti fata de trauma sunt acei care considera evenimentul ca limitat in timp, care genereaza un inteles rational, care nu se rasfrange asupra viitorului si care aduce anumite castiguri pentru dezvoltarea individuala ulterioara. Indivizii care dezvolta TPTS sunt cei care evalueaza atat evenimentul cat si consecintele lui imediate excesiv de negativ, care se autoblameaza pentru ceea ce s-a intamplat si care considera ca nimic nu va mai fi ca inainte.

Foa si Ehlers isi unesc echipele si incearca sa construiasca o scala de evaluare a distorsiunilor cognitive care sustin mentinerea simptomelor si evaluarea negativa a consecintelor evenimentului traumatic (Foa si colab. 1999). Ei folosesc un esantion de 600 voluntari din care 392 au experimentat un eveniment traumatic care indeplineste criteriul A din DSM-IV. Pe de alta parte autorii au generat 140 itemi care exprima experientele posttraumatice, itemi care au fost revizuiti de 6 experti in TPTS si terapia cognitiv-comportamentala a acestei afectiuni, experti care au eliminat unii itemi iar pe alti i-au reformulat. Aceasta prima versiune a Inventarului Cognitiilor Posttraumatice (Posttraumatic Cognition Inventory – PTCI) a fost aplicata subiectilor concurent cu alte scale de evaluare a simptomelor PTST, depresiei, anxietatii si cognitiilor si prin analiza factoriala, analiza de continut si corelatie inter-itemi s-au eliminat atatia itemi incat forma finala a ramas doar cu 33 itemi: 21 itemi (itemii: 2, 3, 4, 5, 6, 9, 12, 14, 16, 17, 20, 21, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 33, 35, 36) pentru subscala care masoara cognitiile negative despre sine (viziunea generala negativa despre sine, schimare permanenta, alientare, lisa de speranta, increderea in sine, interpretarea negativa a simptomelor), 7 itemi (itemii: 7, 8, 10, 11, 18, 23, 27) pentru subscala de evaluare negativa a lumii (neincredere in lume si oameni) si 5 itemi (itemii: 1, 15, 19, 22, 31) care reprezinta subscala de auto-blamare. Scala si modul de scorare este prezentat in Anexa nr. 11. La acesti itemi, autorii mai adauga trei itemi experimentali (itemii 13, 32, 34). Ulterior scala a trecut cu bine de analiza de stabilitate, consistenta interna si validitate discriminativa si confidenta test-retest si astfel periplul unei scale robuste ce masoara cognitiile distorsionate care sustin consecintele negative ale traumatismului sau vulnerabilitatea individuala s-a incheiat. Mai mult, conform studiului lui Emmerik si colab. (2006) aceasta scala se preteaza si pentru a acompania tratamentul TPTS pentru ca este sensibila la schimbare si poate masura progresul sub tratament.

4. Evaluarea simulării în cazul tulburării posttraumatice de stress:

Simularea este definită în DSM-IV ca “producerea cu intenție de simptome fiziologice și psihologice exagerate și false, data de motive și tentații externe”. Simularea trebuie deosebită de tulburările false, nenaturale și de alte forme de disimulare, principala deosebire fiind că în primele individul este conștient de neadevarul plângerilor sale cu dorința de a obține un beneficiu secundar.

Există trei feluri de simulări: i) simularea pură care înseamnă fabricarea întregii simptomatologii; ii) simularea parțială în care simptomele sunt exagerate de către subiect; iii) “atribuirea falsă” în care simptomele sunt atribuite în mod fals și intenționat evenimentului traumatic (Resnik, 1997). Este posibil ca oricare din aceste trei forme să poată fi întâlnită în cursul examinării indivizilor cu simptomatologie de TPTS. Simularea este frecventă întâlnită în TPTSD din cauza că această entitate clinică are o cauză cunoscută (evenimentul traumatic) și astfel subiectul poate să se raporteze la o cauză exterioară care-l exonerează și pentru care el poate lua statutul de bolnav și solicită compensații de la făptuitori sau benefici de la locul de muncă sau societăți de asigurare.

