



ARTIGO DE REVISÃO

Indicações de tratamento psicoterápico individual no Transtorno de Estresse Pós-Traumático

Stefania Pigatto Teche^a

Luís Francisco Ramos-Lima^b

^a MSc. Psiquiatra contratada do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil.

^b Md. Médico residente do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil.

Instituição: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Serviço de Psiquiatria

Resumo

O objetivo deste estudo foi revisar as principais recomendações de tratamento psicoterápico individual em adultos para o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), permitindo uma melhor avaliação clínica para a adequação do mesmo de acordo com as características do paciente. A revisão foi realizada na base de dados PubMed com estudos de revisão e recomendações reconhecidas internacionalmente. São descritas as abordagens psicoterápicas individuais e seus níveis de evidência. A descrição é complementada com uma avaliação clínica para auxiliar o terapeuta na escolha entre as possíveis intervenções psicoterápicas para o TEPT. Visto que vários tratamentos psicológicos são eficazes para adultos com TEPT, esta revisão pode ser um guia na decisão terapêutica usando parâmetros clínicos e de evidência científica.

Palavras-chave: Transtornos de Estresse Pós-Traumáticos; Psicoterapia; Tratamento Secundário.

Abstract

The purpose of the study was to review the main individual psychotherapeutic treatment recommendations for Post-traumatic Stress Disorder (PTSD), aiming a better clinical assessment of its adequacy according to the patient characteristics. The review was conducted on the PubMed database with study reviews and internationally recognized guidelines. We describe the individual psychotherapeutic approaches and their levels of evidence. The description is supplemented by a clinical evaluation to assist the therapist in choosing among the possible psychotherapeutic interventions for PTSD. Since various psychological treatments are effective for adults with PTSD, this review may be a guide to the therapeutic decision using clinical and scientific evidence parameters.

Keywords: Stress Disorders; Post-Traumatic; Psychotherapy; Secondary Treatment.

Introdução

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é um dos principais transtornos mentais, caracterizado por alta morbidade, prejuízo social significativo e, quando evolui com sintomas crônicos, apresenta pouca resposta ao tratamento¹. No Brasil, 80% da população em geral já foi exposta a pelo menos um evento traumático ao longo da vida em grandes centros urbanos, como São Paulo e Rio de Janeiro, e a prevalência de TEPT foi estimada em torno de 10%¹. Segundo o DSM-5, os critérios diagnósticos de TEPT incluem a exposição direta ou indireta a um evento traumático; sintomas intrusivos da memória traumática; sintomas de evitação; alterações negativas na cognição e humor e alterações na atenção e reatividade das percepções².

Há diferentes recomendações internacionais sobre o tratamento do TEPT. Existem recomendações baseadas em *guidelines* que orientam iniciar o tratamento combinado do TEPT com uma associação de psicoterapia e farmacoterapia^{3,4,5}. Outros recomendam, como primeira escolha, a Psicoterapia Focada no Trauma, e como segunda linha a farmacoterapia^{6,7,8}.

Vários tratamentos psicoterápicos são eficazes para adultos com TEPT. Estudos de metanálises foram insuficientes para determinar a eficácia comparativa desses tratamentos^{9,10}. A International Society for Traumatic Stress Studies indica como primeira escolha a farmacoterapia quando a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) não está disponível ou se a TCC não for a preferência do paciente¹¹. Seguindo as recomendações dos *guidelines* internacionais, possuem evidências para a primeira linha de tratamento: a TCC Focada no Trauma, a Terapia Cognitiva, a Terapia de Exposição, o Treinamento de Inoculação do Estresse, a Terapia de EMDR e a Terapia do Processamento Cognitivo. Como segunda linha no tratamento de TEPT recomenda-se: a Psicoterapia Psicodinâmica^{12,13,14}. Tais recomendações, porém, não devem ser aplicadas indiscriminadamente; devem ser associadas ao contexto do paciente para o julgamento e a melhor decisão clínica. Um estudo recente mostrou que, quando era dado ao paciente a escolha da sua primeira linha de tratamento, obteve-se um desfecho com

melhores resultados de custo-efetividade e na qualidade de vida, quantificada por QALYs (*quality-adjusted life-year*), podendo escolher iniciar com Terapia de Exposição Prolongada ou Sertralina¹⁵.

