
MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS

5ª EDIÇÃO

DSM-5[®]



AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION



American Psychiatric Association

Administração 2012–2013

PRESIDENTE DILIP V. JESTE, M.D.

PRESIDENTE-ELEITO JEFFREY A. LIEBERMAN, M.D.

TESOUREIRO DAVID FASSLER, M.D.

SECRETÁRIO ROGER PEELE, M.D.

Assembleia

ORADOR R. SCOTT BENSON, M.D.

ORADOR-ELEITO MELINDA L. YOUNG, M.D.

Conselho Administrativo

JEFFREY AKAKA, M.D.

CAROL A. BERNSTEIN, M.D.

BRIAN CROWLEY, M.D.

ANITA S. EVERETT, M.D.

JEFFREY GELLER, M.D., M.P.H.

MARC DAVID GRAFF, M.D.

JAMES A. GREENE, M.D.

JUDITH F. KASHTAN, M.D.

MOLLY K. McVOY, M.D.

JAMES E. NININGER, M.D.

JOHN M. OLDHAM, M.D.

ALAN F. SCHATZBERG, M.D.

ALIK S. WIDGE, M.D., PH.D.

ERIK R. VANDERLIP, M.D.,

ADMINISTRADOR-ELEITO EM TREINAMENTO



M294 Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico] : DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014.

Editado também como livro impresso em 2014.
ISBN 978-85-8271-089-0

1. Psiquiatria. 2. Transtornos mentais. I. American Psychiatric Association.

CDU 616.89-008

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS

5ª EDIÇÃO

DSM-5[®]

Revisão técnica:

Aristides Volpato Cordioli (coordenação)

Doutor em Ciências Médicas: Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
Professor aposentado do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS.

Christian Kieling

Psiquiatra, Psiquiatra da Infância e da Adolescência (HCPA/UFRGS).

Mestre e Doutor em Psiquiatria pela UFRGS.

Professor do Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria da UFRGS.

Cristiano Tschiedel Belem da Silva

Psiquiatra (HSL/PUCRS). Doutorando no Programa de Pós-graduação
em Ciências Médicas: Psiquiatria da UFRGS.

Ives Cavalcante Passos

Psiquiatra (HCPA/UFRGS).

Doutorando no Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria da UFRGS.

Mário Tregnago Barcellos

Psiquiatra, Psicoterapeuta (HCPA/UFRGS).

Especialista em Psicoterapia de Orientação Analítica (CELG/UFRGS).

Membro Aspirante da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre (SPPA).

Versão impressa
desta obra: 2014



2014

Transtorno de Estresse Pós-traumático

Critérios Diagnósticos

309.81 (F43.10)

Transtorno de estresse pós-traumático

Nota: Os critérios a seguir aplicam-se a adultos, adolescentes e crianças acima de 6 anos de idade. Para crianças com menos de 6 anos, consulte os critérios correspondentes a seguir.

- A. Exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual em uma (ou mais) das seguintes formas:
1. Vivenciar diretamente o evento traumático.
 2. Testemunhar pessoalmente o evento traumático ocorrido com outras pessoas.
 3. Saber que o evento traumático ocorreu com familiar ou amigo próximo. Nos casos de episódio concreto ou ameaça de morte envolvendo um familiar ou amigo, é preciso que o evento tenha sido violento ou acidental.
 4. Ser exposto de forma repetida ou extrema a detalhes aversivos do evento traumático (p. ex., socorristas que recolhem restos de corpos humanos; policiais repetidamente expostos a detalhes de abuso infantil).
- Nota:** O Critério A4 não se aplica à exposição por meio de mídia eletrônica, televisão, filmes ou fotografias, a menos que tal exposição esteja relacionada ao trabalho.
- B. Presença de um (ou mais) dos seguintes sintomas intrusivos associados ao evento traumático, começando depois de sua ocorrência:
1. Lembranças intrusivas angustiantes, recorrentes e involuntárias do evento traumático.
Nota: Em crianças acima de 6 anos de idade, pode ocorrer brincadeira repetitiva na qual temas ou aspectos do evento traumático são expressos.
 2. Sonhos angustiantes recorrentes nos quais o conteúdo e/ou o sentimento do sonho estão relacionados ao evento traumático.
Nota: Em crianças, pode haver pesadelos sem conteúdo identificável.
 3. Reações dissociativas (p. ex., *flashbacks*) nas quais o indivíduo sente ou age como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente. (Essas reações podem ocorrer em um *continuum*, com a expressão mais extrema na forma de uma perda completa de percepção do ambiente ao redor.)
Nota: Em crianças, a reencenação específica do trauma pode ocorrer na brincadeira.
 4. Sofrimento psicológico intenso ou prolongado ante a exposição a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático.
 5. Reações fisiológicas intensas a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático.
- C. Evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático, começando após a ocorrência do evento, conforme evidenciado por um ou ambos dos seguintes aspectos:
1. Evitação ou esforços para evitar recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático.
 2. Evitação ou esforços para evitar lembranças externas (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos, situações) que despertem recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático.
- D. Alterações negativas em cognições e no humor associadas ao evento traumático começando ou piorando depois da ocorrência de tal evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspectos:
1. Incapacidade de recordar algum aspecto importante do evento traumático (geralmente devido a amnésia dissociativa, e não a outros fatores, como traumatismo craniano, álcool ou drogas).
 2. Crenças ou expectativas negativas persistentes e exageradas a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo (p. ex., “Sou mau”, “Não se deve confiar em ninguém”, “O mundo é perigoso”, “Todo o meu sistema nervoso está arruinado para sempre”).

