

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM COGNIÇÃO HUMANA

PATRICIA GASPAR MELLO

**AVALIAÇÃO DO EFEITO DA PSICOTERAPIA COGNITIVO-
COMPORTAMENTAL EM COGNIÇÕES E SINTOMAS PÓS-
TRAUMÁTICOS**

Prof. Dr. Christian Haag Kristensen
Orientador

Porto Alegre
2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M527a Mello, Patricia Gaspar
Avaliação do efeito da psicoterapia cognitivo-
comportamental em cognições e sintomas pós-traumáticos /
Patricia Gaspar Mello. – Porto Alegre, 2011.
75 f.

Diss. (Mestrado em Psicologia) – Fac. de Psicologia,
PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. Christian Haag Kristensen

1. Psicologia. 2. Cognição (Psicologia). 3. Terapia
Cognitiva. 4. Transtornos de Estresse Pós-Traumáticos.
I. Kristensen, Christian Haag. II. Título.

CDD 616.8914

Bibliotecária Responsável: Salete Maria Sartori, CRB 10/1363

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM COGNIÇÃO HUMANA**

Patricia Gaspar Mello

**AVALIAÇÃO DO EFEITO DA PSICOTERAPIA COGNITIVO-
COMPORTAMENTAL EM COGNIÇÕES E SINTOMAS PÓS-TRAUMÁTICOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia – Cognição Humana.

Prof. Dr. Christian Haag Kristensen

Orientador

Porto Alegre

2011

PATRICIA GASPAR MELLO

**AVALIAÇÃO DO EFEITO DA PSICOTERAPIA COGNITIVO-
COMPORTAMENTAL EM COGNIÇÕES E SINTOMAS PÓS-TRAUMÁTICOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia – Cognição Humana.

Aprovada em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Christian Haag Kristensen (Presidente)

Prof^a. Dr^a. Renata Brasil Araújo

Prof. Dr. Gustavo Gauer

Agradecimentos

Estudar e trabalhar com eventos traumáticos, mais do que uma escolha profissional, é um exercício diário de aperfeiçoamento como pesquisador e de resiliência como terapeuta. Por isso, sou grata àqueles que contribuíram para a realização deste trabalho.

Agradeço, em primeiro lugar, ao meu orientador, Christian Haag Kristensen, coordenador do grupo de pesquisa “Cognição, Emoção e Comportamento”, modelo de pesquisador, psicólogo, colega e ser humano, sem o qual esta e outras conquistas não seriam possíveis. Serei sempre grata pela confiança, paciência e amizade.

Agradeço aos ICs, Marcelo Rigoli, pela cientificidade nas horas de pânico; Beatriz Lobo, pela disposição nas manhãs difíceis; Alice Justo, pela doçura em todas as horas; Antonieta Lopes, pela cumplicidade, inclusive nos fins de semana; e Alice Brunnet, pelo esforço em cada planilha e revisão.

Um agradecimento especial à IC Ninna Mônego - o tipo de pessoa que corre na chuva para lhe alcançar uma sombrinha (literalmente) - pelo afinho e dedicação durante o período de realização do mestrado.

Aos colegas do mestrado, Cibila Vieira, Luiziana Schaefer, Cristiane Ribeiro, Letícia Medeiros, Fernando José e Vinícius Dornelles, amigos queridos que deixaram de ser apenas colegas quando, mais do que livros e e-mails, compartilharam também medos, angústias e risadas ao longo de toda a caminhada.

Aos demais colegas, professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação da PUCRS, pela disponibilidade em ajudar e pelo bom ambiente de trabalho.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo suporte financeiro concedido na forma de bolsa de mestrado, Edital MCT/CNPq 70/2008.

Às amigas queridas Mariane Lima, Liége Jorgens, Letícia Pfaff, Viviane Tutenhagen, Camila Santos, Débora Fava, Gabriela Bakowsky e Pânila Longhi, que

ouviram as lamentações e as alegrias, oferecendo o ombro sempre que havia algo mais a dizer.

Aos amigos e parceiros das ONGs AFS, Evolucin e IIPC, pela confiança, valorização e orientação.

À psicóloga Daniela Bakos, pelo suporte emocional ao longo da formação acadêmica.

Aos familiares, agradeço o estímulo ao estudo que recebi ao longo da vida e por terem compreendido minhas ausências; sei que não foi fácil e sou grata pelo esforço. Um agradecimento especial à tia Haydée Melo, modelo de maturidade, criatividade e assistência, pelos conselhos que provieram suporte emocional e espiritual. Também à madrinha Marília da Luz, que fez mais do que jus ao *status* de segunda mãe, disponível em todos os momentos da minha vida.

Ao meu irmão, Eduardo Gaspar Mello, que é minha constante fonte de força, carinho e confiança e que me mostra a necessidade de persistirmos naquilo que desejamos, a fim de sermos capazes de dar mais suporte àqueles que precisam de nós.

Ao meu pai, Eduardo Enio de Camargo Mello, que me estimulou a superar limites e ultrapassar barreiras, sempre com honestidade e juízo crítico. Sei do esforço que é preciso para ser pai e que o investimento na minha formação foi feito, às vezes, em detrimento de suas próprias necessidades. Por tudo isso, sou grata.

Por fim e especialmente, à minha mãe, Vera Maria Gaspar Mello, que pôde ver o início desta jornada, mas já não se encontra aqui fisicamente para presenciar sua conclusão. Agradeço por ter me dado liberdade de escolha e apoiado minhas decisões, demonstrando o amor incondicional do qual só ela era capaz. Estou certa de que encararia esta dissertação da mesma forma como encarou meu primeiro desenho feito com lápis de cor: achando-o a obra-prima mais perfeita já elaborada.

“Não é o mais forte que sobrevive, nem o mais inteligente, mas o que melhor se adapta às mudanças”.

Charles Darwin

Resumo

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é uma psicopatologia incluída nos Transtornos de Ansiedade a partir do DSM-III e experienciada por cerca de 6,8% da população geral. As cognições pós-traumáticas dos indivíduos acometidos pelo transtorno contribuem para o desencadeamento e manutenção do TEPT. A Psicoterapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma modalidade terapêutica que visa a modificação destes pensamentos disfuncionais. A literatura, porém, ainda não apresenta dados conclusivos sobre quais cognições podem ser modificadas ao longo da terapia. Esta dissertação insere-se ao tentar preencher esta lacuna, analisando quais cognições pós-traumáticas são alteradas ao longo do processo terapêutico em pacientes com TEPT. Para tanto, serão apresentados dois artigos que pretendem esclarecer algumas questões nesta área. O primeiro estudo, denominado “Estratégias Cognitivo-Comportamentais para o Tratamento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático”, visa revisar a literatura sobre as diferentes estratégias de tratamento para o transtorno e suas contribuições empíricas. O segundo, “Avaliação do Efeito da Psicoterapia Cognitivo-Comportamental em Cognições e Sintomas Pós-Traumáticos”, trata-se de um estudo de dois casos que analisa o tratamento de bancários com diagnóstico de TEPT e seus respectivos resultados antes, durante e após o tratamento no que se referem às cognições, sintomas pós-traumáticos e repercussões fisiológicas. Os resultados desta pesquisa corroboram com a literatura no que se refere à efetividade da TCC para a remissão de sintomas pós-traumáticos, bem como na modificação de crenças disfuncionais e também apresenta hipóteses sobre a efetividade ou não de determinadas técnicas.

