

# **TRANSTORNO POR ESTRESSE PÓS TRAUMÁTICO**

**Presidente da Associação Psiquiátrica de Brasília -APBr - ABP.  
Diretor de Pós Graduação da área médica e afins da SOEBRAS.  
Professor convidado da Faculdade de Medicina da FUNORTE.**

# **DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES**

**De acordo com a Norma 1595/2000 do Conselho Federal de Medicina e a Resolução RDC 102/2000 da Agência de Vigilância Sanitária declaro que sou:**

- 1. Membro CISSM / CNS / MS – Suplente.**
- 2. Membro da Comissão Nacional de avaliação dos Hospitais Psiquiátricos / MS – até março de 2006.**
- 3. Coordenador de Saúde Mental da SES do GDF até 06/2006**
- 4. Presidente da APBr - ABP.**
- 5. Diretor de Pós Graduação da área médica e afins da SOEBRAS.**
- 6. Professor convidado da Faculdade de Medicina da FUNORTE.**

# TRANSTORNOS NEURÓTICOS & ESTRESSE (F40 - F43)

- **Fobia Social (Timidez patológica)** F40.1
- **Pânico (Ansiedade paroxística)** F41.0
- **Transtorno de Ansiedade Generalizada (GAD)** F41.1
- **Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)** F42
- **Estresse Pós-Traumático (PTSD) (TEPT)** F43.1
- **Transtornos de Ajustamento** F43.2

# TRANSTORNO POR ESTRESSE PÓS TRAUMÁTICO

## O que é?

O transtorno de estresse pós-traumático pode ser entendido como a perturbação psíquica decorrente e relacionada a um evento fortemente ameaçador ao próprio paciente ou sendo este apenas testemunha da tragédia.

O transtorno consiste num tipo de recordação que é melhor definido como revivescência pois é muito mais forte que uma simples recordação.

# TRANSTORNO POR ESTRESSE PÓS TRAUMÁTICO

## O que é?

Na revivescência além de recordar as imagens o paciente sente como se estivesse vivendo novamente a tragédia com todo o sofrimento que ela causou originalmente.

O transtorno então é a recorrência do sofrimento original de um trauma, que além do próprio sofrimento é desencadeante também de alterações neurofisiológicas e mentais.

# TRANSTORNO POR ESTRESSE PÓS TRAUMÁTICO

**Portanto...**

**O transtorno de estresse pós-traumático acontece quando se vivencia um trauma emocional de grande magnitude.**

**Esses traumas incluem guerras, catástrofes naturais, agressão física, estupro e sérios acidentes.**

# TRANSTORNO POR ESTRESSE PÓS TRAUMÁTICO

## Características:

- Reviver o trauma através de sonhos e de pensamentos;
- Evitar persistentemente coisas que lembrem o trauma;
- Enorme excitação persistente.

# TRANSTORNO POR ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

- **Características:**

A Sintomatologia tardia, protraída e persistente inclui:

- ↪ Revivência (rememoração) parcial do trauma
- ↪ Entorpecimento/ Embotamento emocional/ Anergia
- ↪ Reações de susto (hiperexcitabilidade) ou “fuga”
- ↪ “Explosões” de raiva

# TRANSTORNO POR ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

## Características:

- Exposição prévia a agressão/ trauma/ ameaça a vida
- Condição crônica e incapacitante
- Pacientes sujeitos a dependência química/ abuso de medicamentos.

# TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

## Prevalência:

- 3 % na população geral;
- Dados recentes do levantamento nacional de comorbidades indicam que as taxas de prevalência do Transtorno do Estresse Pós-Traumático são de 5 e 10%, respectivamente entre homens e mulheres americanos.

(Kessler et al., 1996).

# TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

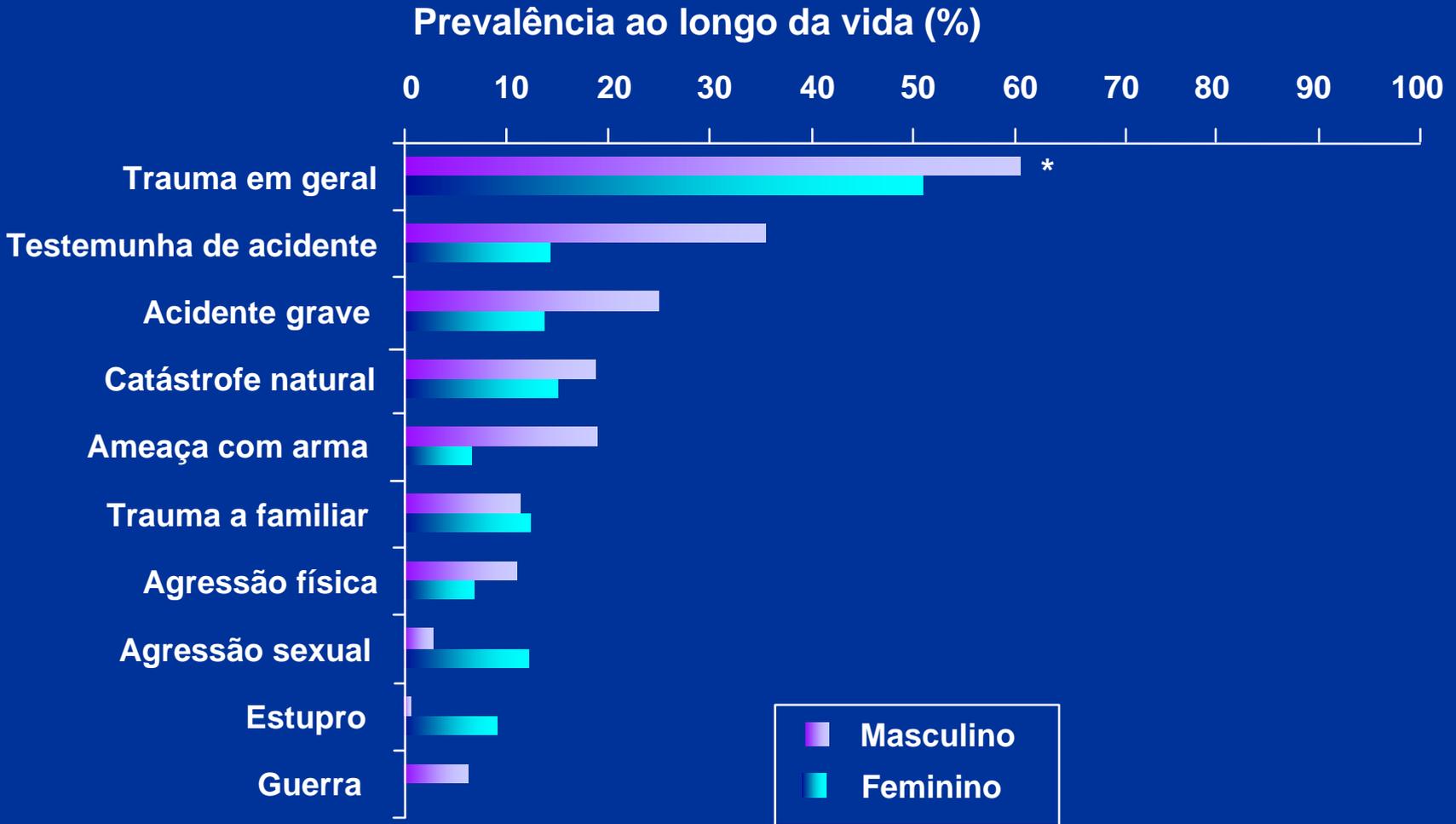
**Shalev (1992) encontra 33% de TEPT em vítimas civis israelenses,**

