

Transtorno de Estresse Pós-Traumático: evolução dos critérios diagnósticos e prevalência

Gabriela Sbardelloto – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil
 Luízia Souto Schaefer – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil
 Alice Rennsaat Justo – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil
 Christian Haag Kristensen¹ – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil

Resumo

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) se caracteriza por sintomas persistentes de revivência, evitação e entorpecimento, e excitabilidade aumentada, após a exposição a um evento traumático. Estudos epidemiológicos mostram que, entre os transtornos de ansiedade, o TEPT é o terceiro mais prevalente. Desde 1980, quando foi reconhecido como um diagnóstico válido, mudanças conceituais importantes ocorreram. A partir disso, o presente artigo apresenta uma revisão crítica da literatura sobre o desenvolvimento dos critérios diagnósticos do TEPT ao longo das edições do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM), bem como informações sobre a prevalência do transtorno.

Palavras-chave: Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Diagnóstico, Prevalência.

Posttraumatic Stress Disorder: development of diagnostic criteria and prevalence

Abstract

Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) can be characterized by persistent symptoms of reexperience, avoidance and numbing, and increased arousal following exposure to a traumatic event. Epidemiological studies showed that PTSD is the third most prevalent anxiety disorder. Since its recognition in 1980 as a valid diagnosis, important conceptual changes occurred. This article presents a critical review of the literature regarding development of diagnosis criteria of PTSD in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) as well as information regarding its prevalence.

Keywords: Post-Traumatic Stress Disorder, Diagnosis, Prevalence

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), caracterizado basicamente como um conjunto de sintomas envolvendo altos níveis de ansiedade e momentos em que o indivíduo tem a impressão de estar revivendo o evento traumático experienciado, é um transtorno bastante prevalente, atingindo cerca de 6,8% da população geral (Kessler, Berglund e colaboradores, 2005). As primeiras observações realizadas sobre os seus efeitos foram registradas a partir de estudos com veteranos de guerra (Schestatsky, Shansis, Ceitlin, Abreu & Hauck, 2003; Sher, 2004). Posteriormente, os critérios diagnósticos que caracterizavam o TEPT foram modificados ao longo das diferentes edições do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM; American Psychiatric Association [APA], 1980; 1987; 1994; 2002) numa tentativa de melhor compreender as peculiaridades do transtorno bem como de diferenciá-lo de outros transtornos possíveis, como por exemplo, o Transtorno de Estresse Agudo (TEA).

Embora eventos traumáticos como guerras não sejam mais tão presentes, atualmente, outras

situações comumente observadas também podem desencadear o TEPT, como assaltos, sequestros, tempestades, entre outras (APA, 2002). A alta prevalência do transtorno bem como os prejuízos e as implicações clínicas, sociais e econômicas que afetam os indivíduos que vivenciam um evento estressor traumático, desencadeando o TEPT, apontam para a importância de estudos que abordem esse transtorno. A partir disso, este artigo apresenta uma revisão crítica da literatura sobre os critérios diagnósticos e a prevalência do TEPT, considerando as mudanças em termos de diagnóstico ao longo das edições do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) e apontando alguns estudos epidemiológicos realizados, a fim de clarificar, contextualizar e dimensionar a amplitude do transtorno.

Eventos Estressores, Trauma e Estresse

Os eventos estressores apontados como mais favoráveis para o desenvolvimento de situações traumáticas podem ser categorizados em três grandes grupos: eventos intencionais provocados pelo homem, eventos não-intencionais provocados pelo homem e eventos provocados pela natureza (Schiraldi, 1999). No primeiro grupo, entre os eventos intencionais provocados pelo homem, podemos citar: guerra civil, incesto, estupro, sedução, tortura física ou emocional, assalto, crime violento sofrido pela própria pessoa ou por pessoas afetivamente significativas, terrorismo, participação em atrocidades violentas, alcoolismo e uso

