

V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos
Aires, Buenos Aires, 2013.

Historia de los criterios diagnósticos de Trastorno de Estrés Post-Traumático.

De Oliveira Moura, Georgia.

Cita:

De Oliveira Moura, Georgia (2013). *Historia de los criterios diagnósticos de Trastorno de Estrés Post-Traumático*. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-054/209>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/edbf/poW>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

HISTORIA DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO

De Oliveira Moura, Georgia
Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Brasil

Resumen

Los estudios iniciales sobre trauma basaron por síntomas similares a los veteranos de guerra. Común entre los pacientes mostraron que aquellos que sufrieron de “neurosis traumática” hipervigilancia y la sensibilidad a las situaciones de su vida cotidiana desarrollada, reviviendo la situación de guerra a la que estuvo expuesto. En base a estos estudios desarrollados criterios diagnósticos para el trastorno de estrés post-traumático que consiste en síntomas específicos establecidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - DSM. Hasta que los criterios diagnósticos actuales hubo algunos cambios en sus ediciones anteriores. En el DSM-IV, todavía en vigor, los principales síntomas están reviviendo el trauma de flashbacks o pesadillas, evitación o entumecimiento cuando el sujeto comienza a evitar situaciones que recordar trauma experimentado y hiperactividad vegetativa, que son marcos de hipervigilancia, irritabilidad y el insomnio de inicio. Propuestas para la quinta edición de este manual se ha propuesto que añadir otro de los síntomas en el grupo actual de los principales síntomas.

Palabras clave

Concepto, Antecedentes, Diagnóstico de estrés postraumático

Abstract

HISTORY OF DIAGNOSTIC CRITERIA OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

Initial studies of trauma was based by symptoms similar to war veterans. Common among patients showed that those who suffered from “traumatic neurosis” developed hypervigilance and sensitivity to situations in their daily lives, reexperiencing the war situation which he was exposed. Based on these studies it was developed diagnostic criteria for the post-traumatic stress disorder, that consists of specific symptoms established by the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM. Until the current diagnostic criteria there were some changes in its previous editions. In DSM-IV, still in force, the main symptoms are reliving the trauma from flashbacks or nightmares, avoidance or numbing when the person starts to avoid situations that he remember experienced trauma and autonomic hyperarousal, which are frames hypervigilance, irritability and insomnia start. Proposals for the fifth edition of this manual has been proposed that add another symptom to the existing group of major symptoms.

Key words

Concept, History, Diagnosis, Post-traumatic stress

Transtorno de Estresse Pós-Traumático história e critérios diagnósticos

Os fenômenos traumáticos caracterizam-se, na história das teorias etiopatogênicas dos transtornos psiquiátricos, como fatores de extrema importância para a fundamentação das bases diagnósticas, visto que muitos dos transtornos estão relacionados a elementos externos. Entretanto, como dependem de fatores políticos, sociais, econômicos e culturais, os fenômenos traumáticos e seus sintomas foram por muito tempo desvalorizados. O foco maior se deve a situações de traumas generalizados decorrentes de eventos como guerras, atentados terroristas e acidentes naturais (Herman, 1992). Estudos relacionados a traumas psíquicos datam de 1889, a partir de pesquisas realizadas pelo neurologista alemão Herman Oppenheim. Segundo Schestatsky, Shansis, Ceitlin, Abreu e Hauck (2003), Pierre Janet, aprofundou seus estudos nos componentes emocionais das situações traumáticas. Ele percebeu que quando as pessoas experienciavam “emoções veementes”, suas mentes se mostravam incapazes de parear as experiências aterrorizantes com os esquemas cognitivos prévios, “subconscientes”.

