

Capítulo 11

REVISÃO DE SISTEMÁTICA DE EVIDÊNCIAS DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO COMPLEXO (TEPT-C)

ALICE DA SILVA MENDES¹
RAFAEL NOBRE DA CUNHA²

1. *Discente – Graduanda em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais; Advogada graduada pela Faculdade de Direito Milton Campos*
2. *Docente (Orientador) – Psiquiatra pelo Instituto Raul Soares – FHEMIG; Psicoterapeuta pelo Instituto Raul Soares – FHEMIG - CRM/MG 58.958/ RQE 44.139/ RQE 47.853; Fellowship em Psicogeriatria pela UFMG; Professor de Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais; Mestrando em Neurociências pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais; Integrante da Equipe de Psiquiatria Geriátrica da AMP*

Palavras-Chave: Trauma; Estresse; TEPT-C.

INTRODUÇÃO

O significado da palavra “trauma” tem origem no idioma grego, que por sua vez tem como concepção o mesmo sentido de “ferida”. Uma interessante definição de trauma, proposta pelo médico húngaro Dr. Gabor Maté considera o trauma, não o evento doloroso que ocorreu na vida do indivíduo, mas o processo que ocorreu internamente nesse indivíduo em decorrência do evento. Para o médico, ocorre uma ruptura do “*self*” perante a ocorrência de fenômenos atroz. Seria como uma ferida psíquica, alojada no sistema nervoso e com capacidade de se manifestar novamente a qualquer momento. Apenas adormecida. Apesar da ocorrência de eventualidades de dor na vida dos seres humanos, nem todos irão desenvolver transtornos de estresse ou trauma, pois a subjetividade e interpretação dos fatos de cada indivíduo é única e intransferível (MATÉ & MATÉ, 2022).

O transtorno de estresse pós-traumático é caracterizado como uma condição clínica, que pode ser desenvolvida no indivíduo em decorrência de exposição a eventos traumáticos, ou mesmo em situações nas quais o episódio ocorreu com terceiros, entretanto mediante observação e impacto na vida do circunstante (COURTOIS & FORD, 2020). A sua apresentação, usualmente engloba pensamentos intrusivos, *flashbacks* do evento traumático, pesadelos, comportamento evitativo, hipervigilância, distúrbios do sono, e disfunção nas relações interpessoais (VAN DER KOLK *et al.*, 1996).

Pacientes que exibem mais de um sintoma de TEPT, frequentemente são mais suscetíveis a exibir taxas maiores de problemas em relacionamentos, suporte social mais fragilizado, e demonstram uma associação mais intensa com piores desfechos cognitivos (ROBERTS *et al.*, 2022).

Trata-se de um distúrbio crônico, em sua grande maioria dos casos, em que apenas um terço dos indivíduos, na maioria das vezes se recuperam dentro do período de um ano após o evento, sob acompanhamento psicoterapêutico, por sua vez, adicionalmente um outro terço dos acometidos ainda apresentam sintomas após dez anos do episódio (SMID *et al.*, 2009). Além de que, há pacientes que apenas exibem a sintomatologia após alguns meses do acontecimento (KESSLER *et al.*, 1995).

O conceito de transtorno pós-traumático complexo (TEPT-C) foi descrito pela primeira vez por Judith Herman. Nesta ocasião, foi descrito como uma síndrome clínica advinda de eventos traumáticos sucedidos em período prolongado na vida de um indivíduo, com a particularidade de que, predominantemente envolvendo estágios iniciais da vida, como a infância e adolescência. O conteúdo dos episódios traumáticos foi referido com predomínio aos eventos de natureza interpessoal (HERMAN, 2012).

O acontecimento prolongado destes impactos durante períodos fundamentais no desenvolvimento do ser humano, nutre a tendência de apresentação de sua sintomatologia. Além do compartilhamento das perturbações elementares do TEPT, o transtorno previamente citado também se manifesta por meio de: Desregulação afetiva; autoconceitos de caráter negativo; distúrbios em relacionamentos e na auto-organização do indivíduo. A principal diferença entre os transtornos de estresse referentes ao trauma, reside no fato do prévio histórico de repetidos eventos traumáticos (REDICAN *et al.*, 2021).