¹ Endereço para correspondência:
 Programa de Pós-Graduação em Psicologia
 Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
 Av. Ipiranga, 6681, Prédio 11, Sala 933. Porto Alegre, RS
 CEP 90619-900.
 E-mail: christian.kristensen@pucrs.br
 Apoio Financeiro CAPES

de drogas, suicídio, mutilação por acidente ou provocada por outro indivíduo. No segundo grupo, com relação aos eventos não intencionais provocados pelo homem, encontram-se incêndios, explosões, queda de pontes e viadutos, acidentes automobilísticos, aéreos e aquáticos e perda de parte do corpo em ambiente de trabalho. No terceiro grupo, entre os desastres naturais, incluem-se tornado, avalanche, erupção vulcânica, ataques de animais, terremoto, furacão, enchentes e epidemias (Schiraldi, 1999).

Dessa maneira, é possível perceber que existe uma gama de situações que podem ser consideradas traumáticas. Segundo a quarta edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*DSM-IV-TR*; APA 2002) o evento estressor traumático pode ser definido como uma situação de estresse que foi experimentada, testemunhada ou confrontada, na qual houve ameaça à vida da pessoa ou de alguém próximo a ela. Diante desses eventos, a pessoa reage com medo e desesperança, além de tentar evitar a rememoração da experiência (Sher, 2004).

Hans Selye, no ano de 1930, popularizou o termo estresse ao identificar o seu efeito sobre a saúde física das pessoas. McEwen (2002) conceitua o estresse como a pressão que a vida exerce sobre nós e a forma como essa pressão faz-nos sentir. De acordo com Schneiderman, Ironson e Siegel (2005), em 1956, Selye usou o termo “estresse” para representar os efeitos de qualquer estímulo que ameaçasse seriamente a homeostase, sendo que a ameaça atual percebida pelo organismo foi referida como um “estressor” e a resposta ao estressor foi denominada “resposta de estresse”. Além disso, os autores pontuam que, embora respostas de estresse evoluam como um processo adaptativo, respostas de estresse severo e prolongado poderiam levar ao dano e à doença (Schneiderman & colaboradores, 2005).

Ao se defrontar com um evento estressor, o organismo tende a ter uma resposta de estresse que pode ser aguda e momentânea ou pode ser crônica (McEwen & Lashley, 2004). Na resposta de estresse agudo, sendo essa definida como um estado transitório de excitação, com início e fim claros, o organismo tenta se adaptar da melhor forma possível ao evento estressor. Na situação de estresse crônico, ou seja, durante o estado contínuo de ativação em que o indivíduo percebe as demandas do ambiente como sendo superiores aos recursos internos e externos disponíveis, o organismo precisa estar constantemente pronto para a situação de perigo na qual foi ou continua sendo submetido (Gerrig & Zimbardo, 2005; McEwen & Lashley, 2004). No TEPT, especificamente, o indivíduo tem uma sensação presente de ameaça (Ehlers & Clark, 2000), ficando em

alerta constante. Dessa maneira, o organismo permanece num estado crônico de estresse, ativando um padrão de respostas para lidar com estímulos no ambiente interpretados como ameaçadores (Yehuda & LeDoux, 2007).

Desenvolvimento Histórico

Historicamente, por volta de 1970, psiquiatras americanos começaram a fazer grupos com veteranos da Guerra do Vietnã (Schestatsky & colaboradores, 2003; Sher, 2004). A partir da difusão desses grupos e da literatura desenvolvida na época, pesquisadores organizaram uma lista dos sintomas mais comuns observados nas “neuroses traumáticas”, denominação dada anteriormente para os quadros de estresse pós-traumático (Lifton & Olson, 1976). Nessa época, surgiu a necessidade de um diagnóstico que abarcasse essa categoria de indivíduos previamente saudáveis que desenvolviam reações sintomáticas particulares e persistentes após a vivência de um determinado evento estressor (Kristensen, Parente & Kaszniak, 2005). Desse modo, foi introduzido na literatura científica os critérios diagnósticos contidos na 3ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (*DSM-III*), publicado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), em 1980 (APA, 1980; Saigh & Bremner, 1999; Schestatsky e colaboradores, 2003; Schnurr, Friedman & Bernardy, 2002). Assim, é possível perceber que as edições mais antigas do DSM não continham base empírica, e os critérios específicos eram insuficientes quando se referiam a reações ao estresse (Calhoun & Resick, 1999).

