

## Psihotraumele în istoricul unor tulburări psihiatrice la copii și adolescenți

## Psycho-traumas in the history of psychiatric disorders in children and adolescents

Roxana Toma

### Rezumat

---

Lucrarea de față își propune identificarea corelațiilor dintre psihotraumele apărute în perioada copilăriei precoce și dezvoltarea ulterioară a bolilor psihice la adolescenți. Acesta este un studiu retrospectiv, efectuat în cadrul Clinicii de Psihiatrie Pediatrică, Cluj-Napoca. Au fost incluși în studiu 83 de subiecți ce au fost expuși la diverse psihotraume și s-a urmărit patologia dezvoltată după acestea. Vârsta subiecților a fost cuprinsă între 5-17 ani. Au fost excluși din studiu pacienții care au prezentat diverse comorbidități psihiatrice în momentul diagnosticării tulburării de stres posttraumatice. Prelucrarea statistică a datelor a fost realizată cu ajutorul programului SPSS 20. S-a observat că cele mai frecvente afecțiuni psihiatrice apărute la adolescenții cu psihotraume în antecedente sunt reprezentate de tulburările depresive și cele anxioase.

**Cuvinte cheie:** psihotraumă, tulburare depresivă, tulburare anxioasă, adolescenți

### Summary

---

This paper aims to identify the correlations between the psychotraumas from the early childhood and further development of mental illness in teenagers. This is a retrospective study conducted inside the Child & Adolescent Psychiatric Clinics in Cluj-Napoca. 83 subjects that are presented in this study were exposed to different psychotrauma, also the pathology developed after this was closely watched. Subjects were aged between 5 and 17 years. There were subjects excluded from this study, those who presented different forms of psychiatric comorbidity at the diagnosis of PTSD. All data presented in this study was performed using SPSS 20. Based on this, we observed that the most common psychiatric disorders that occurred in adolescents with psychotrauma history are the anxiety and depressive disorders.

**Keywords:** psychotrauma, depressive and anxiety disorder, teenagers

Lucrare prezentată la al XIV-lea Congres al Societății de Neurologie și Psihiatrie a Copilului și Adolescentului din România (SNPCAR) în 12 octombrie 2013, Alba Iulia. Coordonator Științific: Conf. Univ. Dr. Viorel Lupu, Cl. de Psihiatrie Pediatrică UMF "Iuliu Hațieganu" Cluj Napoca

Paper presented at the XIV Congress of the Society of Neurology and Psychiatry of Child and Adolescent from Romania (SNPCAR) on October 12, 2013, Alba Iulia. Scientific Coordinator: Conf. PhD. Viorel Lupu, Pediatric Psychiatry Cl. UMF "Iuliu Hatieganu" Cluj Napoca

---

1 Medic rezident Psihiatrie Pediatrică, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii, Cluj Napoca

---

1 Medical resident in Pediatric Psychiatry, Emergency Hospital for Children Cluj-Napoca

## Introducere

Tulburarea de stress posttraumatic (PTSD) este o afecțiune severă, care se poate dezvolta după ce o persoană este expusă la unul sau mai multe evenimente traumatice. Dacă în DSM-IV această tulburare a fost inclusă în cadrul Tulburărilor anxioase, în DSM-V aceasta este inclusă într-un nou capitol numit Tulburări cauzate de traumă și stress. ("Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders"). Expunerea trebuie să rezulte din unul sau mai multe dintre următoarele scenarii, în care individul:

- experimentează direct evenimentul traumatic
- este martor la un eveniment traumatic
- o persoană apropiată a fost expusă unui eveniment traumatizant
- expunere repetată sau expunere la detalii averse ale evenimentului traumatic (nu prin media, imagini)

Spre deosebire de DSM-IV, criteriile de diagnostic din DSM-V stabilesc o delimitare netă a evenimentului traumatizant.

DSM-V acordă mai multă atenție simptomelor comportamentale care însoțesc PTSD și propune patru grupuri de diagnostic distincte în loc de trei: re-experimentarea, evitarea, modificări în sens negativ ale cogniției și dispoziției, excitația crescută.

