

C106

DISSOCIAÇÃO E PERTURBAÇÃO AGUDA DE STRESS: PREDITORES DE PTSD EM VÍTIMAS DE ACIDENTES RODOVIÁRIOS?!

Tânia Pires¹ (taniasp@hotmai.com) e **Ângela Maia²** (angelam@iep.uminho.pt)

¹ Doutoranda em Psicologia da Saúde na Universidade do Minho, Portugal ² Professora Auxiliar do Departamento de Psicologia da Universidade do Minho, Portugal

Em 2007 morreram mais de 800 pessoas e mais de 3000 ficaram gravemente feridas nas estradas portuguesas. De Janeiro a Maio de 2008 registaram-se mais de 12900 acidentes com vítimas e 267 acidentes mortais.

A investigação mostra que as vítimas dos acidentes rodoviários podem desenvolver perturbação psicológica que se mantém no tempo e interfere com o bem-estar (Blanchard & Hickling, 1995). A dissociação peritraumática e a Perturbação Aguda de Stress (PAS) são importantes preditores para o desenvolvimento de PTSD em diferentes populações expostas a trauma.

Neste estudo analisamos a relação e poder preditivo da dissociação e PAS no desenvolvimento de PTSD em vítimas directas de acidentes. Dos 36 participantes avaliados 5 dias após o acidente (T1) e reavaliados 4 meses depois (T2), verificamos que 33,3% (n=12) reúnem as condições necessárias ao diagnóstico de PTSD em T2. Análises correlacionais mostram que quanto mais dissociação (T1) mais sintomas PAS (T1) ($r_{sp} = .676$, $p < .01$) e mais sintomas de PTSD (T2) ($Rho = .412$, $p < .05$). Os sintomas de PAS (T1) correlacionam-se com sintomas de PTSD (T2) ($r_{sp} = .593$, $p < .01$); A dissociação (T1) explica 22,9% da variância de PTSD e a ASD explica 42,4%, sendo fundamental a atenção dos profissionais de saúde a esta população.

Os acidentes rodoviários tem sido um tema que tem preenchido as manchetes de jornais e o interesse crescente dos media tem chamado à atenção da sociedade global para os números da sinistralidade rodoviária. Dados disponibilizados pela Alta Autoridade para a Segurança Rodoviária referem que de Janeiro a Julho de 2008 se registaram mais de 18500 acidentes com vítimas, mais de 380 acidentes mortais e mais de 1500 acidentes com mortos e/ou feridos graves (ANSR, 2008). Também o facto da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008) referir que os acidentes matam 1,2 milhões de pessoas por ano em todo o mundo enfatiza a importância deste problema social.

O envolvimento em acidentes constitui uma experiência que coloca em causa a vida humana e a integridade física dos indivíduos sendo por isso um acontecimento traumático.

Aquando da exposição e/ou envolvimento num acidente rodoviário podem ocorrer alterações no sentido do tempo (percepção que o tempo passa mais lentamente ou demasiado rápido); sentimentos de desrealização, sensação de que o evento é um sonho, um filme ou um jogo; experiências de despersonalização, sensação de experiências que ocorrem “fora do corpo”; confusão e desorientação; alteração da percepção; alteração da imagem corporal ou sensação de desconexão do próprio corpo; visão em túnel; e outras experiências que reflectem respostas imediatas ao acontecimento traumático e que se designam por dissociação peritraumática (Marmar, Metzler & Otte, 1997). Estas respostas dissociativas têm sido conceptualizadas como mecanismos compensatórios que visam mediar o impacto emocional adverso que a situação possa vir a suscitar (van der Kolk & van der Hart, 1989). No entanto parece também bloquear o processamento inicial da informação e intervir no desenvolvimento de perturbação psicológica e psicopatologia (Briere, Scott & Weathers, 2005).

