

Comorbidade no transtorno de estresse pós-traumático: regra ou exceção?

Comorbidities in posttraumatic stress disorder: rule or exemption?

Regina Margis

Laboratório de Psiquiatria Experimental, Centro de Pesquisa, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil

Resumo O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) com frequência ocorre conjuntamente com outros transtornos psiquiátricos. Este artigo revisa o TEPT e comorbidades, tais como: transtornos de ansiedade, uso de substâncias, transtorno de humor, tentativas de suicídio, transtorno dissociativo e transtorno somatoforme.

Descritores Transtorno de estresse de pós-traumático. Comorbidade.

Abstract *Posttraumatic stress disorder (PTSD) commonly occurs in conjunction with other psychiatric disorders. The present article reviews PTSD and its comorbidities such as anxiety disorders, substance abuse, mood disorders, suicide attempts, dissociative disorder and somatoform disorder.*

Keywords *Posttraumatic stress disorder. Comorbidity.*

Introdução

O termo “stress” foi introduzido na área da saúde por Selye, em 1936, para designar a resposta geral e inespecífica do organismo a um estressor ou situação estressante. Posteriormente o termo passou a ser utilizado tanto para designar tanto esta resposta do organismo como a situação desencadeante.¹

A resposta ao estresse é resultado da interação entre as características da pessoa e as demandas do meio, ou seja, as discrepâncias entre o meio externo e interno e a percepção do indivíduo quanto a sua capacidade de resposta. Essa resposta ao estresse compreende aspectos cognitivos, comportamentais e fisiológicos. Nesses três níveis, ela é eficaz até certo limite, que quando ultrapassado, pode desencadear um efeito desorganizador – propiciando o surgimento de transtornos psiquiátricos.

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) desenvolve-se após a exposição a um evento traumático grave, no qual o indivíduo apresenta, principalmente, sintomas de revivência do evento traumático, evitação de estímulos associados ao evento e hiperexcitabilidade. A pessoa pode agir ou sentir como se o evento estivesse ocorrendo novamente, os *flashbacks* são um exemplo de sintoma de revivência. O indivíduo também pode evitar situações ou conversas associa-

das ao trauma ou ter dificuldade para lembrar de aspectos importantes relacionados ao evento, ou ainda, ter menor interesse em participar de atividades significativas, podendo surgir uma sensação de afastamento em relação aos outros. Também estão presentes sintomas de hiperexcitabilidade autonômica, como alterações do sono, surtos de raiva, dificuldade de concentração, hipervigilância e propensão para “assustar-se” de forma exagerada.

Diferentes variáveis têm sido propostas como importantes para o desenvolvimento do transtorno de estresse pós-traumático, incluindo características do meio, do estressor (sua natureza e intensidade) e da pessoa (sua vulnerabilidade e habilidade para modular uma reação inicial frente ao evento traumático). É importante estar atento às diferentes formas de resposta do indivíduo aos eventos estressores, uma vez que algumas pessoas podem desenvolver Reação Aguda ao Estresse e/ou TEPT, enquanto outras podem apresentar, por exemplo, crises de pânico ou depressão.

Diferentes estudos²⁻⁴ demonstram elevadas taxas de comorbidade nas pessoas com TEPT. Têm sido sugeridos diferentes motivos para este fato. Entre eles, destaca-se o fato de que a história prévia de outra doença mental pode aumentar o risco para a ocorrência de TEPT. Isso aconteceria devido a uma

elevada probabilidade de exposição ao risco ou a de desenvolver TEPT, devido a existência de uma outra doença mental. Outra explicação proposta para a elevada taxa de comorbidade seria o fato do TEPT estar relacionado a um elevado risco para desenvolver outros transtornos.

Tem sido proposto que o TEPT e suas comorbidades devam ser entendidos como um “complexo efeito somático-cognitivo-afetivo-comportamental de um trauma psicológico”.

TEPT e aspectos de outros transtornos psiquiátricos

Um grande número de estudos, tanto avaliando indivíduos em tratamento^{2,3}, como a população em geral⁴, documentam uma elevada taxa de comorbidade psiquiátrica entre os indivíduos com TEPT.

Davidson et al⁵ constataram uma taxa de 62% de comorbidade nos indivíduos com TEPT de uma comunidade. Outro levantamento apontou uma taxa de 92%.⁵ Estudos^{7,8} entrevistando pessoas com TEPT constataram que aproximadamente 80% dessas apresentavam um outro diagnóstico psiquiátrico, comparado com 30%⁷ a 44,3%⁸ dos indivíduos sem TEPT.

