

A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático

Historical evolution of the concept of posttraumatic stress disorder

Sidnei Schestatsky, Flávio Shansis, Lúcia Helena Ceitlin, Paulo B S Abreu e Simone Hauck

Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, Brasil

Resumo O presente estudo aborda a evolução histórica do conceito de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Cita a escola francesa como a primeira a abordar a questão da conexão psicológica entre trauma e sintomas de histeria e, em especial, os trabalhos fundamentais de Charcot e Janet. As contribuições de Freud também são descritas, principalmente sua preocupação em integrar as dimensões intrapsíquica e ambiental. Também é referido o trabalho de Kardiner, que, ao cunhar o termo “neurose de guerra”, fundamenta um conceito bastante importante tanto na Segunda Guerra, quanto na do Vietnã. Finalmente, os autores observam que os manuais da associação psiquiátrica americana de classificação diagnóstica (DSMs) adotam o termo TEPT, que avalia, ao mesmo tempo, o quão ameaçador foi determinado evento traumático, assim como apresenta uma lista de sintomas que deverão ser apresentados pelos pacientes.

Descritores Conceito. História. Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

Abstract *The authors elaborate on the historical evolution of the concept of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). The authors quote the French scholars, mainly Charcot and Janet, as the first to connect traumatic events and symptoms of hysteria. The contributions of Freud are described with emphasis on his effort into integrating the intra-psychic and environmental dimensions. Kardiner is referred as the author who coined the concept of ‘war neurosis’, which was deemed as an important one during the Second World War and Vietnam War. In conclusion, the authors highlight that the concept of PTSD used in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) by the American Psychiatric Association assess, at the same time, how treating was the traumatic event and the list of symptoms presented by the patients.*

Keywords *Concept. History. Posttraumatic stress disorder.*

Introdução

As teorias etiopatogênicas dos transtornos psiquiátricos estiveram quase sempre polarizadas entre causas inteiramente psicológicas, por um lado, e inteiramente genético-constitucionais, por outro. O que ambos modelos apresentam de semelhantes – o intrapsíquico e o genético-molecular – é uma continuada relação ambivalente com os fatores ambientais externos, de forma que estes pudessem ser considerados como parceiros de igual valor e importância na constituição das patologias mentais e dos comportamentos humanos.

Como representantes maiores dos fatores ambientais externos, os fenômenos traumáticos compartilharam de toda esta ambivalência durante a maior parte da história da psiquiatria, até muito recentemente. Porque muitos dos fatores ambientais traumáticos dependiam (e seguem dependendo) de condições

sociais, econômicas, culturais e políticas resistentes a serem abordadas e modificadas (como a pobreza, a miséria, guerras, maus tratos e opressão de crianças, de mulheres, de imigrantes, ou grupos étnicos perseguidos e estigmatizados como, por exemplo, negros e judeus). Tais situações eram negadas ou não se lhes dava maior importância.

Como refere Judith Herman,¹ a história dos traumas psíquicos nos últimos 200 anos, dentro da sociedade em geral, e da sociedade médico-psiquiátrica em particular, tem sido a de sucessivos focos de reconhecimento da sua importância, seguidos de extensas “amnésias”. As “amnésias” sobre os traumas psíquicos são, muitas vezes, forçadas a ser superadas ou por traumas maciços e generalizados (difíceis de ser negados), como as duas Guerras Mundiais, a do Vietnã e, mas recentemente, a Guerra no Iraque, por exemplo, ou por lutas políticas organiza-

das por segmentos tradicionalmente oprimidos na cultura ocidental, que impuseram o reconhecimento de síndromes como a da criança espancada (“*Battered-Child syndrome*”), dos estupro (“*Rape syndrome*”) e a da violência doméstica física e sexual (“*incest syndrome*”, “*child sexual abuse syndrome*”, “*neglect syndrome*”).

Desde o início do envolvimento da psiquiatria com pacientes traumatizados² ocorreram veementes debates sobre a etiologia traumática: seria ela orgânica ou psicológica? O que é traumático é o próprio evento ou a interpretação subjetiva do mesmo? É o próprio trauma que causa o transtorno mental ou são vulnerabilidades prévias que o constituem? São os pacientes simuladores, sofredores de alguma espécie de “fraqueza moral”, ou sofrem de uma desintegração temporária das suas capacidades de assumir suas vidas? Estas perguntas atravessaram a história do conceito e seguem em discussão nos nossos dias.