**Loughrei (1988) achou 23% de TEPT em vítimas do terrorismo em Irlanda do Norte;**

**Abenhaim (1992) encontrou 18% de TEPT em vítimas de atentados na França de 1982 a 87.**

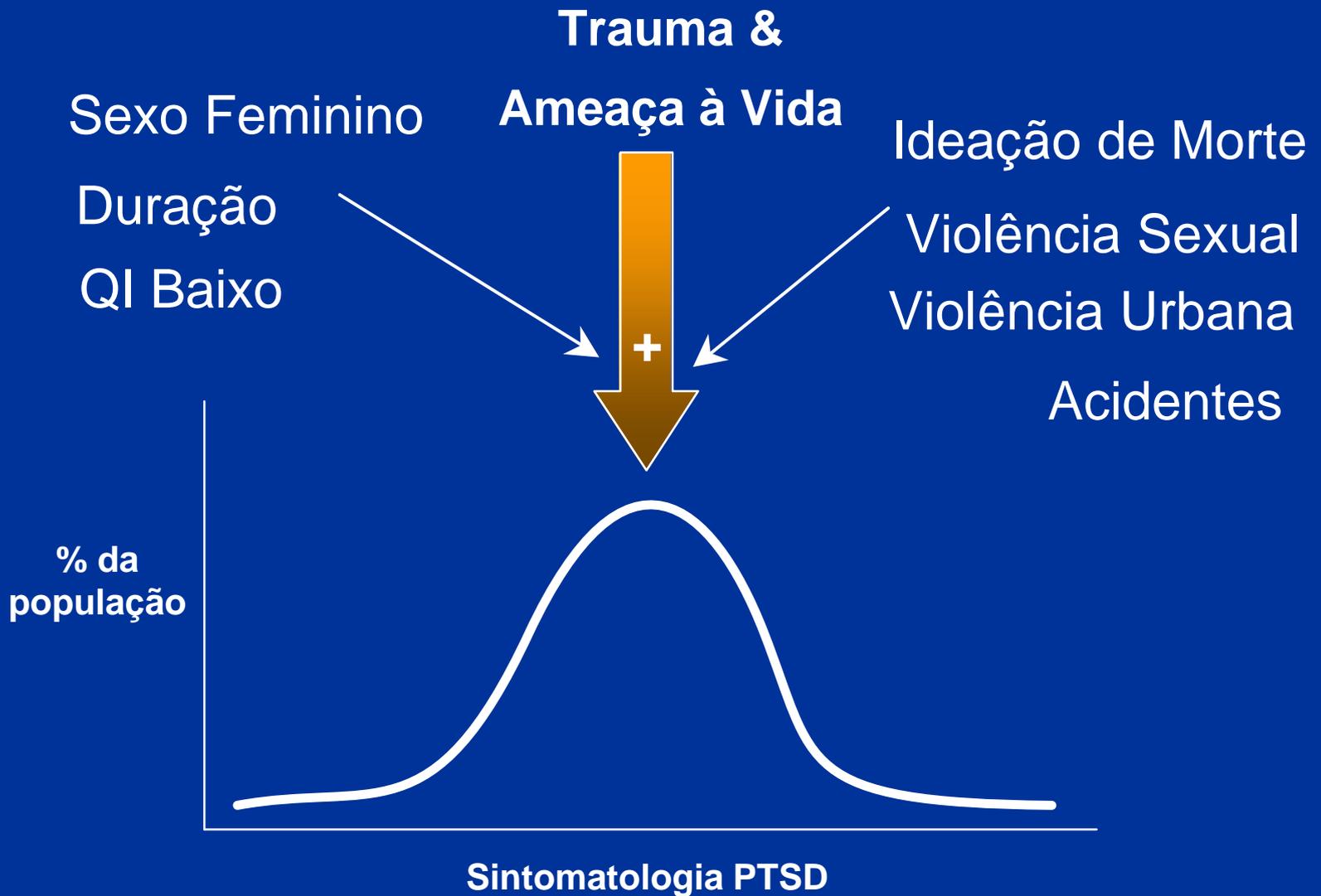
**Para Weisaeth (1989) a incidência do TEPT chega a 54%, nas vítimas do terrorismo e de tortura, um número bastante alarmante.**

# TRANSTORNO POR ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO PREVALÊNCIA & DESENCADEANTES



Kessler RC, et al. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52:1048–1060.