Para estabelecer o diagnóstico de TEPT, no *DSM-III* (APA, 1980), era necessária a experiência direta de um evento altamente ameaçador à vida ou à integridade física do indivíduo que fosse severa para produzir sintomas de sofrimento e estivesse fora da cadeia normal de experiências humanas. Além disso, com relação aos sintomas desenvolvidos posteriormente à experiência do evento, os seguintes critérios deveriam estar presentes: no mínimo um sintoma de revivência ou reexperiência, ao menos um sintoma de entorpecimento da responsividade geral e, no mínimo, dois sintomas de uma lista de sintomas inespecíficos (APA, 1980).

Na terceira edição revisada do *DSM* (*DSM-III-R*; APA, 1987), passou a considerar-se possível o desenvolvimento do TEPT após o indivíduo conhecer ou testemunhar o evento estressor, diferenciando-se da edição anterior, que exigia a experiência direta do evento. Ao mesmo tempo, manteve-se a necessidade de que o evento estressor estivesse fora da cadeia normal de experiências humanas. Apesar disso, evidências sugeriam que eventos comuns na vida das

pessoas também desencadeavam o transtorno (Schestatsky e colaboradores, 2003).

Assim, posteriormente, foram realizadas pesquisas específicas objetivando reavaliar o TEPT e incluir suas modificações na 4ª edição do *DSM* (*DSM-IV*; APA, 1994). Nessa 4ª edição, a exposição ao evento estressor foi ampliada, englobando tanto características descritivas do estressor, como respostas subjetivas do indivíduo ao evento (APA; Corcoran, Green, Goodman & Krinsley, 2000). Alguns critérios das edições anteriores do *DSM* foram eliminados em função da variabilidade de possíveis respostas entre os indivíduos e também pela característica de que muitos eventos estressores fazem parte da cadeia normal de eventos experienciados (Briere, 1997).

Crítérios Diagnósticos e Características Principais

De acordo com a revisão de texto do *DSM-IV* (*DSM-IV-TR*; APA, 2002), o TEPT caracteriza-se por um conjunto de sintomas que se manifesta após a exposição a um evento estressor traumático, incluindo revivência persistente, embotamento relacionado à responsividade geral, esquiva e excitabilidade aumentada. Os sintomas de revivência mais típicos do TEPT manifestam-se na forma de recordações ou pesadelos, que tendem a ser cenas ou aspectos relacionados à experiência traumática (APA, 2002). Quanto à esquiva, essa tende a acontecer pela necessidade que o indivíduo tem de proteger-se do afeto negativo e da excitabilidade associada à revivência da experiência (Calhoun & Resick, 1999). Autores como Litz (1992) acreditam que o embotamento (também observado como entorpecimento) pode ser descrito como um déficit seletivo do processamento emocional, combinado ou não com medo de perder o controle, visto que a deficiência emocional provoca reatividade elevada aos eventos negativos (Calhoun & Resick, 1999).

Dessa maneira, assim como eventos traumáticos devem ser diferenciados de outros eventos estressores, o TEPT deve ser diferenciado de outras respostas possíveis (Kristensen e colaboradores, 2005). É importante ter claro que os sintomas apresentados devem estar conectados ao evento estressor traumático (APA, 2002). Para o diagnóstico de TEPT, é necessário que a pessoa tenha vivenciado ou testemunhado um ou mais eventos que envolvam morte ou grave ferimento, reais ou ameaçadores, ou uma ameaça à integridade física própria ou a de outros. O tempo mínimo de sintomatologia exigida para caracterização do transtorno é de um mês após o início do trauma. Conforme o critério F do *DSM-IV-TR* (APA, 2002), deve-se assegurar que o transtorno acarreta sofrimento significativo e/ ou prejuízo funcional. No entanto,

