

Data enia

Revista Jurídica Digital



Transtorno de Estresse Pós-Traumático

Ana Clélia de Freitas

Médica

Pós-Graduada em Direito Criminal

Pesquisadora em Biodireito

Resumo:

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático é um distúrbio de elevada importância na atualidade, pelo risco em potencial para qualquer indivíduo, face à exposição a uma enorme quantidade de eventos potencialmente estressores, devido ao estilo de vida cotidiano e à complexidade de fatores envolvidos na sua gênese e desenvolvimento, exigindo um trabalho interdisciplinar de psicólogos, psiquiatras, neurologistas, clínicos e outros profissionais da área de saúde.

Este estudo faz uma revisão do conceito de TEPT, segundo o DSM-IV, a etiologia e neurofisiologia do mesmo, os sintomas e sinais específicos para o seu diagnóstico e a abordagem terapêutica atual, analisando ainda casos especiais de TEPT: a ocorrência do transtorno em policiais após o ataque de 11 de setembro de 2001 nos Estados Unidos e o TEPT em crianças.

Transtorno de Estresse Pós-Traumático

Ana Clélia de Freitas

Médica

Pós-Graduada em Direito Criminal

Pesquisadora em Biodireito

Introdução

O evento estressor desencadeante do Transtorno de Estresse Pós-Traumático deve possuir magnitude tal que potencialize o desenvolvimento de um conjunto de reações neurofisiológicas intensas em qualquer indivíduo. Quando essas reações enquadram-se no conjunto de sinais e sintomas correspondentes à síndrome descrita no DSM-IV, tem-se caracterizado o Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

A despeito da elevada prevalência do TEPT, com base nos novos critérios diagnósticos do DSM-IV, ainda há muito a ser estudado sobre essa síndrome. Atualmente, a taxa de prevalência do TEPT é estimada em 1-3%, em média, chegando em alguns estudos à cifra de 5-15%. Em países do Terceiro Mundo, é de extrema importância o reconhecimento desse quadro, pela elevada exposição dos indivíduos a eventos estressores potencialmente traumáticos (como a violência urbana, os acidentes automobilísticos, etc.) e o acesso limitado da maioria da população aos recursos de tratamento e apoio à saúde mental. No Brasil, houve recentemente relatos de ocorrência de casos de TEPT após a ida de tropas do Exército ao Haiti, em missão de paz coordenada pela ONU, devido à violência urbana, a miséria extrema e o clima generalizado de guerra civil enfrentado pelos militares brasileiros naquele país.

O presente trabalho busca realizar uma revisão do conceito, diagnóstico e tratamento do TEPT e estudar as bases neurobiológicas e aplicações práticas do atual conhecimento científico sobre o mesmo.

I. Conceito

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático, antigamente chamado de síndrome do coração irritável, neurose de combate ou fadiga operacional, é classificado pelo DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1994) como um transtorno de ansiedade específico ao desenvolvimento de sintomas que ocorrem após a exposição a um incidente crítico e traumático. Esses eventos estão relacionados a morte, ameaça de morte, dano à integridade física ou mental ou lesões traumáticas e incluem experiências de combate, catástrofes naturais, agressão física, estupro e acidentes graves (como acidentes automobilísticos e incêndios em edifícios).

O TEPT consiste em uma síndrome composta da tríade:

1. Revivência do trauma através de sonhos e de pensamentos durante o estado vigíl;
2. Evitação persistente de estímulos associados ao trauma e embotamento da resposta a esses indicadores;
3. Hiper-excitação persistente.

Sintomas associados incluem: fadiga, agressividade, raiva, hipervigília, depressão, ansiedade e dificuldades cognitivas (como dificuldade de concentração). O TEPT pode debilitar um indivíduo, pelo fato de que estímulos ligados ao incidente inicial podem desencadear sintomas como temor intenso, desamparo e evitação. Os sintomas físicos associados manifestam-se como respostas do Sistema Nervoso Autônomo, como hiper-atividade das glândulas sudoríparas e sintomas somáticos, como depressão.

O início da ocorrência dos sintomas varia desde os primeiros três meses de exposição ao incidente crítico até vários anos após a ocorrência. O DSM-IV considera a duração mínima de um mês para o diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

O TEPT é diagnosticado como agudo se a duração dos sintomas é superior a um mês e inferior a três meses, crônico, se durar mais de três meses e tardio se o início dos sintomas ocorre mais de seis meses após o evento estressor. Pode-se correlacionar a ocorrência do TEPT com a severidade do agente estressor. Estresses mais severos levam a uma maior prevalência. Por exemplo, campos de concentração resultam no aparecimento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático em mais de 75% das vítimas. Estudos após a Segunda Guerra Mundial fazendo uso de pneumoencefalografia (processo diagnóstico de injeção de ar no espaço cerebrospinal) em sobreviventes de campos de concentração, demonstraram atrofia cerebral de graus variados e encefalopatia difusa em 81% dos casos. (THYGESEN, 1970).