Visando examinar possíveis diferenças nas manifestações clínicas do TEPT em relação ao gênero, Zlotnick et al⁹ entrevistaram 138 pacientes ambulatoriais com TEPT. Nessa amostra observou-se que os homens mais freqüentemente preenchiam critérios para transtorno por uso de substância ou transtorno de personalidade anti-social. Não encontraram diferenças entre os gêneros para outros tipos de transtornos, nem para o número de transtornos comórbidos.

Foi demonstrado¹⁰ que aproximadamente 16% dos indivíduos com TEPT apresentam um outro diagnóstico psiquiátrico. Cerca de 17% têm dois outros, e até 50% apresentam três ou mais diagnósticos psiquiátricos, além do TEPT.

Com freqüência surge o questionamento sobre qual dos quadros surge primeiro. Kessler et al,¹⁰ avaliando este aspecto, constataram que o TEPT geralmente precede o transtorno afetivo comórbido ou o transtorno por uso de substância comórbido. Em mulheres, o TEPT mais freqüentemente precede transtornos de conduta. Entretanto, Kessler et al¹⁰ observaram que, em relação a outros transtornos de ansiedade, o TEPT provavelmente não precederia outros transtornos.

TEPT e outros transtornos de ansiedade

Indivíduos com Transtorno de Estresse Pós-Traumático têm duas a quatro vezes maior probabilidade de apresentar um outro transtorno de ansiedade em relação às pessoas sem TEPT. Entre os homens essa probabilidade é de três a sete vezes maior, já entre as mulheres é de duas a quatro vezes maior.¹⁰

Zayfert et al¹¹ examinaram a prevalência da comorbidade de transtornos ansiosos com TEPT, relacionado-os a outros transtornos, numa população que buscou tratamento. Os 83 pacientes com TEPT examinados evidenciaram maior comorbidade quando comparados a pacientes com outros transtornos de ansiedade (151 indivíduos), ou outro transtorno em Eixo I (73 indivíduos). Quando comparados a indivíduos com transtorno do pânico, os indivíduos com TEPT apresentavam mais freqüentemente o diagnóstico de depressão e fobia social.¹¹

Um estudo descrito por Gershuny et al¹² observou a interferência da comorbidade com TEPT no tratamento com terapia comportamental para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). Este estudo constatou que os pacientes com comorbidade com TEPT não demonstravam significativa melhora nos sintomas obsessivo-compulsivos (o que havia sido percebido no grupo sem esta comorbidade). A partir destes achados, Gershuny et al¹² concluíram que o tratamento com terapia comportamental para o TOC, associado ou não a farmacoterapia, pode ser prejudicado pela comorbidade com o TEPT.

TEPT e abuso de álcool e outras substâncias psicoativas

De acordo com estudo epidemiológico realizado por Kessler,¹⁰ indivíduos com TEPT têm duas a três vezes maior probabilidade de apresentar transtorno por uso de substância, em relação aos que não apresentam TEPT. Levantamentos realizados entre os indivíduos que buscam tratamento devido ao uso de substância constataram que 25% a 58% destes pacientes apresentavam comorbidade com TEPT.¹²⁻¹⁴ O transtorno por uso de substância em comorbidade com o TEPT, leva a um pior prognóstico do primeiro. Brown, Stout e Mueller,¹⁵ num estudo piloto, compararam mulheres dependentes de álcool e outras substâncias psicoativas, com e sem comorbidade com TEPT, quanto a taxas de recaída. Esses autores constataram que, ao final de 3 meses, as taxas de recaída não diferiram entre as mulheres com ou sem comorbidade com TEPT. Entretanto, as mulheres com TEPT apresentaram recaída mais precocemente.¹⁵

Semple et al¹⁶ realizaram exames de tomografia por emissão pósitrons em pacientes com TEPT e história de abuso de álcool e cocaína, em comparação com indivíduos normais. Observou-se maior fluxo sanguíneo cerebral na amígdala e menor fluxo sanguíneo no córtex frontal dos pacientes com TEPT e comorbidade, com abuso de álcool e cocaína, em relação aos indivíduos normais.¹⁶

TEPT e transtornos de humor

Os transtornos afetivos – depressão, distímia e mania - são duas a três vezes mais prováveis de ocorrer em pessoas com TEPT, quando comparadas a pacientes sem o transtorno. Kessler et al¹⁰ constataram que homens com TEPT apresentam seis a dez vezes mais chance de apresentar transtorno afetivo do que homens sem TEPT. No que tange as mulheres com TEPT, a chance de desenvolver transtorno afetivo é quatro ou cinco vezes maior.