3. Cognições distorcidas persistentes a respeito da causa ou das consequências do evento traumático que levam o indivíduo a culpar a si mesmo ou os outros.
 4. Estado emocional negativo persistente (p. ex., medo, pavor, raiva, culpa ou vergonha).
 5. Interesse ou participação bastante diminuída em atividades significativas.
 6. Sentimentos de distanciamento e alienação em relação aos outros.
 7. Incapacidade persistente de sentir emoções positivas (p. ex., incapacidade de vivenciar sentimentos de felicidade, satisfação ou amor).
- E. Alterações marcantes na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático, começando ou piorando após o evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspectos:
1. Comportamento irritadiço e surtos de raiva (com pouca ou nenhuma provocação) geralmente expressos sob a forma de agressão verbal ou física em relação a pessoas e objetos.
 2. Comportamento imprudente ou autodestrutivo.
 3. Hipervigilância.
 4. Resposta de sobressalto exagerada.
 5. Problemas de concentração.
 6. Perturbação do sono (p. ex., dificuldade para iniciar ou manter o sono, ou sono agitado).
- F. A perturbação (Critérios B, C, D e E) dura mais de um mês.
- G. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- H. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., medicamento, álcool) ou a outra condição médica.

Determinar o subtipo:

Com sintomas dissociativos: Os sintomas do indivíduo satisfazem os critérios de transtorno de estresse pós-traumático, e, além disso, em resposta ao estressor, o indivíduo tem sintomas persistentes ou recorrentes de:

1. **Despersonalização:** Experiências persistentes ou recorrentes de sentir-se separado e como se fosse um observador externo dos processos mentais ou do corpo (p. ex., sensação de estar em um sonho; sensação de irrealidade de si mesmo ou do corpo ou como se estivesse em câmera lenta).
2. **Desrealização:** Experiências persistentes ou recorrentes de irrealidade do ambiente ao redor (p. ex., o mundo ao redor do indivíduo é sentido como irreal, onírico, distante ou distorcido).

Nota: Para usar esse subtipo, os sintomas dissociativos não podem ser atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., apagões, comportamento durante intoxicação alcoólica) ou a outra condição médica (p. ex., convulsões parciais complexas).

Especificar se:

Com expressão tardia: Se todos os critérios diagnósticos não forem atendidos até pelo menos seis meses depois do evento (embora a manifestação inicial e a expressão de alguns sintomas possam ser imediatas).

Transtorno de estresse pós-traumático em crianças de 6 anos ou menos

- A. Em crianças de 6 anos ou menos, exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual em uma (ou mais) das seguintes formas:
1. Vivenciar diretamente o evento traumático.
 2. Testemunhar pessoalmente o evento ocorrido com outras pessoas, especialmente cuidadores primários.
Nota: O testemunho não inclui eventos vistos apenas em mídia eletrônica, televisão, filmes ou fotografias.
 3. Saber que o evento traumático ocorreu com pai/mãe ou cuidador.
- B. Presença de um (ou mais) dos seguintes sintomas intrusivos associados ao evento traumático, começando depois de sua ocorrência:
1. Lembranças intrusivas angustiantes, recorrentes e involuntárias do evento traumático.
Nota: Lembranças espontâneas e intrusivas podem não parecer necessariamente angustiantes e podem ser expressas como reencenação em brincadeiras.

2. Sonhos angustiantes recorrentes nos quais o conteúdo e/ou a emoção do sonho estão relacionados ao evento traumático.
Nota: Pode não ser possível determinar que o conteúdo assustador está relacionado ao evento traumático.
 3. Reações dissociativas (p. ex., *flashbacks*) nas quais a criança sente ou age como se o evento traumático estivesse acontecendo novamente. (Essas reações podem ocorrer em um *continuum*, com a expressão mais extrema manifestada como uma perda completa da percepção do ambiente ao redor.) Essa reencenação específica do trauma pode ocorrer na brincadeira.
 4. Sofrimento psicológico intenso ou prolongado ante a exposição a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático.
 5. Reações fisiológicas intensas a lembranças do evento traumático.
- C. Um (ou mais) dos seguintes sintomas, representando evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático ou alterações negativas em cognições e no humor associadas ao evento traumático, deve estar presente, começando depois do evento ou piorando após sua ocorrência.