Com o intuito de abordar a evolução do conceito do que hoje reconhecemos como Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), o presente artigo pretende abordar o tema sob a perspectiva de sua evolução histórica. Para tanto, são revisados os principais trabalhos na área, buscando entender as origens do que é hoje definido como TEPT pelo DSM-IV.

A escola francesa

Na primeira vez que o termo “neurose traumática” foi usado, pelo neurologista alemão Herman Oppenheim, em 1889, sua conotação foi inteiramente organicista, considerando-se a época que as lesões funcionais que pareciam ocorrer nestes casos eram devidas a “mudanças moleculares sutis no SNC”. Trinta anos antes, no entanto, em 1859, o psiquiatra francês Pierre Briquet estabeleceu a primeira conexão *psicológica* entre os sintomas de histeria, incluindo os de somatização, com histórias de traumas sexuais na infância: das 501 pacientes histéricas que descreveu, relatou origens especificamente traumáticas em 76% delas.²

A tradição francesa prolongou-se com as primeiras investigações mais sistemáticas entre traumas e doenças psiquiátricas. Os estudos foram conduzidos, na *Salpêtrière*, pelo renomado neurologista Jean-Martin Charcot (1887), que também estudou a relação psicológica entre os “choc nerveux” induzidos traumáticamente e aqueles induzidos por sugestão hipnótica. Dos seus quatro discípulos mais famosos, dois deles, Giles de la Tourette e Joseph Babinski, desviaram suas pesquisas para um modelo “orgânico-neurológico” da histeria, enfatizando a sugestibilidade e a simulação como seus elementos mais distintivos e desprezando quaisquer origens traumáticas para estes quadros. Outros dois discípulos eminentes de Charcot trilharam o caminho oposto: Pierre Janet e Sigmund Freud foram na direção do aprofundamento dos *insights* de Charcot sobre os componentes emocionais das situações traumáticas – e de sua relação com a histeria.

As investigações e a obra de Janet ilustram uma tese proposta recentemente por Judith Herman,¹ a de que “o estudo dos traumas psicológicos tem uma história curiosa, de amnésias periódicas... Repetidamente, no século passado (XIX), linhas semelhantes de investigação foram primeiro avançadas e de-

pois abruptamente abandonadas, apenas para serem novamente redescobertas muito tempo depois. Documentos clássicos de 50 ou 100 anos atrás podem frequentemente ser lidos como se fossem contemporâneos”.¹

Em 1887, Janet começou a escrever sobre os mecanismos de dissociação, traumas e histeria (“*L’anesthésie systématisée et la dissociation des phénomènes psychologiques*”). Entre 1889 e 1920, descreveria dados de um total de 591 pacientes, encontrando origens traumáticas para suas psicopatologias em 257 deles. Janet criou o termo “subconsciente” para descrever a coleção de memórias que formariam os esquemas mentais que ordenariam e guiariam a interação da pessoa com seu meio ambiente. Propôs, então, que, quando as pessoas experimentavam “emoções veementes”, suas mentes se mostravam incapazes de preparar as experiências aterrorizantes com os esquemas cognitivos prévios, “subconscientes”.^{3,4} Como resultado, as memórias da experiência traumática não conseguiam ser integradas na consciência e dela permaneciam dissociadas, assim como do controle voluntário. Janet formulava assim a primeira compreensão mais abrangente dos efeitos dos traumas sobre a mente, baseada na noção, bastante contemporânea, de que estados de excitação (*arousal*) extremos podiam causar o fracasso na integração de memórias traumáticas. Resíduos de memória do trauma permaneceriam, inconscientes, como “idéias fixas”, que não poderiam ser “eliminadas” enquanto não pudessem ser transcritas dentro do contexto de uma narrativa pessoal do próprio paciente. Enquanto isto não fosse possível, continuariam a se intrometer na consciência como percepções abundantes de terror, preocupações obsessivas e re-experimentações somáticas sob forma de reações ansiosas.