Prevalența simulării în dorința de a obține un diagnostic de tulburare posttraumatică de stress este greu de stabilit, oricum ea este în jur de 7% în cazurile întâlnite în cazurile psihiatrice obișnuite și de 15% în cazurile medico-judiciare (Guriel & Fremouw, 2003).

Nu există un mod infailibil de a testa simularea. S-au folosit nenumărate instrumente dar cele care s-au dovedit cele mai confidente au fost scala MMPI-2 și Structured Interview of Reported Symptoms – SIRS (Rogers, 1992). Aceste instrumente nu pot fi prezentate aici.

Greutatea identificării simulării rezidă din ușurința cu care evenimentul traumatic poate fi dramatizat de subiect, de ușurința cu care simptomele psihiatrice pot fi “jucate” și de comorbiditatea încărcată a tulburării posttraumatice de stress care se poate asocia cu multe tulburări psihiatrice și mai ales cu tulburări de personalitate. Cu toate acestea, conform algoritmului prezentat de Knoll și Resnick (2006) clinicianul are la dispoziție judecata clinică care trebuie să se bazeze pe:

- obținerea unor date colaterale privind istoria bolnavului și starea prezentă pentru a decela chesuniile contradictorii; aceste date se referă la evenimentul traumatic și funcționarea subiectului și se pot obține de la poliție, martori, informanți proximali (rude, cunoscuți, colegi de muncă), înscrisuri medicale, date de la instituțiile judiciare;

- adoptarea unui stil de interviu adecvat: atunci cand clinicianul are un dubiu asupra simptomelor clamate de subiect el trebuie se refrazeze intrebarile fara ca sa lase impresia unei suspiciuni iar comunicarea nonverbala trebuie sa fie cat mai neutra; el trebuie sa renunta la provocarea subiectul pentru ca altfel subiectul va incerca sa exagereze si mai mult simptomele; clinicianul trebuie sa adopte un stil Socratic de dialog si sa ofere subiectului spatiu sa-si expuna plangerile, doar mai tarziu clinicianul poate insista asupra lucrurilor care i s-au parut neclare sau indoielnice;

- idetificarea corecta a simptomelor clinice: clinicianul trebuie sa insiste ca subiectul sa ilustreze cu cat mai multe cuvinte simptomele si evenimentul traumatizant; subiectul simulant va folosi un numar limitat de cuvinte pentru ca el va incerca sa recite mereu simptomele propuse a fi clamate; clinicianul poate intreba si de existenta simptomelor rare ale TPTS sau de simptome improbabil sa existe sau o combinatie a acestora si sa vada daca subiectul achieseaza in mod mecanic la acestea, el fiind incapabil sa spuna nu;

- evaluarea vulnerabilitatilor existente inaintea trairii evenimentului traumatizant: i) abuz in copilarie, ii) provenienta dintr-o familie cu dificultati economice; iii) familie instabila pe timpul copilariei; iv) tulburari de comportament in copilarie; v) slaba confidenta inainte de 15 ani; vi) tulburari psihiatrice preexistente. vii) introversie; viii) nivel de inteligenta scazut; ix) semne neurologice “soft”; x) indice de neuroticism; xi) sexul feminin; xii) istorie familiala de boli psihice la rudele de graul unu; xiii) evaniment stressante inaintea traumei; xiv) episoade anterioare de tulburari emotionale;

- interpretarea datelor: simulantul este un actor care joaca partitura bolii atat cat o intelege sau o cunoaste si pe cat de dotat actoriceste este; tipic este ca simulantul postuleaza putine simptome pe care crede ca le stapaneste bine si evita sa prezinte simptome neobisnuite; stilul lui este evaziv si evita sa faca declaratii definitive, de ex. descrierea cosmarurilor; prezenta trataturilor antisociale sau a unui context medico-juridic precum si o proasta functionare ocupationala si sociala creste probabilitatea simularii;