Re-experimentarea cuprinde amintiri spontane ale evenimentului traumatic, vise recurente legate de acesta, flashback-uri sau alte forme de distress intense și prelungite.

Evitarea se referă la amintiri neplăcute, gânduri, sentimente corelate evenimentului traumatizant.

Cognițiile negative se referă la ideile de autoblamaire, retragerea socială, scăderea interesului pentru activități, dar și în incapacitatea de a-și aminti aspectele cheie ale evenimentului traumatizant.

Excitația crescută se remarcă prin agresivitate, comportament auto-distructiv, tulburări de somn, probleme de relaționare (Prof. Dr. Iuliana Dobrescu, Kaplan & Sadock).

DSM-5 are nevoie doar ca o perturbare să continue pentru mai mult de o lună și elimină distincția între acut și fazele cronice de PTSD.

DSM-5 include adăugarea a două subtipuri: PTSD la copii cu vârsta mai mică de 6 ani și PTSD cu simptome predominant disociative (sentimente de detașare de propria persoană sau sentimente în care lumea pare ireală, ca în vis sau distorsionată).

## Obiective

Studiul de față își propune identificarea relației dintre prezența unei tulburări de stress posttraumatic și apariția ulterioară a tulburărilor psihice la copii și adolescenți, cu scopul de a îmbunătăți metodele de tratament în PTSD, precum și pentru a dovedi necesitatea unei terapii susținute, multidisciplinare în astfel de cazuri.

## Metoda de lucru

Studiul realizat este unul retrospectiv, desfășurat în cadrul arhivei Clinicii de Psihiatrie Pediatrică Cluj-Napoca. Lotul a fost alcătuit din 83 de subiecți (47 fete, 36 băieți), cu vârste cuprinse între 5-17 ani. S-au urmărit toate evaluările psihiatrice și internările din Clinica de Psihiatrie Pediatrică a acestor subiecți din intervalul ianuarie 1993 - decembrie 2008 (15 ani). Criteriul de includere a fost reprezentat de faptul că pacienții au trebuit să aibă ca prim diagnostic PTSD, ulterior fiind urmărite noile diagnostice apărute pe parcursul intervalului mai sus menționat. Au fost excluși din studiu pacienții care prezentau antecedente personale patologice psihiatrice înainte de momentul diagnosticării tulburării de stress posttraumatic.

## Rezultate

### Statistica descriptivă

Pacienții incluși în lotul nostru au fost atât din mediu urban (62 de subiecți - 74%), cât și din mediu rural (21 de subiecți - 26%), condițiile de mediu fiind precare în cazul a 61 de subiecți (73,4%).

Repartiția pe vârste a lotului la momentul diagnosticării tulburării de stress posttraumatic:

Vârsta (ani)	4	5	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Număr pacienți	1	2	8	6	7	5	8	9	11	13	10	3

Repartiția pe vârste a lotului la momentul apariției altor tulburări psihiatrice:

Vârsta (ani)	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Număr pacienți	2	2	5	5	6	3	4	6	5	13	13	12	7

În cazul a 46 de subiecți a fost identificată prezen-

ța antecedentelor familiale psihiatrice pozitive, iar la 28 dintre subiecți s-au identificat probleme la naștere (prematuritate, naștere distocică, travaliu prelungit).

Deși 37 dintre subiecți au provenit din familii organizate prin căsătorie, 33 dintre aceste familii erau cu conflictualitate crescută, cu relații intrafamiliale tensionate, cu multiple conflicte conjugale și episoade de agresivitate domestică față de mamă și copii. 36 dintre subiecți proveneau din familii dezorganizate prin divorț. 7 subiecți erau instituționalizați.

Urmărind situația școlară a pacienților am observat că 37 dintre aceștia (44,5%) aveau rezultate școlare slabe, 27 dintre subiecți aveau corigențe, 17 au fost cu repetenție, 24 cu absenteism școlar, iar 12 dintre aceștia au avut nota scăzută la purtare. Menționăm că s-a observat o scădere progresivă a rezultatelor școlare de la momentul psihotraumei.