O psiquiatra clínico necessita fazer a escolha da intervenção psicoterápica para o manejo dos sintomas. Na decisão clínica, porém, observamos pacientes que não estão dispostos ou motivados a realizar as terapias de recomendação grau A. Por exemplo, um paciente muito sintomático nas suas evitações pode apresentar uma forte resistência a iniciar seu tratamento pela Terapia de Exposição.

Baseando-se nesse problema, fez-se uma revisão sobre o tema com os principais *guidelines* e recomendações internacionais atuais para conhecer as peculiaridades das diferentes técnicas psicoterápicas, objetivando uma indicação individualizada para cada paciente a fim de obter o melhor desfecho possível. A relevância de uma revisão sobre o tema baseia-se na importância da escolha da intervenção adequada, visto que, se os sintomas do TEPT cronificam, as chances de resultados positivos com o tratamento ficam cada vez menores¹⁴.

Método

O presente artigo tem por objetivo revisar as principais recomendações de tratamento psicoterápico individual em adultos para o TEPT, com a ideia de disponibilizar informação para prover uma melhor avaliação clínica de acordo com as características do paciente. Para isso, uma revisão narrativa foi realizada nos *guidelines* vigentes sobre o tema das principais associações internacionais. Além disso, foi realizada uma busca dos trabalhos dos últimos 10 anos (2006-2016) nas bases de dados PubMed, Cochrane, Scielo e Lilacs. Foram utilizados os seguintes descritores MeSH: “*Practice Guidelines as Topic*” e “*Stress Disorders, Post-Traumatic*”; adicionalmente, o termo “*therapy*” foi utilizado como filtro nos textos de título/resumo. Com esses critérios, 12 artigos foram selecionados. Foram utilizados como critérios de exclusão dos artigos os relacionados a terapias de grupo, terapias farmacológicas, estudos de prevenção de TEPT, uso de biomarcadores e estudos sobre trauma infantil/adolescência. Dois artigos foram relacionados^{3,7}; além desses, incluímos alguns artigos de revisão e livros-texto da área. Somente artigos em português, inglês e espanhol foram selecionados.

Foram utilizados como grau de recomendação os propostos por Medeiros et al.¹⁶:

Grau A	Ensaio Clínico Randomizado (ECR) /revisões sistemáticas de ECR	Boas evidências para apoiar recomendação Benefícios possuem peso maior que o dano
Grau B	Estudos de coorte, caso-controle, ecológicos/revisões sistemáticas de estudos de coorte	Evidências razoáveis para apoiar recomendação
Grau C	Séries de casos ou estudos de coorte/ caso-controle com pobre qualidade	Mínimas evidências satisfatórias Benefícios/ riscos não justificam generalização da recomendação
Grau D	Opinião de especialistas/ qualquer estudo inconclusivo	Estudos de pobre qualidade Evidências para descartar recomendação

Tabela 1. Graus de recomendação dos estudos científicos. Adaptado de Medeiros et al.¹⁶

Resultados

Como resultado desta revisão, são apresentadas as principais abordagens psicoterápicas individuais e seus graus de recomendação. A descrição é complementada com uma avaliação clínica para auxiliar o terapeuta na escolha entre as possíveis intervenções para o TEPT.

Abordagens psicoterápicas individuais no TEPT

As abordagens psicoterápicas individuais recomendadas pelos principais *guidelines* para o atendimento a pacientes com TEPT são^{3,4,5,7,11,14}:

- Terapia Cognitivo Comportamental Focada no Trauma;
- Terapia de Exposição;
- Terapia Cognitiva;
- Treinamento de Inoculação do Estresse;
- Terapia do Processamento Cognitivo;
- EMDR (*Eye-Movement Dessentization Reprocessing*®);
- Psicoterapia Interpessoal (TIP);
- Psicoterapia Psicodinâmica.

Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) Focada no Trauma

A TCC confronta diretamente as distorções de pensamento relacionadas ao TEPT, procura abordar as respostas condicionadas e os pensamentos errôneos com diferentes técnicas. O objetivo final é normalizar sentimentos, pensamentos e comportamentos disfuncionais exibidos nos pacientes com TEPT⁵. A combinação de exposição prolongada com o treinamento de inoculação do estresse (exposto mais adiante) foi classificada como “TCC Focada no Trauma”. A TCC Focada no Trauma se distingue da TCC clássica pelo manejo do estresse, que inclui o treinamento de inoculação de estresse e o relaxamento muscular progressivo. Programas de TCC para TEPT focados no trauma são geralmente de curto prazo, com 8-12 sessões de terapia individual. As sessões duram em torno de 60-90 minutos, incluem um elemento de psicoeducação sobre reações comuns ao trauma, ocorrem uma ou duas vezes na semana e envolvem tarefas para fazer em casa. Atualmente, várias técnicas mais direcionadas de TCC têm sido estudadas como tratamento para TEPT agudo e crônico; as quatro técnicas seguintes apresentadas (Exposição, Cognitiva, Inoculação do Estresse e Processamento Cognitivo) são derivadas das técnicas gerais de TCC.