Palavras-Chave: **Transtornos de Estresse Pós-Traumático; Terapia Cognitiva; Cognição; Monitoramento Fisiológico**

Abstract

Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) is a pathology included in the Diagnostic and Statistic Manuals as an Anxiety Disorder since DSM-III and has been experienced by roughly 6,8% of general population. The posttraumatic cognitions of individuals affected by the disorder contribute to the initiation and maintenance of PTSD. The Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) is a therapeutic modality that aims the modification of this dysfunctional thoughts. The literature still doesn't show conclusive data about which cognitions can be change with CBT and this study aims to fill in this blank. The objective of the two followed articles is to clarify some questions in this area. The first study, called "Cognitive-Behavior Strategies for Posttraumatic Stress Disorder Treatment", is a literature review about the different strategies for the disorder's treatment and its empirical contributions. The second article, called "Evaluation of the Effect of Cognitive-Behavior Therapy in Posttraumatic Cognitions and Symptoms" is a two-case study that analyzes the treatment of two bank-employees diagnosed with PTSD and its respective results before, during and after the treatment on the matter of posttraumatic cognitions, symptoms and physiological repercussions. This research's results corroborate with the literature on the matter of CBT to the posttraumatic symptoms' remission as well as modifications on the dysfunctional beliefs and also shows hypothesis about the effectiveness or not of some techniques.

Keywords: Posttraumatic Stress Disorder; Cognitive-Behavioral Therapy; Cognition; Physiologic Monitoring

Sumário

Lista de Tabelas.....	p. 10
Lista de Figuras.....	p. 11
Número da Área do CNPq.....	p. 12
Introdução.....	p. 13
Referências.....	p. 17
Sessão Teórica.....	p. 18
Referências.....	p. 31
Sessão Empírica.....	p. 36
Referências.....	p. 62
Considerações Finais.....	p. 66
Referências.....	p. 69
Anexos.....	p. 70
ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	p. 71
ANEXO B - Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI).....	p. 72

ANEXO C - Screen For Posttraumatic Stress Symptoms (SPTSS).....	p. 73
ANEXO D - Protocolo de Tratamento.....	p. 74
ANEXO E - Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da PUCRS.....	p. 75

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Curso da sintomatologia do paciente 1 ao longo da psicoterapia.....	p.
	48
Tabela 2 – Curso da sintomatologia do paciente 2 ao longo da psicoterapia.....	p.
	52
Tabela 3 – Resultados dos testes de Normalidade de Shapiro-Wilk, da Análise de Variância e Poder dos Testes para as variáveis em análise.....	p.
	56

Lista de Figuras

Figura 1 – Dados Psicofisiológicos de Linha de Base, Exposição e Relaxamento:	Paciente	p. 50
I.....		
Figura 2 – Dados Psicofisiológicos de Exposição e Relaxamento:		
Paciente 2.....		p. 54

Número da Área do CNPq

7.07.00.00-1 - Psicologia

7.07.10.01-5 - Intervenção Terapêutica

7.07.06.00-0 - Psicologia Cognitiva

7.07.03.00-0 - Psicologia Fisiológica

Introdução

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é uma psicopatologia relacionada entre os transtornos de ansiedade como uma resposta a um evento estressor, caracterizada por sintomas de evitação, hiperexcitação e revivência. Indivíduos acometidos por este transtorno apresentam intenso medo e angústia frente aos estímulos relacionados ao trauma, que podem prejudicar significativamente suas vidas (American Psychiatric Association [APA], 2002).

Uma vez exposto a uma situação aversiva, o indivíduo emite uma resposta que pode ser de luta, fuga ou congelamento. A resposta de luta consiste em realizar um movimento de contra-ataque, uma vez que o organismo sente-se ameaçado, enquanto a fuga é uma resposta de evitação ao dano causado pelo estímulo aversivo. A resposta de congelamento, ou *freezing*, consiste em uma desativação momentânea quando o organismo entende que, assim, pode passar despercebido (Craske & Barlow, 2007). Todas estas reações fazem parte do sistema de autopreservação, uma vez que este se percebe ameaçado. Porém, quando o sujeito percebe ameaça onde, supostamente, não há, estas reações deixam de representar defesas e começam a causar prejuízos (Craske & Barlow 2007).

Estudos que avaliam a efetividade dos tratamentos apontam que a Psicoterapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é a modalidade terapêutica de eleição para diversos transtornos mentais, em especial os de ansiedade, entre estes, o TEPT (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006). Bisson e colaboradores (2007), em um artigo de metanálise de 25 estudos, verificaram melhora significativa nos pacientes tratados com TCC focada no trauma quando comparada à lista de espera ou outra forma de intervenção psicológica em todas as medidas de sintomas de TEPT.

Foa e Riggs (1993) postulam que as crenças do indivíduo sobre seus recursos para lidar com o trauma (*self*), sobre o mundo e sobre a idéia de que são culpados pelo evento (autorresponsabilização) são fatores que podem prever o desenvolvimento do TEPT, contribuir para sua manutenção e, até mesmo, agravar

significativamente seus sintomas. Dessa forma, uma compreensão aprofundada do processamento cognitivo de pacientes com TEPT é de vital importância, uma vez que tal conhecimento pode ser utilizado na elaboração de técnicas de tratamento mais efetivas para a remissão da sintomatologia pós-traumática. As pesquisas que se propõem a avaliar a modificação dessas crenças são escassas e relativamente recentes. Um dos primeiros estudos que referem a idéia de avaliar estas mudanças é de 1992, quando Resick e Schnicke propuseram-se a investigar vítimas de abuso sexual, demonstrando que a remissão da sintomatologia do TEPT é efetiva em indivíduos submetidos à TCC, bem como observaram a ocorrência de uma modificação de crenças disfuncionais durante e ao final da intervenção terapêutica (Resick & Schnicke, 1992). Mesmo com algum avanço na área e a evidente remissão da sintomatologia que os pacientes apresentam com a TCC, há poucos relatos na literatura de como esta reestruturação acontece, em que momento do tratamento isto é observado, quais intervenções mostram-se mais eficazes para a modificação das crenças disfuncionais e, principalmente, quais crenças, efetivamente, são modificadas.

Este estudo se inclui em um projeto maior do grupo de pesquisa “Cognição, Emoção e Comportamento” denominado “Uso da Realidade Virtual no Tratamento Cognitivo-Comportamental do Transtorno de Estresse Pós-Traumático”, que se propõe a verificar o efeito da terapia de exposição por realidade virtual no TEPT. O objetivo principal desta dissertação é o entendimento da mudança cognitiva e fisiológica de pacientes com TEPT, definindo o que ocorre com as cognições pós-traumáticas de *self*, mundo e autorresponsabilização destes quando submetidos à TCC, bem como suas reações fisiológicas de ansiedade ante a terapia de exposição. Tal estudo possui implicações clínicas importantes pois, a partir dos resultados, é esperado que se possa contribuir para a criação de novas intervenções terapêuticas que visem auxiliar na diminuição do sofrimento de indivíduos acometidos pelo TEPT. A hipótese inicial sugere que a TCC seja capaz de modificar significativamente as crenças dos pacientes, promovendo, desta forma, a remissão da sintomatologia pós-traumática.