Principalele simptome pentru care pacienții s-au prezentat la evaluare au fost reprezentate de: hipoprosexie (78%), iritabilitate și irascibilitate (84%), toleranță scăzută la frustrare (91%), comportament disruptiv (74%), scăderea randamentului școlar (92%), negativism (88%), insomnii (96%), labilitate emoțională (98%), dispoziție depresivă (78%).

Cele mai frecvente psihotraume, în cadrul lotului studiat, au fost reprezentate de abuzul fizic (27 subiecți - 32,5%), abuzul emoțional (23 de subiecți - 27,7%), decesul unui părinte sau al unei rude apropiate (19 subiecți - 23%), divorțul părinților (18 subiecți - 21%). Au fost întâlnite și cazuri de abuz sexual (7 subiecți - 8%), afecțiuni somatice severe (3 subiecți - 3%), accident rutier (2 subiecți - 2%).

Intervalul de timp dintre prezența psihotraumei și apariția diagnosticelor psihiatrice secundare:

Interval de timp	2 luni	3 luni	4 luni	5 luni	6 luni	1 an	2 ani	3 ani	4 ani	Peste 4 ani
Număr pacienți	3	6	5	5	16	12	12	12	6	6

Principalele diagnostice psihiatrice ulterioare au fost reprezentate de: tulburarea neorganică de somn (61 de subiecți - 73,5%), Tulburările de conduită (33 de subiecți - 40%), Tulburarea anxioasă (25 de subiecți - 30%), Tulburarea depresivă (21 de subiecți - 25%), tulburări de eliminare (10 subiecți - 12,5%), tentative autolitice (8 subiecți - 10%), tulburare de somatizare (5 subiecți - 6%), ticuri (4 subiecți - 4%), tulburări ale relaționării sexuale (3 subiecți - 3%).

### Statistica analitică

Am urmărit existența unor posibile corelații între tipul psihotraumei și diagnosticul psihiatric secundar, iar după aplicarea testelor statistice (Fisher Test, Chi test), am observat următoarele rezultate cu semnificație statistică ( $p < 0.05$ ):

- pacienții ce au fost abuzați fizic (27 subiecți), au prezentat ulterior mai frecvent tulburări de conduită (20 de subiecți), tulburări de somn (17 subiecți) și tulburări anxioase (13 subiecți).

tulburări anxioase	p=0.0207
tulburări de somn	p=0.0001
tulburări de conduită	p=0.0001

- pacienții ce au avut ca psihotraumă decesul unui părinte sau al unei rude apropiate (19 subiecți), au prezentat ulterior mai frecvent tulburări depresive (13 subiecți) și tulburări anxioase (10 subiecți)

tulburare depresivă	p=0.0001
tulburări anxioase	p=0.0224

- tulburarea de stress posttraumatic determinată de divorțul părinților a dus mai târziu la apariția cu o frecvență mai ridicată, în cadrul lotului studiat, a tulburărilor de somn (7 pacienți), tulburărilor de eliminare (5 subiecți).

tulburări de somn	p=0.007
tulburări de eliminare	p=0.038

- pacienții cu abuz emoțional au dezvoltat în timp în principal tulburări anxioase (13 subiecți) și tulburări de eliminare (6 subiecți)

tulburări anxioase	p=0.0026
tulburări de eliminare	p=0.0241

- pacienții abuzați sexual au dezvoltat după un anumit interval de timp tulburări anxioase (5 subiecți), tulburare depresivă (4 subiecți), tentative autolitice (4 subiecți), tulburări de somn (7 subiecți), tulburări ale relaționării sexuale (3 subiecți) și tulburare de somatizare (3 subiecți).

tulburare anxioasă	p=0.023
tulburare depresivă	p= 0.046

tentative autolitice	p=0.0012
tulburări de somn	p=0.0035
tulburări ale relaționării sexuale	p=0.0004