Kardiner (1941) embasou seus estudos sobre traumas a partir da situação de sobreviventes de guerra. O autor parte de quadros de sintomas semelhantes entre indivíduos, em comum entre seus pacientes observou-se que estes que sofriam de “neuroses traumáticas” desenvolviam hipervigilância e sensibilidade às situações de seu cotidiano, reviviendo a situação de guerra a que esteve exposto. Sugerindo que os mesmos não tinham o controle por estas emoções, revivendo a situação do campo de batalha, assim, descreve inicialmente o que seria o Transtorno de Estresse Pós-Traumático - TEPT. (Schestatsky et al, 2003; Van der Kolk, Weisaeth & Van der Hart, 1996).

Após o fim da Segunda Guerra Mundial, outros estudos foram realizados objetivando uma descrição mais detalhada e precisa de TEPT e seu tratamento. Estudos epidemiológicos demonstraram impactos significativos desse transtorno na população geral, a partir de estudos sobre sua prevalência, atingindo em torno de 6,8% da população (Kessler, et al, 2005; Sbardelloto, Schaefer, Justo, & Kristensen, 2011), estes estudos basearam-se no contexto histórico e social dos indivíduos que sofrem de TEPT e nas estratégias de enfrentamento utilizadas e não só pelos tipos de eventos estressores traumáticos mais frequentemente experienciados (Archer, Buffington-Vollum, Stredny & Handel, 2006; Sbardelloto, et al, 2011). Para tornar o diagnóstico mais contextualizado diante das diferentes situações nas quais o TEPT possa ser inserido, e dimensionar a amplitude do transtorno, os critérios diagnósticos do Transtorno de Estresse Pós-Traumático foram sendo modificados nas diferentes versões do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM (APA, 1980; 1987; 1994; 2002). Descrito inicialmente no DSM-III, a partir de estudos realizados com veteranos de guerra, vítimas do holocausto e de acidentes de trânsito, estudos apontaram que alguns eventos estressores poderiam ser desencadeados por situações da vida cotidiana e produzir efeitos comparáveis ao

estresse gerado pelas vivências de guerra (Lifton & Olson, 1976). Sendo necessárias várias reformulações, objetivando apresentar uma real dimensão do TEPT. Mostrou-se necessário, então, um diagnóstico que incluísse essa categoria de sujeitos previamente saudáveis que desenvolviam reações sintomáticas particulares e persistentes após a vivência de um determinado evento estressor (Kristensen, Parente & Kaszniak, 2005; Sbardelloto et al., 2011), necessidade esta apontada em estudos que evidenciaram o TEPT como um transtorno prevalente, atingindo em torno de 6,8% da população (Kessler, et al, 2005). Para tanto, a partir dos achados de estudos acerca desse novo transtorno, foram listados 27 sintomas mais comuns para “neuroses traumáticas”. Na classificação foram incluídas síndromes como a do “trauma do estupro”, da “mulher espancada”, dos “veteranos do Vietnã” e a da “criança abusada” (Schestatsky et al, 2003). Sendo então incluído o novo transtorno de estresse pós-traumático e seus critérios diagnósticos na 3ª versão do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-III). Quando foi proposto no DSM-III o TEPT era caracterizado por apenas 12 sintomas, agrupados em três grupos (APA, 1980; Sbardelloto et al., 2011; Schestatsky et al, 2003).

O TEPT é caracterizado no DSM-III, a partir de apenas um sintoma de reexperimentação de um evento altamente ameaçador à vida ou à integridade física do indivíduo de forma severa para produzir sintomas de sofrimento, embotamento emocional, dois sintomas de uma lista de sintomas inespecíficos (APA, 1980; Sbardelloto et al., 2011; Schestatsky et al., 2003). Na edição revisada o DSM-III-R, passou-se a considerar a experiência de um evento estressor pessoal direta ou indiretamente de um evento real, distinguindo-se da sua versão anterior, porém mantendo a necessidade de que o evento estressor estivesse fora do conceito de normalidade de experiências humanas (APA, 1987).