O diagnóstico é baseado nos critérios do DSM-IV, dividindo-se em Transtorno de Estresse Pós-Traumático ou Transtorno de Estresse Agudo. O Transtorno de Estresse Agudo conceitua-se como o que ocorre dentro de quatro semanas após o evento traumático, com período de duração de dois dias a quatro semanas.

Para o diagnóstico observa-se a tríade clássica descrita e sintomas associados como esquiva, embotamento emocional e hiperexcitabilidade. O paciente apresenta ainda sentimentos de culpa, rejeição e humilhação, podendo também descrever estados dissociativos, ataques de pânico, ilusões e alucinações. É comum o comprometimento associado da memória e da atenção, podendo o paciente apresentar ainda agressão, violência, deficiência de controle dos impulsos, depressão e uso de drogas ilícitas. O teste de Rorschach pode evidenciar agressão e violência.

No ato do diagnóstico, é importante considerar-se doenças associadas, como a ocorrência de lesão craniana durante o trauma, epilepsia, transtorno por uso de álcool ou outras substâncias análogas, intoxicação aguda, síndrome de abstinência e outros transtornos mentais, como o transtorno de personalidade borderline, que pode coexistir com o TEPT e estar correlacionado com o mesmo. Deve-se considerar ainda o diagnóstico diferencial com transtorno fático e simulação.

II. Etiologia e bases neurobiológicas

Os fatores etiológicos do Transtorno de Estresse Pós-Traumático seriam o fator estressor, fatores psicológicos e fatores biológicos. O fator estressor é o fator traumático desencadeante da síndrome. Porém, sabe-se que outros fatores precisam estar envolvidos para que o mesmo aconteça, já que nem todos os indivíduos que sofrem um evento traumático desenvolvem o TEPT.

De acordo com Kaplan, pesquisas recentes sobre TEPT têm demonstrado a importância maior das “ferramentas subjetivas” do indivíduo para lidar com o trauma, o que seria mais importante do que a gravidade do evento estressor (KAPLAN, 2003). O desenvolvimento da síndrome tem muito a ver com o significado subjetivo do evento para o próprio indivíduo.

Portanto, junto com o evento estressor, os fatores primários importantes para a ocorrência do Transtorno de Estresse Pós-Traumático abrangem: a presença de um trauma na infância; traços de transtornos de personalidade; sistema de apoio inadequado; predisposição genético-individual a doenças psiquiátricas; mudanças de vida recentes e estressantes; conscientização de um sítio de controle externo e não interno; excessivo consumo de álcool; alexitimia (incapacidade de identificar ou verbalizar estados emocionais); etc.

Os achados neurobiológicos associados ao TEPT dizem respeito ao fenômeno da “cicatriz biológica” ou neurobiológica. Pode-se definir cicatriz como a marca encontrada num tecido ou órgão provocada por uma lesão traumática como resultado do processo de recomposição e reparação celular, com conseqüente fibrose tecidual. A cicatriz neurobiológica refere-se aos efeitos moleculares e neurobiológicos induzidos por um trauma psicológico, especialmente na infância, que alteram de maneira irreversível o desenvolvimento neuronal. O interessante é que esse conceito, de início uma conclusão de estudos psicológicos e comportamentais, está sendo confirmado anatomo-fisiologicamente pela neurociência e neuroimagem.

Duas áreas do cérebro primordialmente afetadas no TEPT são a amígdala cerebral e o hipocampo. A amígdala parece ter papel importante na percepção, no reconhecimento e na formação da memória, especialmente naquela

relacionada a estímulos de caráter emocional, gerando associações através das conexões cerebrais.

O hipocampo tem como função principal a memória declarativa (ou explícita), de pessoas, lugares, objetos e fatos. A memória procedural ou implícita, que se relaciona aos hábitos e ao aprendizado mecânico (ou condicionado) está relacionada com os circuitos subcorticais ou cerebelares. A memória do hipocampo é a memória de trabalho e de aprendizado e a evocação das memórias de curta e longa duração. O TEPT é marcado por sintomas envolvendo a construção e a evocação de memórias.

