

SINDROMUL DE STRES POSTTRAUMATIC LA MINORI

Conf. Dr. L. Hecser

Institutul de Medicină Legală Târgu Mureș

REZUMAT

Sindromul de stres posttraumatic (SSPT) la copii apare frecvent, pe perioadă prelungită-permanentă și potențial sever. Vârsta minorului nu este un factor de protecție. Aspectele clinice se referă la experiența consemnată la veteranii din Vietnam cu specificitate de propagare ce se acordă tipului și condiției. Complicațiile psiho-sociale agravează prognosticul. Această patologie are responsabilitate juridică.

Cuvinte cheie: Sindromul de stres posttraumatic; copil

ABSTRACT

Posttraumatic stress disorders in children

Posttraumatic stress disorders (PTSD) in children appear to be frequent, long-lasting and potentially serious; young age is not a protective factor. The clinical picture is close to that seen in Vietnam veterans, with developmental specificities according to the type of trauma. Psychosocial complications worsen the prognosis. This pathology has legal liabilities.

Key words: Posttraumatic stress disorders (PTSD); children

Starea de *stres post-traumatic* (SSPT) este consecința principală psihopatologică după expunerea la un eveniment major cum sunt acelea care amenință viața sau integritatea subiectului, sau acele evenimente la care victima este spectatorul, martorul morții altcuiva.

În ultimul timp, cunoștințele la copii au progresat mult, mai ales din punct de vedere clinic (1): stările de *stres post-traumatic* există la copil, chiar la cel foarte mic; acestea nu reflectă carența parentală dar, ca și la adult, urmările expunerii la un eveniment de catastrofă este indispensabil acestui diagnostic. Aceste stări constituie complicația cea mai frecventă în caz de maltratare fizică sau sexuală și predispun la apariția altor tulburări, agravând astfel prognosticul; incidența este, în realitate, mai mare decât s-ar crede. După un eveniment dat, s-a arătat că 2/3 dintre copiii expuși ar putea suferi de acest tip de tulburări în lunile următoare (2). Un studiu epidemiologic care a cuprins populația generală (3) a observat că doi adolescenți din cinci, în vârstă de 18 ani, au suferit un traumatism așa cum este definit în DSM-III-R (4) și că peste 6% au un diagnostic de SSPT pe toată viața. Această stare poate avea o evoluție prelungită de-a lungul anilor, se poate complica, poate fi responsabilă de un handicap marcat și să apese greu asupra dezvoltării la aceste vârste de mare vulnerabilitate. Un studiu longitudinal (5) pe refugiații din Cambodgia arată persistența SSPT din copilărie la adolescență apoi la vârstă adultă, până la 29 de ani, pentru traumatisme repetate între 8-12 ani sub regimul kmerilor roșii. Starea de *stres post-traumatic* (SSPT) din clasificările internaționale nu reprezintă singurul tip de tul-

burare observabil la copil sau adolescent ca și consecință a unui traumatism, dar aceasta constituie forma cea mai caracteristică și cea mai frecventă a afectării psiho-traumatice (4, 6, 7).

ASPECTE CLINICE GENERALE

La copil, este bine stabilit în prezent faptul că starea de *stres post-traumatic* survine ca răspuns la confruntarea cu o situație sau un eveniment, deosebit de asemănător sau catastrofic, care, ar provoca simptome evidente de detresă la majoritatea indivizilor. Ca și la adult, este vorba de evenimente majore, care reprezintă o amenințare pentru viață sau integritatea fizică (catastrofă naturală, război, atentat, viol, etc.) la originea unui traumatism și nu stresuri ale vieții curente. Reacția imediată a copilului, care depinde de percepția gradului crescut de risc, se manifestă printr-o teamă intensă, un sentiment de neputință sau de groază, un comportament dezorganizat sau agitat (6). Situația scapă oricărei posibilități de control pentru copil sau protectorii săi naturali, adulții.