Dependendo da vulnerabilidade do indivíduo, comprovou-se que o TEPT poderia ser causado por eventos traumáticos relativamente comuns na comunidade, já que 61% dos homens e 51% das mulheres haviam reportado pelo menos um evento traumático ao longo da vida (Schestatsky et al., 2003), ele é considerado, entre os transtornos de ansiedade, o terceiro mais prevalente ao longo da vida no estudo National Comorbidity Survey-NCS-R após Fobia Específica (12,5%) e Fobia Social (12,1%) (De Quervain & Margraf, 2008; Kessler et al, 2005).

Os critérios do TEPT foram reavaliados na 4ª edição do DSM, sendo levado em conta que a resposta ao estresse é variável (Viola, Schiavon, Renner, & Grassi-oliveira, 2011). Nessa edição a exposição ao evento estressor foi ampliada, englobando tanto características descritivas do estressor, como respostas subjetivas do indivíduo ao evento (APA, 1994; Viola et al., 2011). O maior diferencial da 4ª edição do DSM para suas anteriores é de que o evento pode ser uma situação comum ao sujeito, contudo caracteriza-se como trauma a partir de o quão ameaçador aquele evento se apresentou para o sujeito, sem mencionar a “anormalidade” do evento, assim como outros critérios foram eliminados devido à variabilidade de possíveis respostas entre os sujeitos (Sbardelloto et al., 2011; Schestatsky et al., 2003).

O primeiro critério diagnóstico - A, do TEPT no DSM-IV, define a etiologia do transtorno, apresentando dois elementos principais: um definindo as características da vivência traumática (critério A1) e outro assinalando a resposta da vítima a tal evento (critério A2) (Andreasen, 2004; Viola et al, 2011). O critério A é fundamental na definição etiológica do transtorno, ou seja, os sintomas devem estar associados ao evento traumático estressor. (Grassi-Oliveira, 2007). Quanto aos sintomas, os mais comuns são agrupados em três con-

juntos distintos, sintomas de revivência do evento traumático (Critério B), esquiva de estímulos associados ao trauma e entorpecimento da reatividade geral (Critério C) e sintomas de excitabilidade aumentada (Critério D) (APA, 2002). Em relação à esquiva, outro sintoma característico do TEPT, acontece pela necessidade que o indivíduo tem de evitar situações que relembrem a situação traumática, levando-o a se proteger do afeto negativo e da excitabilidade associada à revivência da experiência. Assim como o embotamento afetivo que é caracterizado como um déficit seletivo do processamento emocional, associado ou não ao medo de perder o controle, visto que a deficiência emocional provoca reatividade elevada aos eventos negativos (Calhoun & Resick, 1999). Outros sintomas presentes no TEPT como medo extremo, pânico, impotência e revivência constante do evento traumático através de pesadelos e/ou recordações recorrentes atingem diretamente o cotidiano da pessoa, seja no espectro social e psicológico do sujeito seja no seu caráter funcional (APA, 2002).

O DSM-IV procura fazer uso de critérios que auxiliam na definição do diagnóstico de TEPT que devem ser claramente identificados. Além dos sintomas supracitados é possível constatar no sujeito diminuição do interesse por atividades que provoquem recordações do evento, embotamento afetivo, excitabilidade exacerbada, problemas de sono, irritabilidade, dificuldade em se concentrar e hipervigilância. O DSM-IV considera o diagnóstico de TEPT caso o quadro sintomático esteja presente por mais de um mês exposto no quadro 3 (Critério E) e a perturbação esteja causando prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério F) (APA, 2002).