Evitação persistente de estímulos

1. Evitação ou esforços para evitar atividades, lugares ou lembranças físicas que despertem recordações do evento traumático.
2. Evitação ou esforços para evitar pessoas, conversas ou situações interpessoais que despertem recordações do evento traumático.

Alterações negativas em cognições

3. Frequência substancialmente maior de estados emocionais negativos (p. ex., medo, culpa, tristeza, vergonha, confusão).
 4. Interesse ou participação bastante diminuídos em atividades significativas, incluindo redução do brincar.
 5. Comportamento socialmente retraído.
 6. Redução persistente na expressão de emoções positivas.
- D. Alterações na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático, começando ou piorando depois de sua ocorrência, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspectos:
1. Comportamento irritadiço ou surtos de raiva (com pouca ou nenhuma provocação) geralmente manifestados como agressão verbal ou física em relação a pessoas ou objetos (incluindo acessos de raiva extremos).
 2. Hipervigilância.
 3. Respostas de sobressalto exageradas.
 4. Problemas de concentração.
 5. Perturbação do sono (p. ex., dificuldade em iniciar ou manter o sono, ou sono agitado).
- E. A perturbação dura mais de um mês.
- F. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo nas relações com pais, irmãos, amigos ou outros cuidadores ou no comportamento na escola.
- G. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., medicamento ou álcool) ou a outra condição médica.

Determinar o subtipo:

Com sintomas dissociativos: Os sintomas do indivíduo satisfazem os critérios para transtorno de estresse pós-traumático, e o indivíduo sofre sintomas persistentes ou recorrentes de:

1. **Despersonalização:** Experiências persistentes ou recorrentes de sentir-se separado e como se fosse um observador externo dos processos mentais ou do corpo (p. ex., sensação de estar em um sonho; sensação de irrealidade de si mesmo ou do corpo ou como se estivesse em câmera lenta).
2. **Desrealização:** Experiências persistentes ou recorrentes de irrealidade do ambiente ao redor (p. ex., o mundo ao redor do indivíduo é sentido como irreal, onírico, distante ou distorcido).

Nota: Para usar esse subtipo, é preciso que os sintomas dissociativos não sejam atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., apagões) ou a outra condição médica (p. ex., convulsões parciais complexas).

Especificar se:

Com expressão tardia: Se todos os critérios diagnósticos não forem atendidos até pelo menos seis meses depois do evento (embora a manifestação inicial e a expressão de alguns sintomas possam ser imediatas).

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno de estresse pós-traumático é o desenvolvimento de sintomas característicos após a exposição a um ou mais eventos traumáticos. As reações emocionais ao evento traumático (p. ex., medo, desespero, horror) não fazem mais parte do Critério A. A apresentação clínica do TEPT varia. Em alguns indivíduos, sintomas de revivência do medo, emocionais e comportamentais podem predominar. Em outros, estados de humor anedônicos ou disfóricos e cognições negativas podem ser mais perturbadores. Em alguns outros, a excitação e sintomas reativos externalizantes são proeminentes, enquanto em outros, sintomas dissociativos predominam. Por fim, algumas pessoas exibem combinações desses padrões de sintomas.

Os eventos traumáticos do Critério A sofridos diretamente incluem, mas não se limitam a, exposição a guerra como combatente ou civil, ameaça ou ocorrência real de agressão física (ataque físico, assalto, furto, abuso físico infantil), ameaça ou ocorrência real de violência sexual (p. ex., penetração sexual forçada, penetração sexual facilitada por álcool/droga, contato sexual abusivo, abuso sexual sem contato, tráfico sexual), sequestro, ser mantido refém, ataque terrorista, tortura, encarceramento como prisioneiro de guerra, desastres naturais ou perpetrados pelo homem e acidentes automobilísticos graves. Para crianças, eventos sexualmente violentos podem incluir experiências sexuais inapropriadas em termos do estágio de desenvolvimento sem violência física ou lesão. Uma doença potencialmente fatal ou uma condição clínica debilitante não são consideradas necessariamente eventos traumáticos. Incidentes médicos que se qualificam como eventos traumáticos incluem eventos súbitos e catastróficos (p. ex., despertar durante uma cirurgia, choque anafilático). Eventos testemunhados incluem, mas não se limitam a, observação de ameaça de lesão ou lesão real grave, morte natural, abuso físico ou sexual de outra pessoa em virtude de agressão violenta, violência doméstica, acidente, guerra ou desastre ou catástrofe médica envolvendo um filho (p. ex., uma hemorragia potencialmente fatal). A exposição indireta por ter conhecimento do evento está limitada a experiências que afetam parentes ou amigos próximos e experiências violentas ou acidentais (p. ex., morte por causas naturais não se qualifica). Esses eventos incluem ataque pessoal violento, suicídio, acidente grave e lesão grave. O transtorno pode ser especialmente grave ou duradouro quando o estressor é interpessoal e intencional (p. ex., tortura, violência sexual).

