

Transtorno de estresse pós-traumático: critérios diagnósticos

Posttraumatic stress disorder: diagnostic criteria

Flávio Kapczinski e Regina Margis

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

Resumo Este artigo revisa aspectos da definição da síndrome clínica do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). São apresentados os critérios diagnósticos empregados no DSM-IV e CID-10. Define-se a reação aguda ao estresse (RAE) e contrasta-se a mesma com os critérios que definem o TEPT, salientando-se a importância da expressão parcial dos sintomas de TEPT em vítimas de trauma. Estudos sistemáticos na população de pacientes são caracterizados como uma necessidade a ser endereçada em saúde pública, com vistas ao estabelecimento de protocolos adequados para o diagnóstico e tratamento dessa síndrome clínica.

Descritores Estresse pós-traumático. Reação aguda ao estresse. Critérios diagnósticos.

Abstract *This article reviews aspects of the clinical characterization of the Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). The diagnostic criteria used in DSM-IV and ICD-10 are presented. The Acute Reaction to Stress is defined and contrasted to the operational criteria which define the PTSD. The importance of the partial expression of the PTSD syndrome in victims of trauma is highlighted. Systematic studies within this patient population is characterized as a unmet need in public health. Addressing such a need is a major step towards the proper diagnosis and treatment of this clinical syndrome.*

Keywords *Posttraumatic stress disorder. Acute reaction to stress. Diagnostic criteria.*

Introdução

As conseqüências emocionais do trauma psicológico foram reconhecidas e descritas por autores como Charcot, Freud e Janet. Entretanto, foi com o uso de critérios diagnósticos definidos mais claramente que iniciou-se o estudo sistemático do Transtorno do Estresse Pós-traumático.^{1,2}

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID), editado em 1948 (CID-6), os transtornos relacionados a eventos traumáticos eram agrupados na categoria de “Desajuste Situacional Agudo” que se manteve na CID-7. Na CID-8, encontra-se a nomenclatura “Transtornos Transitórios de Inadaptação a Situações Especiais”. Em 1977, foi introduzida na CID-9 a categoria “Reação Aguda ao Estresse”. Detalhando o que consta na classificação atual CID-10,³ pode-se destacar diferentes categorias diagnósticas relacionadas a eventos traumáticos, mantendo a previamente denominada “Reação Aguda ao Estresse” e sendo introduzindo o “Transtorno de Estresse Pós-Traumático”. Estão também presentes as categorias “Ou-

tras Reações ao Estresse Grave”, “Reação ao Estresse Grave Não Especificada” e “Alteração Permanente de Personalidade Após Experiência Catastrófica”.

Considerando a classificação americana, em 1952, no DSM-I, foi descrita a categoria “Reação Maciça ao Estresse”, excluindo pacientes com outras psicopatologias. No entanto, no DSM-II essa categoria foi retirada e somente reintroduzida em 1980, no DSM-III,⁴ com a denominação de “Transtorno de Estresse Pós-Traumático”. Permaneceu esta denominação no DSM-III-R (1987)⁵ e DSM-IV (1994),⁶ sendo que no último foi introduzida a categoria de “Transtorno de Estresse Agudo”.

Em estudos utilizando os critérios do DSM-III, a prevalência do “Transtorno de Estresse Pós-Traumático” para toda vida estava entre 1,0%⁷ e 1,3%.⁸ Já naqueles que utilizaram critérios do DSM-III-R, as taxas variavam de 10,4%⁹ a 12,3%¹⁰ nas mulheres, e de 5%⁹ a 6%¹¹ nos homens.

Um levantamento realizado entre adultos jovens urbanos encontrou uma prevalência de 39,1% de exposição a evento

traumático e uma prevalência de TEPT para toda vida na taxa de 9,2%.¹¹ Segundo dados do NCS (*National Comorbidity Survey*),⁹ 7,8% dos entrevistados apresentavam uma história de TEPT de acordo com o DSM-III-R. Considerando popula es vítimas de traumas, como, por exemplo, estupro, essa taxa poderia alcançar algo entre 60% e 80%.¹²   necessário ter claro que diferentes fatores contribuíram para estas diferenças, como as diferenças nos critérios diagnósticos, os procedimentos para obten o dos dados e as características da amostra.

  inegável a importância de um adequado reconhecimento do quadro de TEPT, tanto pela evidente prevalência do transtorno, quanto pelo comprometimento que ele acarreta ao indivíduo e conseqüentemente   sociedade.