Na revisão dos critérios diagnósticos do TEPT para o DSM-V, as propostas preliminares sugerem modificações conceituais (Kilpatrick, Resnick, & Acierno, 2009; APA, 2010), distinção de eventos traumáticos para eventos estressores mais comuns, bem como sugestão da eliminação completa do critério A dos diagnósticos (Brewin, Lanius, Novac, Schnyder, & Galea, 2009). O critério A1 pode sofrer algumas modificações no que tange ao conceito de trauma. O grupo revisor do comitê do DSM que tratou de questões forenses considerou, a partir de seus achados, que o conceito de trauma é muito amplo, ambíguo, e facilmente manipulado em processos de tribunal por incapacidade (Friedman, 2010). O comitê percebe a necessidade de se especificar que o fato de presenciar situações via televisão ou em filmes não se qualifica como um eventos estressores (Rosen, Lilienfeld, Frueh, McHugh, & Spitzer, 2010).

O critério B1 é questionado em relação a sua sobreposição com outros transtornos, visto que qualquer tipo de memória, imagem ou pensamento intrusivo são comuns também em outros transtornos, tais como depressão. Do mesmo modo a hiperexcitação emocional e fisiológica provocada por situações específicas, e a tendência a evitar essas situações, são também parte de fobias (Brewin et al., 2009). Assim como, insônia, irritabilidade e problemas de concentração são comuns tanto em depressão quando em ansiedade generalizada (Brewin et al., 2009). Os sintomas mais característicos do TEPT são os flashbacks e pesadelos recorrentes do que a mera exposição a eventos traumáticos (Brewin, 2007), os primeiros são centrais visto que envolvem especificamente o conteúdo relacionado ao evento traumático (McNally, 2009). Em relação aos pesadelos recorrentes, estudos apontam que 70% dos sujeitos apresentam tal sintoma (Lamarche & De Koninck, 2007).

Conclusão

A revisão do DSM abre a possibilidade de discussão de inclusão de outros sintomas dentro do quadro de TEPT, dentre eles uma alter-