A meta inicial deste estudo previa a inclusão, no protocolo de tratamento, de 10 bancários vítimas de ataques a banco com diagnóstico de TEPT. O número de participantes estabelecido foi baseado nas elevadas estatísticas do SindBancários sobre ocorrências de ataques a banco no Rio Grande do Sul e no período de 1 ano estabelecido pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) para a execução do projeto do Mestrado, considerando que o protocolo de tratamento previa 18 sessões de TCC, uma por semana.

Para isso, foram disponibilizadas avaliações gratuitas para todos os bancários que foram vítimas de ataques a banco ao longo de suas carreiras, em função do pressuposto de que se os dados publicados sugerem um grande número de eventos estressores em agências bancárias, então muitos funcionários correriam risco de apresentar TEPT. O convênio com o SindBancários e a intensa divulgação da pesquisa nas agências de múltiplos bancos da cidade de Porto Alegre e Região Metropolitana trouxeram até o Serviço de Atendimento disponibilizado pelo grupo de pesquisa, 31 sujeitos que foram avaliados ao longo de 3 sessões.

As avaliações ocorreram no período de novembro de 2009 até junho de 2010, no Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia (SAPP) da PUCRS e foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos pacientes. Nestas avaliações, de aproximadamente 1h30min, foram aplicados instrumentos que avaliaram cognições e sintomas pós-traumáticos, manifestações de ansiedade e depressão e características de personalidade.

Dos 31 bancários avaliados, foram recebidos para atendimento 6 sujeitos que preenchiam os critérios estabelecidos para TEPT. Devido à gravidade do transtorno, porém, dois dos seis casos foram excluídos da amostra. Estes necessitavam de intervenções terapêuticas não previstas no protocolo. Dois dos quatro sujeitos restantes iniciaram a psicoterapia após o prazo em que seria possível ter seus dados disponibilizados para a análise. Assim, a amostra para esta dissertação consiste em dois bancários vítimas de ataques a banco com diagnóstico de TEPT, ambos do sexo masculino.

Os indivíduos foram atendidos em psicoterapia ao longo de 18 sessões de 50 minutos, uma vez por semana, no SAPP da PUCRS. O protocolo de tratamento foi baseado nos estudos de Foa, Hembree e Rothbaum (2007) e Taylor (2006) e previu 6 sessões iniciais de psicoeducação sobre o TEPT e modelo cognitivo, além de técnicas de relaxamento e respiração; 6 sessões intermediárias de exposição; e 6 sessões finais de reestruturação cognitiva e prevenção à recaída. Ao final de cada uma das três etapas de intervenção, foram realizadas avaliações utilizando os instrumentos SPTSS, PTCI, BAI e BDI-II, respectivamente, com o objetivo de avaliar as modificações em diferentes momentos da psicoterapia. Além disso, durante as sessões de exposição, foi utilizado o instrumento ProComp5 Infiniti - *Computerized Biofeedback System*, que monitora sintomas fisiológicos de ansiedade por meio de medidas de condutância de pele. A hipótese por trás do uso deste instrumento foi de que, ao longo das sessões de exposição, os sintomas fisiológicos de ansiedade fossem reduzidos, demonstrando não somente o elemento psicológico vinculado à mudança já bem estabelecida com exposição, mas também os efeitos desta nos mecanismos que regem a ansiedade em âmbito fisiológico.

Essa dissertação foi desenvolvida ao longo de duas seções, sendo uma teórica e uma empírica. A seção teórica apresenta um artigo de revisão de literatura a ser enviado para publicação após as sugestões da banca. Trata-se de uma revisão a respeito de duas das principais estratégias cognitivo-comportamentais aplicadas no tratamento do TEPT e considerações acerca de sua efetividade. A seção empírica é um estudo acerca dos dois casos admitidos em terapia. Foi possível uma análise aprofundada dos resultados apresentados após a intervenção terapêutica acerca do efeito desta e suas relações com as cognições pós-traumáticas.

Estas duas seções foram elaboradas no sentido de responder às questões de pesquisa, sendo elas: (1) qual o efeito da TCC sobre a sintomatologia pós-traumática, (2) qual o efeito da TCC sobre as manifestações de ansiedade fisiológica e (3) qual o efeito da TCC em cognições pós-traumáticas de (a) *self*, (b) mundo e (c) autorresponsabilização. A aplicação do protocolo de tratamento desenvolvido foi realizada pela psicóloga autora deste trabalho que auxiliou na elaboração do

tratamento tendo como base estudos anteriores e experiência em TCC, com a devida supervisão do orientador do estudo.

Os resultados encontrados indicam uma resposta positiva às intervenções cognitivo-comportamentais aplicadas no protocolo de tratamento. A sintomatologia foi esbatida nos casos atendidos e as cognições pós-traumáticas de *self* e mundo foram as mais reestruturadas ao longo do tratamento. Embora os dados não possam ser generalizados para a população devido ao número reduzido da amostra, estes sugerem algumas idéias a respeito da resposta, ou não, de pacientes com TEPT à TCC, bem como, das modificações de crenças disfuncionais. Tais dados são discutidos ao longo do artigo e das considerações finais dessa dissertação.

Referências

- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR* (4a. ed.). Washington (DC): Author.
- Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *190*, 97-104.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *26*, 17-31.
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2007). *Mastery of Your Anxiety and Panic: Therapist Guide*. New York: Oxford University Press.
- Foa, E., Hembree, E.; Rothbaum, B. (2007). *Prolonged Exposure Therapy for PTSD. Emotional Processing of Traumatic Experiences. Therapist Guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Foa, E. B., Riggs, D. S. (1993). Posttraumatic stress disorder in rape victims. In: J. Oldham, M. B. Riba & A. Tasman (Eds), *Review of Psychiatry*, *12*, 273-303. Washington (DC): American Psychiatric Press.
- Resick, P. A. & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*, 748-756.
- SindBancários (2010). Acesso em 03 de agosto de 2010. Disponível em: http://www.sindbancarios.org.br/site2007/cms/arquivos/modulos/noticia_975.doc.
- Taylor, S. (2006). *Clinician's Guide to PTSD: A Cognitive-Behavioral Approach*. New York: The Guilford Press

Seção Teórica

Estratégias Cognitivo-Comportamentais para o Tratamento do Transtorno de Estresse
Pós-Traumático

Cognitive-Behavioral Strategies for Posttraumatic Stress Disorder Treatment

Resumo

A **Psicoterapia Cognitivo-Comportamental (TCC)** é uma modalidade terapêutica que vem obtendo bons resultados ao longo dos anos no que se refere ao tratamento de diversos transtornos mentais. O presente estudo tem por objetivo verificar, através de revisão da literatura, as principais estratégias utilizadas na TCC para indivíduos com **Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)**, entre elas a **Terapia de Exposição** e a **Reestruturação Cognitiva**, uma vez que os manuais de tratamento sugerem a utilização de ambas as técnicas para a obtenção de bons resultados, mas não especificam em que momento essas estratégias devem ser utilizadas durante a terapia. Conclui-se que ambas as estratégias apresentam excelentes resultados se utilizadas em conjunto; no entanto, não existe consenso atual sobre qual das duas intervenções é mais eficaz e, se aplicadas juntas, em qual ordem são mais efetivas.