# TEPT & Eventos Traumáticos



# TRANSTORNO POR ESTRESSE PÓS TRAUMÁTICO

## Grupo de Risco e Curso

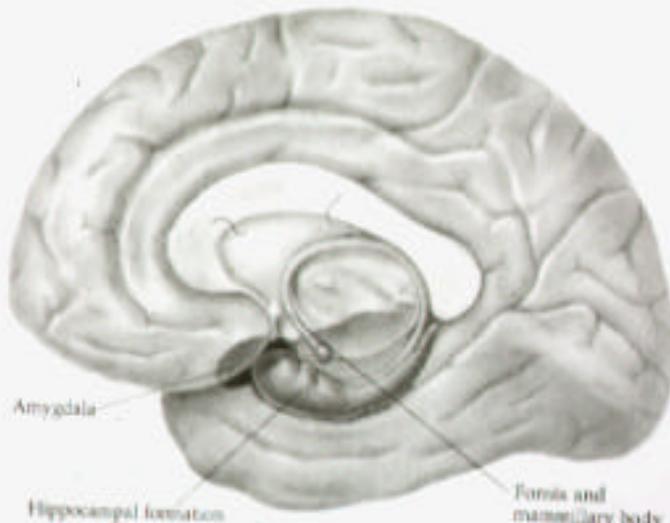
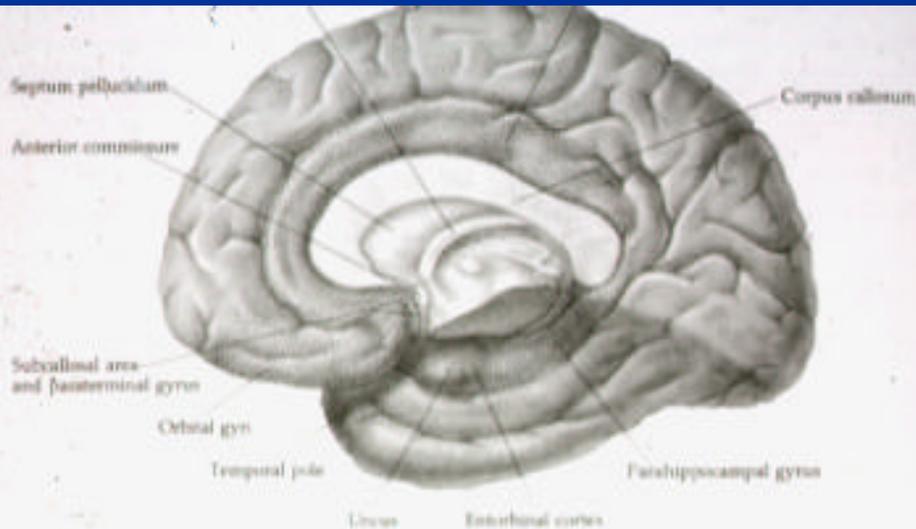
Qualquer pessoa pode desenvolver estresse pós-traumático, desde uma criança até um ancião.

Os sintomas não surgem necessariamente logo após o evento, podem levar meses.

O intervalo mais comum entre evento traumatizante e o início dos sintomas são três meses.

Muitas pessoas se recuperam dos sintomas em seis meses aproximadamente, outras podem ficar com os sintomas durante anos.

# CÉREBRO “ANSIOSO”



- “Circuito do medo”
  - ↪ Amígdala
  - ↪ Tálamo
  - ↪ Córtex sensitivo-associativo
  - ↪ Hipotálamo
  - ↪ Giro do cíngulo

Buchel et al. *Neuron*. 1998;20:947.  
LaBar et al. *Neuron*. 1998;20:937.  
Morris et al. *Nature*. 1998;393:467.

# AMÍGDALA

- **Relê central de coordenação de respostas tipo “medo” (comportamentais e autonômicas)**
- **Múltiplas conexões possibilitam respostas “difusas”.**

Lane et al. *Neuropsychologia*. 1997;35:1437.

Zald et al. *J Cereb Blood Flow Metab*. 1998;18:896.