Ocorre que, uma vez que ambas as condições compartilham determinados sintomas e eventuais comorbidades psiquiátricas, durante o exercício das psiquiatrias e psicoterapia, diversos profissionais desconhecem a subdivisão dos transtornos do estresse e trauma. Uma par-

cela deste desalinhamento científico e sua repercussão clínica se devem em parte à recente introdução no CID-11 dos subtipos de transtornos do estresse.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), apenas em 2022 apresentou uma versão atualizada da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), na qual figura o Complexo Transtorno de Estresse Pós-Traumático (PTSD Complexo CID-11-6B41). Anteriormente, entre os distúrbios especificamente associados com o stress (Block L 1 - 6B4), a condição médica que mais se aproximava do mesmo era a Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD) (CID-11 6B40). Ressalta-se que os supracitados não são os únicos transtornos de estresse. Pode não ser notório saber, entretanto a Classificação Internacional de Doenças já detinha prévio conhecimento de outros distúrbios relacionados com o estresse (CID-11-6B4Y); bem como transtornos especificamente associados ao estresse, não especificados (CID-11-6B4Z). Isto sem mencionar as demais condições incluídas sob o (CID-11 6B4). Não obstante o fato de que o DSM-V, (*American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*) ainda não incluiu o Transtorno de Estresse Pós-Traumático Complexo (TEPT-C) em sua mais recente edição.

Ademais, a temática apresenta demasiada carência em publicações na língua portuguesa. Isto, em um país na qual crianças e adolescentes sobrevivem em condições socioeconômicas; familiares; escolares e de relações interpessoais de diversas ordens. Fato que, posteriormente, a presente revisão literária não poupará esforços em elucidar a razão de consideráveis fatores que invocam a necessidade promitente de seu amparo na prática clínica e psiquiátrica.

O objetivo deste estudo foi amplificar a literatura que versa a respeito do Transtorno de Estresse Pós-Traumático Complexo (TEPT-C)

na língua portuguesa, e desta forma poder contribuir para a validação cultural de seu diagnóstico e tratamento eficaz aos que vivem com a condição.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática conduzida no período compreendido entre os meses de março e junho de 2024. A pesquisa foi conduzida com a utilização das seguintes bases de dados: PubMed, NCBI, *Cochrane* e UpToDate. Para busca e seleção de artigos, foram utilizados os descritores: "CPTSD", "PTSD", "*Trauma disorders*" e "*Trauma response*". Por meio desta busca foram encontrados 96 artigos. Além do mais, para a seleção do material a ser analisado foi explorada a leitura de revistas científicas e livros direcionados ao estudo do trauma, sem esquecer da leitura do DSM-V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022).

A princípio, foi realizada uma leitura exploratória, com a finalidade de compreender a amplitude de conhecimentos dispostos sobre a temática e identificar quais abordagens seriam pertinentes, e posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas inglês e espanhol; publicados no período de 1992 a 2022 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo (revisão, meta-análise), disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram 13 artigos, 3 livros e 2 capítulos de livros que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temá-

ticas abordando: Epidemiologia, Fatores de risco para o desenvolvimento do TEPT-C e Subdiagnóstico e comorbidades.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Epidemiologia

O transtorno de estresse pós-traumático corresponde a um diagnóstico relativamente novo. Por esse motivo, não é facilmente estimada sua real prevalência na sociedade. Acredita-se que em torno de 1% – 8% na população mundial. Entretanto, nos consultórios e instituições psiquiátricas, há uma prevalência de 50% dos indivíduos (MAERCKER, 2022). Em virtude de se tratar de uma condição subdiagnosticada, e muitas vezes levar anos até alcançar o diagnóstico, a epidemiologia ainda é escassa. Apesar disto, ao se considerar a população de imigrantes, pessoas em condição social de refugiados, a prevalência pode chegar até 30% entre os indivíduos (DE SILVA *et al.*, 2021).

Fatores de risco para o desenvolvimento do TEPT-C

O diagnóstico de TEPT-C esboçou-se pela primeira vez em 1992, proposto pela Dra. Judith Herman. A constituição da união da sintomatologia sob a forma de uma entidade clínica ocorreu perante a observação e tratamento de sobreviventes de eventos traumáticos e repetitivos, que, por sua vez, acabaram exibindo mudanças em seus processos afetivos; padrão patológico em seus relacionamentos e na formação de identidades (MAERCKER, 2021).