Neste tópico, é válido destacar o quanto alguns sintomas presentes no TEPT assemelham-se a achados em pacientes com transtorno de humor: alterações no sono, irritabilidade, menor interesse em participar de atividades, entre outros. O que reforça a importância de realizar detalhada avaliação de todos os sintomas presentes, para então possibilitar adequada formulação diagnóstica.

TEPT e risco de suicídio

Acrescenta-se a constatação de que as pessoas com TEPT tentam até seis vezes mais suicídio que os controles – o TEPT é o transtorno de ansiedade com mais forte relação com suicídio,

de acordo com dados do *National Comorbidity Survey*.¹⁸ É importante salientar que o risco de suicídio aumentado também é observado no TEPT com expressão sintomatológica parcial.

TEPT e dissociação

A dissociação é um sintoma comum em indivíduos com Transtorno de Estresse Pós-Traumático, sendo citado como um dos sintomas mais freqüentes.¹⁹ Visando identificar a prevalência e comorbidade de transtorno dissociativo (TD) em pacientes internados, foram entrevistados 110 pacientes que, consecutivamente, foram internados em hospital psiquiátrico, sendo aplicado “Dissociative Experiences Scale”. Cerca de 15% desses pacientes apresentaram escores acima do “ponto de corte” para a síndrome clínica do TD, e preencheram critérios, segundo o DSM-III, para o TD. Eles apresentaram maiores taxas para Depressão, TEPT, Transtorno por Uso de Substâncias e Transtorno de Personalidade Borderline em relação grupo internado, sendo controlados quanto a idade e gênero.²⁰

TEPT e queixas físicas

A somatização é um achado muito comum em pacientes com TEPT. Numa amostra de 99 mulheres em acompanhamento psiquiátrico ambulatorial, com história de comprometimento somático, mais de 90% das com Transtorno de Somatização, relataram alguma forma de abuso (abuso sexual enquanto criança ou na idade adulta, abuso físico ou emocional enquanto criança).²¹

Apesar de um grande número de estudos ressaltar um aumento das queixas físicas em pacientes com TEPT, a razão para essa associação ainda não está clara. Ford et al²² avaliaram diferentes *settings* clínicos e constataram que 67% dos pacientes que procuraram atendimento com gastroenterologista e 50% dos que procuraram atendimento em clínicas para tratamento de dor, relataram a ocorrência de trauma físico na infância. Ao comparar 22 mulheres apresentando dor pélvica com 22 sem dor – randomicamente selecionadas – encontrou-se história de abuso na infância em 82% das mulheres com dor pélvica e 41% das mulheres sem queixa da dor.²³

Avaliando vítimas de desastre natural em Porto Rico, foi relatado o desenvolvimento de sintomas físicos, antes inexistentes, um ano após o evento traumático. As vítimas de desastre mostraram-se mais predispostas a desenvolver sintomas gastrointestinais ou sintomas pseudoneurológicos, do que as pessoas não expostas ao desastre.²⁴ Gurvits et al²⁵ avaliaram 21 mulheres adultas vítimas de violência sexual na infância (12 com TEPT e nove sem o transtorno) e 38 homens veteranos da Guerra do Vietnã (23 com TEPT e 15 sem o transtorno) examinando “sinais neurológicos leves” – os quais refletem alterações neurológicas sutis, como anormalidades na linguagem, na coordenação motora, na percepção e em outras funções do sistema nervoso central. Esse estudo constatou, tanto pela história obtida, como pelo exame físico, que estes homens e mulheres com TEPT crônico apresentavam evidência de comprometimento neurológico.