pode ser difícil avaliar criteriosamente esse aspecto. Breslau e Alvarado (2007) realizaram um estudo sobre o impacto desse critério para o diagnóstico de TEPT, alegando a dificuldade de sua avaliação pela amplitude que apresenta. Os achados da pesquisa permitiram concluir que, se o critério de prejuízo clínico significativo não fosse necessário para o diagnóstico de TEPT, as taxas de indivíduos com esse diagnóstico seriam, provavelmente, 30% mais altas. Por essa razão, percebe-se que ainda há controvérsias sobre quão bem estão descritos os critérios que podem traduzir o TEPT (Breslau & Alvarado, 2007). No *DSM-IV-TR* (APA, 2002), é descrito que o TEPT, frequentemente, resulta em prejuízos na habilidade de relacionamento interpessoal em ambientes sociais e familiares, os quais podem ser percebidos devido a fatores como instabilidade no trabalho, problemas conjugais e divórcio, discordância com familiares e amigos e dificuldades em lidar com os filhos. Entretanto, nem sempre é fácil identificar se os prejuízos percebidos são decorrentes do diagnóstico de TEPT ou já estavam presentes anteriormente à experiência do evento estressor, podendo, dessa maneira, ter contribuído para o desencadeamento e a manutenção dos sintomas pós-traumáticos.

O TEA foi introduzido pela primeira vez na literatura em 1994, a partir do *DSM-IV* (APA, 1994), tendo como objetivos principais caracterizar reações graves e de curta duração em até quatro semanas após o trauma e identificar indivíduos que poderiam, subsequentemente, desenvolver TEPT (Harvey & Bryant, 2002; McNally, 1998). Dessa forma, com a inclusão do diagnóstico de TEA procurou-se suprimir uma lacuna existente no *DSM-III-R* (APA, 1987) que apontava para a necessidade de uma duração mínima de um mês de sintomas para o diagnóstico de TEPT sem cogitar a importância dos sintomas anteriores a esse tempo (Bryant & Harvey, 1999).

Entretanto, Marshall, Spitzer e Liebowitz (1999) salientam que a inclusão desse diagnóstico suscitou no aparecimento de algumas divergências, como por exemplo, com relação à ênfase dada aos sintomas dissociativos, à descrição do curso longitudinal do transtorno e à distinção entre respostas patológicas e respostas esperadas após a vivência de um evento estressor traumático. Ao mesmo tempo, os autores se questionam quanto à existência de evidências empíricas suficientes para sustentar ambos os diagnósticos, caso fosse desconsiderada a distinção temporal entre TEA e TEPT.

Apesar disso, o diagnóstico de TEA não deve ser relativizado, uma vez que parece predispor o indivíduo ao TEPT (Birmes e colaboradores, 2003; Brooks e colaboradores, 2008; Harvey & Bryant, 2000).

Ao mesmo tempo, há controvérsias com relação a isso, tendo em vista que estudos mostram que pessoas desenvolvem TEPT sem necessariamente passarem pelo diagnóstico de TEA (Bryant, 2003). Portanto, atualmente, há uma discussão que surge a fim de clarificar a ideia de que TEA e TEPT sejam construtos similares ou diferentes, ressaltando para a problemática conceitual observada no TEA (Ballenger e colaboradores, 2004; Harvey & Bryant, 2002).

Para a 5ª edição do *DSM* algumas modificações conceituais foram propostas em um primeiro esboço do manual (APA, 2010). O conceito de trauma sofreu alterações no critério A1, pois era tido como ambíguo e amplo em algumas situações e restrito em outras, sendo facilmente manipulado em processos judiciais (Friedman, 2010; McNally, 2009). Dessa maneira, na nova proposta, tal critério vem com a intenção de facilitar a distinção entre evento traumático e evento estressor sem características traumáticas (APA, 2010). Ao mesmo tempo, o critério A2 foi excluído após estudos mostrando que ele era dispensável para o diagnóstico de TEPT (McNally, 2009; Brewin e colaboradores, 2009; O'Donnell, Creamer, McFarlane, Silove & Bryant, 2010; Shalev, 2009). Então, evento traumático seria a pessoa ser exposta ou ameaçada de morte, grave ferimento ou abuso sexual em uma ou mais das seguintes maneiras: (1) experienciando o evento ela mesma; (2) assistindo o evento ocorrendo com outros; (3) recebendo a notícia de que o evento ocorreu com alguém próximo e envolveu morte ou ameaça, de forma violenta ou acidental; (4) experienciando o evento de forma repetida ou de maneira extrema - esta não inclui exposições via mídia eletrônica, televisão, filmes ou fotografias, a menos que essa exposição esteja relacionada com o trabalho. Essas modificações se aplicam tanto para o TEPT como para o TEA, uma vez que ambos necessitam da ocorrência de um evento traumático.