Eventos traumáticos na infância e adolescência são capazes de promover efeitos psicológicos duradouros, e gerar sequelas de ordem pós-traumáticas (HERMAN, 1993). Ao se tratar de um dos subtipos de desordens do estresse e trauma, dissociação, desregulação emocional, somatização, apego disfuncional e alterações no sistema de crenças e percepções do indivi-

duo, como a perda de sentido na vida, e na formação de relações. O maltrato aos jovens podem ocorrer em situações de abuso emocional, físico, sexual, frágil suporte social, negligência emocional, violência doméstica. Vale ressaltar que as consequências dos traumas sofridos pela criança podem suscitar o TEPT-C, ainda que eles não detenham lembranças conscientes dos desenrolar dos fatos.

Em suma, o malefício dessas experiências na psique em desenvolvimento, pode ser descrita como trauma complexo, tendo em vista que se trata de uma espécie específica de trauma que ocorre de forma repetida, cumulativa, em um espaço temporal de maior duração, com a particularidade de estar interligada a maneiras particulares de exposição e concepção de formas de se relacionar com o outro, e a contextos específicos de exposição na fase inicial da vida (COOK *et al.*, 2005). Desta forma, é cabível o entendimento de que o trauma de caráter complexo em tenra idade, tal como o maltrato podem ser considerados o ponto de partida do efeito cascata do desenvolvimento do TEPT-C (MAERCKER *et al.*, 2022).

Subdiagnóstico e comorbidades

Problemas no controle de comportamento, impacto em funções cognitivas, desfechos negativos para a saúde do ser humano, inclusive de ordem cardiovascular. A probabilidade de esses indivíduos desenvolverem comorbidades psiquiátricas é mais elevada do que entre a população geral. Principalmente em relação aos transtornos depressivos.

Ademais, os sintomas usualmente se sobrepõem à manifestação de outras doenças mentais, tais como irritabilidade, transtornos do sono, traços de transtorno de ansiedade generalizada. Deve-se mencionar que pacientes com TEPT-C são muitas vezes confundidos nos consultórios psiquiátricos com pacientes com

transtorno de personalidade borderline (HEIM et al., 2022).

Isto, pois, no estudo de transtorno dos traumas, corriqueiramente perante a sociedade, os indivíduos muitas vezes detêm em seus ciclos sociais, a manifestação de seus sintomas patológicos, que, por sua vez, são interpretados como traços de suas personalidades. Ao dissertar sobre os pacientes com sintomas de TEPT-C, é importante compreender que, o relacionamento do indivíduo com si mesmo se encontra fraturado. A autopercepção de suas qualidades e valor, autocompaixão, e autocuidado, por via de regra se encontram prejudicados.

O afeto, apego e formação de laços são essenciais para se compreender melhor a concepção do TEPT-C (RABY *et al.*, 2017). Pacientes que sofrem com a repercussão do transtorno, costumam apresentar com frequência interações disfuncionais na vida adulta, e principalmente, na formação do tipo de apego que cada pessoa estabelece. Os indivíduos com TEPT-C, de forma geral, tendem a manifestar predominantemente o apego ansioso, ou apego evitativo (KARATZIAS *et al.*, 2019).

Ressalta-se que, apesar da influência no âmbito social e interpessoal no desenvolvimento da condição, há de se considerar que se trata de um processo regulatório de origem psicológica. A regulação emocional e cognitiva do ser humano na saúde mental, e não apenas nos transtornos do estresse tem papel fundamental na consequência que os indivíduos irão apresentar ao longo da vida (MAERCKER, 2021).

CONCLUSÃO

O reconhecimento do indivíduo como sobrevivente de uma condição relativa ao trauma,

possibilita que ele tenha a possibilidade de se liberar de culpa, vergonha, e se sentir a gente em sua própria vida, permitindo que escolha ativamente os desígnios de seu futuro. O relacionamento de um indivíduo com si mesmo, é imprescindível para seu crescimento como ser humano, a formação da identidade e busca de sentido na vida, quesitos cruciais para descobrir a melhor forma de autocuidado físico e mental, e sensações de felicidade e satisfação.

Ou seja, é de grande relevância citar os incontáveis subdiagnósticos de TEPT-C. Os prejuízos oriundos da falta de informação, não apenas elevam o nível de frustração dos sujeitos à condição psiquiátrica, como também perpetuam a sensação de invisibilidade mental e emocional, em toda sua complexidade. Além de dificultar o acesso ao tratamento para o alívio de seus sintomas.