- indicatorii clinici pentru simulare: i) individ cu capacitate de a se recrea dar nu pentru a lucra; ii) proasta adaptare sociala si ocupationala inainte de trauma; iii) cosmaruri repetate si stereotipe; iv) trasaturi antisociale sau alte tulburari de personalitate; v) stil evaziv si raspunsuri repetate de “nu stiu”; vi) simptome prezentate inconsistent; vii) dramatizarea simptomelor prezentate; viii) accepta simptome improbabile sau rare daca clinicianul intreaba de ele.

Toate aceste date trebuie sa fie coroborate si filtrate prin experienta clinica. Cu toate acestea nici o metoda nu este inafailibila in decelarea simularii, poate doar examinarea repetata de-alungul unei perioade indelungate de timp.

5. Dezvoltarea personala post-traumatica

In ultimii ani exista o crestere a interesului pentru deznodamantul pozitiv dupa adversitati. Tot mai multi autori au demonstrat ca pentru unii indivizii trecerea printr-o experienta traumatica este o modalitate de crestere si dezvoltare personala, un moment de schimbare a filozofiei personale, de reformulare a drumului vietii si a intelesurilor ei, de redefinirea selfului. Acest fenomen a fost definit ca “dezvoltarea/maturarea postraumatica” (Tedeschi & Calhoun, 2004) si implica “o schimbare psihologica pozitiva ca rezultat al stradaniei de a depasi circumstante provocatoare ale vietii”. Aceasta conceptie are radacini vechi in traditia filozofica greaca sau in religia crestina sau buddhista care postula transcederea suferintei in putere interioara. Mai recent, psihologia pozitivistă se ocupa de acest subiect cu origine in lucrarile lui Viktor Frankl si in psihologia umanista a lui Rogers.

Tedeschi si Calhoun (1996) arata ca dezvoltarea post-trauma conduce la cresterea modului in care viata este apreciata, la apropierea de altii, la descoperirea de noi oportunitati, la otelirea a calitatilor personale si la afilierea la valori spirituale. Toate aceste aspecte au fost prinse de acesti autori in Inventarul cresterii post-traumatice (Posttraumatic Growth Inventory) prezentat in Anexa Nr. 12. Acest inventar are 21 itemi evaluati pe o scala Likert cu sase puncte de la 0 la 5 in functie de gradul schimbarilor percepute dupa trauma. Analiza factoriala a confirmat solutia cu cinci factori si scala prezinta buna stabilitate si validitate. Scala se dovedeste utila pentru evaluarea succesului individual in depasirea traumei, a capacitatii de coping cu trauma, in reconstructia calitatilor individuale si in reformularea selfului, a altora si a intelesului vietii.

Cadell si colab (2003) propune un alt model dupa care experienta traumei duce la profunde schimbari ale schemelor cognitive, a credintelor si a abilitatilor de a controla distressul emotional. Individul care se incadreaza in acest model posedă o capacitate de coping fata de trauma, coping care consta in reducerea distressului emotional prin intermediul auto-divulgării trairilor si emotiilor precum prin scris, vorbit, rugaciuni care la randul lor conduc la dezvoltarea naratiunilor legate de propriile trairi si dobandirea altor intelesuri de viata si conectarea la un suport social.

Trasaturile de personalitate sunt puternic corelate cu cresterea postraumatica precum extraversia, acceptarea si grija fata de altii, robustetea caracteriala si stima de sine. In alti termeni, modul de pereceptere a traumei si a pagubelor produse de ea este o alta variabila care determina cresterea postraumatica.

Evidentierea acestui aspect particular a consecintelor traumei pune o alta lumina asupra vulnerabilitatii si rezilientei umane si conduce la un proces de deconstructie a conceptului de tulburare postraumatica de stress, concept care continua sa bulverseze atat practicienii cat si teoreticienii psihopatologiei clinice.