No diagnóstico de TEPT, outras propostas de modificações importantes dizem respeito à divisão do critério C (que incluía sintomas de esquiva e entorpecimento) em dois diferentes critérios. Estudos, como o de Asmundson, Stapleton e Taylor (2004), mostram que os sintomas de esquiva e de entorpecimento não devem ser considerados conjuntamente em um único agrupamento de sintomas. Para o *DSM-V*, propõe-se que o critério de esquiva deve contemplar, no mínimo, um dos seguintes sintomas: evitar lembranças internas como pensamentos e sentimentos e/ou lembranças externas como lugares e conversas. E, para o critério de entorpecimento, provavelmente denominado de "alterações negativas em cognições e humor", foram

acrescentados três sintomas aos que já eram descritos na edição anterior do *DSM*: (1) crenças persistentes e exageradamente negativas sobre si, outros e mundo; (2) persistente culpabilização de si ou outros sobre as causas ou as consequências do evento traumático; e (3) emoções negativas invasivas, como raiva, medo, culpa, horror (APA, 2010).

Prevalência

Sher (2004) aponta que estudos epidemiológicos sobre a prevalência de exposição a eventos estressores traumáticos ao longo da vida encontraram taxas que variaram de 40% a 90%. Uma possível explicação para a discrepância na taxa de prevalência poderia ser justificada pela definição do que seria considerado como um evento traumático, visto que a prevalência foi se modificando ao longo da reformulação dos critérios diagnósticos. Conforme Kristensen e colaboradores (2005), estudos que utilizaram os critérios do *DSM-III* (APA, 1980) e do *DSM-III-R* (APA, 1987) para verificar a prevalência de eventos estressores traumáticos na população geral ao longo da vida encontraram taxas que variaram de 39,1% a 75%. No estudo de Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes e Nelson (1995), utilizando critérios do *DSM-III-R*, foi encontrada uma prevalência de exposição com uma variação de 60,7% para homens e de 51,2% para mulheres que reportaram ao menos um evento traumático. Por outro lado, estudos empregando os critérios do *DSM-IV* (APA, 1994) encontraram índices sobre a prevalência de eventos estressores que variaram desde 57,1% a 89,6% (Kristensen e colaboradores, 2005). Numa pesquisa realizada segundo estes critérios, foi encontrada uma prevalência de eventos de eventos estressores traumáticos em torno de 92,2% para homens e 87,1% para mulheres (Breslau & colaboradores, 1998).

Com relação à prevalência de TEPT, de acordo com Kessler e colaboradores (1995), um grande estudo feito na população geral foi realizado nos Estados Unidos pelo *Epidemiologic Catchment Area*, cuja prevalência para o transtorno ao longo da vida foi estimada em 1%, segundo os critérios do *DSM-III-R*. Em outra pesquisa com casos-controle, utilizando esses mesmos critérios, a prevalência ao longo da vida encontrada foi de 2,6% (Shore, Vollmer, & Tatum, 1989 citado por Kessler & colaboradores, 1995).