Evidências: Ensaios clínicos randomizados comprovam eficácia da técnica e apresentam grau de recomendação A^{9,10,11}. Embora a maioria dos estudos em TCC Focada no Trauma tenha sido realizada em crianças e adolescentes, também há evidência para TCC em TEPT para adultos com recomendação de aplicação clínica¹⁷.

Avaliação Clínica: Os pacientes recebem treinamento de estratégias para o manejo do estresse com técnicas de respiração e relaxamento durante a lembrança da memória traumática. Ocorrem também discussões sobre o significado do evento traumático em sessões posteriores. Exige que o paciente cumpra as técnicas comportamentais, discuta, inclusive com familiares, o significado do evento traumático e treine o enfrentamento associado a memórias traumáticas.

Terapia de Exposição

Refere-se a uma série de procedimentos designados para ajudar indivíduos a confrontar pensamentos, crenças ou estímulos de baixo risco que são temidos ou evitados. A exposição pode ser imaginar a memória traumática ou viver *in vivo* a exposição a lugares, situações ou sensações que lembrem memórias do trauma, gatilhos ou evitações relacionados ao trauma.

Evidências: Há sustentação para sua eficácia em estudos randomizados com recomendação A de evidência sugerindo a combinação de exposição imaginada e *in vivo*^{12,18}.

Avaliação Clínica: Os estudos observados apresentaram melhora com exposição individual em diferentes populações. O paciente precisa ter uma tolerância mínima ao desconforto de altos níveis de ansiedade gerados nas sessões de exposição. É necessário ter o juízo crítico preservado para se motivar e entender que esse desconforto faz parte do processo de melhora e comprometer-se em executar as tarefas programadas.

Terapia Cognitiva

Baseada na ideia de que as reações emocionais são determinadas pela interpretação do evento traumático ocorrido, envolvendo identificações errôneas ou cognições distorcidas e inúteis. Na terapia cognitiva, o terapeuta ajuda os pacientes a identificarem e a modificarem suas cognições excessivamente negativas (pensamentos e crenças) que levam a emoções perturbadoras e ao funcionamento prejudicado. As interpretações errôneas levam o paciente a superestimar uma ameaça. Avalia-se a evidência a favor e contra essas cognições e considera-se que as cognições são o resultado de vieses e erros cognitivos. Com isso tenta-se desenvolver cognições mais realísticas e usuais. O paciente é encorajado a abandonar precauções excessivas para evitar novos traumas e ruminções excessivas sobre o que poderia ter feito diferente durante o evento.

Evidências: É efetivo em reduzir sintomas pós-trauma e é validado por estudos de traumas civis controlados com recomendação A de evidência¹⁹.

Avaliação Clínica: É necessário boa aliança terapêutica e ausência de sintomas paranoides para acreditar que o terapeuta possa trazer novas alternativas cognitivas que serão benéficas ao tratamento. Além disso, uma capacidade de introspecção e de pensar psicológico para identificar pensamentos disfuncionais e comunicá-los ao terapeuta.

Treinamento de Inoculação do Estresse

É um programa de tratamento com um manejo dos múltiplos componentes da ansiedade que inclui psicoeducação, treinamento de relaxamento muscular, treinamento da respiração, bloqueio do pensamento, técnicas de reestruturação cognitiva para pensamento positivo, estratégias de Resolução de Problemas com assertividade e Treino de Autoinstrução. Pode também incluir componentes da terapia de exposição. Destina-se a fornecer aos pacientes uma sensação de domínio sobre o seu estresse, ensinando-lhes uma variedade de habilidades de enfrentamento e, em seguida, proporcionando uma oportunidade de praticar essas habilidades de uma (“inoculação”) forma graduada.

Evidências: Há estudos de grau de recomendação A que suportam a eficácia em vítimas de violência sexual e veteranos de guerra²⁰.