Os trabalhos de Freud

Ao visitar Charcot, em 1885, Freud adotou muitas das idéias então em voga. Citando Janet, junto com Breuer, em seu “Estudos sobre a Histeria” (1893-1895),⁵ afirmou que “os histéricos sofrem principalmente de reminiscências...(de uma) experiência traumática que está constantemente forçando sua presença na mente do paciente...(que permanece) fixado no trauma”. Freud reconheceu também que algo se torna traumático porque fica dissociado e fora da percepção consciente (“estados hipnóides”). No ano seguinte, em 1896,⁵⁻⁸ ele propôs a famosa “Teoria da Sedução”: “uma experiência precoce de relacionamento sexual...(sendo a criança) vítima de um abuso de outra pessoa...é a causa específica da histeria...e não meramente seu agente ‘provocateur’ [como imaginava Charcot]”.

Um ano depois, em 1887, no entanto, Freud promoveria uma guinada decisiva no seu pensamento, ao descobrir que boa parte das histórias de sedução sexual dos 18 casos de histeria que estudara poderiam ter sido imaginárias ou, até mesmo, inadvertidamente sugeridas por ele mesmo aos pacientes no curso de sua investigação. Inicialmente abalado por ver comprometida sua teoria do trauma sexual como a etiologia “específica” da histeria, Freud reinterpretaria seus dados e chegaria à descoberta da *sexualidade infantil* (biológica e conflituosamente constituída), às *fantasias inconscientes* por ela constantemente geradas e sua influência principal dentro da *realidade psíquica*,

que será considerada tão ou mais importante do que o mundo externo na construção das neuroses.⁹

Esta mudança histórica do pensamento freudiano teve pelo menos duas conseqüências cruciais: de um lado, fundou efetivamente a psicanálise como uma nova ciência, cuja especificidade seria o estudo da mente, do mundo psíquico e dos seus fenômenos inconscientes; por outro, relegou o mundo externo (a “realidade material”) e o papel das experiências ambientais a um segundo plano de importância, reduzindo grandemente a investigação e publicação de trabalhos sistemáticos na literatura psicanalítica sobre os traumas em geral e os infantis, em particular, até, pelo menos a década de 80 – ou seja, quase 90 anos de relativo silêncio sobre o assunto. Não que Freud deixasse de reconhecer a importância dos fatores traumáticos na gênese dos fenômenos psicopatológicos, incluindo o da sedução infantil, tanto que menções a respeito continuariam a surgir nos seus escritos (por exemplo: “Fantasias de ter sido seduzido são particularmente importantes porque freqüentemente *não são fantasias, mas memórias reais*”;¹⁰ “Seduções reais são bastante comuns”;¹⁰ ou “as experiências infantis construídas ou lembradas na análise são, algumas vezes, claramente falsas e, outras, quase certamente corretas, mas, na maior parte dos casos, são compostas de verdade e falsidade”.¹⁰

Ao ser confrontado com os quadros psiquiátricos desencadeados pela Primeira Guerra Mundial, de 1914 a 1918, Freud retoma o tema das neuroses traumáticas. Ele re-enfatiza, então, a importância decisiva da intensidade dos estressores traumáticos, da ausência de descargas apropriadas verbais ou motoras para aliviá-la e do despreparo dos indivíduos para seu enfrentamento, causando o rompimento do que chamou de “barreira de estímulos”, que protegeria o ego das estimulações excessivas do ambiente externo. Assim, o organismo, incapaz de lidar com a intensidade da estimulação, veria seu aparelho mental inundado por ela, causando paralisia mental e intensas tempestades emocionais.¹¹

É também na vigência da I Grande Guerra, que Freud se preocupa também em *integrar* ambas dimensões, a intrapsíquica e a ambiental, no seu modelo etiológico das “*séries complementares*”, perguntando-se: “são as neuroses endógenas ou exógenas? São elas o resultado inevitável de determinada constituição ou o produto de determinadas experiências [traumáticas] de vida? Quanto à sua causação, os casos...neuróticos se inserem numa série, dentro da qual os dois fatores – constituição e experiência – estão representados...”¹² Por motivos que não cabe aqui examinar, esta percepção abrangente nunca se tornou verdadeiramente instrumental, seja na teoria seja na técnica psicanalíticas, nas décadas que se seguiram.