Rea o aguda ao estresse, transtorno de estresse pós-traumático e efeitos   longo prazo

A rea o aguda ao estresse se caracteriza por iniciar-se logo após o evento traumático. No entanto, existem diferenças a serem destacadas entre os critérios diagnósticos apresentados na CID-10 e no DSM-IV. O Transtorno de Estresse Agudo   uma categoria nova no DSM-IV, que foi acrescentada para descrever rea es agudas a um estresse extremo – para fins de compatibilidade com o CID-10 e para auxiliar na detec o precoce de casos.

Na rea o aguda ao estresse, conforme a CID-10, o paciente, após ter sido exposto a um estressor mental ou físico excepcional, inicia imediatamente (dentro de uma hora) os sintomas, como um estado de “atordoamento” acompanhado de tristeza, ansiedade, raiva, desespero, entre outros.

Ainda de acordo com a CID-10, após a exposi o a evento traumático,   necessária a presença dos sintomas dos critérios B, C e D – associados a estupor dissociativo ou a diferentes sintomas como: retraimento da intera o social, diminui o da aten o, desorienta o aparente, raiva ou agressão verbal, desespero, desesperança, hiperatividade inadequada e pesar incontrolável e excessivo – para que o transtorno seja denominado como Rea o Aguda ao Estresse, a qual pode ser classificada como leve, moderada ou grave.

Quando o estressor   transitório ou pode ser aliviado, os sintomas começam a diminuir após um período inferior a oito horas. Caso a exposi o ao estressor continue, os sintomas devem começar a diminuir em 48 horas. A categoria de Rea o Aguda ao Estresse, de acordo com a CID-10, inclui a rea o aguda de crise, a fadiga de combate, o estado de crise e o choque psíquico.

Considerando os critérios do DSM-IV para Rea o Aguda ao Estresse, além da exposi o do indivíduo ao evento traumático grave, esse deve ter apresentado intenso medo, ou sensa o de impotência no momento da exposi o. Enquanto a pessoa vivenciava o evento, ou logo após, passa a ter diferentes sintomas dissociativos, como sensa o de distanciamento, redu o da consciência quanto às coisas que a rodeiam, desrealiza o, despersonaliza o e incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma. Para fins diagnósticos, conforme o DSM-IV,   exigida a presença de pelo menos três destes sintomas dissociativos.

Então, além da exposi o ao evento traumático, sensa o

de impotência frente a ele, e pelo menos três sintomas dissociativos, o indivíduo com Rea o Aguda ao Estresse passa a reviver o evento traumático (através de imagens, pensamentos, sonhos) e a evitar aspectos que possibilitem a recorda o do trauma, por exemplo: locais, conversas ou pessoas. Esses sintomas devem interferir significativamente na vida do indivíduo, mas o transtorno tem como ponto limitante a dura o deles, pois persistem por, no mínimo, dois dias e, no máximo, quatro semanas.

A rela o entre o efeito agudo do combate e o resultado   longo prazo foi investigada em veteranos da Guerra do Líbano.¹³ Esse estudo demonstrou que soldados que se tornaram agudamente perturbados no momento do combate apresentaram maior risco para TEPT e que o transtorno emergiu de rea es ameaçadoras do conflito. A taxa de TEPT foi significativamente menor entre aqueles que enfrentaram a situa o. Também foi observado que os sintomas intrusivos apresentavam menor especificidade diagnóstica, em contraste com a combina o de sintomas intrusivos e evitativos. Além disso, a proeminência de sintomas intrusivos diminuiu num período de dois anos, enquanto os sintomas evitativos aumentaram.