O evento traumático pode ser revivenciado de diversas maneiras. É comum que a pessoa tenha lembranças recorrentes, involuntárias e intrusivas do evento (Critério B1). As lembranças intrusivas no TEPT são distintas das ruminatórias depressivas no sentido de que só se aplicam a recordações angustiantes involuntárias e intrusivas. A ênfase é nas lembranças recorrentes do evento, as quais normalmente incluem componentes comportamentais sensoriais, emocionais ou fisiológicos. Um sintoma comum de revivência são sonhos angustiantes que repetem o evento em si ou são representativos ou relacionados tematicamente às ameaças principais envolvidas no evento traumático (Critério B2). A pessoa pode sofrer estados dissociativos que duram desde alguns segundos até várias horas ou até mesmo dias, durante os quais aspectos do evento são revividos e a pessoa se comporta como se o evento estivesse ocorrendo naquele momento (Critério B3). Esses eventos ocorrem em um *continuum* desde intrusões visuais ou sensoriais breves de parte do evento traumático sem perda de senso de realidade até a perda total de percepção do ambiente ao redor. Esses episódios, conhecidos como *flashbacks*, são geralmente breves, mas

podem estar associados a sofrimento prolongado e excitação elevada. No caso de crianças pequenas, a reencenação de eventos relacionados ao trauma pode aparecer na brincadeira ou em estados dissociativos. Frequentemente ocorre sofrimento psicológico intenso (Critério B4) ou reatividade fisiológica (Critério B5) quando o indivíduo é exposto a eventos precipitadores que se assemelham a ou simbolizam algum aspecto do evento traumático (p. ex., dias ventosos depois de um furacão; ver alguém parecido com o criminoso). O fator desencadeante pode ser uma sensação física (p. ex., tontura para sobreviventes de traumatismo craniano; frequência cardíaca acelerada para uma criança previamente traumatizada), particularmente para indivíduos com quadros altamente somáticos.

Estímulos associados ao trauma são evitados de maneira persistente (p. ex., sempre ou quase sempre). O indivíduo costuma fazer esforços deliberados para evitar pensamentos, lembranças, sentimentos ou diálogos a respeito do evento traumático (p. ex., utilizando técnicas de distração para evitar recordações internas) (Critério C1) e para evitar atividades, objetos, situações ou pessoas que desencadeiem lembranças do evento (Critério C2).

Alterações negativas em cognições ou no humor associadas ao evento surgem ou pioram depois da exposição a ele. Essas alterações negativas podem assumir várias formas, incluindo incapacidade de recordar algum aspecto importante do evento traumático; esse tipo de amnésia deve-se essencialmente a amnésia dissociativa, e não a lesão craniana, álcool ou drogas (Critério D1). Outra forma são expectativas negativas exageradas e persistentes (i.e., sempre ou quase sempre) a respeito de aspectos importantes da vida que se aplicam à vítima, a outras pessoas ou ao futuro (p. ex., “Sempre tive pouco discernimento”; “Não se pode confiar em figuras de autoridade”) que podem se manifestar como uma mudança negativa na identidade percebida desde o trauma (p. ex., “Nunca mais poderei confiar em alguém”; Critério D2). Indivíduos com TEPT podem ter cognições errôneas persistentes a respeito das causas do evento traumático que as levam a se culpar ou a culpar os outros (p. ex., “É culpa minha ter sido abusada pelo meu tio”) (Critério D3). Um estado de humor negativo persistente (p. ex., medo, horror, raiva, culpa, vergonha) surge ou piora depois da exposição ao evento (Critério D4). O indivíduo pode apresentar interesse ou participação notadamente menor em atividades que antes eram prazerosas (Critério D5), sentindo-se alheio ou isolado de outras pessoas (Critério D6), ou incapacidade persistente de sentir emoções positivas (especialmente felicidade, alegria, satisfação ou emoções associadas a intimidade, ternura e sexualidade) (Critério D7).

Indivíduos com TEPT podem irritar-se facilmente e até mesmo adotar um comportamento físico e/ou verbal agressivo com pouca ou nenhuma provocação (p. ex., gritar com os outros, envolver-se em brigas, destruir objetos) (Critério E1). Eles podem também adotar um comportamento imprudente ou autodestrutivo, como direção perigosa, uso excessivo de álcool ou drogas, ou um comportamento automutilante ou suicida (Critério E2). O TEPT é com frequência caracterizado por hipersensibilidade a ameaças potenciais, incluindo as relacionadas à experiência traumática (p. ex., depois de um acidente automobilístico, ficar especialmente sensível à ameaça potencial representada por carros ou caminhões) e as não relacionadas ao evento traumático (p. ex., medo de sofrer infarto agudo do miocárdio) (Critério E3). Indivíduos com TEPT podem mostrar-se bastante reativos a estímulos inesperados, exibindo uma resposta de sobressalto intensa ou tensão/nervosismo a ruídos elevados ou movimentos inesperados (p. ex., pulando de susto em resposta ao toque de um telefone) (Critério E4). Dificuldades de concentração, incluindo dificuldade para lembrar de eventos diários (p. ex., esquecer o número do próprio telefone) ou participar de tarefas que exigem concentração (p. ex., acompanhar uma conversa por um determinado período), são comumente relatadas (Critério E5). Problemas para iniciar e manter o sono são comuns e podem estar associados a pesadelos e preocupações com a segurança ou a hiperexcitação generalizada, que interfere no sono adequado (Critério E6). Alguns indivíduos também sofrem sintomas dissociativos persistentes de distanciamento do próprio corpo (despersonalização) ou do mundo ao redor (desrealização); isso se reflete no especificador “com sintomas dissociativos”.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