Os estudos com ressonância magnética funcional (MRI) e tomografia por emissão de pósitrons (PET) têm demonstrado alterações de diminuição do volume do hipocampo direito (relacionado com tarefas espaciais) e prejuízo da memória verbal de curto prazo. Esses estudos correlacionam os sintomas de TEPT com a redução do volume do hipocampo, mesmo na ausência de abuso de álcool (que também leva à atrofia cerebral).

Dr. Douglas Bremner, psiquiatra e professor da Emore University, realizou vários estudos sobre as alterações neurológicas do TEPT e declara que existem evidências suficientes para se concluir que pacientes traumatizados apresentam atrofia hipocampal específica para o diagnóstico de TEPT, sendo que os pacientes com TEPT decorrente de traumas precoces na infância possuem uma maior redução do hipocampo esquerdo (relacionado com estímulos verbais) e pacientes que desenvolvem TEPT quando adultos apresentam atrofia bilateral ou do hipocampo direito (BREMNER, 1993)

Os achados de neuroimagem têm demonstrado ainda um padrão de resposta exacerbada da amígdala cerebral. Acredita-se que a amígdala tenha participação na atividade menmônica relacionada com estímulo emocional, cujo conteúdo e percepção, no Transtorno de Estresse Pós-Traumático, são causadores de maior alerta, ansiedade e medo. Quanto mais emocionalmente intenso o estímulo, mais difícil fica esquecê-lo, embora paradoxalmente a hiperativação pelo estresse possa produzir amnésias lacunares.

Segundo o neurologista Antonio Damásio, as imagens reconstituídas por evocação caminham em paralelo com aquelas formadas por estimulação

exterior (imagens perceptivas) (DAMÁSIO, 2004). Embora menos vívidas do que as perceptivas, elas continuam a ser imagens, e podem ser revividas a qualquer momento.

O psicólogo Daniel Schacter explica o fenômeno da evocação, ou persistência, como fortemente ligado à vida emocional do indivíduo e à relação entre emoção e memória, demonstrando que incidentes com elevada carga emocional são melhor lembrados do que incidentes não emotivos (SCHACTER, 2001).

A alça emoção/ memória tem início no momento em que a memória se forma, quando a atenção e a elaboração vão determinar se a experiência vivida será posteriormente lembrada ou não. Em estudos realizados, palavras com conteúdo emocional atraem a atenção automaticamente, fixando-as melhor na memória.

O Dr. Daniel Schacter estudou a relação entre o TEPT e a depressão, com a qual encontra-se muito associado. Estudos comparando memórias intrusivas em pacientes traumatizados e em pacientes deprimidos que não haviam experimentado um trauma específico demonstraram maior frequência de memórias intrusivas e flashbacks nos pacientes com TEPT, os quais apresentavam ainda maior quantidade de experiências dissociativas incomuns, onde eles sentiam como se estivessem observando um evento pessoal acontecendo com outra pessoa, como observadores distantes.

No TEPT, existe uma relação do evento estressor com a memória, levando à posterior recordação do mesmo (evocação).

Estímulos diferentes do evento, mas de alguma maneira relacionados a ele, que lembram o ambiente ou as vivências experimentadas pelo indivíduo no momento da ocorrência do trauma, desencadeiam no organismo uma reação neurofisiológica, como se ele estivesse passando pelo trauma novamente. Isso relaciona-se com o papel da amígdala na memória de fundo emocional. Grava-se melhor os eventos com maior conteúdo emocional.

III. Abordagem terapêutica

O tratamento atual do Transtorno de Estresse Pós-Traumático abrange o tratamento farmacológico, psicoterapia e terapia cognitiva.

O tratamento farmacológico do TEPT inclui o uso de antidepressivos tricíclicos, inibidores da monoamino-oxidase, inibidores seletivos de recaptação da serotonina, antidepressivos de segunda geração, anti-adrenérgicos, benzodiazepínicos, anticonvulsivantes, antipsicóticos, agentes opióides e outros medicamentos.

A medicação de primeira escolha são os inibidores de recaptação da serotonina. O tempo de tratamento recomendado é de um período mínimo de cinco semanas para que se obtenha uma resposta terapêutica e de dez a doze semanas para se obter uma resposta adequada ao tratamento. Atualmente, com os estudos da neurociência, busca-se desenvolver antagonistas dos receptores do hormônio liberador de corticotropina extra-hipotalâmico, o qual leva à hiperatividade do sistema de defesa no TEPT.

A psicoterapia no TEPT baseia-se no fato de ser este uma reação fisiológica desenvolvida pelo organismo, como um estágio de elaboração e de reorganização da quebra da homeostase. De acordo com Kaplan, a psicoterapia, em alguns casos, levando à reconstrução dos eventos traumáticos, pode ter efetividade terapêutica. Em outros casos, porém, pode não ser útil, porque alguns pacientes encontram-se muito fragilizados para conseguirem reviver os traumas sofridos.