Bibliografie:

Andrykowski MA, Cordova MJ, Studts JL, Miller TW (1998): Posttraumatic stress disorder after treatment for breast cancer: Prevalence of diagnosis and use of the PTSD Checklist—Civilian Version (PCL-C) as a screening instrument. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66: 586–590.

Ballenger JC, Davidson JTR, Lecrubrier Y et al (2000): Consensus statement on Posttraumatic Stress Disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety, *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (Suppl.5):60-66.

Bedard-Gilligan M, Zoellner LA (2008): The utility of the A1 and A2 criteria in the diagnosis of PTSD, *Behaviour Research and Therapy*, 46:1062–1069.

Blake DD, Weathers FW, Nagy LM et al (1990): A Clinician Rating Scale for Assessing Current and lifetime PTSD: The CAPS-1, *Behavioural Therapist*, 13:187-188.

Blake DD, Weathers FW, Nagy LM et al (1995): The Development of a Clinician-Administered PTSD Scale, *Journal of Traumatic Stress*, 8: 75-90.

Blanchard EB, Jones-Alexander J, Buckley TC, Forneris CA (1996): Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behaviour Research and Therapy*, 34: 669–673.

Bodkin JA, Pope HG, Detke MJ, Hudson JI (2007): Is PTSD caused by traumatic stress? *Journal of Anxiety Disorders*, 21:176-82.

Bourque LB, Shen H (2005): Psychometric proprieties of Spanish and English version of the Civilian Mississippi Scale, *Journal of Traumatic Stress*, 18:719-729.

Borsboom D (2008): Psychometric Perspectives on Diagnostic Systems, *Journal of Clinical Psychology*, 64: 1089-1108.

Breslau N, Kessler R, Chilcoat H. et al (1998): Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55: 626-632.

Brewin CR (2005): Systematic review of screening instruments for adults at risk of PTSD, *Journal of Traumatic Stress*, 18: 53-62.

Brugha TS, Cragg D (1990): The list of threatening experiences: The reliability and validity of a brief Life Events Questionnaire, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82:77-81.

Cadell S, Regehr C, Hemsworth D (2003): Factors contributing to posttraumatic growth: A proposed structural equation model. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73: 279–287.

Carlson, E., Palmieri, P., Kimerling, R., Ruzek, J., & Burling, T. (under review). A brief self-report measure of traumatic events: The Trauma History Screen. National Center for PTSD Menlo Park, CA 94025, USA.

Connor KM, Davidson JRT (2001): SPRINT: a brief global assessment of post-traumatic stress disorder, *International Clinical Psychopharmacology*, 16:279-284.

Davidson J, Kudler H, Smith R: (1990). The Structured Interview for PTSD (SI-PTSD), Unpublished measure available from authors at Dept. of Psychiatry, Duke University Medical Center, Durham, NC, USA

Davidson JR, Book SW, Colket JT et al; (1998): Assessment of a new Self-rating scale for Post-traumatic Stress Disorder, *Psychological Medicine*, 27:153-160.

Ehlers A, Clark DM (2000): A cognitive model of posttraumatic stress disorder, *Behaviour Research and Therapy*, 38:319-345.

Ehlers A, Steil R (1995): Maintenance of intrusive memories in posttraumatic stress disorder: A cognitive approach, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23:217-249.

Elhai JD, Gray MJ, Kashdan TB, Franklin CL (2005): Which Instruments Are Most Commonly Used to Assess Traumatic Event Exposure and Posttraumatic Effects?: A Survey of Traumatic Stress Professionals, *Journal of Traumatic Stress*, 18: 541-545.

Emmerik APP, Schoorl M, Emmelkamp PMG, Kamphuis JH (2006): Psychometric evaluation of the Dutch version of the posttraumatic cognitions inventory (PTCI), *Behaviour Research and Therapy*, 44: 1053–1065.