Pacientes com TEPT têm maior risco que indivíduos normais para desenvolverem doenças clínicas, sendo freqüentemente

observado anormalidades na função cardiovascular, desregulação endócrina e imunossupressão. Pacientes com TEPT também apresentam risco aumentado para desenvolverem alterações comportamentais como a hostilidade - que consiste em fator de risco para doença cardiovascular e é observada na personalidade tipo A - e comportamentos de risco, tal como o uso de drogas.²⁶

TEPT e qualidade de vida

Um aspecto importante em relação a vida produtiva dos indivíduos com TEPT se refere ao comprometimento no trabalho. Este comprometimento é similar ao prejuízo associado às pessoas com depressão, mas menor que o comprometimento dos indivíduos com transtorno do pânico.²⁷ Isso é válido tanto ao considerarmos absenteísmo, como menor produtividade. O comprometimento no trabalho também refere-se ao fato de que várias pessoas com transtorno de estresse pós-traumático, submetem-se a atividades profissionais que lhes pagam salários inferiores, por julgarem-se incapazes de lidar com o estresse provocado por um trabalho que lhes remunerem melhor.

O TEPT, em diferentes aspectos, interfere na qualidade de vida do portador, tal como na de seus familiares. Isto é notório ao constatar o quanto indivíduos com TEPT evitam realizar determinadas tarefas pelo temor constante, e o quanto este temor interfere na rotina de seus familiares. A interferência na qualidade de vida ocasionada pelo TEPT, somada ao prejuízo provocado pela comorbidade, situa a dimensão do sofrimento dos portadores deste transtorno, além do dano potencial ocasionado pelo eventual retardo para a realização do adequado diagnóstico e tratamento destes pacientes.

Considerações finais

Apesar da história de trauma ser comum na população em geral, o TEPT ainda é subdiagnosticado.²⁸ Davidson & Smith²⁹ entrevistaram 54 pacientes encaminhados ao ambulatório de psiquiatria quanto a presença de história de evento traumático severo. Dentre esses, 81% apresentavam história de, pelo menos, um evento traumático, sendo que 17 pacientes apresentavam sintomas de TEPT e 12 preenchiam os critérios para o transtorno, segundo o DSM-III-R. No entanto, de acordo com os registros clínicos apenas um paciente havia recebido o diagnóstico correto.

Em outro estudo, foram avaliados 95 pacientes internados devido a transtorno por abuso de álcool ou outras substâncias psicoativas. Foi observado que aproximadamente 40% dos pacientes preenchiam critérios para TEPT, mas apenas 14 pacientes receberam esse diagnóstico.³⁰

Utilizando dados do NCS para o estudo dos efeitos do TEPT como facilitador do início de transtornos psiquiátricos subsequentes, observou-se que indivíduos com TEPT eram mais suscetíveis ao desenvolvimento de transtorno por uso de substância ou transtorno de humor. A análise desse mesmo banco de dados demonstrou que o aumento do risco para o desenvolvimento de um segundo transtorno desaparecia com a remissão dos sintomas de TEPT.

Em suma, separando-se duas amostras, uma com indivíduos

os com TEPT ativo e outro grupo com este transtorno em remissão, seria observado que apenas aqueles com transtorno ativo teriam risco aumentado para ocorrência de um segundo transtorno.³¹ Esses fatos reforçam a importância de investigar-se a história de trauma, assim como do transtorno de estresse pós-traumático em populações clínicas. Sabe-se que as elevadas taxas de comorbidade podem diminuir as chances de que se realize o diagnóstico do TEPT, pois, mui-

tas vezes, quadros mais conhecidos são diagnosticados primeiramente. De posse de um diagnóstico que explique parcialmente o sofrimento do paciente, uma investigação mais criteriosa, que evidenciaria um quadro de TEPT, pode ser retardada, ou mesmo nunca feita. As consequências da demora para diagnosticar apropriadamente o TEPT, incluiriam o contínuo sofrimento do paciente e a eventual cronificação de seu quadro.