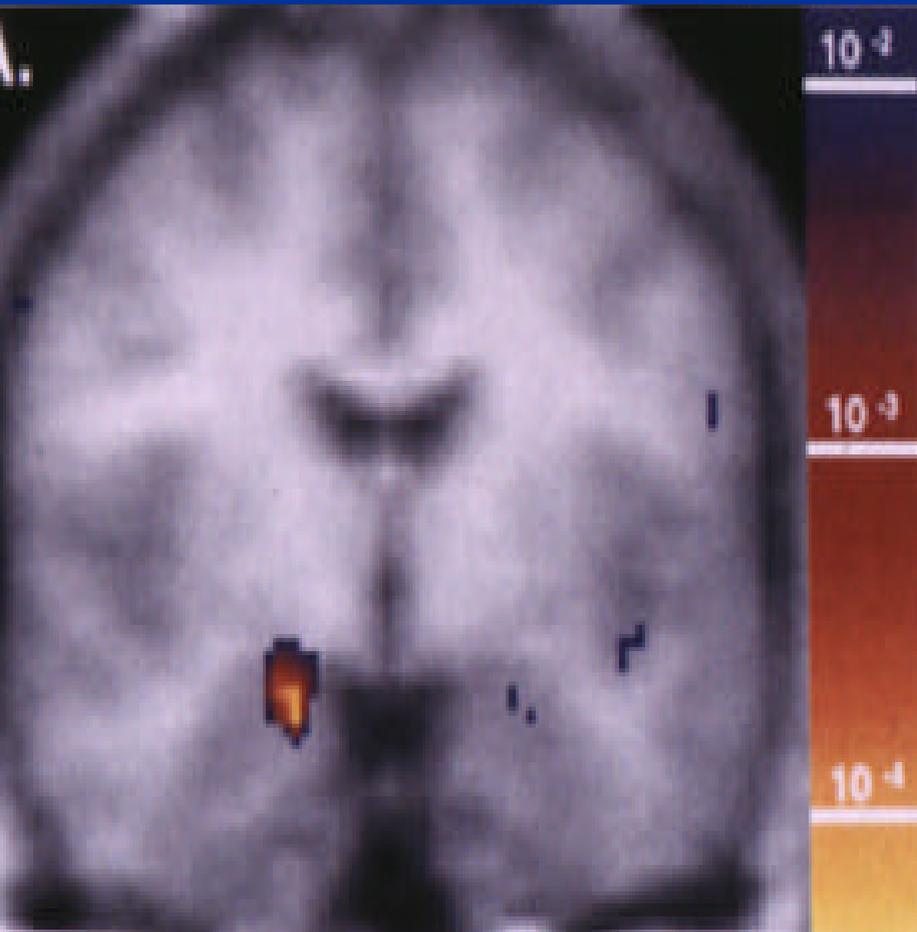
Breiter et al. *Neuron*. 1996;17:875.

Morris et al. *Nature*. 1996;383:812.

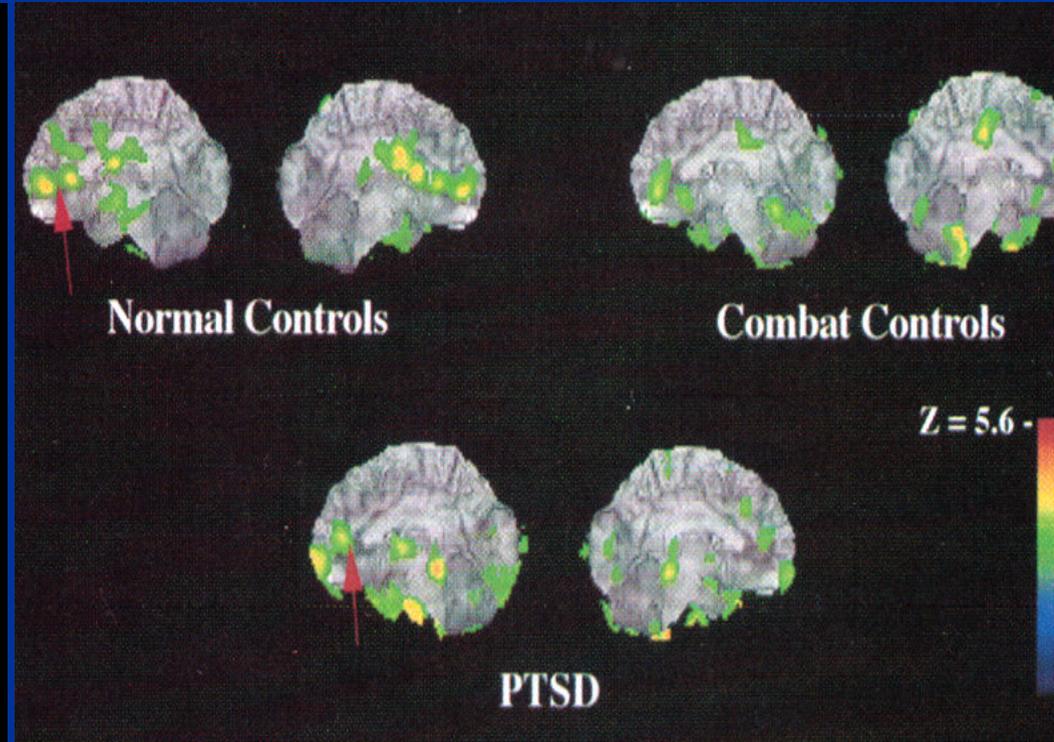
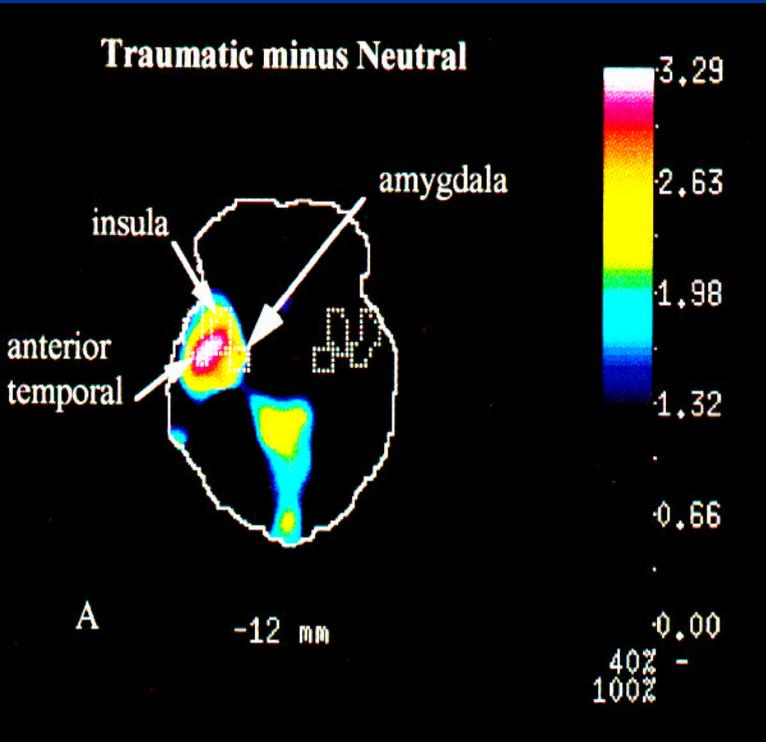
# AMÍGDALA