Na revisão realizada por Sher (2004), os índices de prevalência de TEPT ao longo da vida variaram de 1% a 9%. Entre aqueles que utilizaram os critérios do *DSM-III-R* (APA, 1987), foram encontradas taxas de prevalência do transtorno que variaram de 7,8% a 9,2% na população geral (Breslau, Davis, Andreski & Peterson, 1991; Kessler e

colaboradores, 1995). O estudo de Kessler e colaboradores encontrou uma distribuição variada de 10,4% nas mulheres e 5,0% nos homens. Ademais, Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders e Best (1993), após investigarem o TEPT em uma amostra de mulheres, encontraram a prevalência estimada ao longo da vida de 12,3%. Breslau e colaboradores (1991) encontraram, pelos critérios do *DSM-III-R* (APA, 1987), em uma amostra de adultos jovens, taxas de prevalência de 11,3% para mulheres e taxas de 6% para homens. De acordo com Kessler e colaboradores, múltiplos fatores são responsáveis pelas diferenças nos estudos envolvendo o *DSM-III* (APA, 1980) e o *DSM-III-R* (APA, 1987), incluindo as diferenças nos critérios diagnósticos, procedimentos de avaliação e outras características das amostras.

Segundo Kristensen e colaboradores (2005), um estudo pioneiro que avaliou a prevalência de TEPT na população geral, considerando os critérios diagnósticos estabelecidos no *DSM-IV* (APA, 1994), foi o de Breslau e colaboradores (1998). Nesse estudo, os autores verificaram um risco condicional para o TEPT em 9,2%, considerando um evento estressor selecionado aleatoriamente e, em torno de 13,6%, quando o critério de estressor foi baseado no pior evento. No estudo de replicação do *National Comorbidity Survey* (NCS-R; Kessler, Berglund e colaboradores, 2005; Kessler, Chiu, Demler, Jin & Walters, 2005), investigou-se a prevalência dos transtornos mentais tanto ao longo da vida como nos últimos 12 meses conforme os critérios descritos no *DSM-IV* (APA, 1994), estimando uma prevalência de TEPT, nos últimos 12 meses, de 3,5% nos 9.282 participantes da amostra. Já a prevalência ao longo da vida encontrada para o transtorno foi de 6,8%.

Ainda que a grande maioria dos indivíduos expostos a situações potencialmente traumáticas não desenvolva TEPT (Sher, 2004; Yehuda & McFarlane, 1995), ele tem sido considerado, entre os transtornos de ansiedade, o terceiro mais prevalente ao longo da vida no estudo NCS-R (Kessler, Berglund e colaboradores, 2005), após Fobia Específica (12,5%) e Fobia Social (12,1%). Consequentemente, de forma negativa, o resultado está relacionado a consequências sociais e econômicas bastante significativas (Ballenger e colaboradores, 2004).

Considerações Finais

Por intermédio da revisão da literatura, fica evidente que esforços ainda vêm sendo empregados numa tentativa de clarificar, dimensionar e mensurar os efeitos do TEPT para aqueles indivíduos acometidos por esse diagnóstico. Ainda há controvérsias entre os

estudiosos com relação a alguns aspectos mais particulares e específicos que caracterizam o transtorno, como por exemplo, o tempo mínimo de duração dos sintomas e as peculiaridades que o diferenciam do TEA, além das dificuldades em mensurar o sofrimento significativo e/ou o prejuízo funcional observados entre as vítimas.

Dessa maneira, tal indagação sobre quão bem descritos estão os critérios diagnósticos, levando a constantes reformulações nos *DSM's*, também acarreta em impactos significativos sobre os estudos epidemiológicos de exposição a eventos estressores ao longo da vida e sobre os levantamentos de prevalência do TEPT na população geral. Assim, é possível supor que as peculiaridades observadas no transtorno em diferentes momentos serão marcadas e impactadas pelo contexto histórico e social, influenciando não só nos tipos de eventos estressores traumáticos mais frequentemente experienciados, como também no entendimento e nas estratégias de enfrentamento utilizadas pelos indivíduos que sofrem de TEPT.

Apesar disso, percebe-se certa tendência entre os diferentes estudos que embasaram este artigo de ressaltar a alta prevalência do transtorno e também a ampla gama de prejuízos observados não somente entre as vítimas, mas também entre familiares, amigos e a sociedade como um todo. Em função disso, ressalta-se que novos estudos empíricos são importantes, a fim de que estratégias terapêuticas eficientes sejam formuladas, diminuindo a intensidade dos sintomas, aprimorando as estratégias de enfrentamento e, conseqüentemente, aumentando a qualidade de vida dos pacientes diagnosticados com TEPT.