Palavras-Chave: **Transtornos de Estresse Pós-Traumático; Terapia Cognitiva; Cognição.**

Abstract

Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) is a modality of treatment that has been obtained good results in the matter of many mental disorders. This study aims to verify, through a literature review, the strategies used on Cognitive-Behavioral Therapy for patients suffering from Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), including Exposure and Cognitive Restructuring, since treatment manuals suggest the use of both techniques to obtain good results, but they so far do not specify in which moment these strategies should be used during therapy. As conclusion it was found that both strategies show excellent results when used together; however, there is no agreement about which intervention has more effectiveness and, if used together, in which order they would be more effective.

Keywords: Posttraumatic Stress Disorder; Cognitive-Behavioral Therapy; Cognition.

Introdução

Transtorno de Estresse Pós-Traumático

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é definido no DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2002) como uma resposta sintomática de intenso medo ou horror, que envolve revivência, evitação de estímulos associados ao trauma e entorpecimento e excitabilidade aumentada a um evento estressor. Esses sintomas devem estar presentes por mais de um mês e causam sofrimento e/ou prejuízo social e ocupacional clinicamente significativo.

A revivência diz respeito a sensações e pensamentos intrusivos relacionados ao trauma. Tais memórias são persistentes, indesejadas e intensas, de forma a impossibilitar qualquer outro pensamento e podem se apresentar sob a forma de pesadelos, *flashbacks*, etc. Os sintomas de evitação incluem estratégias para evitar pensamentos ansiogênicos ou situações relacionados ao evento traumático. Os mecanismos psicológicos de anestesia contra esse sofrimento são denominados sintomas de entorpecimento. Os sintomas de excitabilidade aumentada caracterizam a manifestação mais aparente da atividade de alerta. O indivíduo pode apresentar insônia, irritabilidade, dificuldade de concentração e hipervigilância, comumente descritas pelo paciente como sensações de sobressalto (Friedman, 2009).

Estima-se que em torno de 60% a 90% dos indivíduos são expostos a um evento estressor potencialmente traumático ao longo da vida (Breslau et al., 1998; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995). Os eventos estressores que mais provavelmente se caracterizam como situações traumáticas podem ser classificados em três grupos: (1) eventos intencionais provocados pelo homem, (2) eventos não-intencionais provocados pelo homem e (3) eventos provocados pela natureza (Schiraldi, 1999). Embora a taxa de exposição a eventos estressores seja elevada, o percentual de indivíduos na população geral que apresenta o TEPT é mais baixo, podendo ser estimado entre 6,8% (Breslau et al., 1998; Kessler et al., 1995).

Ainda que a maioria dos indivíduos expostos a situações potencialmente traumáticas não o desenvolva, o TEPT tem sido considerado o quarto transtorno mental mais comum, ocasionando prejuízos sociais e econômicos significativos (Yehuda, 2002; Yehuda & McFarlane, 1995; Ballenger et al., 2004). O diagnóstico desse transtorno passou a ter sua importância amplamente reconhecida a partir do DSM-III (APA, 1980) e novas estratégias de tratamento vêm sendo desenvolvidas para auxiliar na remissão de sua sintomatologia, que é extremamente invalidante.

Psicoterapia Cognitivo-Comportamental

A Psicoterapia Cognitivo-Comportamental (TCC) teve sua eficácia consolidada por estudos controlados em diversos transtornos como depressão (Rush, Beck, Kovacs & Hollon, 1977), abuso de substâncias (Woody et al., 1983), transtornos de ansiedade (Barlow, Crascke, Cerney & Klosko, 1989; Beck, 1987; Beck, Emery, & Greenberg, 1985), e transtornos de personalidade (Beck, Freeman, & Davis, 1990). Além da evidente remissão da sintomatologia de muitos transtornos, diversos estudos têm demonstrado que a TCC é eficaz na modificação de crenças e esquemas disfuncionais que podem causar prejuízos à vida do indivíduo (Bisson, Ehlers, Matthews, Pilling, Richards & Turner, 2007).

Para Beck (1997), em transtornos como depressão e ansiedade, existe um padrão de distorção de pensamentos que se reflete no modo como os pacientes acometidos por estas psicopatologias interpretam suas experiências. Assim, desenvolveu o modelo cognitivo a partir da afirmação de que o modo como as pessoas interpretam as situações determinará a maneira como elas se sentem e se comportam. Este modelo expandiu-se para outros transtornos e novas técnicas foram elaboradas com esses pressupostos a fim de contribuir para o tratamento de uma série de doenças mentais (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979).

Ao mesmo tempo em que Beck (1997) pesquisava o funcionamento das distorções de seus pacientes, tratava-os tentando diminuí-las através da lógica e checagem de evidências. Dentre as técnicas mais gerais utilizadas em todas as

psicoterapias cognitivo-comportamentais para a realização da flexibilização das cognições disfuncionais, estão o Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD), o Questionamento Socrático e a Checagem de Evidências. O objetivo principal é fazer com que o paciente avalie a situação e o seu pensamento de forma mais lógica e racional, desconstruindo as distorções e reestruturando cognitivamente suas crenças.

O modelo cognitivo básico para os transtornos de ansiedade explica que esses pacientes têm uma tendência a se focar em pensamentos relacionados ao perigo (Beck, 2005; Craske & Barlow, 2007). Esses indivíduos geralmente se vêem como vulneráveis e incapazes de lidar com situações ameaçadoras e, por isso, tendem a aumentar sua atenção para situações de ameaça, catastrofizando qualquer estímulo ambíguo e emitindo comportamentos disfuncionais que os levam a crer que estarão a salvo (Foa et al., 2005).

Dentre as técnicas mais utilizadas e consagradas por sua eficácia nos transtornos de ansiedade estão a exposição e a reestruturação cognitiva. Nesta última são trabalhadas as crenças e distorções do indivíduo, auxiliando-os a flexibilizar suas cognições. A exposição é uma técnica advinda do comportamentalismo e seu principal objetivo é eliminar os comportamentos disfuncionais, principalmente os evitativos, decorrentes do medo da ameaça (Turner, 2002). Quando utilizada como técnica única, fica conhecida como terapia de exposição (TE). Em alguns transtornos, como no TEPT e nas fobias, especialistas defendem que a TE é suficiente para esbater a sintomatologia, sendo desnecessária a utilização de técnicas cognitivas (Bryant, Moulds et al., 2008; Moser et al., 2010). Discussões na literatura acerca desta informação serão abordadas nos próximos itens desta produção.

Objetivo

Este artigo objetiva examinar a ordem de disposição de duas das principais técnicas incluídas nos protocolos de tratamento para o TEPT, sendo elas a

Reestruturação Cognitiva e a Terapia de Exposição. Sabe-se que ambas as técnicas mostram efetivas no tratamento do transtorno se utilizadas em conjuntos, mas os estudos que as utilizam pouco problematizam a ordem de disposição destas técnicas e as possíveis conseqüências de uma organização equivocada. Espera-se, portanto, que este artigo possa contribuir para tais questionamentos, uma vez que o estudo se propõe a verificar quais seriam as vantagens e desvantagens da colocação destas técnicas em diferentes momentos da psicoterapia.