A neurose traumática de Guerra

Foi Abram Kardiner, psicanalista ex-analisando de Freud, quem viria a se ocupar com o assunto de forma integradora, novamente incentivado pelos achados clínicos de uma situação de guerra, desta vez, a Segunda Guerra Mundial. Kardiner publica, em 1941, um livro sobre “As Neuroses Traumáticas de Guerra”, que passa a ser considerado por vários autores especializados como a obra que viria a definir, pelo resto do

século XX, o que seria o Transtorno de Estresse Pós-Traumático.² É ele quem anota, pela primeira vez, entre outros achados clínicos detalhados, que os pacientes que sofriam de “neuroses traumáticas” desenvolviam uma permanente hipervigilância e sensibilidade frente às ameaças ambientais, afirmando que o núcleo destes quadros era “uma *fisioneurose*, que estava presente, tanto no campo de batalha, como durante o processo de reorganização (emocional), sobrevivendo...e persistindo sob forma crônica...(e) permanecendo a síndrome traumática sempre sem modificações”.

Com o fim da guerra, vários desenvolvimentos ocorreram na área das síndromes traumáticas, especialmente no seu tratamento. Tanto Walter Menninger, nos EUA, quanto Bion e seus colegas, na Inglaterra, descobriram a importância da psicoterapia de grupo e dos tratamentos dentro de “comunidades terapêuticas” com pacientes traumatizados pela guerra. Após, sucederam-se estudos sobre prisioneiros que estiveram em campos de concentração (“síndrome do campo de concentração”), evidenciando-se, mais uma vez, que pessoas submetidas a maciças situações traumáticas desenvolviam graves conseqüências biológicas, psicológicas, sociais e existenciais, incluindo uma capacidade diminuída de lidar com futuros estresses psicológicos e biológicos ao longo da vida.²

Os DSMs

Em 1970, dois psiquiatras americanos, Chaim Shatan e Robert J. Lifton, começaram a fazer encontros de grupos com pacientes veteranos da guerra do Vietnã, em Nova York, que acabaram se espalhando por todas as instituições americanas que tratavam destes pacientes. Shatan & Lifton¹³ começaram a ler Kardiner, a literatura sobre sobreviventes do holocausto e os trabalhos existentes sobre vítimas de acidentes e queimaduras. Retiraram daí uma lista dos 27 sintomas mais comuns de “neuroses traumáticas”, os quais compararam com as fichas clínicas de 700 pacientes veteranos do Vietnã, o que acabou por se constituir no embrião dos critérios usados pelo DSM-III para incluir a categoria de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) na sua classificação diagnóstica.¹⁴ Dentro desta nova categoria, foram então incluídas diversas síndromes como a do “trauma do estupro”, da “mulher espancada”, dos “veteranos do Vietnã” e a da “criança abusada”.

A definição original de TEPT no DSM-III requeria apenas um sintoma de re-experimentação, dois sintomas de “embotamento” emocional e um sintoma de uma lista de sintomas inespecíficos, sem critérios de duração. Esses critérios foram utilizados em estudos populacionais como o Epidemiological Catchment Area (ECA) e restringiam os eventos traumáticos a abuso sexual, assaltos, desastres naturais e guerras. Essas informações levaram à revisão dos critérios na edição do DSM-III (DSM-II-R) com o agrupamento de sintomas na forma como é apresentado pelo DSM-IV,¹⁵ onde os sintomas são classificados como manifestações de re-experimentação, evitação ou *hyperarousal* (excitabilidade aumentada). Estudos utilizando critérios do DSM-III-R encontraram uma prevalência ao longo da vida de 11% para mulheres e 5,5% para os homens, confirmando que o TEPT é altamente prevalente e evidenciando que, na realidade, de-

pendendo da vulnerabilidade do indivíduo, o TEPT poderia ser causado por eventos traumáticos relativamente comuns na comunidade, sendo que 61% dos homens e 51% das mulheres já haviam reportado pelo menos um evento traumático ao longo da vida.