Estudos retrospectivos demonstram um potencial para cronicidade no TEPT e vários dados reforçam a possibilidade da fenomenologia do transtorno modificar-se com o tempo.   válido destacar que determinados indivíduos apresentam TEPT por longos períodos, como foi observado pelo NVVRS (*National Vietnam Veterans Readjustment Study*), constatando que 19 anos após a exposi o ao combate, 15% dos veteranos de guerra permaneciam com TEPT. Um estudo realizado com 469 bombeiros que haviam sido expostos a um grande incêndio na Austrália identificou que 42 meses após o desastre, 56% dos bombeiros que apresentaram TEPT logo após o acontecido, permaneciam com os sintomas – os quais flutuavam significativamente com a passagem do tempo. Após oito anos, 4% ainda preenchiam os critérios para o TEPT.¹⁴

Outro aspecto a ser considerado diz respeito ao número de exposi es e posterior desenvolvimento de sintomas do TEPT, pois também   possível subdividir grupos de indivíduos em rela o ao transtorno. Diversos autores citam quadros de indivíduos que apresentaram diferentes exposi es a eventos traumáticos, desenvolvendo múltiplos episódios de TEPT, como foi observado num estudo de Solomon, com um grupo de 35 soldados. Após diversas exposi es ao combate, alguns deles reativaram os sintomas do TEPT preexistente; um outro grupo, exposto às mesmas condi es, desenvolveu um novo episódio de TEPT.¹⁵ H  ainda aqueles indivíduos que passam a apresentar sintomas relacionados ao primeiro evento traumático após a ocorrência de um segundo ou terceiro evento (não tendo desenvolvido TEPT anteriormente).

Síndrome parcial do transtorno de estresse pós-traumático

Alguns estudos examinaram a prevalência de síndrome parcial do TEPT e o comprometimento provocado por essa. A síndrome parcial do TEPT pode ser definida pela existência de pelo menos um item de cada categoria dos critérios diagnósticos do DSM-IV.¹⁵ No entanto, estudos¹⁶⁻¹⁸ que avaliaram o comprometimento

relacionado ao TEPT parcial não foram específicos em relação a comorbidade presente naqueles indivíduos. Uma vez que são conhecidas as elevadas taxas de comorbidade com TEPT,^{7,9,11} não é adequado considerarmos que o comprometimento observado nestes pacientes deva-se unicamente ao transtorno.

Conclusão

Observações naturalísticas sobre o início e o curso do TEPT têm demonstrado que o TEPT envolve uma série de diferentes estados e que uma modificação progressiva da fenomenologia do transtorno pode ocorrer com o passar do tempo. Para o adequado entendimento das conseqüências do trauma, é importante estar atento às informações provenientes de diferentes grupos de vítimas, pois os resultados de tipos distintos de traumas podem variar substancialmente. Evidências clínicas sugerem, por exemplo, que as conseqüências, à longo prazo, de abuso em crianças são diferentes da experiência de uma catástrofe natural ou outro trauma circunscrito vivenciado no início da idade adulta. Assim, diferentes aspectos estão envolvidos

na sintomatologia do TEPT, tal como a natureza do evento traumático, o número de exposições, a vulnerabilidade do indivíduo, a reação desse frente ao estressor, a rede de apoio após o evento, entre outros.

Um levantamento realizado na população dos EUA em 1999⁹ estimou que 38% das pessoas com TEPT estavam em tratamento no ano anterior, sendo que aproximadamente 22% dos indivíduos com TEPT (58% dos indivíduos em tratamento) estavam em tratamento com psiquiatra, psicólogo clínico ou outro profissional de saúde mental. O principal motivo relatado para o não tratamento (entre os 62% dos casos de TEPT do NCS que não estavam em tratamento) era que os entrevistados não qualificavam seus sintomas como um problema.

Não restam dúvidas quanto à importância do adequado reconhecimento dos sintomas de TEPT e RAE na clínica diária. É, portanto, fundamental a divulgação destes conhecimentos, para que possa ser fornecido um melhor atendimento aos pacientes e aos seus familiares, nos diferentes momentos que sucedem a ocorrência do evento traumático.