### Concluzii și discuții

În cadrul lotului studiat s-a observat o corelație pozitivă între tipul psihotraumei și tulburările psihiatrice apărute ulterior, astfel:

- cel mai frecvent întâlnite au fost tulburările anxioase, apărute la copiii abuzați fizic, emoțional, sexual, dar și la copiii care au trecut prin pierderea unei rude apropiate
- tulburările de conduită au apărut predominant la copiii și adolescenții abuzați fizic, cu o frecvență mai ridicată în rândul băieților
- tulburările de somn, manifestate prin coșmaruri, deambulări nocturne, insomniile au apărut cu precădere după abuzul sexual și fizic

(Kovachy B1 et al, 2013)

- tentativele autolitice au fost întâlnite majoritar la fete, prin ingestie plurimedicațională, după abuzul sexual (O'Brien BS, Sher L.; Browne, Angela; Finkelhor, David; Wherry JN1, Baldwin S, Junco K, Floyd B.).

În acord cu studiile anterioare, care demonstrează impactul negativ al abuzului, neglijării sau oricărei psihotraume la copil, se dovedește necesitatea unei abordări terapeutice prompte, multimodale, precum și urmărirea continuă a copiilor care au suferit o tulburare de stress posttraumatic (Cyr C, Michel G, Dumais M.; David M. Benedek).

### Limitele studiului:

- adresabilitatea inconsecventă a pacienților a dus la apariția lacunelor în evoluție – informații incomplete
- pe viitor-studiu prospectiv, comparativ

\*

\*

\*

### Introduction

Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) is a severe condition that may develop when a person is exposed to one or more traumatic events. While, in DSM-IV, this disorder was included in anxiety disorders, in DSM-V it is included in a new chapter called Disorders caused by trauma and stress. ("Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders"). The exposure should result in one or more of the following scenarios, where the individual:

- experiences the traumatic event directly;
- is witness to a traumatic event;
- a close person has been exposed to a traumatic event;
- suffers repeated exposure or exposure to aversive details of the traumatic event (not media images)

Unlike DSM-IV, diagnostic criteria in DSM-V establish a clear demarcation of the traumatic event. DSM-V pays more attention to behavioural symptoms that accompany PTSD and proposes four different diagnostic groups instead of three: re-experiencing, avoidance, negative changes in cognition and mood, increased arousal.

Re-experiencing the traumatic event includes spontaneous memories, recurring dreams about it, flashbacks or other intense and prolonged distress.

Avoidance refers to unpleasant memories, thoughts, feelings related to the traumatic event.

Negative changes in cognitions refer to the ideas of self-blame, social withdrawal, decreased interest in activities, and the inability to remember key aspects of the traumatic event.

Increased arousal is characterized by aggression, self-destructive behaviour, sleep disorders, relationship problems. (Iuliana Dobrescu, MD., PhD; Kaplan & Sadock).

DSM-V only requires that a disruption should continue for more than a month to eliminate the distinction between acute and chronic phases of PTSD. DSM-V includes the addition of two subtypes: PTSD in children less than 6 years old and PTSD with predominantly dissociative symptoms (feelings of detachment from self or feelings where the world seems unreal or distorted, like in a dream).

## Objectives

This study aims to identify the relationship between the presence of posttraumatic stress disorder and subsequent occurrence of psychiatric disorders in children and adolescents, in order to improve the methods of treatment of PTSD, and to prove the need for sustained, multidisciplinary therapy, in such cases.

## Method

The study is a retrospective one, performed in the archives of Clinic of Paediatric Psychiatry from Cluj-Napoca. The group consisted of 83 subjects (47 girls, 36 boys), aged 5-17 years. We followed all psychiatric assessments and admissions to Clinic of Paediatric Psychiatry of those subjects in the interval January 1993 - December 2008 (15 years). The criterion for inclusion was the fact that patients had a first PTSD and subsequently new diagnoses occurring during the interval mentioned above were pursued. Patients who had a history of psychiatric pathology before the diagnosis of posttraumatic stress disorder were excluded from the study.