Estes critérios, inicialmente resultados de uma compilação de sintomas da literatura especializada, do exame detalhado de fichários clínicos e de um cuidadoso processo político, foram posteriormente afinados por cuidadosas pesquisas de campo, clínicas e epidemiológicas, quando o TEPT foi então reavaliado para sua inclusão no DSM-IV, em 1994. A maior modificação no DSM-IV está relacionada à definição de trauma. Enquanto o DSM-III-R enfatiza que o trauma é uma experiência fora da normalidade, um grande número de evidências sugeria que os desencadeantes típicos do TEPT eram eventos relativamente comuns na vida das pessoas. Sendo assim, o DSM-IV enfatiza o quão ameaçador e aterrorizante foi o trauma para aquele determinado indivíduo, sem mencionar a “anormalidade” do evento. O DSM-IV inclui pela primeira vez critérios para Transtorno de Estresse Agudo, que consiste em perturbações psíquicas, semelhantes àquelas do TEPT, que ocorrem em muitos indivíduos após um trauma, com duração máxima de um mês. Este passa, então, a ser também um diagnóstico bastante importante

uma vez que um diagnóstico de Transtorno de Estresse Agudo parece predispor o indivíduo ao TEPT.

Conclusões

Ao longo da história da Psiquiatria, os fenômenos traumáticos foram recebendo maior ou menor atenção. Desde as primeiras descrições de casos clínicos de histeria, foram buscadas conexões psicológicas entre os sintomas apresentados e o evento traumático vivido pelo paciente. Se em um primeiro momento houve uma ênfase na experiência subjetivamente vivenciada pelo paciente, em um segundo momento houve claramente (e isto se dá em paralelo aos horrores das Grandes Guerras, em especial ao Holocausto) um reconhecimento sobre a intensidade dos estressores traumáticos. Mais tarde, o que parecia ser um fenômeno restrito apenas à guerra, originando as chamadas “neuroses de guerra”, mostrou-se ser muito mais amplo e inespecífico. Chega-se então ao que nos dias de hoje denomina-se Transtorno de Estresse Pós-Traumático: um conceito que avalia o quão ameaçador foi determinado evento traumático, assim como os sintomas apresentados pelo paciente. Infelizmente, parece ser um conceito com o qual se deve, cada vez mais, saber lidar em um mundo embrutecido pela violência que expõe todos às suas conseqüências.

Referências

1. Herman J. Trauma and recovery. New York: Basic Books; 1992.
2. Van der Kolk BA, Weisaeth L, van der Hart O. History of trauma in psychiatry. In: van der Kolk B, McFarlane AC, Weisaeth L, eds. Traumatic stress. New York: Guilford; 1996.
3. Ellenberger HF. The discovery of the unconscious: the history and evolution of dynamic psychiatry. New York: Basic Books; 1970.
4. Van der Hart O, Friedman B. A reader's guide to Pierre Janet: a neglected intellectual heritage. *Dissociation* 1989;2(1):3-16.
5. Freud S. Estudos sobre histeria. In: Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1893-1895. p. 13-59. Vol. II.
6. Freud S. Hereditariedade e a etiologia das neuroses. In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1896. p. 163-79. Vol. III.
7. Freud S. Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa. In: Edição standard brasileira das obras completas. Rio de Janeiro: Imago; 1896. p. 183-211. Vol. III.
8. Freud S. A Etiologia da Histeria. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago; 1896. p 215-49. Vol III.
9. Freud, S. Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas., Rio de Janeiro: Imago; 1905. p 123-250. Vol VII.
10. Freud S. Conferências introdutórias sobre psicanálise. In: Edição standard brasileira das obras completas. Rio de Janeiro: Imago; 1917. p. 27-285. Vol. XV.
11. Freud S. A sexualidade feminina. In: Edição standard brasileira das obras completas. Rio de Janeiro: Imago; 1931. p. 257-79. Vol. XXI.
12. Freud S. Além do princípio do prazer. In: Edição standard brasileira das obras completas. Rio de Janeiro: Imago; 1920. p. 17-85. Vol. XVIII.
13. Lifton RJ, Olson E. The human meaning of total disaster: the Buffalo Creek Experience. *Psychiatry* 1976;39:1-18.
14. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistic manual of mental disorders. 3rd ed. Washington (DC); 1980.
15. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistic manual of mental disorders. 4th ed. Washington (DC); 1994.

Correspondência: NET-Trauma (Núcleo de Estudos e Tratamento do Trauma Psíquico)

Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS

Rua Ramiro Barcelos, 2350 4º andar - 90035-903 Porto Alegre, RS, Brasil

E-mail: psiq@hcpa.ufrgs.br