Desta forma, os sofrimentos mental, emocional e social que esses indivíduos carregam, incipiente de seus primeiros anos, os acompanham durante a vida adulta, podendo exacerbar seus sentimentos de alienação social reconhecimento como ser permanentemente danificado para a vida. Os mecanismos envolvidos no estabelecimento de transtornos do trauma, especialmente no transtorno de estresse pós-traumático complexo necessita de maior inclusão em estudos e pesquisas. É necessária a avaliação minuciosa de suas manifestações e efeitos biológicos, sociais a fim de compreender uma condição ainda de manejo intrincado. A cultura e a psicopatologia não são áreas opostas ao buscar soluções para o aprimoramento da vivência e tratamento desses indivíduos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition, text revision (DSM-5-TR), 2022.

COOK, A. *et al.* Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, v. 35, n. 5, p. 390, 2005. Doi: 10.3928/00485713-20050501-05

COURTOIS, C.A. & FORD, J.D. Treating complex traumatic stress disorders in adults: Scientific foundations and therapeutic models (2nd ed.). Guilford Press, 2020.

DE SILVA, U. *et al.* Prevalence of complex post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers: systematic review. *BJPsych Open*, v. 7, n. 6, p. e194, 2021. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1013>

HEIM, E. *et al.* Cultural concepts of distress and complex PTSD: Future directions for research and treatment. *Clinical Psychology Review*, v. 93, p. 102143, 2022. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102143>.

HERMAN, J. CPTSD is a distinct entity: comment on Resick *et al.* (2012). *Journal of Trauma Stress*, v. 25, n. 3, p. 256, 2012. <https://doi.org/10.1002/jts.21697>

HERMAN, J.L. Sequelae of prolonged and repeated trauma: evidence for a complex posttraumatic syndrome (DESNOS). In: J.R.T. Davidson & E.B. Foa (Eds.), *Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond*. American Psychiatric Press. p. 213, 1993.

KARATZIAS, T. *et al.* Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: Systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, v. 49, n. 11, p. 1761, 2019. <https://doi.org/10.1017/s0033291719000436>.

KESSLER, R.C. *et al.* Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, v. 52, n. 12, p. 1048, 1995. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>.

MAERCKER, A. Development of the new CPTSD diagnosis for ICD-11. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, v. 8, n. 1, p. 7, 2021. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00148-8>.

MAERCKER, A. *et al.* A cascade model of complex posttraumatic stress disorder centered on childhood trauma and maltreatment, attachment, and socio-interpersonal factors. *Journal of Trauma Stress*, v. 35, n. 2, p. 446, 2022. <https://doi.org/10.1002/jts.22756>.

MAERCKER, A. *et al.* Complex post-traumatic stress disorder. *The Lancet*, v. 400, n. 10345, p. 60, 2022. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00821-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00821-2).

MATÉ, G. & MATÉ, D. *The Myth of Normal: Trauma, Illness, and Healing in a Toxic Culture*. Avery, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). New manual released to support mental, behavioural and neurodevelopmental disorders added in ICD-11. Genebra, Suíça, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/08-03-2024-new-manual-released-to-support-diagnosis-of-mental--behavioural-and-neurodevelopmental-disorders-added-in-icd-11>. Acesso em: 13 jul. 2024

RABY, K.L. Childhood abuse and neglect and insecure attachment states of mind in adulthood: Prospective, longitudinal evidence from a high-risk sample. *Development and Psychopathology*, v. 29, n. 2, p. 347, 2017. <https://doi.org/10.1017/s0954579417000037>.

REDICAN, E. *et al.* A systematic literature review of factor analytic and mixture models of ICD-11 PTSD and CPTSD using the International Trauma Questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders*, v. 79, p. 102381, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102381>.

ROBERTS, A.L. *et al.* Association of Posttraumatic Stress Disorder With Accelerated Cognitive Decline in Middle-aged Women. *JAMA Network Open*, v. 5, n. 6, p. e2217698, 2022. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.17698>.

SMID, G.E. *et al.* Delayed posttraumatic stress disorder: systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis of prospective studies. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 70, n. 11, p. 1572, 2009. <https://doi.org/10.4088/JCP.08r04484>.

VAN DER KOLK, B.A. *et al.* Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *American Journal of Psychiatry*, v. 153, (7 Suppl), p. 83, 1996. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.7.83>.