## Results

### Descriptive Statistics

The patients included in our study were from both urban (62 subjects - 74 %) and in rural areas (21 subjects - 26%), background conditions being poor for 61 subjects (73.4%).

The age distribution of the group at the time of diagnosis of posttraumatic stress disorder:

Age (years)	4	5	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Number of patients	1	2	8	6	7	5	8	9	11	13	10	3

The age distribution of the consignment upon occurrence of other psychiatric disorders:

Age (years)	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Number of patients	2	2	5	5	6	3	4	6	5	13	13	12	7

In 46 of the tested subjects, positive psychiatric family history positive was identified and in 28 of the subjects problems at birth were detected (prematurity, birth dystocia, prolonged labour).

Although 37 of the subjects came from families organized by marriage, 33 of these families had increased conflictuality with strained relationships within the family, with multiple episodes of marital conflict and domestic aggression towards the mother and children. 36 of the subjects were from dysfunctional families through divorce. Seven subjects were institutionalized.

Following the school situation of the patients, we observed that 37 of them (44.5 %) had poor school performance, 27 of the subjects had failed, 17 were repeating the school grade, 24 had school absenteeism, and 12 of them had low marks in behaviour. It has to be noted that there had been a progressive decrease in school performance since the psycho-trauma moment.

The main symptoms for which patients came for evaluation were represented by: hypoprosia (78 %), irritability, and irascibility (84 %), low frustration tolerance (91 %), disruptive behaviour (74 %), decreased school performance (92 %), negativity (88 %), insomnia (96 %), emotional lability (98 %), depressed mood (78 %).

The most common psycho-traumas in the study group, were represented by physical abuse (27 subjects - 32.5 %), emotional abuse (23 subjects - 27.7 %), death of a parent or a close relative (19 subjects - 23%), parental divorce (18 subjects - 21%). Other forms were registered, too: sexual abuse (7 subjects - 8%), severe somatic disorders (3 subjects - 3%), road accident (2 subjects - 2%).

The interval between the presence of psycho-trauma and the occurrence of secondary psychiatric diagnoses:

Time interval	2 mo.	3 mo.	4 mo.	5 mo.	6 mo.	1 yr.	2 yrs.	3 yrs.	4 yrs.	Over 4 yrs.
Number of patients	3	6	5	5	16	12	12	12	6	6

Main subsequent psychiatric diagnoses were represented by: inorganic sleep disorder (61 subjects - 73.5%), conduct disorder (33 subjects - 40 %), anxiety disorder (25 subjects - 30 %), depressive disorder (21 subjects - 25 %), elimination disorders (10 subjects - 12%), autolytic attempts (8 subjects - 10%), somatisation disorder (5 subjects - 6%),

tics (4 subjects - 4%) , abnormal sexual relating (3 subjects - 3%).

attempts (4 subjects), sleep disturbances (7 subjects), abnormal sexual relating (3 subjects) and disorder somatisation ( 3 subjects ) .

**Statistics Analytical**

I watched the existence of possible correlations between the type psychotrauma and secondary psychiatric diagnoses, and after application of statistical tests (Fisher test, chi test), we observed the following results with statistical significance (p < 0.05):

1. patients who were physically abused (27 subjects), have subsequently frequently conduct disorder (20 subjects), sleep disorders (17 subjects) and anxiety disorders (13 subjects).

anxiety disorders	p=0.0207
sleep disorders	p=0.0001
conduct disorder	p=0.0001

2. patients who had the psychotrauma death of a parent or a close relative (19 subjects), have subsequently commonly depressive disorders (13 subjects) and anxiety disorders (10 subjects)

depressive disorder	p=0.0001
anxiety disorders	p=0.0224

3. posttraumatic stress disorder caused by parental divorce later led to the emergence of a higher frequency in the study group, sleep disorders (7 patients), elimination disorders (5 subjects).