A regressão do desenvolvimento, como a perda da fala em crianças pequenas, pode ocorrer. Pseudoalucinações auditivas, como ter a experiência sensorial de escutar seus próprios pensamentos ditos em uma voz ou em vozes diferentes, bem como ideias paranoides, podem estar presentes. Depois de eventos traumáticos graves, prolongados e repetidos (p. ex., abuso infantil, tortura), o indivíduo pode apresentar também dificuldades na regulação de emoções ou para manter relacionamentos interpessoais estáveis, ou ainda sintomas dissociativos. Quando o evento traumático produz morte violenta, sintomas de luto complicado e TEPT podem estar presentes.

Prevalência

Nos Estados Unidos, o risco ao longo da vida projetado para TEPT usando critérios do DSM-IV aos 75 anos de idade é de 8,7%. A prevalência em 12 meses entre adultos norte-americanos é de aproximadamente 3,5%. Estimativas menores são vistas na Europa e na maioria dos países da Ásia, da África e da América Latina, agrupando-se em torno de 0,5 a 1,0%. Apesar de grupos distintos terem níveis diferentes de exposição a eventos traumáticos, a probabilidade condicional de desenvolver TEPT depois de um nível semelhante de exposição também pode variar entre os grupos culturais. As taxas de TEPT são maiores entre veteranos de guerra e outros cuja ocupação aumente o risco de exposição traumática (p. ex., policiais, bombeiros, socorristas). As taxas mais altas (desde um terço a mais da metade dos expostos) são encontradas entre sobreviventes de estupro, combate e captura militar, em sobreviventes de campo de concentração e genocídio com motivação étnica ou política. A prevalência do transtorno pode variar de acordo com o desenvolvimento; crianças e adolescentes, incluindo crianças em idade pré-escolar, geralmente têm exibido uma prevalência menor depois da exposição a eventos traumáticos graves; entretanto, esse fato pode se dever às informações insuficientes, nos critérios prévios, quanto ao desenvolvimento. A prevalência de TEPT completo também parece ser menor entre adultos mais velhos comparados à população em geral; há evidências de que apresentações subclínicas são mais comuns do que TEPT completo na velhice e de que esses sintomas estão associados a um prejuízo clínico substancial. Comparados a brancos norte-americanos não latinos, taxas maiores do transtorno foram relatadas entre latinos norte-americanos, afro-americanos e nativos americanos, e taxas menores relatadas entre americanos asiáticos, depois de ajustes por exposição traumática e variáveis demográficas.

Desenvolvimento e Curso

O TEPT pode ocorrer em qualquer idade a partir do primeiro ano de vida. Os sintomas geralmente se manifestam dentro dos primeiros três meses depois do trauma, embora possa haver um atraso de meses, ou até anos, antes de os critérios para o diagnóstico serem atendidos. Existem evidências abundantes para o que o DSM-IV chamou de “início tardio”, mas que agora é chamado de “expressão tardia”, com o reconhecimento de que alguns sintomas normalmente se manifestam imediatamente e de que a demora está em satisfazer plenamente os critérios.

Com frequência, a reação de um indivíduo a um trauma satisfaz inicialmente os critérios para transtorno de estresse agudo imediatamente após o trauma. Os sintomas de TEPT e a predominância relativa de diferentes sintomas podem variar com o tempo. A duração dos sintomas também varia, com a recuperação completa em três meses ocorrendo em aproximadamente metade dos adultos, enquanto alguns indivíduos permanecem sintomáticos por mais de 12 meses e às vezes por mais de 50 anos. A recorrência e a intensificação dos sintomas podem ocorrer em resposta a recordações do trauma original, estressores na vida presente ou experiências de eventos traumáticos novos. No caso de indivíduos mais velhos, a deterioração da saúde, a piora do funcionamento cognitivo e o isolamento social podem exacerbar sintomas de TEPT.