Epstein S (1991): Impulse control and self-destructive behavior, in LP Lipsitt & LL Mitick (Eds.): *Self-regulatory behaviour and risk taking: Causes and consequences*, Nordwood, NJ: Ablex.

- Foa EB, Ehlers A, Clark DM, Tolin DF, Orsillo SM (1999): The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11: 303–314.
- Foa ER, Riggs DS (1991): Post-traumatic stress disorder in rape victims, in J. Oldham, MB Riba and A Tasman (Eds.): *American Psychiatric Press review of Psychiatry*, Vo. 12, Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Foa EB, Riggs DS, Dancu CV, Rothbaum BO (1993): Reliability and validity of a brief instrument for assessing posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6: 459–473.
- Foa EB, Rothbaum BO (1998): *Treating the trauma rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*, New York: Guilford.
- Foa EB, Tolin DF (2000): Comparison of the PTSD Symptom Scale interview version and the Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress* 13:181-192.
- Goodman LA, Corcoran C, Turner K et al (1998): Assessing traumatic event exposure: General issues and preliminary findings for the Stressful Life Events Screening Questionnaire, *Journal of Traumatic Stress*, 11: 521-542.
- Gray MJ, Litz BT, Hsu JL, Lombardo TW (2004): Psychometric proprieties of the Life Events Checklist, *Assessment*, 11: 330-341.
- Grinage BD (2003): Diagnosis and management of Post-traumatic Stress Disorder, *American Family Physician*, 68:2401-2409.
- Guriel J, Fremouw W (2003): Assessing malingering posttraumatic stress disorder: A critical review, *Clinical Psychological Review*, 23: 881-904.
- Holmes TH, Rahe RH (1967): "The Social Readjustment Rating Scale", *Journal of Psychosomatics Research*, 11: 213–218.
- Horowitz MJ, Wilner N, Alvarez W (1979): Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41: 209–218.
- Institute of Medicine of the National Academies (2006): *Posttraumatic Stress Disorder: Diagnosis and Assessment*, National Academies Press, <http://www.nap.edu/catalog/1674.html>
- Jones E, Wessely S (2007): A paradigm shift in the conceptualization of psychological trauma in the 20th century, *Journal of Anxiety Disorders*, 21:164-175.
- Jones E, Palmer I, Wessely S (2002): War pensions (1900–1945): changing models of psychological understanding. *British Journal of Psychiatry*, 180: 374–379.
- Kessler DC, Sonnega A, Bromet E et al (1995): Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey, *Archives of General Psychiatry*, 52: 1048–1060.

- King DW, Leskin GA, King LA, Weathers FW (1998): Confirmatory factor analysis of the Clinician-Administered PTSD Scale: Evidence for dimensionality of Posttraumatic Stress Disorder, *Psychological Assessment*, 10: 90-96.
- Knoll J, Resnick PJ (2006): The detection of malingered post-traumatic stress disorder, *Psychiatric Clinic of North America*, 29:629-647.
- McCann IL, Pearlman LA (1990): *Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy, and transformation*, New York: Brunner/Mazel.
- McKenzie KJ, Smith DI (2006): Posttraumatic stress disorder: Examination of what clinicians know, *Clinical Psychologist*, 10:78 – 85.
- Monroe SM (2008): Modern Approaches to Conceptualizing and Measuring Human Life Stress, *Annual Review of Clinical Psychology*, 4: 33-52.
- Mueser KT, Rosenberg SD, Fox L, Salyers MP et al (2001): Psychometric evaluation of trauma and posttraumatic stress disorder assessments in persons with severe mental illness. *Psychological Assessment* 13:110–117.
- Neal LA, Busuttill W, Rollins J et al (1994): Convergent validity of measures of post-traumatic stress disorder in a mixed military and civilian population. *Journal of Traumatic Stress*, 7: 447–455.
- Norris FH, Hamblen JL (2003): Standardized self-report measures of civilian trauma and PTSD, in J. Wilson & T. Keane (Eds.); *Assessing psychological Trauma and PTSD: A Practitioner's Handbook* (2nd Ed.), New York: Guilford.
- Resnick PJ (1997): Malingering of posttraumatic disorders. In R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (2nd ed.), New York: Guilford Press.
- Rogers R (1992): *Structured Interview of Reported Symptoms*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Rosen GM, Lilienfeld SO (2008): Posttraumatic stress disorder: An empirical evaluation of core assumptions, *Clinical Psychology Review*, 28:837-868.
- Scher CD, McCreary DR, Asmundson GJG, Resick PA (2008): The structure of post-traumatic stress disorder symptoms in three female trauma samples: A comparison of interview and self-report measures, *Journal of Anxiety Disorders* 22: 1137–1145.
- Schnurr PP, Friedman MJ, Bernardy NC (2002): Research on Posttraumatic Stress Disorder: Epidemiology, Pathophysiology, and Assessment, *JGLP/In Session: Psychotherapy in Practice*, 58:877-889.