Método

Este artigo trata-se de uma revisão não-sistemática da literatura, cujo objetivo é verificar a efetividade de duas das principais estratégias cognitivo-comportamentais utilizadas em psicoterapia para o tratamento do TEPT, sendo elas a reestruturação cognitiva e a terapia de exposição.

Os artigos foram coletados a partir de uma busca em duas bases de dados: PsychInfo e MedLine. Os termos utilizados para pesquisa foram Terapia de Exposição, Reestruturação Cognitiva e seus correspondentes em língua inglesa.

As buscas ocorreram no período de junho de 2009 a maio de 2010. Foram incluídos os artigos que incluíam nos protocolos de tratamentos ambas as técnicas. A seleção final trouxe para o estudo 18 artigos que foram lidos na íntegra. O artigo mais recente data de 2010 e o mais antigo, de 1993.

Discussão

TCC para o TEPT

A TCC tem sido considerada o tratamento de escolha para o TEPT, tendo se mostrado mais efetiva do que outras intervenções psicológicas ou farmacológicas (Bryant, Moulds et al., 2008). Resick e Schnicke (1993) estudaram vítimas de abuso

sexual, demonstrando que a remissão da sintomatologia do TEPT é efetiva em indivíduos submetidos à TCC. Em um estudo de revisão, Cohen e colaboradores (2007) verificaram eficácia consistente da TCC quando comparada a grupo controle em seis ensaios randomizados com crianças vítimas de abuso sexual. Além disso, Bisson e colaboradores (2007) verificaram melhora significativa para todas as medidas de sintomas de TEPT nos pacientes tratados com TCC focada no trauma, quando comparados a outras intervenções psicológicas ou lista de espera.

Atualmente, a TCC conta com um número significativo de técnicas que se propõem a esbater os sintomas do TEPT. Algumas têm como objetivo aliviar os sintomas intensos de ansiedade, como é o caso das técnicas de Relaxamento Muscular Progressivo e Respiração Diafragmática. Outras técnicas têm como foco a sintomatologia pós-traumática que inclui pensamentos e crenças disfuncionais, como a Exposição e a Reestruturação Cognitiva (Rothbaum, Meadows, Resick e Foy, 2000).

Keane, Marschall & Taft (2006) apontam diversas intervenções terapêuticas possíveis no paradigma da psicoterapia cognitiva que se propõem a remitir os sintomas do TEPT e/ou auxiliar na reestruturação cognitiva de indivíduos acometidos pelo transtorno. Entre elas, os mais efetivos são (1) as terapias de exposição, que pretendem dessensibilizar o indivíduo para estímulos relacionados ao evento, estimulando a memória do trauma; (2) treinamento de manejo de ansiedade, que envolve auxiliar o sujeito a lidar com respostas fisiológicas ligadas ao trauma; (3) dessensibilização por movimentos oculares (EMDR), estimulando a memória por meio de imagens mentais; e (4) a combinação de tratamentos, que tem se mostrado mais eficaz em estudos de efetividade e revisões sistemáticas (Mendes, Mello, Ventura, Passarela e Mari, 2008).

Este estudo pretende explorar duas das principais estratégias para o tratamento do TEPT, sendo elas a Reestruturação Cognitiva e a Terapia de Exposição, uma vez que ambas são incluídas na maior parte dos protocolos de tratamento. Alguns estudos apenas utilizam Exposição (Sharp, 2004; Swanson et al., 2009), outros somente Reestruturação (Marcello et al., 2009; McGovern et al., 2009),

outros utilizam ambas, em ordem de aplicação diferente, e outros não mencionam o que foi feito primeiro (Zayfert et al., 2005; Moser et al., 2010). Isto causa uma dúvida na aplicabilidade de protocolos de tratamento. A tentativa deste estudo é descrever e elucidar estas questões, tendo como base as pesquisas que já trataram do assunto, com o objetivo de encontrar a maneira mais efetiva de ajudar os pacientes acometidos pelo TEPT.

Reestruturação Cognitiva

A Reestruturação Cognitiva é uma técnica da TCC que se baseia no Modelo Cognitivo de Beck e objetiva a modificação de interpretações distorcidas dos fatos, representadas por pensamentos e crenças que são capazes de provocar intenso sofrimento. No caso do TEPT, ficamos especialmente atentos às crenças distorcidas com relação ao *self*, mundo e auto-responsabilização, já que, segundo Foa et al. (1993), tais crenças são as mais distorcidas e prejudiciais em pacientes diagnosticados com o transtorno, além de representarem fatores que podem prever o desenvolvimento deste transtorno, contribuir para sua manutenção ou mesmo agravar significativamente seus sintomas (Foa et al., 1993).

Gray, Maguen e Litz (2007) conceituam *self* como idéias que o sujeito tem de si mesmo, suas capacidades, fraquezas e fortalezas. Ao ser exposto a um evento traumático, este sistema de crenças se modifica, muitas vezes, radicalmente, dependendo da rigidez das crenças antes do trauma. Segundo Foa e Kozak (1986), memórias traumáticas tendem a eliciar respostas de ansiedade fisiológicas e comportamentais intensas, dando ao sujeito a idéia de *self* inapto para lidar com estímulos ameaçadores, em especial aqueles ligados ao evento traumático experienciado.

Memórias traumáticas também possibilitam a associação do fato vivenciado com diversas outras situações de ameaça, fazendo com que o sujeito tenha uma percepção cada vez mais constante de perigo generalizado, estabelecendo uma visão

negativa de mundo. Conceitos de mundo referidos por Gray, Maguen e Litz (2007) podem ser, antes da exposição ao trauma, idéias como “o mundo é um lugar bom”, “o mundo tem sentido”. Indivíduos com tais idéias, ao serem expostos a um evento estressor, não conseguem acomodar os esquemas anteriores à nova informação que o trauma lhe dá (“mundo é perigoso”). Assim, é possível que o indivíduo modifique drasticamente seus esquemas para sair da dissonância cognitiva com que se deparou, por vezes encarando o mundo de forma completamente oposta a qual o encarava antes.

No que se refere às crenças de auto-responsabilização sobre o evento traumático, estudos propõe que os pacientes tendem à autorresponsabilização pelo evento traumático (Startup, Makgekgenene & Webster, 2007; Beck et al., 2004; Foa et al., 1999). Em um artigo sobre o tema, Startup e colaboradores (2007) demonstram que esta crença, especificamente, é bastante dependente do conteúdo do evento traumático a que os indivíduos foram expostos. Em estudos com vítimas de acidentes com veículos motorizados (Beck et al., 2004) observou-se que os sujeitos não se culpavam tanto pelo evento se comparados com indivíduos vítimas de abuso sexual avaliados em outro estudo (Foa et al., 1999).

O objetivo da Reestruturação Cognitiva no tratamento do TEPT é a modificação destes esquemas e crenças disfuncionais que estejam causando sofrimento na vida do paciente. Com a utilização de técnicas como o Questionamento Socrático e o Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD) é possível auxiliar o paciente a verificar a validade destas crenças e substituí-las por idéias mais funcionais, estabelecendo, assim, estratégias mais efetivas para enfrentar situações ansiogênicas e/ou estressantes (Caballo, 2003).