Referências

- American Psychiatric Association. (1980). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (3a. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association. (1987). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (3a. ed.; Texto Revisado). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association. (1994). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4a. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4a. ed.; Texto Revisado). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association. (2010). Proposed draft revisions to DSM Disorders and Criteria. Acesso em 02 de Junho de 2010, em <http://www.dsm5.org/>
- Asmundson, G. J. G., Stapleton, J. A. & Taylor, S. (2004). Are avoidance and numbing distinct

- PTSD symptom clusters? *Journal of Traumatic Stress, 17*(6), 467-475.
- Ballenger, J. C., Davidson, J. T. R., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Marshall, R. D., Nemeroff, C. B., Shalev, A. Y. & Yehuda, R. (2004). Consensus statement update on posttraumatic stress disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry, 65*, 55-62.
- Birmes, P., Brunet, A., Carreras, D., Ducassé, J. L., Charlet, J. P. & Lauque, D. (2003). The predictive power of peritraumatic dissociation and acute stress symptoms for posttraumatic stress symptoms: a three-month prospective study. *American Journal of Psychiatry, 160*, 1337-1339.
- Breslau, N. & Alvarado, G. F. (2007). The clinical significance criterion in DSM-IV post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine, 37*, 1437-1444.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P. & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry, 48*, 216-222.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C. & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry, 55*, 626-632.
- 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.
- Briere, J. (1997). *Psychological assessment of adult posttraumatic states*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Brooks, R., Silove, D., Bryant, R., O'Donnell, M., Creamer, M. & McFarlane, A. (2008). A confirmatory factor analysis of the acute stress disorder interview. *Journal of Traumatic Stress, 21*, 352-355.
- Bryant, R. A. (2003). Early predictors of posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry, 53*, 789-795.
- Bryant, R. A. & Harvey, A. G. (1999). *Acute stress disorder: a handbook of theory, assessment, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Calhoun, K. S. & Resick, P. (1999). Transtorno de estresse pós-traumático. Em D. H. Barlow (Org.). *Manual dos Transtornos Psicológicos* (2a. ed.) (pp. 63-118). Porto Alegre: Artmed.
- Corcoran, C. B., Green, B. L., Goodman, L. A. & Krinsley, K. E. (2000). Conceptual and methodological issues in trauma history assessment. Em A. Y. Shalev, R. Yehuda & A. C. McFarlane (Orgs.). *International handbook of human response to trauma* (pp. 223-232). New York: Kluwer/Plenum.
- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 319-345.
- Friedman, M. J. (2010, May 21). PTSD revisions proposed for *DSM-5*, with input from array of experts. *Psychiatric News, 45*(10), 8-33.
- Gerrig, R. J. & Zimbardo, P. G. (2005). *A psicologia e a vida* (16a. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Harvey, A. G. & Bryant, R. A. (2000). Two-year prospective evaluation of the relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry, 157*, 626-628.
- Harvey, A. G. & Bryant, R. A. (2002). Acute stress disorder: a synthesis and critique. *Psychological Bulletin, 128*, 886-902.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. 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.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Jin, R. & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 617-627.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52*, 1048-1060.
- Kristensen, C. H., Parente, M. A. M. P. & Kaszniak, A. W. (2005). Transtorno de Estresse Pós-Traumático: Critérios diagnósticos, prevalência e avaliação. Em R. M. Caminha (Org.). *Transtornos do Estresse Pós-Traumático (TEPT): da neurobiologia à terapia cognitiva* (pp. 15-35). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lifton, R. J. & Olson, E. (1976). The human meaning of total disaster: the Buffalo Creek Experience. *Psychiatry, 39*, 1-18.
- Litz, B. T. (1992). Emotional numbing in combat-related post-traumatic stress disorder: a critical review and reformulation. *Clinical Psychology Review, 12*, 417-432.