Outras técnicas de abordagem incluem a terapia cognitivo-comportamental e a hipnose. A terapia cognitivo-comportamental apresenta como principal objetivo uma reestruturação cognitiva a respeito da situação traumática, com uma reorganização e modificação das memórias relacionadas ao trauma. Para que esta técnica possa ser aplicada, é fundamental a cessação da exposição ao evento estressor. É importante também trabalhar junto com o paciente a rede de apoio social que o circunda, como familiares e amigos.

IV. Casos especiais

IV.1. Transtorno de Estresse Pós-Traumático Após o 11 de Setembro em Policiais nos Estados Unidos.

Um trabalho realizado com os policiais de Arlington County que primeiro responderam à situação de emergência no Pentágono no dia 11 de setembro de 2001, auxiliando no resgate às vítimas do ataque nos Estados Unidos, demonstrou que mais de 1/3 deles (36%) apresentaram Transtorno de Estresse Pós-Traumático, correlacionando a quantidade de tempo passada em trabalho no Pentágono com a severidade da apresentação do TEPT.

Em situações rotineiras, 1/3 dos policiais apresentam TEPT em alguma fase de sua vida, devido às condições de trabalho e a exposição frequente a eventos potencialmente estressores no dia a dia. O TEPT em policiais apresenta como característica peculiar a dificuldade do paciente em buscar ajuda e tratamento para o transtorno, devido ao fato de os policiais serem treinados para ajudar e não para pedir ajuda. Esse condicionamento os sobrecarrega com a noção do auto-controle e auto-suficiência. Buscar ajuda para o tratamento do stress não é bem visto no meio policial. Aqueles que buscam aconselhamento psicológico costumam ser estigmatizados pelos colegas como fracos e não confiáveis como parceiro de trabalho.

No estudo referido, comprovou-se a associação entre TEPT e distúrbios do sono entre policiais. Num outro estudo realizado entre 1.000 policiais da Força de Polícia da Nova Zelândia, comprovou-se a importância do bom relacionamento social como fonte de apoio emocional. Um achado importante foi a evidência de que aqueles com maior rede de amparo social e aqueles que costumavam expressar melhor suas emoções apresentavam menor ocorrência de TEPT após exposição a eventos traumáticos.

No caso dos policiais que auxiliaram no resgate no Pentágono, um dado significativo diz respeito ao nível educacional dos mesmos. Os resultados mostraram que quanto menor o nível de instrução do policial, mais sintomas de TEPT ele apresentava. Os policiais com nível superior apresentaram menos sintomas característicos do TEPT.

O resultado final do estudo foi que, isoladamente, o fator mais importante no desenvolvimento do TEPT nos policiais que trabalharam no ataque de 11 de setembro foi o número de horas que cada policial passou no Pentágono. Muitos permaneceram em trabalho ali por várias semanas. Quanto maior o tempo gasto naquele local, maior a quantidade de sintomas característicos do TEPT apresentados. O motivo relatado pelos policiais para o longo tempo de permanência no complexo militar foram o senso de dever e a necessidade de oferecerem uma contribuição significativa à restauração do Pentágono.

IV.2. Transtorno de Estresse Pós-Traumático em Crianças

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático em Crianças tende a interferir no desenvolvimento de todas as áreas da personalidade, devido à especial adaptação e vulnerabilidade nessa fase do desenvolvimento. A prevalência do TEPT em crianças varia de 30 a 100% após a exposição a um evento estressor traumático, dependendo da duração, intensidade e proximidade do acontecimento.

O curso do TEPT em crianças se torna crônico quando ela é submetida a injúrias múltiplas, existem sentimentos de culpa associados e leva à sua participação em processos jurídicos, penais ou civis. Aproximadamente 50% das crianças se recupera nos primeiros três meses. Aproximadamente 30 a 50% delas cronificam o TEPT.

Com respeito à sintomatologia, o TEPT na infância apresenta uma ampla variedade de reações ao trauma, como condutas regressivas (enurese, encoprese, regressão nas habilidades lingüísticas), ansiedade, medo, somatização, depressão, problemas de conduta, isolamento, deficit de atenção, dissociações e transtornos do sono. Algumas se tornam agressivas, outras apresentam-se passivas.