nativa mais fora dos padrões, até o presente momento descritos, sugere que o TEPT muitas vezes resulta de emoções como culpa, raiva e vergonha, e, portanto, não é exclusivamente uma condição de medo ou ansiedade (Resick & Miller, 2009). Os membros da comissão revisora do DSM-V propõem uma lista de 21 sintomas e comportamentos agrupados em quatro grupos, ao invés de três como anteriormente, quais sejam, sintomas intrusivos, evitação, sentimentos negativos e hipervigilância (APA, 2010). Rosen et al. (2010) faz uma crítica a essa nova conjuntura do modelo diagnóstico do TEPT justificando que para o sujeito apresentar os critérios mínimos necessários encontraremos um leque de 10500 maneiras de diagnóstico. Demonstrando que os critérios diagnósticos para o TEPT, mostram-se pouco claros, necessitando de maior objetividade nesse sentido.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2010) Proposed Revisions: Posttraumatic Stress Disorder. APA. Recuperado de: <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rir=165>.
- American Psychiatric Association (1980) Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association (1987) Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association (1994) Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association (2002) Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed.
- Andreasen, N. (2004) Acute and delayed posttraumatic stress disorders: a history and some issues. *American Journal of Psychiatry*, 161(8):1321-3.
- Archer, R.P., Buffington-Vollum, J.K., Stredny, R.V. & Handel, R.W. (2006) A survey of psychological Test Use Patterns among Forensic Psychologists. *Journal of personality assessment*, 87(1), 84-94.
- Brewin, C.R. (2007) Autobiographical memory for trauma: Update on four controversies. *Memory*, 15, 227-248.
- Brewin, C.R., Lanius, R.A., Novac, A., Schnyder, U. & Galea, S. (2009) Reformulating PTSD for DSM-V?: Life After Criterion A. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 366-373. doi:10.1002/jts.
- Calhoun, K.S. & Resick, P. (1999) Transtorno de estresse pós-traumático. In: D. H. Barlow(Org.) *Manual dos Transtornos Psicológicos* (pp. 63-118) Porto Alegre: Artmed.
- Davidson, J.R.T., Hughes, D., Blazer, D. & George, L.K. (1991) Posttraumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychological Medicine*, 21:1-19.
- De Quervain, D.J.F. & Margraf, J. (2008) Glucocorticoids for the treatment of post-traumatic stress disorder and phobias: A novel therapeutic approach. *European Journal of Pharmacology*, 583, 365-371.
- Friedman, M.J. (2010) PTSD revisions proposed for DSM-5, with input from array of experts. *Psychiatric News*, 45(10), 8-33.
- Grassi-Oliveira R. (2007) Balzacian PTSD: diagnostic considerations. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(3):333-4.
- Helzer, J.E., Robins, L.N. & McEvoy, L. (1987) Posttraumatic stress disorder in the general population. *The New England Journal of Medicine*, 317:1630-4.
- Herman J. (1992) *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Kardiner, Abram. (1941) *The traumatic neuroses of war*. New York: Paul B. Hoeber.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., . . . , Walters, E.E. (2005) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kilpatrick, D.G., Resnick, H.S. & Acierno, R. (2009) Should PTSD Criterion A Be Retained?? *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 374-383. doi:10.1002/jts.
- Kristensen, C.H., Parente, M.A.M.P. & Kaszniak, A. W. (2005) Transtorno de Estresse Pós-Traumático: Critérios diagnósticos, prevalência e avaliação. In: R. M. Caminha (Org.) *Transtornos do Estresse Pós-Traumático (TEPT): da neurobiologia à terapia cognitiva* (pp. 15-35) São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lamarche, L.J. & De Koninck, J. (2007) Sleep disturbance in adults with post traumatic stress disorder: A review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 1257-1270.
- Lifton R.J. & Olson E. (1976) The human meaning of total disaster: the Buffalo Creek Experience. *Psychiatry*, 39:1-18.
- McNally, R.J. (2009) Can we fix PTSD in DSM-V? *Depression and Anxiety*, 26, 597-600. doi:10.1002/da.20586
- Milet, N.C. & Sougey, E.B. (2010) Prevalência de Transtorno de Estresse Pós-traumático em equipe do Salvamento Marítimo do Corpo de Bombeiros Militares em Pernambuco e breve estudo sociodemográfico. *Neurobiologia*. 73(2) 89-95.
- Resick, P. A. & Miller, M. W. (2009) Posttraumatic Stress Disorder?: Anxiety or Traumatic Stress Disorder?? *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 384-390.
- Rosen, G.M., Lilienfeld, S.O., Frueh, B.C., McHugh, P.R. & Spitzer, R.L. (2010) Reflections on PTSD's future in DSM-V. *The British journal of psychiatry?: the journal of mental science*, 197(5), 343-4. doi:10.1192/bjp.bp.110.079699
- Rosen, G.M., Lilienfeld, S.O., Frueh, B.C., McHugh, P.R. & Spitzer, R.L. (2010) Reflections on PTSD's future in DSM-V. *The British journal of psychiatry?: the journal of mental science*, 197(5), 343-4.
- Sbardelloto, G., Schaefer, L.S., Justo, A.R. & Kristensen, C. H. (2011) Transtorno de Estresse Pós-Traumático: evolução dos critérios diagnósticos e prevalência. *Psico - USF*, 16(1), 67-73.
- Schekatsky, S., Shansis, F., Ceitlin, L.H., Abreu, P.B.S. & Hauck, S. (2003) A evolução histórica do conceito de estresse Historical evolution of the concept of posttraumatic stress disorder, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(Supl I), 8-11.
- Van der Kolk, B.A., Weisaeth, L. & Van der Hart, O. (1996) History of trauma in psychiatry. In: Van der Kolk B, McFarlane AC, Weisaeth L, eds. *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society*. New York: Guilford.
- Viola, T.W., Schiavon, B.K., Renner, A.M. & Grassi-oliveira, R. (2011) Trauma complexo e suas implicações diagnósticas Complex trauma and diagnostic implications. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33(51), 55-62. retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v33n1/v33n1a10.pdf>