- Fluxo de sangue aumenta em situações aversivas
- Estimulação elétrica da amígdala gera resposta tipo “pânico”
- Lesões da amígdala:
  - ↳ Comprometem o reconhecimento de expressões de medo;
  - ↳ Comprometem o condicionamento do medo.

# ATIVAÇÃO DIFERENCIAL DA AMÍGDALA SEGUNDO EXPRESSÃO FACIAL



# ATIVAÇÃO DO CÓRTEX PRÉ-FRONTAL E DO CÍNGULO POR SONS DE COMBATE



# DISFUNÇÃO DO CÍNGULO E DA AMÍGDALA

- Incapacidade de inibir impulsos autonômicos
  - ↖ Hiperexcitabilidade
  - ↖ Comportamento de “fuga” ou “susto” excessivo
- Incapacidade de controlar a “memória intrusiva” (córtex pré-frontal)
  - ↖ Especulação & Rememoração

# DISFUNÇÃO DO CÍNGULO E DA AMÍGDALA

- **Alterações volumétricas e metabólicas cerebrais à Ressonância e Espectroscopia Magnética (IRM)**
  - ↪ **Adultos: redução do hipocampo de  $\pm 10\%$**
  - ↪ **Crianças: alargamento dos ventrículos laterais**
  - ↪ **Baixas concentrações de N-acetilaspartato (NAA)**

# OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

- **Redução dos sintomas-chave:**
  - ↳ **Ansiedade, Rememoração e Hiperexcitabilidade**
- **Redução da incapacidade funcional**
- **Possibilitar convívio social/ afetivo**
- **Evitar abuso e dependência química**

# OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

***“As evidências clínicas atuais recomendam o emprego de ISRS, por proverem maior resistência ao estresse, e por tratarem simultaneamente a depressão e ansiedade associadas.”***

International Consensus Group on Depression and Anxiety, Ballenger et al. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 (suppl 5):60–66.

# OPÇÕES TERAPÊUTICAS

- **Psicoterapia:**
  - ↳ **Terapia cognitivo-comportamental efetiva em 50% (relaxamento, resolução estruturada de problemas)**
- **Benzodiazepínicos:**
  - ↳ **Alívio da ansiedade a curto prazo**
  - ↳ **Podem causar deterioração ainda maior do quadro**
  - ↳ **Elevado potencial de abuso**

# OPÇÕES TERAPÊUTICAS

- **Tricíclicos e IMAOs:**
  - ↪ **Eficazes e de baixo custo**
  - ↪ **Cardiotoxicidade e efeitos anticolinérgicos perigosos**
- **ISRS:**
  - ↪ **Paroxetina e Sertralina mostram-se úteis**