Terapia de Exposição

A Terapia de Exposição (TE) é uma estratégia utilizada no tratamento do TEPT que tem por objetivo organizar a memória traumática e reduzir a ansiedade vinculada a esta (Richard & Lauterbach, 2007). Embora Zayfert et al. (2005) afirme

que apenas 17% dos psicólogos utilizam a TE no tratamento de pacientes com TEPT, a literatura já refere, consistentemente, que esta estratégia é o tratamento de escolha para o transtorno, tendo em vista suas evidências empíricas de efetividade (Moser et al., 2010).

Durante a TE, o paciente, psicoeducado para o TEPT e a TCC, é instruído a relatar o trauma vivenciado de maneira detalhada. Primeiramente, é solicitado um relato livre; já em um segundo momento, o terapeuta pode fazer perguntas que aprofundem a explanação, além de passar tarefas de casa que estimulem a continuidade da exposição como, por exemplo, ouvir um CD com a própria voz relatando o evento vivenciado (Foa, Keane & Friedman, 2000).

As sessões de TE podem variar de 4 a 12 encontros, dependendo do protocolo de tratamento a ser aplicado e da necessidade do paciente. O que estes protocolos apresentam em comum é o relato do paciente sobre o evento traumático e a checagem do nível de ansiedade experienciado durante a narrativa (Foa, Keane e Friedman, 2000). Há estudos que referem que apenas a terapia de exposição consegue ser mais eficaz do que esta em parceria com reestruturação cognitiva, embora os tratamentos, em geral, se utilizem de ambas as estratégias (Moser et al., 2010).

Estratégias Terapêuticas no Tratamento do TEPT

No que se refere ao tratamento do TEPT, diversas estratégias terapêuticas são utilizadas nos protocolos de tratamento com o objetivo de auxiliar na remissão da sintomatologia do transtorno. Há alguns autores que se utilizam de Reestruturação Cognitiva inicialmente, até que o paciente seja capaz de suportar as dificuldades geradas pela TE. Outros autores sugerem que a TE pode ser utilizada logo no início da terapia e que esta estratégia representa boa parte da efetividade da TCC para o TEPT, não devendo ser adiada. A maior parte dos autores concorda que estas técnicas são necessárias e complementares, mas não há um registro na

literatura do momento em que cada uma deve ser utilizada para que o tratamento seja mais efetivo. (Bryant et al., 2003; Foa et al., 2005; Taylor, 2006)

Alguns autores pontuam que, quando a exposição é realizada nas primeiras sessões, a ansiedade do sujeito diminui logo no início da terapia, facilitando as intervenções de reestruturação cognitiva posteriores. Além disso, aumentariam as chances de adesão ao tratamento, visto que o paciente observaria resultados logo no início e permaneceria motivado ao longo do mesmo. Alguns protocolos de tratamento, cujo início se dá pela exposição, vêm obtendo resultados extremamente importantes na remissão da sintomatologia do TEPT. Deve-se considerar, porém, a cultura da população exposta ao protocolo. (Foa, Keane e Friedman, 2000; Zayfert et al., 2005).

Quando a exposição é apresentada inicialmente, no entanto, pode ser demasiadamente ansiogênica o que pode causar desistência do paciente, justamente pelo teor evitativo sintomático do TEPT. Além disso, argumenta-se que o vínculo pode não estar bem consolidado, impossibilitando que algumas questões sejam trazidas no discurso do indivíduo durante a técnica, especialmente nos casos de abuso sexual (Jaycox, Zoellner, & Foa, 2002). Esta pode ser uma das razões pelas quais, nos estudos brasileiros, observa-se uma procrastinação das técnicas de exposição com o argumento de que estas questões estejam bem instituídas antes de assumir-se o risco de expor o paciente a uma técnica considerada mais “invasiva”. A contrapartida é que, talvez, os psicoterapeutas estejam baseando esta estratégia em seus próprios temores e não em estudos científicos que sugerem que a técnica pode ser aplicada já no começo da terapia, mesmo porque estes estudos não são facilmente encontrados na literatura (Taylor, 2006).

A validade de ambas as técnicas é indiscutível, mas o profissional de saúde mental não pode apenas saber da eficácia da intervenção; precisa, também, saber em que momento ela deve ser aplicada para que a terapia seja mais eficiente. Ressalta-se, portanto, a necessidade de estudos que especifiquem melhor os protocolos de tratamentos utilizados a fim de auxiliar os profissionais na melhor utilização e disposição das técnicas cognitivas e comportamentais.

Considerações Finais

A TCC é uma terapia já empiricamente validada para uma série de transtornos mentais. O TEPT é um dos transtornos que apresenta remissão de sua sintomatologia se tratado adequadamente com este modelo de psicoterapia.

Atualmente, mais estudos têm sido realizados na esperança de observar mudanças importantes no tratamento do transtorno. Duas das principais estratégias que compõem o tratamento são a reestruturação cognitiva e a exposição. Os manuais de tratamento sugerem a utilização de ambas as técnicas para a obtenção de bons resultados, mas os protocolos não especificam em que momento estas estratégias devem ser utilizadas durante a terapia.

A terapia de exposição se mostra eficaz se apresentada em primeiro lugar, principalmente por reduzir os sintomas de ansiedade do paciente, mas ainda há o risco de abandono do tratamento no caso de populações mais esquivas. Em contrapartida, a reestruturação, se apresentada em primeiro lugar, assegura o bom estabelecimento do vínculo e a adaptação do modelo cognitivo. Todavia, em geral, pouco atinge os sintomas mais graves do transtorno.

Sabe-se que ambas as estratégias apresentam excelentes resultados quando utilizadas em conjunto. Não se sabe ao certo quais estudos mostraram-se mais eficazes: aqueles em que a exposição foi apresentada no início da terapia ou aqueles em que a reestruturação veio primeiro. No que se refere ao entendimento desta autora, considera-se que, tendo em vista o elevado nível de eficácia da exposição, esta deveria ser apresentada em um primeiro momento, sendo posteriormente complementada pela reestruturação. Embora seja arriscado em função da possibilidade de abandono de tratamento, sabe-se que, uma vez que o paciente observe bons resultados, este permanecerá em tratamento. Ainda assim, para que esta afirmação seja melhor fundamentada, sugere-se que os protocolos de tratamento divulgados na literatura sejam mais específicos na sua descrição, para

que os profissionais de saúde mental sintam-se mais aptos a realizar os tratamentos que apresentem resultados rápidos e eficazes.

Referências

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders: DSM-III*. Washington (DC): Author.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (4a. ed.; Texto Revisado)*. Porto Alegre: Artmed.
- Ballenger, J. C., Davidson, J. T. R., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Marshall, R. D., Nemeroff, C. B., et al. (2004). Consensus statement update on posttraumatic stress disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 55-62.
- Barlow, D., Crascke, M., Cerney, J. A., & Klosko, J. S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior therapy*, 20, 261-268.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1987) Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy. In: Rachman, S. & Maser, J. (Orgs). *Panic: Psychological perspectives*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 91-109.
- Beck, A. T. (2005) The Current State of Cognitive Therapy: A 40-Year Retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62, 953-959.
- Beck, J. G., Coffey, S. F., Sarah A. Palyo, Gudmundsdottir, B., Miller, L. M. et al., (2004). Psychometric Properties of the Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): A Replication With Motor Vehicle Accident Survivors. *Psychological Assessment*, 16(3), 289-298.
- Beck, A. T, Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Davis (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, J. (1997). *Terapia Cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.

- Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 190*, 97-104.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., Guthrie, R. M., Dang, S. T., Mastrodomenico, J., Nixon, R. D. V. et al. (2008). A Randomized Controlled Trial of Exposure Therapy and Cognitive Restructuring for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 7*, 695-703.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., Guthrie, R. M., Dang, S. T., & Nixon, R. D. V. (2003). Imaginal Exposure Alone and Imaginal Exposure with Cognitive Restructuring in Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(4), 706-712.
- Caballo, V. (2003). *Manual Para Tratamento Cognitivo Comportamental* (Vol. 1). São Paulo: Santos.
- Cohen, J. A., Berliner, L., March, J. S. (2000). Treatment of children and adolescents. In: *Effective Treatments for PTSD*, Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. Y. (Eds.) New York: Guilford, 106-138.
- Cohen J.A., Mannarino A.P., Perel J.M., & Staron V. (2007) A pilot randomized controlled trial of combined trauma-focused CBT and sertraline for childhood PTSD symptoms. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46*(7), 811-819.
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S.M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): development and validation. *Psychological Assessment, 11*, 303-314.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., Cahill, S. P., Rauch, S. A., Riggs, D. S., Feeny, N. C., et al., (2005). Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 953-964.

- Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (2000). Guidelines for Treatment of PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 13*(4), 539-588.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99*(1), 20-35.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., & Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 6*(4), 459-473.
- Friedman, M. (2009). *Transtorno de Estresse Agudo e Pós-Traumático - As mais recentes estratégias de avaliação e tratamento (tradução)*. Porto Alegre: Artmed.
- Gray, M., Maguen, S., & Litz, B. (2007). Schema constructs and cognitive models of posttraumatic stress disorder. In P. du Toit, D. Stein, L. Riso, & J. Young (Eds.), *Cognitive Schemas and Core Beliefs in Psychological Problems: A Scientist-Practitioner Guide*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Jaycox, L. H., Zoellner, L., & Foa, E. B. (2002). Cognitive-behavioral therapy for PTSD in rape survivors. *Journal of Clinical Psychology, 58*(8), 891-906.
- Keane, T. M., Marshall, A. D., & Taft, C. T. (2006). Posttraumatic stress disorder: etiology, epidemiology, and treatment outcome. *Annual Review of Clinical Psychology, 2*, 161-197.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52*, 1048-1060.
- McGovern, M. P., Lambert-Harris, C., Acquilano, S., Xie, H., Alterman, A. I., & Weiss, R. D. (2009). A cognitive behavioral therapy for co-occurring substance use and posttraumatic stress disorders. *Addictive Behaviors, 34*, 892-897
- Marcello, S. C., Hilton-Lerro, K., & Mueser, K. T. (2009). Cognitive Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Persons with Psychotic Disorders. *Clinical Case Studies, 8*, 438-453.

- Mendes, D. D., Mello, M. F., Ventura, P., Passarela, C. D. M., & Mari, J. D. J. (2008). A Systematic Review on the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 38(3), 241-259.
- Moser, J. S., Cahill, S. P., & Foa, E. B. (2010). Evidence for Poorer Outcome in Patients With Severe Negative Trauma-Related Cognitions Receiving Prolonged Exposure Plus Cognitive Restructuring: Implications for Treatment Matching in Posttraumatic Stress Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 72-75.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1993). Cognitive processing therapy for rape victims. Newbury Park, CA: Sage. Richards, D., & Lauterbach, D. (2007). *Handbook of Exposure Therapies*. San Diego: Academic Press.
- Rothbaum, B. O., Meadows, E. A., Resick, P., & Foy, D. W. (2000). *Cognitive-behavioral therapy*. In: Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J. (eds.), *Effective treatments for PTSD*. New York: Guilford, 60–83.
- Rothbaum, B., & Schwartz, A. (2002). Exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 56(1), 56-75.
- Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M. & Hollon, S. D. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1(1), 17-37.
- Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., Reynolds, M. & Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristics of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 347-372.
- Schiraldi, G. R. (1999). *The post-traumatic stress disorder sourcebook: A guide to healing, recovery, and growth*. New York: Mc Graw Hill.
- Sharp, T. (2004). The prevalence of post-traumatic stress disorder in chronic pain patients. *Current Pain and Headache Reports*, 8, 111-115.

- Startup M. J., Makgekgenene L., Webster R. A., (2007). The role of self-blame for trauma as assessed by the Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): A self-protective cognition? *Behaviour Research and Therapy*, 45, 395-403.
- Swanson, L. M., Favorite, T. K., Horin, E., & Arnedt, J. T. (2009). A combined group treatment for nightmares and insomnia in combat veterans: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 639–642.
- Taylor, S. (2006). *Clinician's guide to PTSD: A cognitive-behavioral approach*. New York: The Guilford Press.
- Turner, R. M. (2002). A dessensibilização sistemática. In: Caballo, V. E. *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento* (pp. 167-195). São Paulo: Santos.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Frueh, B. C. (2005). Multicomponent Behavioral Treatment for Chronic Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder. *Behavioral Modification*, 29(1), 39-69.
- Vitousek, N. K. (1996). The current status of cognitive-behavioral models of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In: Salkovskis, P. M. (Org). *Frontiers of Cognitive Therapy*. (pp. 383-418). New York: Guilford Press.
- Woody, G. E., Luborsky, L., McClellan, A. T., O'Brien, C. E., Beck, A. T., Blaine, J. et al. (1983). Psychotherapy for opiate addicts: Does it help? *Archives of General Psychiatry*, 40, 1081-1086.
- Yehuda, R. (2002). Current concepts: Post-traumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine*, 346, 108-114.
- Yehuda, R. & McFarlane, A. C. (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1705-1713.
- Zayfert, C., DeViva, J. C., Becker, C. B., Pike, J. L., Gillock, K. L., & Hayes, S. A. (2005). Exposure utilization and completion of cognitive behavioral therapy for PTSD in a “real world” clinical practice. *Journal of Traumatic Stress*, 18(6), 637-645.

Seção Empírica

Avaliação do Efeito da Psicoterapia Cognitivo-Comportamental em Cognitiones e
Sintomas Pós-Traumáticos

Evaluation of Cognitive-Behavioral Therapy's Effects on Posttraumatic Cognitions and
Symptoms

Resumo

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático é definido por uma resposta a um evento estressor caracterizada por sintomas de evitação, hipervigilância e revivência. A Psicoterapia Cognitivo-Comportamental é a modalidade terapêutica de eleição para o TEPT. O presente estudo tem por objetivo avaliar as cognições pós-traumáticas antes, durante e após a Psicoterapia Cognitivo-Comportamental (TCC) de dois bancários vítimas de assaltos a banco, com diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Os indivíduos foram submetidos à TCC ao longo de 18 sessões em que os instrumentos de avaliação foram aplicados a cada seis semanas. Estes verificaram cognições e sintomas pós-traumáticos e manifestações de ansiedade e depressão. Os resultados indicam uma importante relação entre as cognições pós-traumáticas na resposta terapêutica. As crenças de *self* e mundo foram as mais modificadas, e a sintomatologia pós-traumática foi esbatida em ambos os sujeitos. Observa-se uma necessidade de mais estudos a respeito do efeito das cognições pós-traumáticas no TEPT a fim de auxiliar na elaboração de protocolos de tratamento mais efetivos.