- Smoller JW, Gardner-Schuster E, Misiashzek M (2008): Genetics of anxiety: would the genome recognized the DSM? *Depression and Anxiety*, 25:368-377.
- Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB (1990): *Structural Clinical Interview for DSM-III-R- Patient edition (With Psychotic Screen)-SCID-P*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- Spitzer RL, First MB, Wakefield JC (2007): Saving PTSD from itself in DSM-V, *Journal of Anxiety Disorders*, 21:233-241.
- Spitzer RL, Rosen GM, Lilienfeld SO (2008): revisiting the Institute of Medicine Report on the Validity of posttraumatic stress disorder, Editorial. *Comprehensive Psychiatry*, 49:319-320
- Sundin EC, Horowitz MJ (2002): Impact of event scale: psychometric properties. *British Journal of Psychiatry*, 180: 205–209.
- Tedeschi RG, Calhoun LG (2004): Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychology Inquiry*, 15: 1–18.
- Thatcher DL, Krikorian R (2005): Exploratory factor analysis of two measures of posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms in a non-clinical sample of college students, *Anxiety Disorders*, 19:904-914.
- Vaishnavi S, Payne V, Connor K, Davidson JRT (2006): A comparison of the SPRINT and CAPS assessment scales for posttraumatic stress disorder, *Depression and Anxiety*, 23:437-440.
- Van Hoff, McFarlane AC, Baur J et al (2009): The stressor Criterion-A1 and PTSD: A matter of opinion? *Journal of Anxiety Disorder*, 23: 77-86.
- Vreven DL, Gudanowski DM, King LA, King DW (1995): The Civilian Version of the Mississippi PTSD Scale—a psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 8: 91–109.
- Watson CG, Juba MP, Manifold V et al (1991): The PTSD Interview: Rationale, description, reliability, and concurrent validity of a DSM-III-R-based technique. *Journal of Clinic Psychology*, 47: 179-188.
- Weathers FW, Litz BT, Herman DS, Huska JA, Keane TM (1993): The PTSD checklist: Reliability, validity, & diagnostic utility. Paper presented at the Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX.
- Weathers FW, Ruscio AM, Keane TM (1999): Psychometric proprieties of nine scoring rules of the Clinician-Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale, *Psychological Assessment*, 11:124-133.
- Weathers FW, Keane TM, Davidson JR. (2001): Clinician-Administered PTSD Scale: A review of the first ten years of research. *Depression and Anxiety* 13:132–156.

World Health Organization: Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a. CIDI Interview Version 1.0; b. CIDI User Manual; c. CIDI Training Manual; d. CIDI Computer Program, WHO: Geneva.

Young A (1995): The harmony of illusions, inventing post-traumatic stress disorder. New Jersey: Princeton University Press.