sleep disorders	p=0.007
elimination disorders	p=0.038

4. patients with emotional abuse were mainly developed for anxiety disorders (13 subjects) and elimination disorders (6 subjects )

anxiety disorders	p=0.0026
elimination disorders	p=0.0241

5. sexually abused patients developed after a certain time anxiety disorders (5 subjects), depressive disorder (4 subjects), autolytic

anxiety disorder	p=0.023
depressive disorder	p= 0.046
autolytic attempts	p=0.0012
sleep disturbances	p=0.0035
disorders of sexual networking	p=0.0004

**Conclusions and discussion**

In the study group there was a positive correlation between the type psychotrauma and psychiatric disorders subsequent to , the following:

- Most common were anxiety disorders, in children abused physically, emotionally, sexually, and in children who have been through the loss of a close relative
- Conduct disorders occurred predominantly in children physically abused, with a higher frequency among boys
- Sleep disorders manifested by nightmares, deambulări nocturnal sleep occurred mainly after sexual abuse and physical ( Kovachy B1, O'Hara R , Hawkins N, Gershon A, Primeau MM, Madej J , Carrion V. Lev - Wiesel R1, Markus L.)
- Autolytic attempts were found mostly in girls multidrug ingestion after sexual abuse ( O'Brien BS , Sher L. , Browne , Angela , Finkelhor , David Wherry JN1 , Baldwin S , Junco K , Floyd B. ) .

In agreement with previous studies that demonstrate the negative impact of abuse, neglect or any child psychotrauma proves the need for prompt therapeutic approaches, multimodal and continuous tracking of children who suffered post-traumatic stress disorder (Cyr C, Michel G, M. Dumais, David M. Benedek).

**Limitations of the study :**

- Inconsistent addressability of patients has led to the development gaps - incomplete
- In the future , prospective, comparative

## Bibliografie / Bibliography

1. Kaplan & Sadock (2000) "Manual de buzunar de psihiatrie clinică", Ediția a III-a, Editura Medicală
2. American Psychiatric Association: "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders," 5<sup>th</sup> edition 2013
3. David M Benedek, and Gary H Wynn (2011): "Clinical Manual for Management of PTSD", Editura: American Psychiatric PUBLISHING
4. Iuliana Dobrescu, (2010): "Manual de psihiatrie a copilului și adolescentului", Editura Medicală
5. Daniel David (2006): "Metodologia cercetării clinice", Editura Polirom
6. H Rudolph Schaffer (2010): "Introducere în psihologia copilului", Editura ASCR
7. Florin A Sava (2011): "Analiza datelor în cercetarea psihologică", Editura ASCR
8. Anica Pless Kaiser, Jennifer Wachen, and Eve Davison, The Stress, Health, and Aging Research Program (SHARP) VA National Center for PTSD, VA Boston Healthcare System, (2012): "Aging, Trauma, and the Life Course"
9. Browne Angela; Finkelhor David Jan (1986): Impact of child sexual abuse: A review of the research, Psychological Bulletin, Vol 99 (1), 66-77
10. O'Brien BS, Sher L (2013): Child sexual abuse and the pathophysiology of suicide in adolescents and adults, Int J Adolesc Med Health. 25(3):201-5
11. Wherry JN1, Baldwin S, Junco K, Floyd B (2013): Suicidal thoughts/behaviors in sexually abused children, J Child Sex Abus. 22(5):534-51
12. Lev-Wiesel R1, Markus L (2013): Perception vs. circumstances of the child sexual abuse event in relation to depression and post-traumatic stress symptomatology, J Child Sex Abus. 22(5):519-33
13. Kovachy B1, O'Hara R, Hawkins N, Gershon A, Primeau MM, Madej J, Carrion V (2013): Sleep disturbance in pediatric PTSD: current findings and future directions, J Clin Sleep Med. 9(5): 501-10
14. Cyr C, Michel G, Dumais M (2013): Child maltreatment as a global phenomenon: from trauma to prevention, Int J Psychol. 48(2):141-8