Nos transtornos de ansiedade, apresentam fobias, recordação do evento estressor e ansiedade de separação. Na adolescência, está associado ao consumo de substâncias e depressão. Encontrou-se ainda que as meninas são mais sintomáticas do que os meninos. A resposta da criança ao evento estressor

está relacionada à resposta dos pais a este. Há uma associação entre a sintomatologia dos pais e dos filhos. Não se encontram diferenças significativas com respeito aos estudos transculturais e aos níveis sócio-econômicos.

A longo prazo, encontram-se efeitos no desenvolvimento da criança, com o estabelecimento de condutas de risco. Os efeitos psicopatológicos incluem TEPT crônico, transtorno de personalidade limítrofe, anti-social e narcisista, transtorno de personalidade múltipla (especialmente no trauma ocorrido na idade pré-escolar), automutilações e tentativas de suicídio, abuso de substâncias e alcoolismo.

Quando a exposição ao trauma infantil é continuada, caracteriza a cronificação do TEPT. Como resposta a um estressor crônico, as crianças apresentam medo ou ausência de sentimentos com respeito ao trauma e desenvolvem estratégias de defesa e manejo do estressor crônico como a negação, repressão, dissociação, “auto-anestesia”, “auto-hipnose”, identificação com o agressor e conduta autodestrutiva. Esses fatores vão alterar o funcionamento e desenvolvimento da personalidade.

Ressalta-se a importância do diagnóstico e detecção precoce do TEPT em crianças, a fim de prevenirem-se desordens maiores a médio e a longo prazo e transtornos de desenvolvimento no indivíduo exposto.

Conclusão

A importância do Transtorno de Estresse Pós-Traumático como um problema de saúde primário deve ser reconhecida e enfatizada e os profissionais da área devem estar preparados para diagnosticá-lo precocemente, por ser muitas vezes confundido com hiperatividade, transtorno de conduta, transtorno de humor ou ansiedade.

Em crianças, quanto mais precoce o diagnóstico e tratamento, menores os transtornos de desenvolvimento da personalidade e de ansiedade apresentados a longo prazo. A intervenção e tratamento precoces evitam a cronificação do TEPT, especialmente na presença do evento estressor crônico, que pode levar

a desregulação afetiva, alterações da consciência, distúrbios de auto-percepção e transtornos das relações interpessoais e do sistema de valores, com danos permanentes e graves a toda a personalidade em formação da criança, tanto maiores quanto maior o tempo de exposição ao evento traumático.

Atualmente, a abordagem multi-disciplinar é de grande importância para um manejo adequado do indivíduo que apresenta Transtorno de Estresse Pós-Traumático, incluindo psiquiatras, psicólogos, neurologistas e outros especialistas da saúde, visando o reconhecimento adequado da patologia e o tratamento eficaz para o caso específico. O estilo de vida atual leva à exposição dos indivíduos a inúmeras situações elencadas como desencadeantes do TEPT, que não diagnosticado no momento apropriado passa de um tratamento de baixa complexidade para um nível cada vez maior de envolvimento de profissionais, tempo e afastamento do trabalho com diminuição da capacidade produtiva do indivíduo.

BIBLIOGRAFIA

CAMINHA, Renato Maiato. **Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT)**. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

DAMÁSIO, Antônio R. **O Erro de Descartes**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

KAPLAN, Harold I., SADOCK, Benjamin J., GREEB, Jack A. **Compêndio de Psiquiatria**. 7. ed. São Paulo: Artmed, 2003.

MONTT, Maria Elena; HERMOSILLA, Wladimir. Transtorno de Estrés Post-Traumático en Niños. **Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria**, Santiago, 39 (2): p. 110-120, 2001.

ROBBERS, Monica L. P.; JENKINS, Jonathan Mark.. Symptomatology of Post-Traumatic Stress Disorder among First Responders to the Pentagon on 9/11: A Preliminary Analysis of Arlington County Police First Responders. **Police Practice and Research**, United Kingdom, Vol. 6, No. 3, July, 2005, p. 235-249.

PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Atheneu, 2003.

SCHACTER, Daniel L. **The Seven Sins of Memory**. New York: Houghton Mifflin Company, 2001.

TABORDA, José G. V.; CHALUB, Miguel; ABDALLA-FILHO, Elias. **Psiquiatria Forense**. Porto Alegre: Artmed. 2004.

THYGESEN, P.; HERMANN, K. e WILLANGER, R. Concentration Camp Survivors in Denmark: Persecution, Disease, disability, Compensation. **Danish Medical Bulletin**, 17, 65-108; 1970.

Ana Clélia Freitas

Médica, Pós-Graduada em Direito Criminal e pesquisadora em Biodireito. Membro da American Health Law Association, da Association for the Scientific Study of Consciousness e da Neuroethics Society. Tem artigos publicados em revistas jurídicas e livros publicados.