Avaliação Clínica: É um tratamento abrangente, que exige identificar quando as reações ao estresse estão ocorrendo, cumprir as orientações e tarefas de enfrentamentos, dedicação e comprometimento para não abandonar a técnica, tolerar as exposições, quando houver, e treinar a cada pequeno estresse as possibilidades de comportamento efetivas.

Terapia do Processamento Cognitivo

É um programa de TCC que combina componentes de diferentes técnicas do tratamento de exposição e cognição. Implementa a exposição da memória traumática pela escrita da narrativa do trauma e sua leitura repetida combinada com a Terapia Cognitiva Focada no Trauma, usando temas de segurança, confiança, poder e controle, autoestima e intimidade.

Evidências: Há suporte consistente em estudos com grau de recomendação A em estupro e abuso sexual^{21,22}.

Avaliação Clínica: Paciente estar disposto a redigir pela escrita seu relato do trauma e reler assim que solicitado. Reedita temas importantes no enfrentamento do TEPT que servem para uma nova elaboração do trauma.

***Eye-Movement Dessentization Reprocessing*[®] – EMDR**

É um tratamento que envolve oito etapas: coleta da história, planejamento do tratamento, preparação do paciente, avaliação sistemática do foco do trauma, dessensibilização e reprocessamento (estimulação bilateral: movimento ocular guiado pelo movimento horizontal do braço do terapeuta), instalação de cognições positivas alternativas, mapeamento do desconforto corporal e o fechamento, que é projetado para planejar o enfrentamento do futuro. A duração do tratamento baseia-se no número de acontecimentos traumáticos e na avaliação da resposta do paciente. As sessões podem ter tempo variado, dependendo do resultado com o paciente²³.

Evidências: Avaliadas por relatos de casos, ensaios clínicos randomizados, metanálises sistemáticas. Apresentam grau de recomendação A de eficácia de tratamento^{12,24}.

Avaliação Clínica: Aplicável a casos de TEPT em civis e militares. Há dúvidas de resposta em situações de injúria física nos militares e em casos crônicos. Um único episódio traumático parece responder mais favoravelmente ao tratamento. Além disso, traumas no período de desenvolvimento são mais resistentes do que os ocorridos ao longo da vida adulta.

Psicoterapia Interpessoal

É uma técnica que se concentra nos prejuízos interpessoais desencadeados pelos eventos traumáticos, que podem manter ou precipitar o transtorno. Evidências preliminares sugerem que a TIP pode aliviar os sintomas de TEPT sem focar na exposição a lembranças do trauma. Intervenção breve desenvolvida com doze a quinze sessões, focal e estruturada. É uma intervenção não expositiva que trabalha em áreas interpessoais problemáticas por meio de focos predeterminados, com a finalidade de melhorar os suportes sociais e as habilidades interpessoais na vítima de violência, diminuindo os sintomas psíquicos que interferem na socialização e assim restaurar o senso de segurança e domínio sobre o ambiente que a cerca²⁵.

Evidências: Apresenta eficácia em relatos de casos^{26,27} e em ensaios clínicos abertos^{25,28} com grau de recomendação C.

Avaliação Clínica: É uma alternativa para os pacientes que se recusam ou não respondem às abordagens baseadas em exposição. Exige mínimo grau de *insight*, pensar psicológico e teste de realidade preservado. Indicado para pacientes que tenham um mínimo de suporte social e relacional.

Psicoterapia Psicodinâmica Breve

Procura compreender o contexto das memórias traumáticas com o significado e lugar específico na história de vida do indivíduo e os processos defensivos pelos quais o inconsciente transforma as memórias

reprimidas em sintomas mal-adaptativos. À medida que tais sentimentos, comportamentos e memória são explorados, os pacientes conseguem maior *insight* ou compreensão sobre o modo como suas memórias reprimidas se transformaram em seus sintomas atuais. Pode incluir a interpretação da transferência, mas com o terapeuta usando uma técnica menos rigorosa do que a utilizada na psicanálise. A Psicoterapia Psicodinâmica Breve envolve sessões individuais de 45-50 minutos de duração com um ou dois encontros semanais e uma média de 12-20 sessões no total, podendo ser indicada quando a situação traumática é relativamente aguda e quando os problemas do paciente são focais²⁹.

Evidências: Poucas investigações empíricas com desenho randomizado têm sido publicadas no TEPT. Relatos de casos e trabalhos acadêmicos firmemente fundamentados compõem a maior parte da literatura psicodinâmica com grau de recomendação D^{30,31}.