Referências

- Horowitz MJ. Stress-response syndromes: a review of posttraumatic and adjustment disorders. *Hosp Commun Psychiatry* 1998;37:241-9.
- Van der Kolk BA, Van der Hart O. Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *Am J Psychiatry* 1989;146:1530-40.
- Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1980.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders [revised]. 3rd ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1987.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994.
- Helzer JE, Robins LN, McEvoy L. Posttraumatic stress disorder in the general population. *N Engl J Med* 1987;317:1630-4.
- Davidson JRT, Hughes D, Blazer D, George LK. Posttraumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychol Med* 1991;21:1-19.
- 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.
- Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, Saunders BE, Best CL. Prevalence of civilian trauma and post-traumatic stress disorder in a representative national sample of women. *J Consult Clin Psychol* 1993;6:984-91.
- Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in the urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:216-22.
- Solomon SD, Davidson JRT. Trauma: prevalence, impairment, service use, and cost. *J Clin Psychiatry* 1997;58(9):5-11.
- Solomon Z, Garb R, Bleich A, et al. Reactivation of combat-related PTSD. *Am J Psychiatry* 1987;144:51-5.
- McFarlane AC, Papay P. Multiple diagnoses in posttraumatic stress disorder in the victims of a natural disaster. *J Nerv Ment Dis* 1992;180:498-504.
- Marshall RD, Olfson M, Hellman F, Blanco C, Guardino M, Struening EL. Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *Am J Psychiatry* 2001;158:1467-73.
- Blanchard EB, Hickling EJ, Barton KA, Taylor AE, Loos WR, Jones-Alexander J. One year prospective follow-up of motor vehicle accident victims. *Behav Res Ther* 1996;34:775-86.
- Stein MB, Walker JR, Hazen AL, Forde DR. Full and partial posttraumatic stress disorder; findings from a community survey. *Am J Psychiatry* 1997;154:1114-9.
- Schutzwahl M, Maercker A. Effects of varying diagnostic criteria for posttraumatic stress disorder are endorsing the concept of partial PTSD. *J Trauma Stress* 1999;12:155-65.

Correspondência: Flávio Kapczinski

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

Anexos

Anexo 1 - CID-10 - Transtorno do Estresse Pós-Traumático

- A) O Paciente deve ter sido exposto a um evento ou situação estressante (de curta ou longa duração) de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica, a qual provavelmente causaria angústia invasiva em quase todas as pessoas.
- B) Deve haver rememoração ou revivência persistente do estressor em *flashbacks*, memórias vívidas, sonhos recorrentes ou em sentir angústia quando da exposição a circunstâncias semelhantes ou associadas ao estressor.
- C) O paciente deve evitar (ou preferir fazê-lo) circunstâncias semelhantes ou associadas ao estressor, o que não estava presente antes da exposição ao estressor.
- D) Qualquer um dos seguintes deve estar presente:
1. Incapacidade de lembrar, parcial ou completamente, alguns aspectos importantes do período de exposição ao estressor;
 2. Sintomas persistentes de sensibilidade e excitação psicológicas aumentadas (não presentes antes da exposição ao estressor), mostrados por dois dos seguintes:
 - a) Dificuldade em adormecer ou permanecer dormindo;
 - b) Irritabilidade ou explosões de raiva;
 - c) Dificuldade de concentração;
 - d) Hipervigilância;
 - e) Resposta de susto exagerada.
- E) Os critérios B, C e D devem ser todos satisfeitos dentro de seis meses do evento estressante ou do final de um período de estresse (para alguns propósitos, um início demorando mais de seis meses pode ser incluído, mas isto deve ser claramente especificado).
-