1. Elemente pentru stresul posttraumatic în corelație cu cel al adultului

Modelul de referință pentru descrierea SSPT la copilul mare și adolescent rămâne acela al clasificărilor internaționale CIM-10 sau DSM-IV (6,7) chiar dacă unii autori subliniază insuficiența lor pentru victimele tinere. Totuși, punctul capital este de a fi identificat, la copil, un nucleu dur sindromatic apropiat formelor adultului și semnând prin aceasta mecanisme compa-

rabile. Acesta este constituit de noțiunea de expunere anterioară la un eveniment potențial traumatic (*factor traumatic*) cu reacțiile de detresă imediată, de un sindrom de *rememorizare* sau de *retrăire* a unui *sindrom fobic* (detrăsă la expunere, evitări și anticipare anxioasă), a unei slăbiri a reactivității generale și a unei stări de *alertă* cu *hiperactivare neuro-vegetativă*.

- a. *Traumatismul este constant rememorat sau retrăit* în mod anxiogen și invadator, cum ne arată prezența unor amintiri intense, unor vise repetitive, impresii sau de acționări *ca și cum* evenimentul tocmai se va reproduce (sentiment de a retrăi evenimentul, iluzii, chiar halucinații, episoade disociative sau *flash-back*).
- b. *Când subiectul este expus la situații asemănătoare* cu evenimentul traumatic sau asociate cu acesta, el încearcă un sentiment de detresă marcată sau o reactivitate fiziologică. Pacientul tinde să evite situațiile, activitățile, locurile, persoanele, gândurile, sentimentele sau conversațiile asociate cu factorul de stres.
- c. *Victima prezintă o incapacitate, parțială sau completă, de a-și aminti* aspecte importante ale perioadei de expunere la factorul traumatic: ea are un sentiment de detașare față de altul, de a deveni un străin, cu un viitor *închis* și cu o restricție a afecțelor.
- d. *Simpptome persistente traduc o activitate neurovegetativă*: hipervigilență, dificultăți de a adormi sau de a menține somnul, iritabilitate, accese de mânie, dificultăți de concentrare și reacții exagerate de tresăltare.
- e. *Culpabilitate*, tulburări de dispoziție sau de comportament sunt asociate în mod frecvent.

2. Simptomatologie particulară la copii

Un anumit număr de particularități semiologice și legate de dezvoltare, caracterizează prezentarea SSPT la pacientul tânăr.

- a. *Sindromul de repetiție*, rămâne elementul central și cvasi-patognomic. Copiii au jocuri repetitive, de *reluare în acte* a căror dimensiune de plăcere este absentă, spre deosebire de jocul propriu-zis, evocând anumite aspecte ale evenimentului traumatic, pe care ei nu au conștiința astfel de a-l rejuca. Amintirile traumatismului, repetitive și intrusive, pot fi vizualizate sub forma de halucinații, de iluzii și de *flash-back*, dar mai puțin frecvent ca la adult. Reviviscențe auditive, tactile sau olfactive sunt raportate, uneori. Astfel de amintiri puternic sensoriate, sunt declanșate de stimulii actuali, amintind traumatismul sau survin spontan, mai ales în momentele în care atenția copiilor se relaxează: când ei se plictisesc în clasă sau în fața televizo-

rului, în repaus sau în momentul adormirii. Visele recurente de retrăire traumatică considerate ca miezul semiologic al nevrozei traumatice a adultului, sunt mai puțin frecvente la copil care ar face, mai ales înainte de vârsta de 5 ani, mai ales *coșmaruri* cu teme nespecifice, fără conținut care poate fi recunoscut sau *spaiume nocturne*.