A expressão clínica da revivência pode variar de acordo com o desenvolvimento. Crianças pequenas podem relatar o surgimento de sonhos assustadores sem conteúdo específico do evento

traumático. Antes dos 6 anos de idade (ver critérios para o subtipo pré-escolar), as crianças pequenas são mais propensas a expressar sintomas de revivência por meio da brincadeira que se refere direta ou simbolicamente ao trauma. Elas podem não manifestar reações de medo no momento da exposição ou durante a revivência. Os pais podem relatar uma ampla gama de mudanças emocionais ou comportamentais nas crianças pequenas. As crianças podem focar em intervenções imaginárias nos seus jogos ou ao contar histórias. Além da evitação, elas podem ficar apreensivas com lembranças. Em virtude das limitações das crianças pequenas para expressar pensamentos e definir emoções, alterações negativas no humor ou na cognição tendem a envolver essencialmente mudanças de humor. As crianças podem vivenciar traumas concomitantes (p. ex., abuso físico, testemunho de violência doméstica) e, em circunstâncias crônicas, talvez não consigam identificar o início da sintomatologia. O comportamento de evitação pode estar associado a restrição do brincar ou do comportamento exploratório em crianças pequenas; participação reduzida em novas atividades em crianças de idade escolar; ou relutância em buscar o que o desenvolvimento oportuniza em adolescentes (p. ex., namorar, dirigir). Crianças mais velhas e adolescentes podem julgar-se covardes. Os adolescentes podem nutrir crenças de terem mudado a ponto de terem-se tornado socialmente indesejáveis e estranhos a seus pares (p. ex., “Agora nunca mais vou me encaixar”) e perder aspirações para o futuro. O comportamento irritado ou agressivo em crianças e adolescentes pode interferir nas relações com os colegas e na conduta escolar. O comportamento imprudente pode levar a lesões acidentais a si mesmo ou a outras pessoas, busca de emoções fortes ou comportamentos de alto risco. Indivíduos que continuam a sofrer de TEPT na idade adulta avançada podem apresentar menos sintomas de hiperexcitação, evitação e cognições e humor negativos comparados a adultos mais jovens com o transtorno, embora adultos expostos a eventos traumáticos posteriormente na velhice possam manifestar mais evitação, hiperexcitação, problemas de sono e crises de choro do que adultos mais jovens expostos aos mesmos eventos traumáticos. Nos mais velhos, o transtorno está associado a percepções de saúde negativas, utilização da rede de atenção básica e ideação suicida.

Fatores de Risco e Prognóstico

Os fatores de risco (e de proteção) geralmente são divididos em fatores pré-traumáticos, peritraumáticos e pós-traumáticos.

Fatores pré-traumáticos

Temperamentais. Incluem problemas emocionais na infância até os 6 anos de idade (p. ex., exposição traumática pregressa, problemas de ansiedade ou externalizações) e transtornos mentais prévios (p. ex., transtorno de pânico, transtorno depressivo, TEPT ou transtorno obsessivo-compulsivo [TOC]).

Ambientais. Incluem *status* socioeconômico mais baixo; grau de instrução inferior; exposição anterior a trauma (especialmente durante a infância); adversidades na infância (p. ex., privação econômica, disfunção familiar, separação ou morte dos pais); características culturais (p. ex., estratégias de enfrentamento pessimistas ou de autoacusação); inteligência inferior; *status* de minoria racial/étnica; e história psiquiátrica familiar. O apoio social antes da exposição ao evento é protetor.

Genéticos e fisiológicos. Incluem gênero feminino e idade mais jovem no momento da exposição ao trauma (para adultos). Alguns genótipos podem ser ou protetores, ou promotores do risco de desenvolver TEPT depois da exposição a eventos traumáticos.

Fatores peritraumáticos

Ambientais. Incluem gravidade (dose) do trauma (quanto maior a magnitude do trauma, maior a probabilidade de TEPT), ameaça percebida à vida, lesão pessoal, violência interpessoal (particularmente trauma perpetrado por um cuidador ou envolvendo uma ameaça presenciada a um cuidador em crianças) e, para pessoal militar, ser um perpetrador, testemunhar atrocidades

ou matar o inimigo. Por fim, a dissociação que ocorre durante o trauma e persiste subsequentemente é um fator de risco.

Fatores pós-traumáticos

Temperamentais. Incluem avaliações negativas, estratégias de enfrentamento inapropriadas e desenvolvimento de transtorno de estresse agudo.

Ambientais. Incluem exposição subsequente a lembranças desagradáveis repetidas, eventos de vida adversos subsequentes e perdas financeiras ou outras perdas relacionadas ao trauma. O apoio social (incluindo estabilidade familiar para crianças) é um fator protetor que modera a evolução depois do trauma.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

O risco do surgimento e da gravidade do TEPT pode diferir entre grupos culturais em função da variação no tipo de exposição traumática (p. ex., genocídio), do impacto do significado atribuído ao evento traumático na gravidade do transtorno (p. ex., incapacidade de fazer os ritos funerários depois um evento com mortes em massa), do contexto sociocultural vigente (p. ex., morar entre criminosos não punidos em contextos pós-conflito) e de outros fatores culturais (p. ex., estresse de aculturação em imigrantes). O risco relativo de TEPT de exposições específicas (p. ex., perseguição religiosa) pode variar entre grupos culturais. A expressão clínica dos sintomas ou conjuntos de sintomas de TEPT pode variar em termos culturais, particularmente com relação a sintomas de evitação e torpor, sonhos angustiantes e sintomas somáticos (p. ex., tontura, falta de ar, sensações de calor).