Referências

1. Labrador FJ, Crespo M. Evaluación del estrés. In: Fernández-Ballesteros R. Evaluación conductual hoy: un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud. Madrid: Ediciones Pirámide; 1994. p. 484-500.
2. Davidson JRT, Swartz M, Storck M, et al. A diagnostic and family study of posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 1985;142:90-3.
3. Sierles FS, Chen J, McFarland RE et al. Posttraumatic stress disorder and concurrent illness: a preliminary report. *Am J Psychiatry* 1983;140:1177-9.
4. Shore JH, Vollmer Wm, Tatum EI. Community patterns of posttraumatic stress disorders. *J Nerv Ment Dis* 1989;177:681-5.
5. Davidson JRT, Hughes D, Blazer D, George LK. Posttraumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychol Med* 1991;21:1-19.
6. McFarlane AC. Phenomenology of posttraumatic stress disorder. In: Stein DJ, Hollander E, eds. Textbook of anxiety disorders. Washington (DC): The American Psychiatric Publishing; 2002. p. 359-72.
7. Helzer JE, Robins LN, McEvoy L. Posttraumatic stress disorder in the general population. *N Engl J Med* 1987;317:1630-4.
8. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in a urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:216-22.
9. Zlotnick C, Zimmerman M, Wolford BA, Mattia JJ. Gender differences in patients with posttraumatic stress disorder in a general psychiatric practice. *Am J Psychiatry* 2001;158:1923-5.
10. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:1048-60.
11. Zayfert C, Becker CB, Unger DL, Shearer DK. Comorbid anxiety disorders in civilians seeking treatment for posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 2002;15(1):31-8.
12. Gershuny BS, Baer L, Jenike MA, Minichiello WE, Wilhelm S. Comorbid posttraumatic stress disorder: impact on treatment outcome for obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2002;159:852-4.
13. Grice DE, Dustan LR, Brady KT, et al. Assault, substance abuse and Axis I comorbidity. *Am J Addiction* 1995;4:1-9.
14. Triffleman EG, Marmer CR, Delucchi KL, et al. Childhood trauma and posttraumatic stress disorder in substance abuse inpatient. *J Nerv Ment Dis* 1995;183:172-6.
15. Brown PJ, Stout R, Mueller T. Posttraumatic stress disorder and substance abuse relapse among women: a pilot study. *Psych Addic Behav* 1996;10:124-8.
16. Semple WE, Goyer PF, McCormick R, Donovan B, et al. Higher brain blood flow at amygdala and lower frontal cortex blood flow in PTSD patients with comorbid cocaine and alcohol abuse compared with normals. *Psychiatry* 2000;63(1):65-74.
17. Dansky BS, Saladin ME, Brady KT, et al. Prevalence of victimization and posttraumatic stress disorder among women with substance use disorders: comparison of telephone and in-person assessment samples. *Int J Addic* 1995;30:1079-99.
18. Kessler RC, Borges BW, Walters EE. Prevalence and risk factors of lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:617-26.
19. van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S et al. Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *Am J Psychiatry* 1996;153(7):83-93.
20. Saxe GN, van der Kolk BA, Berkowitz R, et al. Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 1993;150:1037-42.
21. Pribor EF, Yutzy SH, Dean RD, et al. Briquet's syndrome, dissociation, and abuse. *Am J Psychiatry* 1993;150:1507-11.
22. Ford JD, Ruzek JJ, Niles BI. Identifying and treating VA medical care patients with undertreated sequelae of physiological trauma and posttraumatic stress disorder. *Nat Center PTSD Clin Q* 1996;6:77-82.
23. Walker EA, Katon WJ, Neraas K, et al. Dissociation in women with chronic pelvic pain. *Am J Psychiatry* 1992;149:534-7.
24. Escobar JJ, Canino G, Rubio-Stipec M et al. Somatic symptoms in posttraumatic stress disorder. *J Psychosom Res* 1994;38:965-7.
25. Gurvits TV, Gilbertson MW, Lasko, NB, Tarhan AS, et al. Neurologic soft signs in chronic posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:181-6.
26. Friedman MJ, Charney DS, Deutch AY, eds. Neurobiological and clinical consequences of stress: from normal adaptation to PTSD. Philadelphia: Lippincott-Raven press; 1995.
27. Van der Kolk BA. The psychobiology of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 1997;58(Suppl 9):16-24.
28. McFarlane AC. Posttraumatic stress disorder: a model of the longitudinal course and the role of risk factors. *J Clin Psychiatry* 2000;61(5):15-20.
29. Davidson J, Smith R. Traumatic experiences in psychiatric outpatients. *J Trauma Stress* 1990;3:459-75.
30. Dansky BS, Kudler H, Smith R, et al. Posttraumatic stress disorder and substance abuse: use of research in a clinical setting. *J Trauma Stress* 1997;10:141-8.
31. Kessler RC. Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *J Clin Psychiatry* 2000;61(5):4-12.

Correspondência: Regina Margis

Laboratório de Psiquiatria Experimental, Centro de Pesquisa, Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Rua Ramiro Barcelos, 2350 - 90035-003 Porto Alegre, RS, Brasil