Avaliação Clínica: A decisão de realizar Psicoterapia Psicodinâmica depende da complexidade e gravidade dos problemas do paciente, seus atributos, a presença de defesas psicológicas mal-adaptativas e os objetivos do paciente com o tratamento. Indicações para uma terapia mais expressiva incluem forte motivação, sofrimento significativo, habilidade para regredir a serviço do ego, tolerância às frustrações, pensar psicológico, teste de realidade preservado, razoável controle de impulsos, habilidade para formar relação significativa e duradoura, habilidade para manter uma aliança de trabalho.

Conclusão

Após revisão dos diferentes tipos de técnicas psicoterápicas para o TEPT, observa-se que as evidências guiam a decisão clínica, mas não asseguram um desfecho positivo. É muito comum em respostas parciais o abandono do tratamento, por isso torna-se essencial uma indicação adequada de psicoterapia também levando em consideração as características de cada paciente.

Em linhas gerais, o paciente com TEPT agudo terá benefício com técnicas Cognitivas e de Exposição; se preferir que sua exposição seja por meio da linguagem escrita, poderá se beneficiar da Terapia do Processamento Cognitivo. O EMDR é uma alternativa para casos que não tolerem enfrentar as exposições (ou se for a escolha inicial do paciente).

O TEPT crônico pode ser manejado, de acordo com sua gravidade, com o Treinamento de Inoculação do Estresse, que se mostra adequado no enfrentamento de traumas como a violência urbana. Técnicas de TCC Focada no Trauma também se mostram eficazes.

Apesar da indicação do uso de Terapia de Exposição e da Terapia Cognitiva, o TEPT Complexo e o subtipo Dissociativo parecem exigir técnicas mais abrangentes, sendo necessário o uso de terapias que abordem estratégias de regulação do afeto, ressimbolização da memória do trauma, manejo da ansiedade e do estresse

e habilidades interpessoais. Estas estão incluídas nas técnicas de Terapia Interpessoal e na Psicoterapia Psicodinâmica.

Referências

1. Ribeiro WS, Mari Jde J, Quintana MI, Dewey ME, Evans-Lacko S, Vilete LM, Figueira I, Bressan RA, de Mello MF, Prince M, Ferri CP, Coutinho ES, Andreoli SB. The impact of epidemic violence on the prevalence of psychiatric disorders in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil. *PLoS One*. 2013 May 8;8(5).
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Arlington: APA; 2013. (Trauma and stressor related disorders).
3. VA/DoD. *Clinical Practice Guideline Working Group. Management of post-traumatic stress*. Washington, DC: VA Office of Quality and Performance; 2003.
4. American Psychiatric Association. *Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Arlington, VA: APA; 2004.
5. Foa EB, Keane T, Friedman M, Cohen J. *Effective treatments for post-traumatic stress disorders: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. 2nd ed. New York: Guilford; 2009.
6. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). *Post-traumatic stress disorder: the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. Leicester (UK): Gaskell; 2005.
7. Forbes D, Creamer M, Phelps A, Bryant R, McFarlane A, Devilly GJ, Matthews L, Raphael B, Doran C, Merlin T, Newton S. Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007 Aug;41(8):637-48.
8. Ponteva M, Henriksson M, Isoaho R, Laukkala T, Punamäki L, Wahlbeck K; Päivitystiivistelmä. [Update on Current Care Guidelines: Post-traumatic Stress Disorder]. *Duodecim*. 2015;131(6):558-9.
9. Cusack K, Jonas DE, Forneris CA, Wines C, Sonis J, Middleton JC, et al. Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2016 Feb;43:128-41.
10. Haagen JF, Smid GE, Knipscheer JW, Kleber RJ. The efficacy of recommended treatments for veterans with PTSD: a metaregression analysis. *Clin Psychol Rev*. 2015 Aug; 40:184-94.
11. Forbes D, Creamer M, Bisson JI, Cohen JA, Crow BE, Foa EB, et al. A guide to guidelines for the treatment of PTSD and related conditions. *J Trauma Stress*. 2010;23:537-552.
12. Watts BV, Schnurr PP, Mayo L, Young-Xu Y, Weeks WB & Friedman MJ. Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. 2013;74:e541-550.
13. Jonas DE, Cusack K, Forneris CA, Wilkins TM, Sonis J, Middleton JC et al. Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder (PTSD) [Internet]. Rockville (MD): Agency for