- b. *Slăbirea reactivității generale*, cu anestezie afectivă, reducerea intereselor și sentimentului de detașare, este rară la copil în urma unui politraumatism unic și mai ales dacă el este mai mic. Fatalismul, pesimismul și sentimentul de viitor *închis* arată frecvent o atitudine schimbată față de viață și față de ceilalți; acești copii au convingerea că se vor produce, în mod necesar și alte traumatisme, au un sentiment profund de vulnerabilitate și pierderea încrederii acordate, de obicei, adulților protectori.
- c. *Temeriile specifice legate de traumatism* (8) sunt manifestări fobice, neobișnuit de tenace. Evitarea persistentă a stimulilor asociați cu traumatismul este un efort deliberat de a evita activitățile sau situațiile în raport cu evenimentul traumatic, dar și gândurile și sentimentele care sunt legate de el.
- d. *Dacă sunt prezente distorsiuni cognitive și amintiri*, adesea marcate de evenimentele traumatice, amnezia psihogenă post-traumatică, în schimb este rară. Faptele pot fi relatate cu o claritate și cu lux surprinzător de detalii, dar cronologia lor este evocată în dezordine și sunt frecvente interpretările eronate privind derularea lor. În fine *reevaluarea cognitivă* a evenimentelor *a posteriori* generează credința în *preziceri* de prost augur pe care copilul le crede *predictive* de ceea ce se va întâmpla, reconstruirii și reinterpretării ale trecutului sau amintiri ale copilului.
- e. *Hiperreactivitatea neurovegetativă* acoperă un ansamblu de simptome apărute în decursul traumatismului: dificultăți de adormire și trezire multiple, iritabilitate și accese de furie, stare de alertă, hipervigilență și reacții exagerate de tresărire, tulburări de atenție și concentrație care se repercutează asupra școlarității. Acuzele somatice (cefalee, dureri abdominale), foarte frecvente la copii, li se pot alătura.
- f. *Fenomenele regresive* (enuresis, limbaj *bebe* sau sugerea degetului mare, de exemplu) sunt frecvente după un psihotraumatism.

DIFERITE FORME CLINICE ÎN RAPORT CU VÂRSTA MINORULUI

1. Aspectele clinice diferă în funcția de vârsta minorului

- a. *Înainte de 3 ani*, sindroamele psihotraumatice sunt puțin cunoscute și scapă descrierii SSPT tipice (9).

Pentru un traumatism survenit în primii ani de viață, o *memorie comportamentală* (comportamente repetitive și repuneri în act) ar putea persista, în absența oricărei *memorii verbale*. Manifestări, ca retragerea sau excitația, iritabilitatea, plânsete, tulburări ale somnului sau ale apetitului, întâzieri în dezvoltare sau regresii, sunt predominante la sugar și la copilul foarte mic.

- b. *La copilul de 2-6 ani*, se adaugă somatizările dure-roase, comportamente și prestații repetitive (jocuri, desenări), fenomenele de evitare, temerile specifice, tristețea, fenomenele de alură disociativă, comportamente de a se agăța de adulții apropiați și dificultăți crescute de separare, comportamente regresive (*enuresis, encoprezis* secundare, reluarea sugerii degetului, folosirea unui limbaj *bebe*, aviditate insașiabilă pentru dulciuri, reacții anxioase vis-à-vis de necunoscuți sau, contrar, comportamente afectuoase nediferențiate față de toți adulții) și sentimente de rușine. De asemenea, se observă întâzieri de dezvoltare a limbajului, vocabularului și psihomotorie, comportamente de retragere, mutism sau conduite agresive (9).
- c. *La copii de 6-12 ani*, există în afara manifestărilor de SSPT, simptome anxioase sau depresive marcate, cât și expresia unei culpabilități în situația de *supraviețuitor* mai ales. O hipervigilență, modificări în jocuri, pierderea sau schimbarea intereselor obișnuite, apariția sau revenirea de fobii specifice, tulburările de somn, visele anxioase și dificultățile de concentrare, sunt mai clare decât la vârsta sub 6 ani. Dificultățile școlare și scăderea performanțelor domină adesea simptomatologia.

2. Simptomatologia în raport cu durata de expunere la traumatism

- a. *Tulburările psihotraumatice de tip I* corespund descrierii SSPT. Ele survin după expunerea brutală și imprevizibilă la un eveniment unic și limitat în timp. Apariția lor este în general rapidă și contrastează cu nivelul anterior al copilului.
- b. *Tulburările psihotraumatice de tip II* sunt consecutive expunerii prelungite sau repetate la evenimente majore (8). Ele se deosebesc de traumatismele de tip I și prin absența surprizei, chiar resemnarea pe care o produc la copil inclusiv în timpul apariției lor. Este vorba de maltratare, maltratări fizice sau sexuale repetate și de război, torturi și de internări în lagăre în regimurile totalitare. Ele aduc cu ele sindroame psihotraumatice ale căror caracteristici sunt asemănătoare cu acelea ale tipului I, realizând un SSPT cronic. Apariția de tulburări depresive poate complica prezența.