Estudos realizados com diversas populações (e.g. veteranos de guerra, sobreviventes de desastres e trabalhadores de emergência) tem procurado analisar o poder preditivo das respostas dissociativas no desenvolvimento de perturbação psicológica, designadamente perturbação aguda de stress (PAS) e perturbação de stress pós-traumático (PSPT) (e.g. Ursano, Fullerton, Epstein & Crowley, 1999)

Panatesis e Bryant (2003) realizaram um estudo com vítimas de acidentes rodoviários e de assalto e verificaram que os participantes que reportam mais dissociação peritraumática apresentam mais PAS total e parcial. Os estudos realizados pela equipa de Marmar com diferentes populações (e.g., pessoal de emergência médica, polícias, bombeiros e outros) expostas a situações potencialmente traumáticas mostram que a dissociação peritraumática está positiva e fortemente associada com as reacções de pânico. Numa investigação realizada com 715 polícias, a dissociação peritraumática explicou 39,7% da variância dos sintomas de PSPT (Marmar, McCaslin, Metzler, Best, Weiss, Fagan, Liberman, Pole, Otte, Yehuda, Mohr & Neylan, 2006). Num outro estudo, para além da dissociação peritraumática, as tendências dissociativas prévias ao acidente, o processamento da informação referente ao acidente, a maior fragmentação das memórias do evento e a ruminação inicial do evento explicam 13% da variância de PSPT quando decorridos 6 meses do acidente (Murray, Ehlers & Mayou, 2002).

Dados de uma investigação longitudinal que realizamos (Pires, 2005) corroboram o papel da dissociação peritraumática para a predição de PSPT. Os resultados mostraram que quando associada à percepção de perigo, a dissociação peritraumática explica 33,2% da variância dos sintomas de PSPT 4 meses após o acidente rodoviário. Também Birmes, Brunet,

Carreras, Ducassé, Charlet, Lauque, Sztulman e Schmitt (2003) numa investigação realizada com 35 vítimas de acidente rodoviário e assalto concluem que aqueles que reportam mais sintomas de dissociação peritraumática apresentam mais PSPT.

Se, por um lado, a dissociação peritraumática parece ser um factor de risco para a PAS, por sua vez também a PAS parece prever a PSPT. Apesar dos sintomas de PAS poderem remitir ao longo do tempo, os estudos mostram que uma elevada percentagem de sujeitos que desenvolve PAS apresenta posteriormente PSPT. Por exemplo, num estudo de Harvey (1998), 78% das vítimas de acidentes rodoviários inicialmente com sintomas de PAS apresentaram, depois, PSPT. Também Harvey e Bryant (1999) constataam que na primeira avaliação, das 92 vítimas de acidente rodoviário, 21% apresentam PAS total e 13% PAS parcial; os dados mostraram ainda que dos participantes que completaram as 3 avaliações (N=56) 63% dos que apresentavam diagnóstico inicial de PAS reuniam as condições necessárias ao diagnóstico de PSPT 2 anos mais tarde. Estes dados sublinham a importância do diagnóstico de PAS para o desenvolvimento e manutenção de PSPT crónico, tal como os investigadores referem. Há ainda estudos que concluem que a PAS prediz 33% e 34% da variância dos sintomas de PSPT quando decorridos, respectivamente, 3 e 12 meses do acidente (Creamer, O'Donnell & Pattison, 2004).

No estudo que aqui apresentamos, procuramos compreender a relação da dissociação peritraumática com a PAS e com a PSPT, e sobre o contributo das duas primeiras na predição dos sintomas de PSPT.

Método

Participantes

Participaram neste estudo 36 sujeitos que estiveram directamente envolvidos em acidentes rodoviários na sequência dos quais necessitaram de atenção médica e cuidados de saúde: 25% mulheres (n=9) e 75% homens (n=27) com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos de idade (M=33.03; DP=13.853). Os participantes são maioritariamente solteiros (55,6%), seguindo-se os casados (38,9%) e os divorciados.

No que refere aos dados do acidente, verificamos que 13,9% dos participantes foram atropelados na rua, 5,6% seguiam em veículos não motorizados (bicicletas) e 80,6% utilizavam veículos motorizados. Destes últimos, 33,3% seguiam em veículos de duas rodas (motas), 36,1% em automóvel e 11% utilizavam outros veículos motorizados (p.e. tractores). Destes que seguiam em veículos (motorizados e não motorizados), 77,7% eram os condutores e apenas 8,3% ocupavam o lugar de passageiro. Em 30,6% dos acidentes em que os

participantes estiveram envolvidos resultaram mais vítimas, das quais 2,8% vítimas mortais. Apesar do seguro de circulação ser obrigatório, apenas 72,2% dos veículos o tinham regularizado. No que se refere às causas do acidente do veículo destaca-se o excesso de álcool (2,8%), excesso de velocidade (25%), distração do condutor (30,5%), não cumprimento de regras (16,7%) e sono / pouco descanso (5,6%).

Procedimento

Para a realização deste estudo foi pedida autorização às Comissões de Ética de diferentes hospitais da zona norte do país. Uma vez concedida, estabelecemos os primeiros contactos com as vítimas (T1) em contexto hospitalar, em média 5 dias após o acidente. Nesse contacto pessoal a investigadora assegurou a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, explicitou os fins a que os mesmos se destinam e recolheu o consentimento informado.

As vítimas foram reavaliadas 4 meses mais tarde via telefone (T2), sendo uma vez mais garantida a livre participação, o sigilo e os cuidados éticos no tratamento e divulgação das informações.

Instrumentos

Para a caracterização da amostra e do acidente utilizamos um questionário sócio-demográfico (Pires & Maia, 2003); na primeira avaliação utilizamos ainda o questionário de experiências peritraumáticas (Marmar, Weiss & Metzler, 1997) com adaptação à população portuguesa por Maia, Horta-Moreira e Fernandes (in press), que nos permitiu avaliar as respostas dissociativas agudas no momento da exposição ao acidente. Este instrumento revelou características psicométricas adequadas numa amostra de bombeiros expostos a situações traumáticas. No primeiro momento de avaliação aplicamos o questionário de avaliação da perturbação aguda de stress (Cardena, Koopman, Classen, Waelde & Spiegel, 2000; traduzido por Pires & Maia, 2006) para avaliar os sintomas psicológicos experimentados após a exposição a situações traumáticas de acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-IV. Decorridos 4 meses do acidente aplicamos a Escala de Avaliação de Resposta ao Acontecimento Traumático (McIntyre, 1993) que avalia os sintomas de PSPT de acordo com o estabelecido no DSM-IV.

Resultados

Análises descritivas

No que se refere à dissociação peritraumática, as análises descritivas efectuadas mostram que em média os participantes reportam 13,25 sintomas de dissociação (DP=9,437). Quanto à perturbação aguda de stress, as análises revelam que os participantes reportam em média 47,42 sintomas de perturbação aguda de stress (DP=29,629), verificando-se que 27,8% (N=10) dos participantes apresentam os sintomas necessários ao diagnóstico de PAS.

Os dados referentes à PSPT permitem verificar que em média os participantes reportam 6,31 sintomas (DP=5,081) no total da escala. Ao considerar as diferentes sub-escalas constatamos que o valor médio de sintomas para a sub-escala de resposta prolongada é de 2,08 (DP=1,713), sub-escala de resposta ao acontecimento é de 2,28 sintomas (1,966) e da sub-escala de vivência do acontecimento é de 1,94 (DP=1,835). Verificamos ainda que 33,3% dos participantes (n=12) reúnem as condições necessárias ao diagnóstico de PTSD quando decorridos 4 meses do acidente. No que se refere à evolução dos sintomas, verificamos que 19,4% (N=7) dos participantes que inicialmente apresentam PAS, 4 meses mais tarde apresentam sintomas compatíveis com o diagnóstico de PSPT.

Análises Correlacionais

No sentido de compreender a relação entre as diferentes variáveis aqui apresentadas realizamos algumas análises correlacionais. Utilizamos as correlações *Rho de Spearman* pelo facto da distribuição não ser normal (tabela 1).

Os dados permitem-nos constatar que quanto mais dissociação peritraumática mais PAS dias após o acidente ($r_{sp}=.676$, $p<.01$) e mais PSPT 4 meses após a experiência ($r_{sp}=.412$, $p<.05$). Também verificamos que quanto mais PAS no primeiro momento da avaliação mais PTSD 4 meses depois do acidente ($r_{sp}=.593$, $p<.01$).

Tabela 1 - Correlações Rho de Spearman entre a dissociação peritraumática, a perturbação aguda de stress (PAS) e a PSPT 4 meses após o acidente

	Dissociação	PAS
PAS	.676**	
PTSD	.412*	.593**

* $p<.05$; ** $p<.01$

Análises dos factores preditores de PTSD

Para compreender e analisar o poder preditivo das variáveis (dissociação peritraumática e PAS) no desenvolvimento de PSPT utilizamos a regressão linear múltipla. Os dados permitem concluir que a dissociação peritraumática e a PAS explicam 42,6% da variância dos sintomas de PTSD 4 meses após a experiência do acidente.

Tabela 2. Análise de regressão dos preditores de PTSD

	R² (R² ajustado)	β	t	F (,)
Dissociação (QEPT)	.653 (.426)	.614	3.368	12.239 (2,33)
PAS		.054	.299	

Discussão

Em Portugal, os jovens (20 a 24 anos) e os maiores de 65 anos de idade parecem estar mais envolvidos em acidentes mortais e acidentes com feridos, utilizando sobretudo veículos de duas rodas e veículos ligeiros (ANSR, 2007). A nossa amostra corrobora estes dados, na medida em que a maior parte dos participantes circulava em veículos motorizados (duas rodas e ligeiros, num total de 69,4%). No relatório da mesma Autoridade (ANSR, 2007) relativamente ao tipo de acidente, verificamos que se registaram 6332 vítimas na sequência de atropelamentos, 26672 na sequência de colisões e 14168 na sequência de despistes, não havendo outras informações sobre as causas do acidente. Ainda assim, no nosso estudo os participantes referem que o excesso de velocidade e a distração dos condutores são causas frequentes dos acidentes em que estiveram envolvidos.

Como vários estudos demonstram (Ursano, Fullerton, Epstein & Crowley, 1999; Kuhn, Ehlert, Rumpf, Backhaus, Hohagen & Broocks, 2006), as respostas de dissociação peritraumática e de perturbação aguda de stress são frequentes durante e imediatamente após os acidentes.

Ursano, Fullerton, Epstein, Crowley, Vance, Tzu-Cheg Kao e Baum (1999), num estudo realizado com 122 vítimas de acidentes rodoviários, verificaram que 78,7% apresentam pelo menos um sintoma de dissociação peritraumática e que estes participantes tinham 4,12 vezes mais probabilidade de desenvolver PSPT aguda 1 mês após o acidente e tinham 4,86 vezes mais probabilidade de apresentar PSPT crónica decorridos 3 meses do evento. Estes dados permitem constatar que a dissociação peritraumática desempenha um papel importante nas respostas prolongadas de stress e no desenvolvimento de psicopatologia.

Uma outra investigação desenvolvida por Kuhn, Ehlert, Rumpf, Backhaus, Hohagen e Brooks (2006) com 58 vítimas de acidentes rodoviários e acidentes domésticos graves mostra que 7% dos participantes apresentam PAS, 12% PAS parcial e 1,5% perturbações de ajustamento na sequência da experiência traumática. Decorridos 6 meses do evento, esses participantes reportam sintomas de PSPT total e parcial, bem como outras perturbações (depressão, consumo de álcool, fobias específicas). Deste modo também a PAS é um indicador importante de posterior psicopatologia, designadamente no desenvolvimento de PSPT.

No presente estudo verificamos que as experiências de dissociação peritraumática são frequentes entre as vítimas de acidentes rodoviários, pois os participantes reportam em média 13,25 sintomas dissociativos e 47,42 sintomas de PAS dias após o acidente e 6,31 sintomas de PSPT 4 meses mais tarde. Verificamos ainda que a dissociação peritraumática e a PAS se correlacionam positiva e significativamente com os sintomas de PSPT. Quando associadas (a dissociação peritraumática e a PAS) explicam 42,6% da variância dos sintomas de PSPT. Destacamos ainda o facto de 27,8% dos participantes reunirem as condições necessárias ao diagnóstico de PAS dias após o acidente. Note-se que em 19,4% dos participantes que inicialmente apresentam PAS se assiste a uma evolução para o diagnóstico de PSPT decorridos 4 meses do acidente.

Tais dados corroboram a meta-análise de Velden e Wittmann (2008) na medida em que a dissociação peritraumática desempenha um papel fundamental no desenvolvimento e manutenção de PSPT. Apesar da relevância dos dados, a referida equipa de investigação considera que a relação entre a dissociação peritraumática e a PSPT pode ser confundida e até mediada por outras variáveis, p.e., problemas de saúde que decorrem nas primeiras semanas após a exposição a acontecimentos traumáticos. Deste modo importaria desenvolver investigações e apresentar dados no âmbito da saúde e sua relação com o desenvolvimento de psicopatologia.

Apesar das controvérsias associadas aos preditores de PSPT (Murray, Ehlers & Mayou, 2002; Bryant, 2006), os dados obtidos no presente estudo não deixam de ser relevantes num país com elevada sinistralidade rodoviária. È pois necessário que a sociedade, as organizações governamentais e não governamentais, técnicos e especialistas da área da saúde física e mental, e comunidade em geral, conheçam as consequências dos acidentes rodoviários no sentido de minimizar os danos decorrentes dos acidentes que não são contabilizáveis de forma directa.

Referências

- Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (2007). *Sinistralidade Rodoviária – ano 2007*. Observatório de Segurança Rodoviária.
- Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (2008). *Principais indicadores de sinistralidade rodoviária – Continente – Julho de 2008*. Observatório de Segurança Rodoviária.
- Birmes, P.; Brunet, A.; Carreras, D.; Ducassé, J.; Charlet, J.; Lauque, D.; Sztulman, H. & Schmitt, L. (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.
- Briere, J.; Scott, C. & weathers, F. (2005). Peritraumatic and persistent dissociation in the presumed etiology of PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2295-2301.
- Bryant, R.; Harvey, A.; Dang, S. & Sackville, T. (1997). Treatment of acute stress disorder: a comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counselling. *Journal of consulting and clinical psychology*. 66(5), 862-866.
- Creamer, M.; O'Donnell, M. & Pattison, P. (2004). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in severely injured trauma survivors. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 315-328.
- Harvey, A. & Bryant, R. (1999). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a 2-year prospective evaluation. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 67(6), 985-988.
- Kuhn, M.; Ehlert, U.; Rumpf, H.; Backhaus, J.; Hohagen, F. & Broocks, A. (2006). Onset and maintenance of psychiatric disorders after serious accidents. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 256, 497-503.
- Maia, A.; Horta-Moreira, S. & Fernandes, E. (in press). Adaptação portuguesa do questionário de experiências dissociativas peritraumáticas (QEDP) numa amostra de bombeiros. *Psiquiatria Clínica*.
- Marmar, C.; McCaslin, S.; Metzler, T.; Best, S.; Weiss, D.; Fagan, J.; Liberman, A.; Pole, N.; Otte, C.; Yehuda, R.; Mohr, D.; Neylan, T. (2006). Predictors of posttraumatic stress in police and other first responder. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 1-18.
- Marmar, C.; Weiss, D. & Metzler, T. (1997). The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. In J. Wilson & T. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (pp.412-428). New York: The Guilford Press.

- Organização Mundial de Saúde. (2008). Road traffic injuries: a new WHO project. Online Journal of *The Bridge Quarterly Newsletter of WHO/EUROPE*. Spring 2008, 21.
- Sar, V.; Akyuz, G. & Dogan, O. (2007). Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatry Research*, 149, 169-176.
- Shalev, A.; Sahar, T.; Freedman, S.; Peri, T.; Glick, N.; Brandes, D. Scott, P. & Pitman, R. (1998). A prospective study of heart rate response following trauma and the subsequent development of posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 55, 553-559.
- Ursano, R.; Fullerton, C.; Epstein, R.; Crowley, B.; Vance, K.; Kao, T. & Baum, A. (1999). Peritraumatic Dissociation and Posttraumatic Stress Disorder Following Motor Vehicle Accidents. *American Journal of Psychiatry*, 156 (11), 1808 – 1810.
- van der Kolk, B. & van der Hart, O. (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1530-1540.