Healthcare Research and Quality (US); 2013 Apr. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK137702/>

14. Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, Cooper R & Lewis C. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;12:Cd003388.
15. Le QA, Doctor JN, Zoellner LA & Feeny NC. Cost-effectiveness of prolonged exposure therapy versus pharmacotherapy and treatment choice in posttraumatic stress disorder (the Optimizing PTSD Treatment Trial): a doubly randomized preference trial. *J Clin Psychiatry.* 2014;75:222-230.
16. Medeiros LR, Stein A. Níveis de evidência e graus de recomendação da medicina baseada em evidências. *Revista AMRIGS.* 2002 Jan-Jun;46(1,2):43-46.
17. Ronconi JM, Shiner B, Watts BV. Inclusion and exclusion criteria in randomized controlled trials of psychotherapy for PTSD. *J Psychiatr Pract.* 2014 Jan;20(1):25-37.
18. Goodson J, Helstrom A, Halpern JM, Ferenschak MP, Gillihan SJ & Powers MB. Treatment of posttraumatic stress disorder in U.S. combat veterans: a meta-analytic review. *Psychol Rep.* 2012;109:573-599.
19. Ehlers A, Grey N, Wild J, Stott R, Liness S, Deale A et al. Implementation of cognitive therapy for PTSD in routine clinical care: effectiveness and moderators of outcome in a consecutive sample. *Behav Res Ther.* 2013;51:742-752. Epub 2013 Sep 10.
20. Hensel-Dittmann D, Schauer M, Ruf M, Catani C, Odenwald M, Elbert T et al. Treatment of traumatized victims of war and torture: a randomized controlled comparison of narrative exposure therapy and stress inoculation training. *Psychother Psychosom.* 2011;80:345-352. Epub 2011 Aug 6.
21. Bass JK, Annan J, Murray, SM, Kaysen D, Griffiths S, Cetinoglu T, et al. Controlled trial of psychotherapy for Congolese survivors of sexual violence. *N Engl J Med.* 2013;368:2182-219.
22. Suris A, Link-Malcolm J, Chard K, Ahn C & North C. A randomized clinical trial of cognitive processing therapy for veterans with PTSD related to military sexual trauma. *J Trauma Stress.* 2013;26:28-37. Epub 2013 Jan 16.
23. Foa EB. The Treatment guidelines- eye movement desensitization and reprocessing. 573-576. Disponível em: <http://www.istss.org/TreatmentGuidelines/6797.htm>. 2009.
24. Nijdam MJ, Gersons BP, Reitsma JB, de Jongh, A & Olf M. Brief eclectic psychotherapy v. eye movement desensitisation and reprocessing therapy for post-traumatic stress disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2012;200:224-231. Epub 2012 Feb 9.
25. Markowitz JC. IPT and PTSD. *Depress Anxiety.* 2010;27:879-881.
26. Rafaeli AK & Markowitz JC. Interpersonal psychotherapy (IPT) for PTSD: a case study. *Am J Psychother.* 2011;65:205-223.
27. Talbot NL, Chaudron LH, Ward EA, Duberstein PR, Conwell Y, O'Hara MW et al. A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed women with sexual abuse histories. *Psychiatr Serv.* 2011;62:374-380.

28. Cloitre M, Courtois CA, Charuvastra A, Carapezza R, Stolbach BC & Green BL. Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *J Trauma Stress*. 2011;24:615-627. Epub 2011 Dec 6.
29. Foa EB. Treatment Guidelines-Psychodynamic Therapy for Adults. *Psychodynamic Therapy for Adults*, 583-585. Disponível em: <http://www.istss.org/TreatmentGuidelines/6797.htm>. 2009(b).
30. Schottenbauer MA, Glass CR, Arnkoff DB & Gray SH. Contributions of psychodynamic approaches to treatment of PTSD and trauma: a review of the empirical treatment and psychopathology literature. *Psychiatry*. 2008;71:13-34.
31. Barglow P. Numbing after rape, and depth of therapy. *Am J Psychother*. 2014;68:117-139.

Correspondência

Stefania Pigatto Teche

Rua Ramiro Barcelos 2350, 4º andar, Norte

90035-903– Porto Alegre, RS, Brasil

steche@hcpa.edu.br

Submetido em: 17/06/2016

Aceito em: 10/08/2016