Anexo 2 - DSM-IV - Transtorno do Estresse Pós-Traumático

- A. Exposição a um evento traumático no qual os seguintes quesitos estiveram presentes:
1. A pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolvem morte ou grave ferimento, reais ou ameaçadores, ou uma ameaça à integridade física própria ou a de outros;
 2. A resposta da pessoa envolveu intenso medo, impotência ou horror.
- B. O evento traumático é persistentemente revivido em uma (ou mais) das seguintes maneiras:
1. Recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções;
 2. Sonhos aflitivos e recorrentes com o evento;
 3. Agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (inclui um sentimento de revivência da experiência, ilusões, alucinações e episódios de *flashbacks* dissociativos);
 4. Sofrimento psicológico intenso quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático;
 5. Reatividade fisiológica na exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático.
- C. Esquiva persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da responsividade geral (não presente antes do trauma), indicados por três ou mais dos seguintes quesitos:
1. Esforços no sentido de evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associados com o trauma;
 2. Esforços no sentido de evitar atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma;
 3. Incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma;
 4. Redução acentuada do interesse ou da participação em atividades significativas;
 5. Sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas;
 6. Faixa de afeto restrita;
 7. Sentimento de um futuro abreviado (não espera ter uma carreira profissional, casamento, filhos ou período normal da vida).
- D. Sintomas persistentes de excitabilidade aumentada (não presentes antes do trauma), indicados por dois (ou mais) dos seguintes quesitos:
1. Dificuldade em conciliar ou manter o sono;
 2. Irritabilidade ou surtos de raiva;
 3. Dificuldade em concentrar-se;
 4. Hipervigilância;
 5. Resposta de sobressalto exagerada.
- E. A duração da perturbação (sintomas dos critérios B, C, e D) é superior a 1 mês.
- F. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
-

Anexo 3 - CID 10 - Reação Aguda ao Estresse

- A) O paciente deve ter sido exposto a um estressor mental ou físico excepcional
- B) A exposição ao estressor é seguida por um início imediato dos sintomas (dentro de 1 hora).
- C) Dois grupos de sintomas são dados; a reação aguda a estresse é graduada como:
- F43.00 Leve:
Apenas o critério (1) abaixo é preenchido.
- F43.01 Moderada:
O critério (1) é preenchido e há dois sintomas quaisquer do critério (2).
- F43.02 Grave:
Ou o critério (1) é satisfeito e há quatro sintomas quaisquer do critério (2) ou há estupor dissociativo:
1. Os critérios B, C e D para transtorno de ansiedade generalizada são satisfeitos
 2.
 - a) Retraimento da interação social
 - b) Diminui atenção
 - c) Desorientação aparente
 - d) Raiva ou agressão verbal
 - e) Desespero ou desesperança
 - f) Hiperatividade inadequada ou sem propósito
 - g) Pesar incontrolável e excessivo (julgado por padrões culturais locais)
- D) Se o estressor é transitório ou pode ser aliviado, os sintomas devem começar a diminuir após não mais de 8 horas. Se a exposição ao estressor continua, os sintomas devem começar a diminuir após não mais de 48 horas.
- E) Cláusula de exclusão mais comumente usada. A reação deve ocorrer na ausência de qualquer outro transtorno mental ou de comportamento concomitante da CID-10 [exceto F 41.1 – (transtorno de ansiedade generalizada) e F60. – (transtornos de personalidade)] e não dentro de três meses do final de um episódio de qualquer outro transtorno mental e de comportamento.
-

Anexo 4 - DSM-IV - Transtorno de Estresse Agudo

- A. Exposição a um evento traumático no qual ambos os seguintes quesitos estiveram presentes:
1. A pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolveram morte ou sérios ferimentos, reais ou ameaçadores, ou uma ameaça à integridade física própria ou a de outros;
 2. A resposta da pessoa envolveu intenso medo, impotência ou horror.
- B. Enquanto vivenciava ou após vivenciar o evento aflitivo, o indivíduo tem três (ou mais) dos seguintes sintomas dissociativos:
1. Um sentimento subjetivo de anestesia, distanciamento ou ausência de resposta emocional
 2. Uma redução da consciência quanto às coisas que o rodeiam
 3. Desrealização
 4. Despersonalização
 5. Amnésia dissociativa (isto é, incapacidade de recordar um aspecto importante do trauma)
- C. O evento traumático é persistentemente revivido no mínimo de uma das seguintes maneiras: imagens, pensamentos, sonhos, ilusões e episódios de *flashback* recorrentes, uma sensação de reviver a experiência, ou sofrimento quanto da exposição a lembretes do evento traumático.
- D. Acentuada esquiva de estímulos que provocam recordações do trauma (por ex: pensamentos, sentimentos, conversas, atividades, locais e pessoas).
- E. Sintomas acentuados de ansiedade ou maior excitabilidade (por ex: dificuldade para dormir, irritabilidade, fraca concentração, hipervigilância; resposta de sobresalto exagerada, inquietação motora).
- F. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo e prejudica sua capacidade de realizar alguma tarefa necessária, tal como obter o auxílio necessário ou mobilizar recursos pessoais, contando aos membros da família acerca da experiência traumática.
- G. A perturbação tem duração mínima de 2 dias e máxima de 4 semanas, e ocorre dentro de 4 semanas após o evento traumático.
- H. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex: droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral, não é melhor explicada por um Transtorno Psicótico Breve, nem representa uma mera exacerbação de um transtorno preexistente do Eixo I ou Eixo II.