Síndromes e expressões idiomáticas culturais para o sofrimento influenciam a expressão de TEPT e a gama de transtornos comórbidos em culturas diferentes ao propiciar modelos comportamentais e cognitivos que associam exposições traumáticas a sintomas específicos. Por exemplo, sintomas de ataque de pânico podem estar salientados no TEPT entre cambojanos e latino-americanos em virtude da associação de exposição traumática com ataques de *khyâl* semelhantes ao pânico e *ataque de nervios*. A avaliação abrangente das expressões locais de TEPT deverá incluir a análise de conceitos culturais de sofrimento (ver capítulo “Formulação Cultural”, na Seção III).

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

O TEPT é mais prevalente no sexo feminino do que no masculino ao longo da vida. Mulheres na população em geral sofrem TEPT de duração maior do que os homens. Pelo menos parte do risco maior de TEPT no sexo feminino parece ser atribuível a uma probabilidade maior de exposição a eventos traumáticos, como estupro e outras formas de violência interpessoal. Em populações expostas especificamente a esses estressores, as diferenças de gênero no risco de TEPT são atenuadas ou não significativas.

Risco de Suicídio

Eventos traumáticos, como abuso infantil, aumentam o risco de suicídio de uma pessoa. O TEPT está associado a ideação suicida e tentativas de suicídio, e a presença do transtorno pode indicar quais indivíduos com essa ideação acabam elaborando um plano de suicídio ou de fato tentam cometer suicídio.

Consequências Funcionais do Transtorno de Estresse Pós-traumático

O TEPT está associado a níveis elevados de incapacidades sociais, profissionais e físicas, bem como a custos econômicos consideráveis e altos níveis de utilização de serviços médicos. O pre-

juízo ao funcionamento fica evidente nos domínios social, interpessoal, do desenvolvimento, educacional, da saúde física e profissional. Em amostras da comunidade e de veteranos de guerra, o TEPT está associado a relações sociais e familiares empobrecidas, ausências ao trabalho, renda mais baixa e menor sucesso acadêmico e profissional.

Diagnóstico Diferencial

Transtornos de adaptação. Nos transtornos de adaptação, o estressor pode ser de qualquer gravidade ou tipo em vez dos exigidos pelo Critério A de TEPT. O diagnóstico de um transtorno de adaptação é usado quando a resposta a um estressor que satisfaz o Critério A de TEPT não satisfaz todos os outros critérios do transtorno (ou critérios de outro transtorno mental). Um transtorno de adaptação também é diagnosticado quando o padrão sintomático de TEPT ocorre em resposta a um estressor que não satisfaz o Critério A de TEPT (p. ex., separação/abandono conjugal, demissão do trabalho).

Outros transtornos e condições pós-traumáticas. Nem toda psicopatologia que ocorre em indivíduos expostos a um estressor extremo necessariamente deve ser atribuída ao TEPT. O diagnóstico requer que a exposição ao trauma preceda o início ou a exacerbação dos sintomas. Ademais, se o padrão de resposta sintomática ao estressor extremo satisfaz critérios de outro transtorno mental, esses diagnósticos devem ser dados em vez do, ou além do, TEPT. Outros diagnósticos e condições são excluídos se forem mais bem explicados por TEPT (p. ex., sintomas de transtorno de pânico que ocorrem apenas depois da exposição a lembranças traumáticas). Se graves, os padrões de resposta sintomática ao estressor extremo podem justificar um diagnóstico em separado (p. ex., amnésia dissociativa).

Transtorno de estresse agudo. O transtorno de estresse agudo é distinto do TEPT porque seu padrão sintomático é restrito à duração de 3 dias a 1 mês depois da exposição ao evento traumático.

Transtornos de ansiedade e transtorno obsessivo-compulsivo. No TOC, existem pensamentos intrusivos recorrentes, mas estes satisfazem os critérios de uma obsessão. Além disso, os pensamentos intrusivos não estão relacionados a um evento traumático vivenciado; compulsões costumam estar presentes; e outros sintomas de TEPT ou transtorno de estresse agudo estão em geral ausentes. Nem os sintomas de excitação e dissociativos do transtorno de pânico, nem a evitação, a irritabilidade e a ansiedade do transtorno de ansiedade generalizada estão associados a um evento traumático específico. Os sintomas do transtorno de ansiedade de separação estão claramente relacionados à separação do lar ou da família, em vez de a um evento traumático.