- Marshall, R. D., Spitzer, R. & Liebowitz, M. R. (1999). Review and critique of the new DSM-IV diagnosis of acute stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1677-1685.
- McEwen, B. S. (2002). Sex, stress, and the hippocampus: allostasis, allostatic load and the aging process. *Neurobiology of Aging*, 23, 921-939.
- McEwen, B. S. & Lashley, E. N. (2004). *The end of stress as we know it*. Washington, DC: National Academies Press.
- McNally, R. J. (1998). Experimental approaches to cognitive abnormality Posttraumatic Stress Disorder. *Clinical Psychology Review*, 18, 971-982.
- McNally, R. J. (2009). Can we fix PTSD in DSM-V? *Depression and Anxiety*, 26, 597-600.
- O'Donnell, M. L., Creamer, M., McFarlane, A. C., Silove, D. & Bryant, A. R. (2010). Should A2 be a diagnostic requirement for posttraumatic stress disorder in DSM-V? *Psychiatry Research*, 176, 257-260.
- Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E. & Best, C. L. (1993). Prevalence of civilian trauma and PTSD in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 984-991.
- Saigh, P. A. & Bremner, J. (1999). The history of posttraumatic stress disorder. Em P. A. Saigh & J. Bremner (Orgs.). *Posttraumatic Stress Disorder: a comprehensive text* (pp. 1-17). Boston: Allyn & Bacon.
- Schestratsky, S., Shansis, F., Ceitlin, L. H., Abreu P. B. S. & Hauck, S. (2003). A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 8-11.
- Schiraldi, G. R. (1999). *The post-traumatic stress disorder sourcebook: a guide to healing, recovery, and growth*. New York: Mc Graw Hill.
- Schneiderman, N., Ironson, G. & Siegel, S. D. (2005). Stress and health: psychological, behavioral, and biological determinants. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 607-628.
- Schnurr, P. P., Friedman, M. J. & Bernardy, N. C. (2002). Research on Posttraumatic Stress Disorder: epidemiology, pathophysiology, and assessment. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 877-889.
- Shalev, A. Y. (2009). Posttraumatic Stress Disorder and Stress-Related Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 32, 687-704.
- Sher, L. (2004). Recognizing post-traumatic stress disorder. *QJM: An International Journal of Medicine*, 97, 1-5.
- Yehuda, R. & LeDoux, J. (2007). Response Variation following Trauma: A translational neuroscience approach to understanding PTSD. *Neuron*, 56(1), 19-32.
- Yehuda, R. & McFarlane, A. C. (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1705-1713.

Recebido em setembro de 2010

Reformulado em novembro de 2010

Aprovado em dezembro de 2010

Sobre os autores:

Gabriela Sbardelloto é Psicóloga (PUCRS). Especialista em Psicologia Clínica - ênfase em Avaliação Psicológica (UFRGS) e especialista em Psicologia Clínica - ênfase em Psicologia Cognitivo-Comportamental (Clínica WP). Mestre em Psicologia/Cognição Humana (PUCRS). Pesquisadora do Grupo de Pesquisa “Cognição, Emoção e Comportamento” do PPG em Psicologia da PUCRS.

Luiziana Souto Schaefer é Psicóloga (PUCRS). Perita Criminal Psicóloga do Instituto-Geral de Perícias do Rio Grande do Sul (IGP-RS). Mestranda em Psicologia/Cognição Humana (CNPq-PUCRS). Pesquisadora do Grupo de Pesquisa “Cognição, Emoção e Comportamento” do PPG em Psicologia da PUCRS.

Alice Reuwsaat Justo é Acadêmica da Faculdade de Psicologia (PUCRS). Integrante do Grupo de Pesquisa “Cognição, Emoção e Comportamento” do PPG em Psicologia da PUCRS.

Christian Haag Kristensen é Psicólogo (PUCRS). Especialista em Neuropsicologia (CRP/07). Formação em Terapia Cognitiva pelo Beck Institute for Cognitive Therapy and Research. Mestre e Doutor em Psicologia (UFRGS). Coordenador do Grupo de Pesquisa “Cognição, Emoção e Comportamento” e Professor do PPG em Psicologia da PUCRS.