Anexo 5 - CID 10 - Alteração Permanente de Personalidade após Experiência Catastrófica

- A. Deve haver evidência (da história pessoal ou de informantes-chave) de uma alteração inquestionável e persistente no padrão de perceber, relacionar-se e pensar sobre o ambiente e si próprio do indivíduo, seguindo-se a exposição a estresse catastrófico (por ex., experiência em campo de concentração, desastre, exposição prolongada a situação de ameaça à vida).
- B. A alteração de personalidade deve ser significativa e representar aspectos inflexíveis e mal-adaptativos como indicado pela presença de pelo menos dois dos seguintes:
1. Uma atitude hostil ou desconfiada permanente em relação ao mundo, em uma pessoa que previamente não apresentava tais traços;
 2. Retraimento social (evitação de contatos com pessoas que não uns poucos parentes íntimos com os quais o indivíduo vive), o qual não é decorrente de um outro transtorno mental atual (tal como transtorno do humor);
 3. Um sentimento constante de vazio ou desesperança, não limitado a um episódio distinto de transtorno do humor, o qual não estava presente antes da experiência do estresse catastrófico, isso pode estar associado ao aumento da dependência de outros, incapacidade de expressar sentimentos negativos ou agressivos e humor deprimido prolongado sem qualquer evidência de transtorno depressivo, antes da exposição ao estresse catastrófico;
 4. Um sentimento permanente de estar "no limite" ou de estar ameaçado sem qualquer causa externa, como evidenciado por um aumento da vigilância e da irritabilidade em uma pessoa que previamente não apresentava tais traços nem um estado de alerta; esse estado crônico de tensão interna e de sentimento de ameaça pode estar associado a uma tendência a beber excessivamente ou ao uso de drogas;
 5. Um sentimento permanente de estar mudado ou de ser diferente de outros (alienação); este sentimento pode estar associado a uma experiência de entorpecimento emocional.
- C. A alteração deve causar interferência significativa como o funcionamento pessoal da vida diária, angústia pessoal ou impacto adverso no ambiente social.
- D. A alteração de personalidade deve ter se desenvolvido após a experiência catastrófica e não deve haver história de um transtorno de personalidade em adultos ou acentuação de traços preexistentes ou de transtornos de personalidade ou de desenvolvimento durante a infância ou adolescência que pudessem explicar os traços atuais de personalidade.
- E. A alteração de personalidade deve ter estado presente por pelo menos dois anos. Ela não é relacionada a episódios de qualquer outro transtorno mental (exceto transtorno do estresse pós-traumático) e não pode ser explicada por lesão ou doença cerebral.
- F. A alteração de personalidade, que satisfaz os critérios acima, é com frequência precedida por um transtorno de estresse pós-traumático (F43.1). Os sintomas das duas condições podem se sobrepor e a alteração de personalidade pode ser uma evolução crônica de um transtorno de estresse pós-traumático. Entretanto, uma alteração permanente de personalidade não deve ser admitida em tais casos, a menos que, em adição a pelo menos dois anos de transtorno de estresse pós-traumático, tenha havido um período ulterior de não menos de dois anos, durante o qual os critérios acima tenham sido satisfeitos.