Transtorno depressivo maior. A depressão maior pode ou não ser precedida por um evento traumático e deverá ser diagnosticada se outros sintomas de TEPT estiverem ausentes. Mais especificamente, o transtorno depressivo maior não inclui nenhum sintoma dos Critérios B ou C do TEPT nem uma série de sintomas dos Critérios D ou E desse transtorno.

Transtornos da personalidade. Dificuldades interpessoais que tiveram seu início ou ficaram extremamente exacerbadas depois da exposição a um evento traumático podem ser um indicativo de TEPT em vez de um transtorno da personalidade, no qual essas dificuldades seriam esperadas independentemente de qualquer exposição traumática.

Transtornos dissociativos. Amnésia dissociativa, transtorno dissociativo de identidade e transtorno de despersonalização-desrealização podem ou não ser precedidos pela exposição a um evento traumático ou podem ou não ter sintomas de TEPT concomitantes. Quando os critérios plenos de TEPT também são atendidos, no entanto, o subtipo de TEPT “com sintomas dissociativos” deverá ser considerado.

Transtorno conversivo (transtorno de sintomas neurológicos funcionais). O surgimento de novos sintomas somáticos no contexto de sofrimento pós-traumático pode ser uma indicação de TEPT em vez de transtorno conversivo (transtorno de sintomas neurológicos funcionais).

Transtornos psicóticos. É preciso que os *flashbacks* do TEPT sejam distinguidos de delírios, alucinações e outras perturbações da sensopercepção que podem ocorrer na esquizofrenia, no transtorno psicótico breve e em outros transtornos psicóticos; nos transtornos depressivo e bipolar com aspectos psicóticos; no *delirium*; nos transtornos induzidos por substância/medicamento; e nos transtornos psicóticos devidos a outra condição médica.

Lesão cerebral traumática. Quando uma lesão cerebral ocorre no contexto de um evento traumático (p. ex., acidente traumático, explosão de bomba, trauma por aceleração/desaceleração), sintomas de TEPT podem surgir. Um evento que causa traumatismo craniano também pode constituir um evento traumático psicológico, e sintomas neurocognitivos relacionados a lesão cerebral traumática (LCT) não são mutuamente excludentes e podem ocorrer de forma concomitante. Sintomas previamente denominados *pós-concussivos* (p. ex., cefaleias, tontura, sensibilidade a luz ou som, irritabilidade, déficits de concentração) podem ocorrer em pessoas com e sem lesão cerebral, incluindo indivíduos com TEPT. Na medida em que os sintomas de TEPT e os sintomas cognitivos relacionados a LCT podem se sobrepor, um diagnóstico diferencial entre TEPT e sintomas de transtorno neurocognitivo atribuíveis a LCT pode ser possível com base na presença de sintomas distintos de cada apresentação. Enquanto a revivência e a evitação são características do TEPT, e não efeitos de LCT, a desorientação e a confusão persistentes são mais específicas de LCT (efeitos neurocognitivos) do que de TEPT.

Comorbidade

Indivíduos com TEPT são 80% mais propensos do que aqueles sem o transtorno a ter sintomas que satisfazem os critérios diagnósticos de pelo menos um outro transtorno mental (p. ex., transtornos depressivos, bipolares, de ansiedade ou por uso de substância). Os transtornos por uso de substância e o transtorno da conduta comórbidos são mais comuns no sexo masculino do que no feminino. Entre militares e veteranos de combate norte-americanos enviados para as guerras recentes no Afeganistão e no Iraque, a concomitância de TEPT e LCT branda é de 48%. Embora a maioria das crianças pequenas com TEPT também apresente pelo menos um outro diagnóstico, os padrões de comorbidade são diferentes dos de adultos, com transtorno de oposição desafiante e transtorno de ansiedade de separação predominando. Por fim, existe comorbidade considerável entre TEPT e transtorno neurocognitivo maior e alguns sintomas sobrepostos entre esses transtornos.

Transtorno de Estresse Agudo

Critérios Diagnósticos

308.3 (F43.0)

- A. Exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violação sexual em uma (ou mais) das seguintes formas:
1. Vivenciar diretamente o evento traumático.
 2. Testemunhar pessoalmente o evento ocorrido a outras pessoas.
 3. Saber que o evento ocorreu com familiar ou amigo próximo. **Nota:** Nos casos de morte ou ameaça de morte de um familiar ou amigo, é preciso que o evento tenha sido violento ou acidental.
 4. Ser exposto de forma repetida ou extrema a detalhes aversivos do evento traumático (p. ex., socorristas que recolhem restos de corpos humanos, policiais repetidamente expostos a detalhes de abuso infantil).
- Nota:** Isso não se aplica à exposição por intermédio de mídia eletrônica, televisão, filmes ou fotografias, a menos que tal exposição esteja relacionada ao trabalho.
- B. Presença de nove (ou mais) dos seguintes sintomas de qualquer uma das cinco categorias de intrusão, humor negativo, dissociação, evitação e excitação, começando ou piorando depois da ocorrência do evento traumático: