

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**AVALIAR OS EFEITOS DA PSICOTERAPIA ULTRA-BREVE NO TRANSTORNO
DE ESTRESSE AGUDO E NO TRANSTORNO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO**

ALUNA:
LETÍCIA ROSITO PINTO KRUEL

ORIENTADORA: PROFA. DRA. LÚCIA HELENA FREITAS CEITLIN

Porto Alegre, 2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**AVALIAR OS EFEITOS DA PSICOTERAPIA ULTRA-BREVE NO TRANSTORNO
DE ESTRESSE AGUDO E NO TRANSTORNO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do grau de Mestre.

Aluna:

Letícia Rosito Pinto Kruehl

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Helena Freitas Ceitlin

Porto Alegre, 2010

K94a **Kruel, Leticia Rosito Pinto**

Avaliar os efeitos da psicoterapia ultra-breve no transtorno de estresse agudo e no transtorno estresse pós-traumático / Leticia Rosito Pinto Kruel ; orient. Lúcia Helena Freitas Ceitlin. – 2010.

49 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, BR-RS, 2010.

1. Transtornos de estresse pós-traumáticos 2. Psicoterapia breve
3. Transtornos de estresse traumático agudo 4. Avaliação de
resultado de intervenções terapêuticas I. Ceitlin, Lúcia Helena
Freitas II. Título.

NLM: WM 172

Catálogo Biblioteca FAMED/HCPA

*Aos meus pais, Cleber e Inês
que me ensinaram os valores da vida,
exemplos de coragem, amor e dedicação.*

Agradecimentos

À minha orientadora, Lúcia Helena Freitas Ceitlin, por enfrentar esta jornada junto comigo, pelo apoio e confiança.

Agradeço a Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior – CAPES pela bolsa que recebi durante o período do mestrado. E ao FIPE- Fundo de Incentivo a Pesquisa HCPA.

Às pacientes deste trabalho que aceitaram participar deste estudo, pela compreensão e disponibilidade.

A todos os colegas do Net-trauma, com os quais convivi e aprendi muito, em especial a Dra. Simone Hauck, ao Dr. Erico Moura Junior e a Luciana Terra pelos exemplos de competência profissional e por me ajudarem incondicionalmente durante toda esta jornada.

A toda minha família, ao meu namorado Antonio e aos meus amigos que ao longo desta etapa me apoiaram e fizeram parte da minha formação profissional e pessoal.

Ao meu irmão e a minha cunhada, Cleber e Carolina, pela amizade; à minha sobrinha Joana, por me emocionar todos os dias.

À minha irmã Juliana por pela amizade e pelo seu apoio incondicional.

Aos meus pais, Cleber e Inês, pelo amor, pelos seus sábios conselhos e por serem meus exemplos.

RESUMO

Introdução: Eventos traumáticos em nossa sociedade, a gravidade dos quadros psicopatológicos que podem advir desses eventos e a dificuldade terapêutica que podem significar levam à necessidade de embasar solidamente as medidas terapêuticas e de prevenção nas características individuais das vítimas de trauma, sendo o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) o principal transtorno psiquiátrico associado aos acidentes e a violência.

Objetivo: Avaliar os efeitos da psicoterapia ultra-breve psicodinamicamente orientada no TEPT e TEA.

Método: A amostra foi composta por 27 mulheres que foram atendidas no período de maio de 2008 e novembro de 2009 que completaram pelo menos quatro semanas de tratamento no Núcleo de Estudos e Tratamento do Trauma Psíquico (NET-TRAUMA) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Brasil. 85,2%(23) das pacientes preencheram os critérios para TEPT e 14,8%(4) tinham TEA. As pacientes foram avaliadas antes e após intervenção psicoterápica através das escalas: Davidson Trauma Scale (DTS), Inventário Beck de Depressão (BECK), Defense Style Questionnaire (DSQ-40), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) Impressão Clínica Global (CGI) e Avaliação Global do Funcionamento (GAF).

Resultados: Após tratamento houve melhora na sintomatologia das escalas DTS, BECK, CGI E GAF, mesmo controlando para uso de psicofármacos. Com tamanho de efeito elevado na comparação entre as escala no pré e pós-tratamento: CGI $d=1,18$, GAF $d= 1,03$, DTS $d=0,95$ e BDI $d=0,9$. Houve uma redução da defesa de projeção ($p=0,036$) e um aumento na defesa humor ($p=0,024$). Encontramos uma associação positiva entre a diminuição de sintomas de TEPT e a diminuição no score do fator imaturo ($p=0,032$ $r=0,43$).

Conclusões: A psicoterapia ultra-breve psicodinamicamente orientada mostrou-se eficaz para o tratamento do TEPT e TEA. Houve melhora na sintomatologia das escalas DTS, BECK, CGI E GAF, mesmo controlando para uso de psicofármacos.

Palavras chaves: Intervenção ultra-breve; TEPT; TEA; terapia psicodinamicamente orientada

ABSTRACT

Introduction: Traumatic events in our society, the severity of psychopathology that may result from such events and therapeutic difficulty may mean that lead to the necessity of basing solidly therapeutic measures of prevention and individual characteristics of victims of trauma, the Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), the main psychiatric disorders associated with accidents and violence.

Objective: To evaluate the effects of psychotherapy ultra-brief psychodynamically oriented PTSD and ASD.

Method: The sample consisted of 27 women who were treated between May 2008 and November 2009 who completed at least four weeks of treatment in the Center for Research and Treatment of Psychic Trauma (NET-TRAUMA), Hospital de Clinicas de Porto Alegre (HCPA), Brazil. 85.2% (23) of patients met criteria for PTSD and 14.8% (4) had ASD. Scales used were: Davidson Trauma Scale (DTS), Beck Depression Inventory (BECK), Defense Style Questionnaire (DSQ-40), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Clinical Global Impression (CGI), and the Global Assessment of Functioning (GAF).

Results: After treatment there was improvement in symptoms scales DTS, BECK, CGI and GAF, even controlling for use of psychoactive drugs. With such a large effect on the comparison between the scale before and after treatment: $d = 1.18$ CGI, $d = 1.03$, $d = 0.95$ DTS and $d = 0.9$ BDI. There was a reduction in the defense of projection ($p = 0.036$) and an increase in defense humor ($p = 0.024$).

We found a positive association between the reduction of PTSD symptoms and reduction in score of the immature factor ($p = 0.032$ $r = 0.43$).

Conclusions: The ultra-brief psychotherapy psychodynamically oriented proved effective for the treatment of PTSD and ASD. There was improvement in symptoms scales DTS, BECK, CGI and GAF, even controlling for use of pharmacological drugs.

Key words: ultra-brief intervention, PTSD, ASD, psychodynamically oriented therapy

LISTA DE SÍMBOLOS E ABREVIATURAS

TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
TEA	Transtorno de Estresse Agudo
CRF	Corticotrofina
VRET	Exposição da Realidade Virtual
GPPG	Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
NET-TRAUMA	Núcleo de Estudos e Tratamento do Trauma Psíquico
FIPE	Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos
DTS	Davidson Trauma Scale
BDI	Inventário de Depressão de Beck
CTQ	Childhood Trauma Questionnaire
QUESI	Questionário Sobre Traumas na Infância
DSQ	Defense Style Questionnaire
CGI	Escala de Impressão Clínica Global
GAF	Avaliação Global do Funcionamento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
1.1 Transtorno de Estresse Pós-Traumático.....	9
1.2 Transtorno de Estresse Agudo.....	11
1.3 Conceito de trauma psíquico.....	11
1.4 Neurobiologia do estresse.....	12
1.5 Abordagens psicoterápicas e farmacológicas no tratamento do TEPT....	14
1.6 Psicoterapia ultra-breve psicodinamica orientada.....	15
2. JUSTIFICATIVA.....	16
3. OBJETIVO	17
3.1 Geral.....	17
3.2 Específicos.....	17
4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	18
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19
6. ARTIGO	25
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
8. ANEXOS.....	39

1. INTRODUÇÃO

1.1 Transtorno de Estresse Pós- traumático

A partir do reconhecimento da sintomatologia decorrente de traumas em sobreviventes das duas Guerras Mundiais e veteranos da Guerra do Vietnã, o trauma psíquico vem sendo identificado e tratado com mais freqüência. Desde a inclusão do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III), em 1980, as conseqüências emocionais que podem advir da exposição a situações traumáticas vêm sendo extensamente estudadas (American Psychiatric Association, 1980; Hauck et al., 2007).

Um estudo encontrou uma prevalência de TEPT ao longo da vida de 11% para mulheres e 5,5% para os homens (Breslau et al., 1991). Enquanto outro estudo identificou nos Estados Unidos uma prevalência do transtorno ao longo da vida entre 8 e 12%, sendo em média duas vezes mais freqüente nas mulheres (Kessler et al., 1995).

Outros estudos de prevalência de TEPT têm demonstrado que este é o quarto transtorno psiquiátrico mais comum na população geral, afetando aproximadamente 10,3% dos homens e 18,3% das mulheres em algum momento de sua vida. Revelam, também, que a maioria da população terá a experiência de ao menos um evento traumático ao longo da vida, e que cerca de 25% dos sobreviventes de trauma psíquico irão desenvolver TEPT (Yehuda & Davidson, 2000).

Estudos comunitários revelam uma prevalência do TEPT, durante a vida, em cerca de 8% da população adulta dos Estados Unidos. Indivíduos em situação de risco (grupos expostos a incidentes traumáticos específicos) produzem achados variáveis, com as taxas mais altas encontradas entre sobreviventes de estupro, combates militares, cativo, confinamento ou genocídio com motivações políticas ou étnicas (Davidson, 2004).

No Marrocos, verificou-se uma prevalência de TEPT na população em geral de 3,4% (Kadri et al., 2007). Na Índia, verificou-se uma prevalência de TEPT, após o tsunami de 2004, de 12,7% (Kumar et al., 2007). No Brasil, um estudo realizado com 157 policiais de elite, verificou uma prevalência de TEPT de 8,9% (Maia et al., 2007).

Diversas situações podem desencadear o TEPT, como assaltos, seqüestros, tempestades, entre outras (American Psychiatric Association, 2002). No Brasil, a

violência é um problema de saúde pública grave e está associado com o TEPT e outros desfechos psiquiátricos. É um dos países mais violentos do mundo e tem uma extrema desigualdade social. Além disso, possui um ambiente único para conduzir a investigações sobre traumas psicológicos e TEPT, uma vez que a violência se tornou um fenômeno brasileiro (Andreoli et al., 2009; Bressan et al., 2009).

Concomitante ao sofrimento e prejuízo causado pelo TEPT (Alexander & McFarlane, 2008), os sobreviventes de traumas psíquicos apresentam maior risco de desenvolver outros transtornos psiquiátricos, como depressão maior, transtorno do pânico, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno de abuso de substância (Shalev & Yehuda, 1998). Frequentemente, a Depressão Maior e outros transtornos do humor são comorbidades no TEPT (Kapczinski, 2003).

Cabe ressaltar que as diferenças individuais em reagir e sentir as consequências de um evento traumático estão vinculadas às representações simbólicas, combinadas com as características psicológicas e biogenéticas de cada gênero (Tolin & Foa, 2006). Outro estudo verificou que as mulheres desenvolveriam sintomas emocionais que levariam a um diagnóstico de depressão e ansiedade, ao passo que os homens reagiriam a uma experiência traumática com expressões e atitudes de irritabilidade e impulsividade, e recorreriam com maior frequência a substâncias tóxicas. Ou seja: estímulos semelhantes, reações diferentes (Karen et al., 2004).

Estudos em indivíduos expostos a situações traumáticas na vida adulta verificaram diversos fatores que ocorrem antes, durante e após o evento traumático como relevantes do ponto de vista de risco e resiliência. Além das particularidades do trauma, o diagnóstico de Transtorno de Estresse Agudo (TEA), a gravidade dos sintomas de TEPT no período agudo e a dissociação peritraumática estão fortemente correlacionados com a severidade e com a manutenção do quadro (Adams & Marshall, 1996; Segman et al., 2005; Frommberger et al., 1998; Birmes et al., 2001; Birmes et al., 2003; Blanchard et al., 1997).

A presença de doença psiquiátrica prévia, capacidade cognitiva, história passada de trauma, características da personalidade do indivíduo, separação precoce dos pais e qualidade da rede social e do suporte emocional disponíveis também têm se mostrado particularmente importantes quando pensamos em

vulnerabilidade (Breslau et al., 1991; Breslau et al. 1997; Ullman & Filipas, 2001; McNally, 2003).

Crêterios diagnósticos

Para preencher o diagnóstico de TEPT, segundo o DSM-IV, pressupõe-se que o indivíduo preencha o critério “A1”, ou seja, vivenciar ou testemunhar um ou mais eventos traumáticos, que envolvam morte ou grave ferimento, reais ou ameaçados, ou uma ameaça   integridade física, própria ou de outros e o critério “A2” que implica uma resposta emocional de medo intenso, impotência ou horror. Além disso, deve preencher pelo menos 1 dos 5 critérios “B” (re-experi ncia o intrusiva), 3 dos 7 critérios “C” (evita o e embotamento) e 2 dos 5 critérios “D” (hyperarousal ou excitabilidade aumentada). A dura o dos sintomas deve ser superior a 1 m s, além de causar sofrimento ou prejuízo significativo (Kessler et al., 2005).

1.2 Transtorno de Transtorno de Estresse Agudo

O Transtorno de Transtorno de Estresse Agudo (TEA), segundo os critérios do DSM-IV, 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. O DSM-IV exige a presença de pelo menos três destes sintomas dissociativos. Mas além desses sintomas   necessário que o indivíduo reviva o evento traumático (através de imagens, pensamentos, sonhos) e evite aspectos que possibilitem a recorda o do trauma, por exemplo: locais, conversas ou pessoas. Esses persistem por, no mínimo, dois dias e, no máximo, quatro semanas (Kapczinski & Margis , 2003).

1.3 Conceito de Trauma psíquico

O trauma   uma espécie de ferimento psíquico. Trauma vem do grego, onde significa o rompimento da pele, do envelope do corpo. Freud em 1920 usou a palavra trauma metaforicamente para enfatizar como a mente pode ser “ferida” e ficar com cicatrizes, a partir de um evento traumático. Ele compreendia que a mente possuía uma espécie de escudo protetor que consistiria em um filtro altamente

sensível a eventos externos, ignorando e diminuindo a intensidade de vários estímulos, a fim de manter o equilíbrio psíquico e a capacidade de interagir com o mundo (Freud, 1920).

Garland acrescentou ao entendimento das conseqüências do evento traumático na mente e sua relação com os objetos internos. O trauma vai de encontro ao seu conceito mais interno de realidade que passa a ser percebida como violenta e ameaçadora, logo a identidade dessas pessoas pode ser questionada. Ou seja, é como se os bons objetos tivessem falhado em protegê-las dos maus objetos, que ressurgem como ameaçadores de um mundo antes percebido como bom e previsível. Impulsos e ansiedades primitivas ficam vívidos e intensos, resultando em uma sensação de risco eminente. A organização defensiva é desestruturada e então o indivíduo sente-se permanentemente em risco e desprotegido. A realidade confirmou seus medos mais primitivos e a “mãe-cuidadora” que vivia em seu mundo interno não pôde protegê-lo (Garland, 1998).

1.4 Neurobiologia do estresse

Do ponto de vista neurobiológico, a resposta normal ao estresse envolve o reconhecimento da situação de perigo e o julgamento de sua intensidade, processo que tem envolvimento direto da amígdala, e o desencadeamento de uma cascata de eventos que envolvem diversas zonas cerebrais. Dentre essas estão o lócus cerúleos e suas projeções para os centros cerebrais de memória atenção e emoção, a ponte reticular caudal, responsável pela ativação da resposta de “sobressalto” (*startle response*), o hipotálamo lateral e a medula ventral rostral, responsáveis pela ativação do sistema simpático, o trato solitário que ativa o sistema parassimpático e a *stria terminalis* que ativará o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. Estudos recentes de neuroimagem têm confirmado a importância do sistema límbico no desenvolvimento do TEPT e na regulação da resposta ao estresse. Além da diminuição de volume do hipocampo, uma resposta exagerada da amígdala, juntamente com uma incapacidade de habituação dessa resposta frente à exposição a estímulos negativos repetidos, têm sido implicados (Smith et al., 2002; Shin et al., 2005; Protopopescu et al., 2005; Zhang et al. 2006; Li X, 2010).

Na resposta normal ao estresse há um aumento do fator liberador da corticotrofina (CRF) em nível central, promovendo a liberação de corticotrofina pela hipófise que por sua vez levará ao aumento da adrenalina e do cortisol circulantes

liberados pela adrenal. No caso de uma resposta normal, estes níveis voltarão ao basal algumas horas após o término do estressor (Ballenger et al., 2004; Yehuda, 2004).

Paradoxalmente, uma série de estudos têm evidenciado que indivíduos com TEPT têm níveis de cortisol mais baixos que controles normais e uma resposta exacerbada no teste de supressão com dexametasona, tendo aqueles indivíduos com níveis mais baixos de cortisol no período imediatamente após o trauma um risco maior de desenvolver a doença (Kapczinski, 2003; Yehuda, 2004).

Em modelos animais, esses mesmos indivíduos apresentam um nível de CRF aumentado (Baker et al., 1984; Pagani et al., 2005). Uma das hipóteses mais recentes é a de que o cortisol teria um papel importante na interrupção da resposta ao estresse e que o TEPT seria mais uma falha na recuperação, uma incapacidade de retornar ao estado basal, do que uma resposta inicial alterada. Desta forma, a intensidade da resposta imediata ao estressor e, conseqüentemente, a severidade real ou percebida do trauma estariam longe de ser suficientes para o desenvolvimento de um quadro de TEPT (Gustafsson et al., 2010).

Outro estudo verificou que hipocampus menores, maiores níveis de cortisol e perda de memória foram associados ao TEPT, mas não foram diretamente correlacionados entre si. Perturbações da memória no TEPT não parece ser uma conseqüência direta do tamanho do hipocampo (Lindauer et al., 2006).

Atualmente, entende-se que a vulnerabilidade e a capacidade de resiliência existiriam previamente ao evento traumático e envolveriam os fatores constitucionais e a experiência prévia do indivíduo, que poderiam sensibilizá-lo a uma disfunção neurobiológica frente à cascata de respostas neurobiológicas e psicológicas desencadeadas pelo evento traumático, existem evidências de que o TEPT é influenciada pelo efeito interativo dos fatores ambientais e genéticos (Xie P et al., 2009).

O impacto do trauma sobre a fisiopatologia dos jovens, incluindo o impacto sobre os sistemas biológicos de estresse, é importante para uma compreensão das conseqüências do trauma e que pode servir como base para o desenvolvimento de novas opções de tratamento (Gustafsson et al., 2010).

1.5 Abordagens psicoterápicas e farmacológicas no tratamento do TEPT

Cabe ressaltar que vítimas de trauma estão super-representadas em situações de impasse ou de fracassos terapêuticos, tendo menores taxas de sucesso no tratamento, quando comparadas a indivíduos sem história de trauma (Dalenberg, 2000; Eizirik et al., 2007).

Boa parte das pessoas expostas a eventos traumáticos não desenvolvem TEPT, sintomas como memórias intrusivas e flashbacks costumam remitir sem sintomas. Isto possivelmente deve estar associado à resiliência emocional humana frente à adversidade. Cada vez mais, pesquisadores buscam compreender os fatores protetores para o TEPT (Tedeschi & Calhoun, 1996).

Este estudo realizado com mulheres verificou que os tratamentos mais estudados para TEPT são as intervenções cognitivo-comportamentais. Terapia de exposição (exposição sistemática para a memória traumática em um ambiente seguro) tem demonstrado ser bastante eficaz com mulheres adultas que foram vítimas de violência sexual e outros tipos de violência (Foa & Street, 2001).

Independente da modalidade grupal ou individual de tratamento, a terapia cognitiva tem apresentado com elevados índices de eficácia no tratamento do TEPT, facilitando a replicabilidade dos achados (Knapp & Caminha, 2003).

Alguns estudos apontam que há evidências de que tratamentos focado no trauma psicológico (terapia comportamental cognitiva- dessensibilização) são eficazes no TEPT. Os outros tipos de tratamentos ou não são eficazes ou ainda não foram suficientemente estudados (Ehlers et al., 2009).

O “debriefing” trata-se de uma técnica de psicoterapia individual ou de grupo que tem como um dos seus objetivos principais que os participantes devam partilhar sobre suas vivências e emoções sobre o evento traumático que acabou de ocorrer. Foi utilizado como um procedimento para a prevenção do TEPT (Figueira, 2005). Revisões sistemáticas controladas mostram que existe ausência de evidências da eficácia desta técnica e, além disso, pode ter efeitos negativos (Rose et al., 2003; Kapczinski, 2003)

Atualmente, existem estudos sobre Realidade Virtual que avaliou a terapia de exposição da realidade virtual (VRET) como um procedimento alternativo para reduzir os sintomas de TEPT. Embora seja um estudo piloto, existem alguns dados

promissores sobre o uso de VRET sobre as populações de veterano de guerra (Gamito et al., 2009). Outra pesquisa apresenta a eficácia de um display de Realidade Virtual adaptativo chamado Mundo de Emma, tal como é aplicado no tratamento de diversos vítimas de traumas TEPT. Estes programas de comportamento cognitivo, incluindo a terapia de exposição, são o tratamento de escolha para o TEPT. Este programa de Realidade Virtual é único, sua flexibilidade permite que seja usado para tratar pacientes que sofrem de TEPT com diferentes tipos de eventos traumáticos (Botella et al., 2009).

Em relação à farmacoterapia no TEPT, os antidepressivos parecem prover a mais efetiva, sendo a medicação de primeira escolha neste momento. Infelizmente, existem poucas evidências sobre a magnitude de sua eficácia, ou seja, sobre a capacidade de levar a mudanças reais de qualidade de vida (Bernik et al., 2003).

Estudos que utilizaram benzodiazepínico como intervenção central na prevenção secundário do TEPT sugerem que essa estratégia, além de ineficaz, pode ser iatrogênica. Além disso, pesquisas procuram estabelecer o papel dos fármacos, como o uso dos beta-bloqueadores e de cortisol logo após o evento traumático (Pitman & Delahanty, 2005).

Por fim, este estudo comparou perfis de sintomas de TEPT em três tipos de trauma civis: assédio sexual, acidente de veículo e perda súbita de um ente querido. Grupos diferiram em termos de gravidade de TEPT global e exibiu padrões distintos de sintomatologia de TEPT. Os resultados sugerem que diferentes tipos de trauma podem levar a variações exclusivas do TEPT, o que pode exigir diferentes formas de tratamento (Kelley et al., 2009).

1.6 Psicoterapia ultra-breve psicodinâmica orientada

A terapia de curto prazo em psicoterapia psicodinâmica é uma forma amplamente praticada de intervenção psicológica (Lewis et al., 2008). Na revisão de literatura encontramos apenas um estudo com o termo terapia ultra-breve psicodinamicamente orientada para tratamento de transtorno de personalidade e nos estudos de follow-ups os resultados se mantiveram após 3 e 6 seis meses (Beretta et al., 2005). Cabe ressaltar que não existe nenhum estudo com este tipo de intervenção para o tratamento de TEPT no Brasil , ou seja, pode ser mais uma estratégia de saúde pública eficaz para combater a violência.

2. JUSTIFICATIVA

Eventos traumáticos em nossa sociedade, a gravidade dos quadros psicopatológicos que podem advir desses eventos e a dificuldade terapêutica que podem significar levam à necessidade de embasar solidamente as medidas terapêuticas e de prevenção nas características individuais das vítimas de violência. Ou seja, o TEPT é o principal transtorno psiquiátrico associado aos acidentes e a violência. Embora existam diversos fatores associados à resposta emocional ao trauma, nenhum deles está comprovadamente ligado à etiologia do transtorno.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Avaliar os efeitos da psicoterapia ultra-breve psicodinamicamente orientada em pacientes com TEPT e TEA.

3.2 Especificos

- * Avaliar as características sócio-demográficas
- * Avaliar os sintomas de TEPT através da Davidson Trauma Scale (DTS)
- * Avaliar os sintomas depressivos através do Inventário de Depressão de Beck (BECK)
- * Avaliar o estilo defensivo dos pacientes através da Versão em português do *Defense Style Questionnaire* (DSQ-40)
- * Avaliar a gravidade clínica e o funcionamento global através das escalas Impressão Clínica Global (CGI) e Avaliação Global do Funcionamento (GAF)

4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este projeto faz parte do projeto “Alterações nos níveis do Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro BDNF e prevalência do polimorfismo VAL 166MET do gene BDNF em pacientes vítimas de trauma”, de número (06-649) aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Todos os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, GR, Marshall S.K. A developmental social psychology of identity: understanding the person-in-context. *J Adolesc* 1996; 19(5): 429-42.
- Alexander C. McFarlane. Traumatic stress in the 21st century Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2008; V 34 Issue 6, 896 – 902.
- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (3a. ed.). Porto Alegre: Artmed, 1980.
- American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatry Association, 1994.
- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (4a. ed.; Texto Revisado). Porto Alegre: Artmed, 2002.
- Andreoli SB Ribeiro WS, Quintana MI, Guindalini C, Breen G, Blay SL, Coutinho ES, Harpham T, Jorge MR, Lara DR, Moriyama TS, Quarantini LC, Gadelha A, Vilete LM, Yeh MS, Prince M, Figueira I, Bressan RA, Mello MF, Dewey ME, Ferri CP, Mari Jde JViolence and post-traumatic stress disorder in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil: the protocol for an epidemiological and genetic survey. *BMC Psychiatry*. 2009; Jun 7;9:34
- Baker B, Helmes E, Kazarian SS. Past and present perceived attitudes of schizophrenics in relation to rehospitalization. *Br J Psychiatry*1984; 144: 263-9.
- Ballenger JC et al. Consensus Statement Update on Posttraumatic Stress Disorder From the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *J Clin Psychiatry* 2004; 65(Suppl 1): 55-62.
- Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory - II. San Antonio, Texas, Psychological Corporation 1996
- Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol*1988 Rev 8: 77-100.
- Bernstein D P, Stein J A, Newcomb M D, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T. Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. *Children Abuse Negligence*2003 27(2), 169-190.
- Beretta V, de Roten Y, Drapeau M, Kramer U, Favre N, Despland JN. Clinical significance and patients' perceived change in four sessions of brief psychodynamic intervention: characteristics of early responders. *Psychol Psychother*. 2005 Sep;78(Pt 3):347-62.
- Bernik M, Laranjeiras M, Corregiari F. Tratamento farmacológico do transtorno de estresse pós-traumático *Rev. Bras Psiquiatr* 2003; June. V 25 suppl.1.

Birmes P et al. The predictive power of peritraumatic dissociation and acute stress symptoms for posttraumatic stress symptoms: a three-month prospective study. *Am J Psychiatry* 2003, 160(7):1337-1339.

Birmes P et al. Peritraumatic dissociation, acute stress, and early posttraumatic stress disorder in victims of general crime. *Can J Psychiatry* 2001.

Blanchard E et al. Prediction of remission of acute posttraumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. *Journal of Traumatic Stress* 1997;10: 215-234.

Blaya C et al. Brazilian-Portuguese version of defensive style questionnaire-40 for the assessment of defense mechanisms: construct validity study. *Psychotherapy Research* 2007; V 17; Issue 3; 261 – 272.

Breslau N et al. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry*.1991; 48:216-222.

Breslau N et al. Psychiatry sequelae of posttraumatic stress disorder in women. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 81-87.

Bressan RA, Quarantini LC, Andreoli SB, Araújo C, Breen G, Guindalini C, Hoexter M, Jackowski AP, Jorge MR, Lacerda AL, Lara DR, Malta S, Moriyama TS, Quintana MI, Ribeiro WS, Ruiz J, Schoedl AF, Shih MC, Figueira I, Koenen KC, Mello MF, Mari JJ. The posttraumatic stress disorder project in Brazil: neuropsychological, structural and molecular neuroimaging studies in victims of urban violence. *BMC Psychiatry* 2009; Jun 1;9:30.

Botella C, García-Palacios A, Guillen V, Baños RM, Quero S, Alcaniz M. An Adaptive Display for the Treatment of Diverse Trauma PTSD Victims. *Cyberpsychol Behav* 2009; Dec 20.

Dalenberg CJ. Countertransference and the treatment of trauma. Washington, DC, US: American Psychological Association, 2000.

Davidson J. Long-Term and Prevention of Posttraumatic Stress Disorder. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 (1): 44-54.

Davidson et al. Assessment of a new self-rating scale for posttraumatic stress disorder. *Psych Medicine*, 1997 (27); 153-160.

Ehlers A, Bisson J, Clark DM, Creamer M, Pilling S, Richards D, Schnurr PP, Turner S, Yule W. Do all psychological treatments really work the same in posttraumatic stress disorder? *Clin Psychol Rev*;2009.

Eizirik M et al. Contratransferência no atendimento inicial de vítimas de violência sexual e urbana: uma pesquisa qualitativa/quantitativa. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*; 2007, v29, n.2: 97-204.

Figueira, I. O estresse pós-traumáticos em áreas afetadas pelo tsunami. Editorial. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2005; V27. n2.

Foa EB, Street GP. Women and traumatic events. *J Clin Psychiatry*. 2001;62 Suppl 17:29-34.

Freud S. Edição eletrônica da Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Imago. Versão original de 1969-80.

Frommberger UH et al. Prediction of posttraumatic stress disorder by immediate reactions to trauma: a prospective study in road traffic accident victims. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*.1998; 248: 316-321.

Gamito P, Oliveira J, Rosa P, Morais D, Duarte N, Oliveira S, Saraiva T. PTSD Elderly War Veterans: A Clinical Controlled Pilot Study. *Cyberpsychol Behav*. 2009 Dec 20

Garland C. Understanding Trauma – a psychoanalytical approach. 1998.

Grassi-Oliveira R, Stein L, Pezzi J. Translation and content validation of the Childhood Trauma Questionnaire into Portuguese language. *Revista Saúde Pública*, 2006;40(2):249-255.

Gustafsson PE, Nelson N, Gustafsson PA. Diurnal cortisol levels, psychiatric symptoms and sense of coherence in abused adolescents. *Nord J Psychiatry*. 2010; 64(1):27-31.

Hauck, S, Schestatsky S, Terra L, Kruehl L, Ceitlin, LH. Parental Bonding and Emotional Response to trauma: a study of rape victims. *Psychotherapy Research*. 2007;17(1):p. 83-90.

Hayrin, Simon. *Redes Neurais: princípios e práticas*. 2 ed. Bookman São Paulo, 1999.

Kadri N et al. Prevalence of anxiety disorders: a population-based epidemiological study in metropolitan area of Casablanca Morocco. *Ann Gen Psychiatry*.2007;10;6;2.

Kapczinski F, Margis R. Transtorno de estresse pós-traumático: critérios diagnósticos. *Rev. Bras. Psiquiatria*. 2003; v.25, suppl.1: 3-7.

Kapczinski F Atualização em transtorno de estresse pós-traumático. Apresentação. *Rev. Bras. Psiquiatria*. 2003; vol.25, suppl.1.

Kapczinski F, Benício NF, Andreazza AC, Kauer-Sant'Anna M, Cunha AB, Robert M Post Aumento do estresse oxidativo como um mecanismo para a diminuição dos níveis de BDNF em episódios maníacos agudos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2008, Vol. 30, No 3.

Karen JC, Christopher F; Kathleen T. Brady. Trauma History Screening in a Community Mental Health Center. *Psychiatr Serv*. 2004; 55:157-162.

Kelley LP, Weathers FW, McDevitt-Murphy ME, Eakin DE, Flood AM. A comparison of PTSD symptom patterns in three types of civilian trauma J Trauma Stress. 2009; Jun;22(3):227-35.

Kendall PC, Hollon SD, Beck AT, Hammen CI, Ingram RE. Issues and Recommendations Regarding use of the Beck Depression Inventory. Cognit Ther Res1987; 11: 289-299.

Kessler R C, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas K R, Walters EE. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of General Psychiatry2005; 62, 593-602.

Kessler R C, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry1995; 52, 1048-1060.

Knapp P, Caminha R. Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós-traumático Rev. Bras. Psiquiatria. 2003; vol.25 suppl.1.

Kumar MS et al. Prevalence of posttraumatic stress disorder in a coastal fishing village in Tamil Nadu, India, after the December 2004 tsunami. Am J Public Health2007.;97(1):99-101.

Lewis AJ, Dennerstein M, Gibbs PM. Short-term psychodynamic psychotherapy: review of recent process and outcome studies. Aust N Z J Psychiatry. 2008 Jun;42(6):445-55.

Li X, Han F, Liu D, Shi Y. Changes of Bax, Bcl-2 and apoptosis in hippocampus in the rat model of post-traumatic stress disorder. Neurol Res. 2010; Jan 21.

Lindauer RJ, Olf M, Van Meijel EP, Carlier IV, Gersons BP. Cortisol, learning, memory, and attention in relation to smaller hippocampal volume in police officers with posttraumatic stress disorder. Biol Psychiatry. 2006; Jan 15;59(2):171-7.

Maia DB Marmar CR, Metzler T, Nóbrega A, Berger W, Mendlowicz MV, Coutinho ES, Figueira I. Post-traumatic stress symptoms in an elite unit of Brazilian police officers: prevalence and impact on psychosocial functioning and on physical and mental health. J Affect Disord. 2007; Jan; 97(1-3):241-5.

McNally RJ. Psychological mechanisms in acute response to trauma. Society of biological psychiatry. 2003;53:779-788.

Pagani M et al. Regional cerebral blood flow during auditory recall in 47 subjects exposed to assaultive and non-assaultive trauma and developing or not posttraumatic stress disorder. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2005.

Pitman RK, Delahanty DL. Conceptually driven pharmacological approaches to acute trauma CNS Spects. 2005; 10(2):99-106

Protopopescu X et al., Differential time courses and specificity of amygdala activity in posttraumatic stress disorder subjects and normal control subjects. *Biol Psychiatry*. 2005;57(5):464-73.

Rose Suzanna, Bisson Jonathan, Wessely Simon. A Systematic Review of Single-Session Psychological Interventions ('Debriefing') following. *Trauma Psychother Psychosom* 2003;72:176-184.

Schestatsky S, Shansis F, Ceitlin LH, Abreu PBS, Hauck S. A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2003; 25 (supl. 1), 8-11.

Schöllhorn WI. Applications of artificial neural nets in clinical biomechanics. *Clin Biomech* 2004 (Bristol, Avon).Nov;19(9):876-98.

Segman RH et al. Peripheral blood mononuclear cell gene expression profiles identify emergent post-traumatic stress disorder among trauma survivors. *Mol Psychiatry*. 2005; 10(5): 500-13, 425.

Shalev AY, Yehuda R. Longitudinal Development of Traumatic Stress Disorders. In: *Psychological Trauma*. Yehuda R (ed.) Washington, DC: American Psychiatric Press. 1998:31-66.

Shin LM et al. A functional magnetic resonance imaging study of amygdala and medial prefrontal cortex responses to overtly presented fearful faces in posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62(3):273-81.

Smith N et al. Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire (CECA.Q). Validation of a screening instrument for childhood adversity in clinical populations. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002; 37(12):572-9.

Stein A et al. Transtorno de estresse pós-traumático em uma unidade de atenção primária. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*.2004; 26(2): 158-166.

Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma *Journal of Traumatic Stress*1996;9(3):455-71

Tolin DF, Foa EB. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychol Bull*. 2006; Nov;132(6):959-92.

Ullman SE, Filipas HH. Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assault victims. *Journal of Traumatic Stress*. 2001; 4(2): p. 369-389.

Xie P, Kranzler HR, Poling J, Stein MB, Anton RF, Brady K, Weiss RD, Farrer L, Gelernter J. Interactive effect of stressful life events and the serotonin transporter 5-HTTLPR genotype on posttraumatic stress disorder diagnosis in 2 independent populations. *Arch Gen Psychiatry*. 2009; Nov;66(11):1201-9.

Yehuda R, Davidson J. Clinician's Manual of Stress Posttraumatic Stress Disorder. London, Science Press. 2000.

Yehuda, R., Risk and Resilience in posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry, 2004. 65(suppl 1):29-36.

Zhang L, Zhou R, Li Xiaoxia L, Robert J, Li He. Stress-induced change of mitochondria membrane potencial regulated by genomic and non-genomic GR signaling: a possinle mechanism for hippocampus atrophy in PTSD. Medical Hypotheses. 2006; 66, 1205-1208.

6. Artigo

**Encaminhado para:
Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**

Effects of an ultra-brief psychodynamically oriented psychotherapeutic intervention in patients with Post-traumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder

Authors:

Letícia Rosito Pinto Kruei. Psychologist. Master's degree student in Psychiatry, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS.

Simone Hauck. Psychiatrist. Specialist in Psychotherapy. Master of Psychiatry, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. PhD student, Postgraduate course in Medical Science: Psychiatry, UFRGS.

Érico de Moura Silveira Júnior. Psychiatrist. Specialist in Psychotherapy. Master of Psychiatry, (Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS.

Lúcia Helena Freitas Ceitlin. Adjunct Professor, Psychiatry and Legal Medicine Department, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Coordinator, NET-TRAUMA, HCPA, Post Graduation in Psychiatry Programme: UFRGS. HCPA. NET-TRAUMA.

Author for correspondence: Letícia Rosito Pinto Kruei.

Email: lekrue@yahoo.com.br. Rua Cel Bordini 300 ap. 601. CEP: 90440-002.

Tel: (+55) (51) 99716388

Sponsors: CAPES and FIPE-HCPA

Abstract

Objective: The aim of this article is to identify the effects of an ultra-brief psychotherapeutic intervention psychodynamically oriented in patients with Post-traumatic stress disorder (PTSD) and Acute Stress Disorder (ASD).

Method: The sample was composed of 27 women who were treated between May 2008 and November 2009 and had completed at least four weeks of treatment at the Psychic Trauma Treatment and Study Group (Núcleo de Estudos e Tratamento do Trauma Psíquico – NET/TRAUMA) from the *Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA*, Brazil. 85.2% (23) of the patients met the criteria for PTSD and 14.8% (4) had ASD. These patients were assessed before and after psychotherapeutic intervention by means of a standard protocol, Davidson Trauma Scale, Beck Depression Inventory, DSQ-40, CTQ, Clinical Global Impression and the Global Assessment of Functioning.

Results: After treatment, there was a reduction in symptoms according to DTS, BECK, CGI and GAF scales, even controlling for the use of psychotropic drugs with a size of raised Cohen's effect (CGI $d = 1,18$, GAF $d = 1,03$, DTS $d = 0,95$ e BDI $d = 0,9$). Apart from that, there was a reduction in the defense of projection ($p=0,036$) and an increase in the humor defense ($p=0,024$). There was a positive association between the reduction in the PTSD symptoms and the immature factor score reduction ($p=0,032$ $r=0,43$).

Conclusions: There were symptom reductions in patients with PTSD and ASD from the ultra-brief psychotherapeutic intervention psychodynamically oriented. Thus, this type of treatment was proved to be efficient for the PTSD and ASD treatment.

Keywords: Ultra-brief psychotherapy; PTSD; ASD; psychodynamic psychotherapy.

Introduction

Since the inclusion of the Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) in the DSM-III, in 1980, the emotional consequences that might follow from the exposure to traumatic situations have been extensively studied (American Psychiatric Association, 1980; Hauck et al., 2007).

Breslau et al. found that 11% of women and 5.5% of men have had PTSD prevalence at some point in their lives, while Kessler et al. (1995) identified a prevalence of disorder between 8 – 12% in the USA, twice as common in women as in men, on average.

Other studies of PTSD and prevalence have shown that this is the 4th most common psychiatric disorder in the general population, affecting around 10.3% of men and 18.3% of women at some point in their lives. It is also revealed that the majority of the population might be exposed to at least one traumatic event in their lives and that around 25% of survivors might develop PTSD (Yehuda & Davidson, 2000). In Morocco, 3.4% PTSD prevalence in the general population was verified (Kadri N et al, 2007) whereas in India, after the 2004 tsunami, there was a prevalence of 12.7% (Kumar MS et al., 2007).

Currently, a number of different situations can trigger PTSD, such as assaults, kidnappings, storms, among others (American Psychiatric Association, 2002). Together with distress and PTSD impairment (Alexander & McFarlane, 2008), the psychic trauma survivors have a higher risk of developing other psychiatric disorders, such as major depression, panic disorder, generalized anxiety disorder and substance abuse (Shalev & Yehuda, 1998; Kapczinski, 2003).

In studies of individuals exposed to traumatic events in their adult lives, several factors that occurred before, during and after the traumatic event were considered to be relevant as to risk and resilience. In addition to trauma particularities, other factors are strongly connected to the severity and maintenance of the clinical status, such as the acute stress disorder (ASD) diagnosis, the severity of the PTSD symptoms in the acute period and the peri traumatic dissociation (Adams & Marshall, 1996; Segman et al., 2005; Frommberger et al., 1998; Birmes et al., 2001; Birmes et al., 2003; Blanchard et al., 1997).

In Brazil, violence is a serious public health problem, and it is associated with PTSD and other psychiatric consequences. It is one of the world's most violent countries and there is an extreme social inequality. Therewith, it has unique

surroundings to carry out research on psychological traumas and PTSD, since violence has become a Brazilian phenomenon (Andreoli et al., 2009; Bressan et al., 2009). Therefore, it is necessary to substantially base the therapeutic and preventive procedures on the individual characteristics of trauma victims within the public healthcare system.

It is worth emphasizing that trauma victims are super-represented in situations of impasse or therapeutic failure, having lower success rate, when compared to individuals with no trauma history (Dalenberg 2000; Eizirik et al., 2007).

Foa & Street (2001) verified that the most studied PTSD treatments are the cognitive-behavioural interventions. Regardless of treatment modality, group or individual, this therapy has demonstrated high rates of efficacy for PTSD treatment (Knapp & Caminha, 2003), while other types are either inefficient or have not sufficiently been studied yet (Ehlers et al., 2009). Systematic revisions show that there is a lack of evidences in favour of the efficacy of debriefing and that it can even have negative effects (Figueira, 2005; Rose et al., 2003; Kapczinski, 2003). Today there is also research on virtual reality exposure therapy (VRET) as an alternative procedure to reduce PTSD symptoms (Gamito et al., 2009; Botella et al., 2009).

Regarding pharmacotherapy for PTSD, antidepressants seem to be more effective and they are the first choice medication at the moment (Bernik et al., 2003). Researches on benzodiazepines as central intervention for PTSD secondary prevention suggest that this strategy, apart from inefficient, can be iatrogenic (Pitman & Delahanty, 2005).

Objective

Identify the effects of an ultra-brief psychotherapeutic intervention psychodynamically oriented in patients with Post-traumatic stress disorder and Acute Stress Disorder.

Method

Accompaniment research pre and post intervention. The sample was composed of 27 women who were seen from May 2008 to November 2009, in the Psychic Trauma Studies Treatment Centre (NET-TRAUMA) at Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Brazil.

The inclusion criteria were: 1) female; 2) ASD and PTSD diagnosis; 3) previous minimum four-week treatment. The exclusion criteria were: 1) psychotic symptoms; 2) Mental Retardation diagnosis, assessed by psychiatric interview; 3) signs of acute symptomatology that justifies the indication of psychiatric hospital admission.

The sample of this research was restricted to female population as for the less demand of male patients in NET-TRAUMA care.

NET-TRAUMA centre offers care to psychic trauma patients who were submitted by primary, secondary and tertiary care. The treatment has duration of between 4 and 6 weeks. An ultra-brief psychodynamically oriented approach for PTSD and ASD patients is conducted in this ambulatory care. The first session is conducted for screening purposes by a senior psychiatrist, in which PTSD and ASD symptoms are assessed. It is also verified whether the primary psychopathology is PTSD and afterwards the psychoeducation about PTSD symptomatology is carried out, with a short explanation of the cognitive and neurobiological factors related to the disorder and the importance of facing the avoidance by the patient. The psychoeducation can be conducted either with the patient or, when possible, with the family member. On the subsequent sessions, it is maintained: 1) empathetic attitude during the whole treatment; 2) focus on trauma; 3) the relation of the current trauma (fears and fantasies) to childhood issues (primary objects). Regarding the pharmacological treatment, when indicated, serotonin reuptake inhibitors are used as a first choice treatment, avoiding benzodiazepine prescription.

This research was approved by the Research Ethics Committee of HCPA (nº 06-649) Post graduation and Research Team and the objectives, duration, confidentiality, willingness and possible discomfort were clarified to all participants, signing a free and clarified consent term.

Instruments

Clinical rating scales employed were the Davidson Trauma Scale (DTS) (Davidson et al. 1997), which measures PTSD symptoms, the Beck Depression Inventory (BDI)(Beck 1996), which measures the depressive symptoms, the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) Grassi-Oliveira et al 2006), which evaluates traumas in childhood and the Defense Style Questionnaire (DSQ-40) (Blaya et al. 2007), which measures the defensive style. The clinical global impression (CGI-S) and the Global Assessment of Functioning (GAF) were inferred by the clinician right after the intake interview. Socio-demographic data was assessed by a standard protocol.

Statistical Analysis

Continuous variables (age) were described through mean and standard deviation (symmetrical distribution) or median and interquartile range (asymmetrical distribution). Categorical variables (gender, type of medication) were described through absolute and relative frequencies. The difference between means was assessed by Student T test for independent variables. Correlation of quantitative variables was assessed by the Pearson or Spearman methods. The magnitude of the average difference between both groups (in the scales in the pre and post-treatment) was verified by the size of the calculated effect of Cohens' Methodology (Cohen, 1988). Statistical analysis was performed using SPSS statistical software 17.0. Significant level was considered 5%.

Results

The socio-demographic characteristics are summarized in Table 1. There was no significant difference between patients with and without medication regarding the improvement in the patients' symptoms.

Clinical characteristics of the sample are shown in Table 2. After treatment, there was a reduction in the symptoms considering the scales DTS, BECK, CGI E GAF, even controlling the usage of psychotropic drugs, with an increase in Cohen's effect size (CGI $d = 1,18$, GAF $d = 1,03$, DTS $d = 0,95$ e BDI $d = 0,9$).

Besides that, there was a reduction in the defense of projection ($p = 0,036$) and an increase in the humor defense ($p = 0,024$). A positive association between the reduction of symptoms of PTSD and the decrease in the immature factor score ($p = 0,032$ $r = 0,43$) was found.

There was an improvement in the PTSD symptoms in patients who had recent traumas (the ones who came in search for help up to one year after the trauma) (-46.8 ± 24.06) compared to the ones who had remote trauma (patients who came in search for help one year after the trauma) (-17.1 ± 30.5), measured through Davidson's total score ($p = 0.01$).

We found a moderate correlation between CTQ total score and the usage of immature defenses ($r = 0.42$; $p = 0.031$). Finally, there was a moderate correlation between the increase in the PTSD symptoms (Davidson total score) and the elevation in the CTQ total score ($r = 0.47$; $p = 0.014$).

Table 1. Demographics

Variable	n=27	
	F	%
Age (years)*	35±13	
Schooling (years)*	10.2±11	
Ethnicity		
white	18	66,7
non-white	9	33,3
Female sex	27	100
Occupation		
Active	12	44,4
Inactive	15	55,6
Marital Status		
With a partner	11	40,7
Without a partner	16	59,2
Comorbidity		
Presence	4	14,8
Absence	23	85,2
Previous mental illness		
Presence	3	11,1
Absence	24	88,9
Type of trauma		
Sexual assault	12	44,4
Robbery	7	25,9
Traffic accident	1	3,7
Death of a close	2	7,4
Physical violence	5	18,5
Psychotropic		
Presence	16	59,2
Absence	11	40,7
Number of traumatic events		
Single	18	66,7
Repeated	9	33,3
Diagnosis		
ASD		
PTSD	4	14,8
	23	85,2
Treatment duration (in days) *	40.5±20.5	

*Results are shown as means (± standard deviations) - t-test;

Table 2 Clinical characteristics of the study sample

Variable	Pre treatment	Pos treatment	P	<i>d</i>
Total Davidson Scores ^a	92.6±27.8	63.4±34	0.001	0.95
BDI ^a	28.7± 8.8	19.3± 1.9	0.001	0.9
GAF ^a	60.9±7.9	70.1±9.8	0.001	1.03
CGI ^a	4.44±0.9	3.19±1.1	0.001	1.18

^a Results are shown as means (\pm standard deviations) - t-test;

BDI= Beck Depression Inventory

GAF= Global Assessment of Functioning

CGI= Clinical Global Impression

d= cohen's

Discussion

Considering that one of the main aims of the intervention is the association of precocious object relation regarding its previous operation and the current symptoms, the association of the PTSD symptoms reduction with the reduction of the usage of immature defenses, even within a short period of time, suggests a possible effectiveness of the brief interventions psychodynamically oriented in this very population. However brief the treatment might have been, it was possible to see significant statistical changes in specific defenses. There was a decrease in the defense of projection ($p=0,036$) and an increase in the humor defense with ($p=0,024$).

This kind of treatment is more effective for patients who searched for help until one year after the trauma, since there was more improvement in the total PTSD symptoms in patients who had come looking for treatment no longer than one year after having a traumatic experience ($-46,8\pm24,06$) than in those who asked for help in a period longer than one year ($-17,1 \pm30,5$) ($p= 0,010$).

It is important to point out that there were symptoms improvement and such fact is possibly more related to the psychotherapeutic intervention than to the psychotropic one. Since it was an ultra- brief treatment, lasting for about 4 to 6

weeks, it would be really hard for the antidepressants to take effect completely.

We found moderate correlation between the CTQ total score and the usage of immature defenses ($r=0.42$; $p=0.031$) and such finding is related to psychotherapy, considering that the patients who had some kind of childhood trauma can present a higher usage of their immature defenses throughout life.

Only one study has used the ultra-brief psychodynamically oriented therapy for treating personality disturbs and has verified in the follow-ups that the results have kept the same even after 3 months and 6 months (Beretta V et al. 2005). It is necessary to say the there is no study regarding this kind of intervention for treating PTSD and ASD in our population, that is, it might be some sort of strategy of public health to fight violence consequences.

Our study's main limitation is our small sample, once it is an initial study it should be replicated in other samples and also with bigger ones, and, later, compared with other kinds of therapy. We believe this sort of therapy can be really helpful to repair the huge emotional damage that urban violence forment people around the world, as if we were in constant war.

Conclusion

There was a decrease in symptoms in patients who had PTSD and ASD from the ultra-brief psychotherapeutic intervention psychodynamically oriented, even controlling for the effects of medication. Then, such treatment is effective for treating PTSD and ASD.

Besides that, regarding the association between early object relations with both the prior functioning and the present symptomatology as one of the main focus of intervention, the association between the reduction of the PTSD symptoms with the reduction of the use of the immature defenses, even within a short slot of time, suggests a feasible brief psychotherapeutic intervention psychodynamically oriented effectiveness in this population.

New follow-up studies are necessary to verify if these results will be the same in a longer period of time.

References

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3th ed. Text Revision. Washington (DC): American Psychiatric Association. 1980
- Hauck, S, Schestatsky S, Terra L, Krue L, Ceitlin, LH. Parental Bonding and Emotional Response to trauma: a study of rape victims. *Psychotherapy Research* 2007; 17(1):p. 83-90.
- Breslau N et al. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry*. 1991; 48:216-222.
- Kessler R C, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 1995; 52, 1048-1060.
- Yehuda R, Davidson J. *Clinician's Manual of Stress Posttraumatic Stress Disorder*. London, Science Press. 2000
- Kadri N et al. Prevalence of anxiety disorders: a population-based epidemiological study in metropolitan area of Casablanca, Morocco *Ann Gen Psychiatry* 2007; 10; 6;²
- Kumar MS et al. Prevalence of posttraumatic stress disorder in a coastal fishing village in Tamil Nadu, India, after the December 2004 tsunami. *Am J Public Health* 2007.; 97(1):99-101.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* 4th ed. Text Revision. Washington (DC): American Psychiatric Association. 2002
- Alexander C. McFarlane Traumatic stress in the 21st century Australian and New Zealand *Journal of Psychiatry* 2008 V 34 Issue 6, Pages 896 - 902
- Shalev AY, Yehuda R. Longitudinal Development of Traumatic Stress Disorders. In: *Psychological Trauma*. Yehuda R (ed.) Washington, DC: American Psychiatric Press 1998.; 31-66
- Kapczinski F An update on posttraumatic stress disorder. *Rev. Bras. Psiquiatria* 2003 vol.25, suppl.1
- Adams, GR, Marshall S.K.. A developmental social psychology of identity: understanding the person-in-context. *J Adolesc* 1996; 19(5): 429-42.
- Segman, RH et al. Peripheral blood mononuclear cell gene expression profiles identify emergent post-traumatic stress disorder among trauma survivors. *Mol Psychiatry* 2005; 10(5): 500-13, 425.
- Frommberger UH et al. Prediction of posttraumatic stress disorder by immediate reactions to trauma: a prospective study in road traffic accident victims. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1998. 248: 316-321.
- Birmes P et al. Peritraumatic dissociation, acute stress, and early posttraumatic stress disorder in victims of general crime. *Can J Psychiatry* 2001.

Birmes P et al. The predictive power of peritraumatic dissociation and acute stress symptoms for posttraumatic stress symptoms: a three-month prospective study. *Am J Psychiatry* 2003, 160(7):1337-1339.

Blanchard E et al. Prediction of remission of acute posttraumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. *Journal of Traumatic Stress* 1997;10: 215-234.

Andreoli SB, Ribeiro WS, Quintana MI, Guindalini C, Breen G, Blay SL, Coutinho ES, Harpham T, Jorge MR, Lara DR, Moriyama TS, Quarantini LC, Gadelha A, Vilete LM, Yeh MS, Prince M, Figueira I, Bressan RA, Mello MF, Dewey ME, Ferri CP, Mari JJ. Violence and post-traumatic stress disorder in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil: the protocol for an epidemiological and genetic survey. *BMC Psychiatry*. 2009 Jun 7;9:34

Bressan RA, Quarantini LC, Andreoli SB, Araújo C, Breen G, Guindalini C, Hoexter M, Jackowski AP, Jorge MR, Lacerda AL, Lara DR, Malta S, Moriyama TS, Quintana MI, Ribeiro WS, Ruiz J, Schoedl AF, Shih MC, Figueira I, Koenen KC, Mello MF, Mari JJ. The posttraumatic stress disorder project in Brazil: neuropsychological, structural and molecular neuroimaging studies in victims of urban violence *BMC Psychiatry*. 2009 Jun 1;9:30.

Dalenberg CJ. *Countertransference and the treatment of trauma*. Washington, DC, US: American Psychological Association, 2000.

Eizirik M. et al. Countertransference in the initial care of victims of sexual and urban violence: a qualitative-quantitative research *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul* 2007, vol.29, n.2:97-204

Foa EB, Street GP. Women and traumatic events. *J Clin Psychiatry*. 2001;62 Suppl 17:29-34.

Knapp Paulo; Caminha Renato. Cognitive therapy for posttraumatic stress disorder. *Rev. Bras. Psiquiatria* 2003. vol.25 suppl.1

Ehlers A, Bisson J, Clark DM, Creamer M, Pilling S, Richards D, Schnurr PP, Turner S, Yule W. Do all psychological treatments really work the same in posttraumatic stress disorder? *Clin Psychol Rev* 2009.

Figueira, I. Post-traumatic stress in tsunami-affected areas. Editorial. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2005 V27. no2

Rose Suzanna, Bisson Jonathan, Wessely Simon. A Systematic Review of Single-Session Psychological Interventions ('Debriefing') following. *Trauma Psychother Psychosom* 2003;72:176-184.

Kapczinski F, Margis R. Posttraumatic stress disorder: diagnostic criteria. *Rev. Bras. Psiquiatr* 2003. v.25, suppl.1: 3-7

Gamito P, Oliveira J, Rosa P, Morais D, Duarte N, Oliveira S, Saraiva T. PTSD Elderly War Veterans: A Clinical Controlled Pilot Study. *Cyberpsychol Behav*. 2009 Dec 20

Botella C, García-Palacios A, Guillen V, Baños RM, Quero S, Alcaniz M. An Adaptive Display for the Treatment of Diverse Trauma PTSD Victims. *Cyberpsychol Behav*2009.Dec 20

Bernik M, Laranjeiras M, Corregiari F. Pharmacological treatment of posttraumatic stress disorder. *Rev. Bras Psiquiatr* 2003 June. vol.25 suppl.1

Pitman RK, Delahanty DL. Conceptually driven pharmacological approaches to acute trauma *CNS Spectr*2005; 10(2):99-106

Davidson J. Long-Term and Prevention of Posttraumatic Stress Disorder. *J Clin Psychiatry*2004; 65 (1): 44-54.

Davidson et al. Assessment of a new self-rating scale for posttraumatic stress disorder. *Psych Medicine*, 1997 (27); 153-160.

Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory - II. San Antonio, Texas, Psychological Corporation1996

Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol*1988 Rev 8: 77-100.

Grassi-Oliveira R, Stein L, Pezzi J. Translation and content validation of the Childhood Trauma Questionnaire into Portuguese language. *Revista Saúde Pública*, 2006;40(2):249-255.

Blaya C et al. Brazilian-Portuguese version of defensive style questionnaire-40 for the assessment of defense mechanisms: construct validity study. *Psychotherapy Research*2007., V 17; Issue 3; 261 – 272

Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Erlbaum; 1988.

Beretta V, de Roten Y, Drapeau M, Kramer U, Favre N, Despland JN. Clinical significance and patients' perceived change in four sessions of brief psychodynamic intervention: characteristics of early responders. *Psychol Psychother*. 2005 Sep;78(Pt 3):347-62.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A psicoterápica ultra-breve psicodinamicamente orientada mostrou-se eficaz para o tratamento do TEPT e TEA. Houve melhora na sintomatologia das escalas DTS, BECK, CGI E GAF, mesmo controlando para uso de psicofármacos.

Um grupo de 46 pacientes dos quais 26 fazem parte desta amostra foram analisados quanto aos níveis do Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro (BDNF) em pacientes com TEPT e TEA através da metodologia da Rede Neural Artificial.

Por fim, tornam-se necessários novos estudos de follow-ups para verificar se estes resultados se mantêm em longo prazo.

8. ANEXOS

Inventário de Depressão Beck

Nome: _____ Data: ____/____/____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações em um grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

1. 0 Não me sinto triste.
 - 1 Eu me sinto triste.
 - 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto.
 - 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
 - 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
 - 2 Acho que nada tenho a esperar.
 - 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto um fracasso.
 - 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
 - 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo que posso ver é um monte de fracassos.
 - 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
 - 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
 - 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
 - 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5. 0 Não me sinto especialmente culpado
 - 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
 - 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
 - 3 Eu me sinto sempre culpado.

6. 0 Não acho que esteja sendo punido.
 - 1 Acho que posso ser punido.
 - 2 Creio que vou ser punido.
 - 3 Acho que estou sendo punido.

7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
 - 1 Estou decepcionado comigo mesmo.
 - 2 Estou enjoado de mim
 - 3 Eu me odeio.

8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
 - 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
 - 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
 - 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
 - 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
 - 2 Gostaria de me matar.
 - 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10. 0 Não choro mais que o habitual.
 - 1 Choro mais agora do que costumava.
 - 2 Agora, choro o tempo todo.
 - 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.

11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
 - 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.

- 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo.
3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.
12. 0 Não perdi o interesse por outras pessoas.
1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
3 Perdi todo meu interesse pelas outras pessoas.
13. 0 Tomo decisões tão bem quanto antes.
1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
2 Tenho mais dificuldades em tomar decisões do que antes
3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.
14. 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.
1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.
2 Acho que há mudanças permanentes na minha vida aparência, que me fazem sem atrativos
3 Acredito que pareço feio.
15. 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.
1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.
2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.
16. 0 Consigo dormir tão bem como o habitual
1 Não durmo tão bem como costumava.
2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que acostumava e não consigo voltar a dormir.
17. 0 Não fico mais cansado do que o habitual.
1 Fico cansado com mais facilidade do costumava
2 Sinto-me cansado ao fazer qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
18. 0 Meu apetite não está pior do que o habitual.
1 Meu apetite não é tão bom como costuma ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Absolutamente não tenho mais apetite.
19. 0 Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente.
1 Perdi mais de 2 quilos e meio.
2 Perdi mais de 5 quilos.
3 Perdi mais de 7 quilos.
- Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim () Não ()
20. 0 Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual
1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.
2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa
21. 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo
1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.
2 Estou muito menos interessado em sexo agora.
3 Perdi completamente o interesse por sexo.

Escore Total: _____

(CTQ – CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE)

(Data: ___/___/___)

Nome: _____

Pesquisador: _____

As afirmações abaixo se referem a algumas experiências de quando você era criança ou adolescente. Embora estas afirmações sejam de natureza pessoal, por favor, responda o mais sinceramente possível. Para cada afirmação circule a resposta que melhor descreve o que você acha que ocorreu enquanto crescia. Se você deseja mudar sua resposta, coloque um X na antiga e circule a nova escolha.

Enquanto eu crescia...	Nunca	Poucas Vezes	Às Vezes	Muitas Vezes	Sempre
1. Eu não tive o suficiente para comer.	<input type="radio"/>				
2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.	<input type="radio"/>				
3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo “estúpido(a)”, “preguiçoso(a)” ou “feio(a)”.	<input type="radio"/>				
4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da minha família.	<input type="radio"/>				
5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.	<input type="radio"/>				
6. Eu tive que usar roupas sujas.	<input type="radio"/>				
7. Eu me senti amado(a).	<input type="radio"/>				
8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.	<input type="radio"/>				
9. Eu apanhei tanto de alguém da família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.	<input type="radio"/>				
10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.	<input type="radio"/>				
11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.	<input type="radio"/>				
12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que me machucaram.	<input type="radio"/>				
13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.	<input type="radio"/>				
14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.	<input type="radio"/>				
15. Eu acredito que fui maltratado(a) fisicamente.	<input type="radio"/>				

Enquanto eu crescia...	Nunca	Poucas Vezes	Às Vezes	Muitas Vezes	Sempre
16. Eu tive uma ótima infância.	<input type="radio"/>				

17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.	●	●	●	●	●
18. Eu senti que alguém da minha família me odiava.	●	●	●	●	●
19. As pessoas da minha família se sentiam unidas.	●	●	●	●	●
20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.	●	●	●	●	●
21. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.	●	●	●	●	●
22. Eu tive a melhor família do mundo.	●	●	●	●	●
23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.	●	●	●	●	●
24. Alguém me molestou.	●	●	●	●	●
25. Eu acredito que fui maltratado(a) emocionalmente.	●	●	●	●	●
26. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.	●	●	●	●	●
27. Eu acredito que fui abusado(a) sexualmente.	●	●	●	●	●
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio	●	●	●	●	●

ESCALA DAVIDSON DE TRAUMA

Nome: _____ (Data: ___/___/____)

Cada uma das questões abaixo se refere a um sintoma específico. Para cada questão considere com que frequência e com que gravidade, o sintoma o perturbou na última semana. Nos dois quadrados ao lado de cada questão escreva um número de 0 a 4 para indicar a frequência e a gravidade do sintoma.

FREQUÊNCIA

0 = nenhuma vez

1 = uma vez

2 = 2 a 3 vezes

3 = 4 a 6 vezes

GRAVIDADE

0 = não perturbou

1 = perturbação mínima

2 = perturbação moderada

3 = perturbou muito

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Você teve imagens, memórias ou pensamentos dolorosos sobre o evento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Você teve sonhos perturbadores sobre o evento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Você sentiu como se o evento estivesse ocorrendo de novo? Como se você o estivesse revivendo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Você se incomodou com alguma coisa que lhe lembrou o evento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Você experimenta sintomas físicos quando algo lhe relembra o evento? (Isto inclui suadouro, tremores, palpitações, o coração disparar, falta de ar, náusea ou diarreia). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Você tem evitado qualquer pensamento ou sentimento sobre o evento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Você tem evitado fazer coisas ou entrar em situações que lhe lembrem o evento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Você tem se sentido incapaz de lembrar partes importantes do evento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Você vem tendo dificuldades para se sentir satisfeito com as coisas da sua vida? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Você tem se sentido distante ou desligado das pessoas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Você tem se achado incapaz de se sentir triste ou amoroso com as pessoas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Você vem tendo dificuldade em pensar no seu futuro e em planejar objetivos para a sua vida? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Você vem tendo dificuldades para pegar no sono ou para continuar dormindo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Você tem estado mais irritado ou com crises de raiva? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Você vem tendo dificuldade para se concentrar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Você tem se sentido como se estivesse “no limite” ou facilmente distraído ou com a sensação de ter que ficar em guarda? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Você tem se sentido sobressaltado ou se assustando com facilidade? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

CGI (Escala de Impressão Clínica Global)

1. PRIMEIRA CONSULTA (Data: ____/____/____)

CGI(S) -Escala de Impressão Clínica Global – Severidade da Doença

Considerando a sua experiência com este problema, **o quão mentalmente doente** está o paciente neste momento?

- (1) Normal; não limítrofe
- (2) Doença limítrofe
- (3) Levemente doente
- (4) Moderadamente doente
- (5) Marcadamente doente
- (6) Gravemente doente
- (7) Doença extremamente grave

Médico Responsável _____)

Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF - GAF)

Considerar o funcionamento psicológico, social e ocupacional em um continuum hipotético de saúde-doença mental. Não incluir prejuízos no funcionamento quando decorrentes de limitações físicas ou ambientais.

Código	(Obs.: Usar códigos intermediários quando apropriado, p. ex., 45, 68, 72)
100 ↘ 91	Funcionamento superior em uma ampla faixa de atividades, problemas de vida jamais vistos fora de seu controle, é procurado por outros em vista de suas muitas qualidades positivas. Não apresenta sintomas.
90 ↘ 81	Sintomas ausentes ou mínimos (p. ex., leve ansiedade antes de um exame), bom funcionamento em todas as áreas, interessado e envolvido em uma ampla faixa de atividades, socialmente efetivo, satisfeito em geral com a vida, nada além de problemas ou preocupações cotidianas (p.ex., uma discussão ocasional com um membro da família).
80 ↘ 71	Se sintomas estão presentes, são temporários e reações previsíveis a estressores psicossociais (p.ex., dificuldade de concentração após discussão em família); leve prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou escolar (p.ex., declínio temporário na escola).
70 ↘ 61	Alguns sintomas leves (como humor depressivo e insônia leve) OU alguma dificuldade no funcionamento social, ocupacional ou escolar (p. ex., ocasionais faltas injustificadas na escola, ou furtos dentro de casa), mas geralmente funcionando bem; possui alguns relacionamentos interpessoais significativos.
60 ↘ 51	Sintomas moderados (afeto embotado, ala circunstancial, ataques de pânico) OU dificuldade moderada no funcionamento social, ocupacional ou escolar (poucos amigos, conflitos com companheiros ou colegas de trabalho).
50 ↘ 41	Sintomas sérios (ideação suicida, rituais obsessivos graves, furtos freqüentes em lojas) OU qualquer prejuízo sério no funcionamento social, ocupacional ou escolar (nenhum amigo, incapaz de se manter no emprego)
40 ↘ 31	Algum prejuízo no teste de realidade e comunicação (fala às vezes ilógica, obscura ou irrelevante) OU prejuízo importante em diversas áreas, como emprego ou escola, relações familiares, julgamento, pensamento ou humor (adulto deprimido, evita amigos, negligencia a família, é incapaz de trabalhar, criança agride frequentemente mais jovens, é desafiadora em casa e vai mal na escola).
30 ↘ 21	Comportamento consideravelmente influenciado por delírios ou alucinações OU grave prejuízo na comunicação ou julgamento (ocasionalmente incoerente, age de forma grosseiramente inapropriada, preocupações suicidas) OU incapacidade para funcionar na maioria das áreas (permanece na cama o dia inteiro; sem emprego, casa ou amigos).
20 ↘ 11	Algum perigo de ferir a si mesmo ou a outros (tentativas de suicídio, mas sem claro desejo de morrer: frequentemente violento; excitação maníaca) OU falha em manter minimamente a higiene pessoal (suja-se com fezes) OU prejuízo grosseiro na comunicação (amplamente incoerente ou em mutismo).
10 ↘ 1	Perigo persistente de se ferir gravemente ou a outros (violência recorrente) OU incapacidade persistente para manter higiene pessoal mínima OU ato suicida grave, com clara expectativa de morrer.
0	Informações inadequadas

DSQ-40 (Defense Style Questionnaire)

Nome: (Data: ___/___/____)

INSTRUÇÕES: Este questionário consiste em 40 afirmativas relacionadas a como você pensa e funciona em sua vida. Não há questão certa ou errada. Marque o grau em relação ao qual você concorda ou discorda de cada afirmativa e assinale a sua resposta, de 1 a 9. Por exemplo, um escore de 5 indicaria que você nem concorda nem discorda da afirmativa, um escore de 3 indicaria que você discorda moderadamente e um escore de 9 que você concorda fortemente.

- | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|---------------------|--|
| 1. Eu fico satisfeito em ajudar os outros e, se eu não puder fazer isto, eu fico deprimido | | | | | | | | | | | | |
| Discordo Completamente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | Concordo Plenamente | |
| 2. Eu consigo não me preocupar com um problema até que eu tenha tempo para lidar com ele | | | | | | | | | | | | |
| Discordo Completamente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | Concordo Plenamente | |
| 3. Eu alivio a minha ansiedade fazendo coisas construtivas e criativas, como pintura e marcenaria | | | | | | | | | | | | |
| Discordo Completamente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | Concordo Plenamente | |
| 4. Eu sou capaz de achar bons motivos para tudo que eu faço | | | | | | | | | | | | |
| Discordo Completamente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | Concordo Plenamente | |
| 5. Eu sou capaz de rir de mim mesmo com bastante facilidade | | | | | | | | | | | | |
| Discordo Completamente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | Concordo Plenamente | |
| 6. As pessoas tendem a me tratar mal | | | | | | | | | | | | |
| Discordo Completamente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | Concordo Plenamente | |
| 7. Se alguém me assalta e rouba o meu dinheiro, eu prefiro que esta pessoa seja ajudada em vez de punida | | | | | | | | | | | | |
| Discordo Completamente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | Concordo Plenamente | |
| 8. As pessoas dizem que eu costumo ignorar os fatos desagradáveis como se eles não existissem | | | | | | | | | | | | |
| Discordo Completamente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | Concordo Plenamente | |
| 9. Eu costumo ignorar o perigo como se eu fosse o Super-homem | | | | | | | | | | | | |
| Discordo Completamente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | Concordo Plenamente | |
| 10. Eu me orgulho da minha capacidade de reduzir as pessoas aos seus devidos lugares | | | | | | | | | | | | |
| Discordo Completamente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | Concordo Plenamente | |
| 11. Eu frequentemente ajo impulsivamente quando alguma coisa está me incomodando | | | | | | | | | | | | |
| Discordo Completamente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | Concordo Plenamente | |
| 12. Eu fico fisicamente doente quando as coisas não estão indo bem para mim | | | | | | | | | | | | |
| Discordo Completamente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | Concordo Plenamente | |
| 13. Eu sou uma pessoa muito inibida | | | | | | | | | | | | |
| Discordo Completamente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | Concordo Plenamente | |
| 14. Eu fico mais satisfeito com minhas fantasias do que com a vida real | | | | | | | | | | | | |
| Discordo Completamente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | Concordo Plenamente | |
| 15. Eu tenho qualidades especiais que me permitem levar a vida sem problemas | | | | | | | | | | | | |
| Discordo Completamente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | Concordo Plenamente | |
| 16. Há sempre boas razões quando as coisas não dão certo pra mim | | | | | | | | | | | | |
| Discordo Completamente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | Concordo Plenamente | |
| 17. Eu resolvo mais as coisas sonhando acordado do que com a vida real | | | | | | | | | | | | |
| Discordo Completamente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | Concordo Plenamente | |
| 18. Eu não tenho medo de nada | | | | | | | | | | | | |
| Discordo Completamente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | Concordo Plenamente | |
| 19. Às vezes, eu acho que sou um anjo e, outras vezes, acho que sou o demônio | | | | | | | | | | | | |
| Discordo Completamente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | Concordo Plenamente | |
| 20. Eu fico francamente agressivo quando sou magoado | | | | | | | | | | | | |
| Discordo Completamente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | Concordo Plenamente | |
| 21. Eu sempre acho que alguém que eu conheço é como um anjo da guarda | | | | | | | | | | | | |
| Discordo Completamente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | Concordo Plenamente | |

- 22. Tanto quanto eu sei, ou as pessoas são boas ou más**
Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
- 23. Se o meu chefe me repreendesse, eu poderia cometer um erro ou trabalhar mais devagar só para me vingar dele**
Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
- 24. Eu conheço alguém que é capaz de ser justo e imparcial em qualquer coisa que faça**
Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
- 25. Eu posso controlar os meus sentimentos se eles interferirem no que eu estiver fazendo**
Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
- 26. Eu frequentemente sou capaz de ver o lado engraçado de uma situação apesar de ela ser desagradável**
Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
- 27. Eu sinto dor de cabeça quando tenho que fazer algo que não gosto**
Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
- 28. Eu frequentemente me vejo sendo muito simpático com pessoas com quem, pelo certo, eu deveria estar muito irritado**
Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
- 29. Eu tenho certeza de que a vida é injusta comigo**
Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
- 30. Quando eu sei que vou ter que enfrentar uma situação difícil, eu tento imaginar como isso será e planejo um jeito de lidar com a situação**
Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
- 31. Os médicos nunca realmente entendem o que há de errado comigo**
Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
- 32. Depois de lutar pelos meus direitos, eu tenho a tendência de me desculpar por ter sido tão firme**
Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
- 33. Quando eu estou deprimido ou ansioso, comer faz com que eu me sinta melhor**
Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
- 34. Frequentemente me dizem que eu não mostro os meus sentimentos**
Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
- 35. Se eu puder saber com antecedência que vou ficar triste mais adiante, eu poderei lidar melhor com a situação**
Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
- 36. Não importa o quanto eu reclame, eu nunca consigo uma resposta satisfatória**
Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
- 37. Frequentemente eu me dou conta de que eu não sinto nada em situações que deveriam me despertar fortes emoções**
Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
- 38. Manter-me muito ocupado evita que eu me sinta deprimido ou ansioso**
Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
- 39. Se eu estivesse passando por uma crise, eu me aproximaria de pessoas que tivessem o mesmo problema**
Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente
- 40. Se eu tenho um pensamento agressivo, eu sinto a necessidade de fazer algo para compensá-lo**
Discordo Completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo Plenamente

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Estamos realizando uma pesquisa com um instrumento diagnóstico que avalia como as pessoas reagem quando são vítimas de uma situação traumática como aconteceu com você. Vamos fazer algumas perguntas sobre você e o que ocorreu, bem como perguntaremos sobre sentimentos que isso causou em você. Essa entrevista durará cerca de uma hora. A sua identidade não será revelada em trabalhos que utilizem as informações fornecidas e você poderá optar por se retirar do estudo a qualquer momento sem que isso prejudique seu atendimento no Hospital de Clínicas.

Eu _____ fui informado dos objetivos acima descritos e do porquê estão sendo utilizadas as escalas que vou preencher de forma clara e detalhada. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos e que, a qualquer momento do estudo, terei liberdade de retirar meu consentimento de participar na pesquisa. O pesquisador (a) _____ certificou-me do caráter confidencial dos dados e de que, a divulgação dos resultados será sem identificação e unicamente para fins de pesquisa.

Porto Alegre, ____ de _____ de _____

Assinatura do paciente _____

Assinatura do pesquisador _____

Pesquisadora responsável: Dra. Simone Hauck - 21018294