Anumite manifestări clinice sunt observate, însă, în mod specific în traumatismele tip II:

- copiii evită să vorbească despre ei și despre evenimente. Ei vorbesc rar despre agresiune și se închid adesea în ei, păstrând mult timp secretul sau respectând *legea tăcerii*;
- mai mult decât o simplă evitare, negarea pasivă a traumatismului, inhibiția intelectuală, slăbirea afectivă, detașarea cu restricția intereselor și a relațiilor sunt mai marcate decât pentru tipul I. Unii autori (8) fac aprecierea cu replierea și indiferența sugărilor prezentând un *optimalism* și subliniază atitudinile de familiaritate superficială nediscriminatorie observată la cei foarte mici, victime ale unor abuzuri ca și în tulburările atașamentului prin carență afectivă;
- acuzele somatice (cefalee, și dureri abdominale) sunt obișnuite;
- amnezia unor segmente-faze din amintirile copilăriei, adesea manifestată încă din adolescență, lipsa empatiei, indiferența la durere, pot fi alăturate unor fenomene de autohipnoză și de disociere a conștiinței; anestezia corporală sau emoțională, amnezia disociativă, depersonalizarea (de fapt, decomportamentalitatea), fenomene auditive sau vizuale de alură halucinatorie; tulburări disociative ale identității a DSM-IV (de exemplu, *personalitate multiplă*) sunt, de asemenea, diagnosticate în contextul tipului II (6).

Aceste fenomene ar corespunde unor mecanisme psihice de apărare pe care le dezvoltă copilul pentru a scăpa de *stresuri* repetate insuportabile. Manifestări necontrolabile de mânie, de furie extremă și de auto-agresivitate cu automutilări sau tentativă de suicid sunt frecvente. S-au semnalat și abuzuri de alcool și de substanțe toxice, bulimie, agresivitate și conduite predelicvente. Pot coexista, în mod invers, atitudini de pasivitate extremă sau stabilirea de legături patologice de dependență cu persecutorul (*identificarea cu agresorul*).

Conduitele de seducție, înmulțirea partenerilor, chiar anumite acte de prostituție la subiecții care au suferit abuzuri sexuale au fost alăturate acestor simptome. Se poate observa dezvoltarea precoce (încă de la vârsta de 5 ani) a unor tulburări de comportament narcisiste, antisociale, comportament *borderline* și evitante, de obicei diagnosticate la adult.

FACTORI CARE INFLUENȚEAZĂ DEZVOLTAREA UNEI SSPT

1. Factori indispensabili: traumatismul

Expunerea la evenimentul traumatic este factorul principal și indispensabil pentru explicarea dezvoltării

unei SSPT la copil, ca și la adult. Este necesar să fie reunite o expunere fizică și o implicare subiectivă. Aceasta ar fi sporită dacă este vorba de un agresor uman, intrafamiliar, incestuos, dacă există o expunere la spaime *preparate* de către alte evenimente, de traumatisme anterioare sau în caz de legătură familială cu victima. Intensitatea și natura (reacție de spaimă, atac de panică, disociere sau reacție acută de stres a DSM-IV) reacției imediate ar fi predictive unei SSPT ulterioare.

2. Factori variabili: particularitățile subiectului și mediului său

Nu la toți subiecții apar tulburări psihotraumatice, sub rezerva de a distruge corect reacția adaptată la stres cvasi-universală, de o adevărată patologie. Expunerea la un eveniment traumatic este un factor necesar dar nu suficient. Alte variabile, aparținând subiectului sau mediului său, joacă un rol de modulare a răspunsului, acționează ca factori de risc sau de protecție psihopatologici. Reacția traumatică s-ar croniciza în funcție de variabile intermediare (biologice, psihologice și sociale; sprijin social și familial *coping* sau capacitatea de a face față – personal și al anturajului, antecedente personale și familiale, istoria personală) și a rezilienței subiectului.

- a. *Vulnerabilitatea individuală și contextul post-traumatic* (stresuri secundare, sprijin social, condiții socio-economice, mediu familial) au fost evocate fără o demonstrare reală.
- b. *Organizarea, atitudinea și psihopatologia familială pre- și post-traumatică*, după unii autori, ar influența mai mult dezvoltarea sindroamelor psihotraumatice la copil. Astfel, printre factorii de risc sunt indicați:

- absența unui adult de sex bărbătesc în casă;
- o atitudine devenind mai protectoare la mamă;
- o simptomatologie de SSPT la părinți;
- antecedente psihiatrice parentale;
- o ambianță familială tensionată, posacă, conflictuală sau dezbinată;
- o integrare socială dificilă a familiei;
- existența de psihotraumatisme și de SSPT anterioare la părinți.

Copiii cei mai mici și adolescenții ar fi mai influențați decât copiii mai mari de către acești factori familiali. S-a arătat că pentru tulburările post-traumatice cronice, expunerea la traumatism (tipul de grad de expunere) și tulburările parentale (alterând sprijinul parental) joacă, ambele, un rol important și independent (10, 11).

Problema însă, este parțial clarificată fiind necesare unele precizări care contribuie la formularea opiniilor de specialitate (12):

- antecedentele psihiatrice, competențe, *coping*;
- calitatea de trezire, oboseala, lipsa de somn în momentul traumatismului;
- vârsta (cei mai mici ar fi mai sensibili);
- sexul (fetițele ar fi mai vulnerabile);
- categoria socio-profesională (mediile defavorizate ar fi mai expuse, nespecific);
- sprijin social și familial (prezența sau absența de atașament în proximitate, reacția parentală, tulburări psihiatrice ale părinților, coeziunea familială).

În tematică se poate concluziona în sensul că SSPTs la copil, apar, contrar ideilor avute, frecvent sunt mai durabile și sunt potențial grave. Vârsta tânără nu este protectoare. Există încă puține studii sistematice, mai ales prospective, asupra evoluției pe termen lung al traumatismului și a SSPT la copil. Pe lângă persistența prelungită a SSPT și apariția de tulburări asociate care pot evalua pe cont propriu (de exemplu, sub forma unei boli depresive), au fost descrise diverse tulburări de comportament, de personalitate în evoluția traumatismelor din copilărie (personalități multiple, *borderline*, *modificări durabile ale personalității după experiența unei catastrofe* – după OMS). În absența unor antecedente schizofrenice sau paranoice și/sau de toxicomanie, evoluțiile psihotice cronice după un traumatism rămân discutabile, spre deosebire de manifestările acute cum este psihoza reacțională de scurtă durată. Complicațiile psihosociale încarcă, de asemenea, viitorul, problemele relaționale și de parentalitate, izolare, marginalizare, disociere familială, dificultăți școlare și profesionale, violență, delicvență, prostituție (în special în caz de abuzuri sexuale).

Evoluția și prognosticul SSPTs acute și spontan rezolutive sunt puțin cunoscute. Ca și traumatismele anterioare, ele ar putea facilita, *prepara* apariția unei SSPT cu ocazia unei noi întâlniri cu un eveniment major sau să explice recidiva în timpul perioadelor de stres. Nu există date obiective privind viitorul pe termen lung ale traumatismelor sugarului și ale copilului mic în faza preverbală. În fine, terapeuța privind SSPT nu a constituit obiectul unor studii de validare suficiente la copil. Complexitatea cazurilor ține cel mai adesea de o îngrijire specializată, de calitatea ei, cât și de primirea tinerelor victime și a familiei lor toate acestea fiind un factor prognostic major în contrast cu supravictimizarea iatrogenă (12).

În practică, trebuie precizate următoarele aspecte:

- Starea de *stres posttraumatic* (SSPT) este principala cauză psihopatologică ce rezultă din expunerea la un eveniment major, ca acela care amenință viața sau integritatea subiectului sau acela în care victima este martor privind moartea altei persoane.

- SSPT al copilului apare, invers față de ideile primite, frecvent durabile și potențial grave; vârsta tânără nu este protectoare.
- Este important de clarificat de a evoca sistematic în fața unor tulburări atât de variate ca, acuze somatice, tulburări de somn, cedare școlară, comportament auto- sau heteroagresiv.
- Forma clinică tipică este apropiată de tabloul veteranelor din Vietnam, cu particularitățile legate de vârstă, simptomatologia fiind caracteristică.
- Comorbiditatea este frecventă, cât și evoluția către alte tulburări mentale, ca depresia. Riscul de a trece la acte heteroagresive, de tentative de suicid, de conduite aditive, în special la adolescenți, este important.
- Complexitatea cazurilor ține, cel mai adesea, de luarea în îngrijire specializată. Calitatea sa cât și a ceea ce a primirii tinerelor victime și a familiei lor, sunt un factor prognostic major, în contrast cu riscul de supravictimizare iatrogenă.

Evenimentul traumatic implică responsabilitate juridică: cea intențională a unui agresor, fie că este persoană fizică (individ) sau persoană juridică (element constitutiv, organizare de sine stătătoare), precum cea neintențională (infracțiune săvârșită din culpă), a celui care nu a putut proteja victima de ceea ce

s-a întâmplat, fie că este vorba de persoane desemnate ca responsabile de eveniment sau adesea în lipsă de puterile publice considerate atunci ca slabe. Din această implicare decurge în mod normal legitimitatea cererii de recuperare a unui prejudiciu (14). Inițial, în legislația penală, în mod constant, a avut aplicabilitate principiul caracterul personal al răspunderii penale în temeiul căruia doar persoana fizică poate fi subiect al infracțiunii (art. 72 din Codul penal, 1969), însă modificarea Codului penal (Legea nr. 310/2004) precizează responsabilitatea *infractorilor* ce include atât persoana fizică cât și cea juridică (15).

Miza problemelor legate de remontare, de recuperare a sechelelor psiho-traumatice se află, astfel, la încrucișare în ceea ce rămâne particular fiecărei victime din întâlnirea traumatică și asumarea responsabilității celui alt, particular sau colectiv, pe care victima sau reprezentantul acestuia este în drept să o aștepte. Recuperarea poate fi de ordin judiciar, social și medical. Implicarea judiciară, determinarea legală a responsabilității și eventuala condamnare a vinovaților, atât pe plan penal, cât și pe plan civil (art. 998, 999 Cod civil, care stipulează răspunderea pentru fapta ilicită proprie cauzatoare de prejudiciu) pot avea un efect de satisfacție pentru victimă sau pentru reprezentatul acesteia (16).

BIBLIOGRAFIE

1. Vila G, Porche LM, Mouren-Simeoni MC – L'enfant victime d'agression. Paris: Masson, 1998.
2. Vila G, Porche LM, Mouren-Simeoni MC – An 18-month longitudinal study of posttraumatic disorders in children who were taken hostages in their school. *Psychosom Med*, 1999, 61, 756-754.
3. Giaconia RM, Reinherz HZ, Silverman AB et al – Trauma and posttraumatic stress disorders in a community population of older adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1995, 34, 1369-1380.
4. American Psychiatric Association – Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. revised. Washington DC Criteres diagnostiques, Paris-Masson, 1987.
5. Sack WH, Clarke GN, Seeley J – Posttraumatic stress disorders across two generations of Cambodian refugees. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1995, 34, 1160-1166.
6. American Psychiatric Association – Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC Criteres diagnostiques. Paris-Masson, 1996.
7. World Health Organization – CIM 10/ICD 10 Classification internationale des maladies 10e revision. Troubles mentaux et troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. OMS (Geneve). Paris: Masson, 1993.
8. Terr LC – Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry*, 1991, 148-10-20.
9. Vila G, Mouren-Simeoni MC – État de stress post-traumatique chez la jeune enfant: myth ou réalité? *Ann Med Psychol*, 1999, 157, 456-469.
10. Vila G, Witkowski R, Tondini MC et al – A study of posttraumatic disorders in children who experienced an industrial disaster in the Briey region. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2001, 10, 10-18.
11. Vila G, Bertrand C, Friedman S et al – Trauma par exposition indirecte, implication objective et subjective. *Ann Med Psychol*, 2000, 158, 677-686.
12. Vila G – États de stress post-traumatique: les spécificités de l'enfant. *Rev Pract Med Gen*, 2005; 19(690), 508-512.
13. Boisseaux H, Montrieux F, Nicolas DJ, Vallet D – Aspects medico-legaux de traumatismes psychiques et de leurs sequelles. *Rev Pract*, 2003, 53, 863-867.
14. Salariya EM, Cater JI – Mother-child relationship: FIRST score. *J Adv Nurs*, 1984, 9, 589-595.
15. Mirea V – Persoana juridică – subiect activ al infracțiunii. *Dreptul*, 2005, 16(12), 168-175.
16. Dogaru I, Drăghici P – Drept civil. Teoria generală a obligațiilor. Ed. ALL Back: București, 2002.