Palavras-Chave: Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT); Terapia Cognitiva; Cognição; Monitoramento Fisiológico

Abstract

Posttraumatic Stress Disorder is defined as a response to a stressor characterized by symptoms of avoidance, hypervigilance and revival. The Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) is the therapeutic modality of choice for PTSD. The present study aims to evaluate the posttraumatic cognitions before, during and after cognitive-behavior therapy of two bank employees that were victims of bank attacks and were diagnosed with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). The two subjects were submitted to CBT where the evaluation instruments were answered in every six weeks. The results show an important relation between posttraumatic cognitions on therapeutic response. Self and world beliefs were the most modified and the posttraumatic symptomatology were faded on both subjects. There is a need of studies about the effect of post-traumatic cognitions in PTSD in order to assist in developing more effective treatment protocols.

Keywords: Posttraumatic Stress Disorder; Cognitive Therapy; Cognition; Physiological Monitoring.

Introdução

O TEPT tem sido considerado o quarto transtorno mental mais comum, produzindo conseqüências sociais e econômicas significativas (Yehuda, 2002; Ballenger et al., 2004). O TEPT é definido no DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2002) como uma resposta sintomática a um evento estressor, envolvendo revivência, evitação e entorpecimento e excitabilidade aumentada. Trata-se de um transtorno que causa sofrimento psicológico intenso e/ou prejuízo funcional, com presença dos sintomas por mais de um mês.

Estimativas apontam que 6,8% da população geral apresentam risco de desenvolver o transtorno ao longo da vida (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas, & Walters, 2005). Diversas teorias sobre trauma sugerem que eventos traumáticos produzem mudanças na avaliação de pensamentos e crenças (Foa & Riggs, 1993; Foa & Rothbaum, 1998; Janoff-Bulman, 1992; Resick & Schnicke, 1992). Os pensamentos relacionados ao evento estressor traumático, em especial, podem prever o desenvolvimento do TEPT (Foa & Riggs, 1993).

No que se refere à sintomatologia ansiosa do TEPT, é sabido que o Sistema Nervoso Simpático (SNS) desenvolve um papel importante, uma vez que ele se encontra em hiperativação (Hopper et al., 2006). Isso fica claro quando observamos sintomas como a hipervigilância e as reações de sobressalto. Essa hiperativação pode ser mensurada por métodos não invasivos como a Condutância de Pele (CP), visto que esta é controlada pelo sistema nervoso autônomo (Cacciopo, Tassinari, & Bernston, 2004). A porção secretora das glândulas sudoríparas está diretamente ligada às fibras colinérgicas do SNS e há evidência de fortes correlações entre ativação simpática e atividade eletrodérmica (Dawson, Schell, & Fillion, 1990). Essa medida permite que se detecte as manifestações fisiológicas de ansiedade apresentadas pelo sujeito.

Psicoterapia Cognitivo-Comportamental

A TCC é considerada a modalidade terapêutica de eleição para os transtornos de ansiedade, entre eles, o TEPT (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006). Estudos demonstram que a TCC obtêm bons resultados no que se refere à modificação de crenças e esquemas disfuncionais, que podem causar prejuízos à vida do indivíduo (Foa, Ehlers, Clark, Tolin, & Orsillo, 1999; Bryant, Moulds et al., 2008).

Entre os componentes da TCC nos quadros pós-traumáticos, as técnicas de exposição foram as que mais se desenvolveram nas últimas décadas (Bryant, Moulds et al., 2008; Caminha, Kristensen & Dornelles, 2007; Foa et al., 2005). Em linhas gerais, a exposição pode ocorrer *in vitro*, *in vivo* ou *in virtuo*. A primeira trata-se de uma exposição no *setting* terapêutico, por meio de imagens, roteiros mentais, sons e estímulos associados à situação ansiogênica, permitindo que o sujeito acione memórias relacionadas ao que lhe causa ansiedade. A segunda ocorre quando o indivíduo é exposto à situação ansiogênica no ambiente físico real em que esta ocorre. Por fim, a exposição *in virtuo* acontece a medida em que o sujeito é exposto à situação ansiogênica por meio de um *software* de realidade virtual.

Objetivo

Conforme dados do Sindicato dos Bancários de Porto Alegre e Região Metropolitana, a estatística de ataques, assaltos, tentativas e roubos, elaborada pelo SindBancários com informações da categoria e da imprensa, registra um total de 105 casos em 2010, o que revela um quadro de insegurança vivido diariamente por esses profissionais (SindBancários, 2010). Com base nestes dados, pode-se também sugerir que bancários formam um grupo de risco para o desenvolvimento do TEPT, uma vez que estão expostos a grande perigo de violência no local de trabalho. Assim, o presente estudo tem como objetivo verificar o efeito da Psicoterapia Cognitivo-Comportamental (TCC) nas cognições e sintomas pós-traumáticos de dois bancários vítimas de assaltos e diagnosticados com TEPT.

Método

Delineamento

Estudo de natureza aplicada, com abordagem quantitativa, objetivo descritivo e delineamento do tipo casos múltiplos. Neste delineamento, a variável intervenção é definida como a Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e as variáveis de desfecho são tidas como as crenças disfuncionais de (1) self, (2) mundo e (3) autoresponsabilização; a sintomatologia pós-traumática de (1) revivência, (2) evitação e (3) hiperexcitabilidade; os sintomas de depressão e ansiedade; e os manifestações fisiológicas de ansiedade.

Participantes

Participaram da pesquisa 6 bancários (4 do sexo masculino e 2 do sexo feminino) vítimas de ataques a banco nas agências de Porto Alegre e Região Metropolitana. Destes, dois foram excluídos da amostra por necessitarem de intervenções que não eram contempladas pelo protocolo de tratamento e outros dois não foram admitidos para tratamento após o período em que seria possível analisar os dados. Assim, a análise dos dados contará com dois sujeitos cujos tratamentos foram concluídos durante a execução do mestrado.

Instrumentos

Para a avaliação, os seguintes instrumentos foram utilizados:

Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. Plus); (Sheehan et al., 1998, versão em português por Amorim, 2000): Entrevista estruturada, destinada à avaliação aprofundada dos transtornos mentais ao longo da vida, que explora sistematicamente todos os critérios de inclusão e de exclusão, além da cronologia (data do início, duração dos transtornos e número de episódios) de 23 categorias diagnósticas do DSM-IV. A versão em português da M.I.N.I. Plus

apresentou propriedades psicométricas aceitáveis em comparação a outras entrevistas estruturadas mais longas, incluindo sensibilidade = .64 (exceto para o transtorno depressivo maior atual); especificidade = .71; valor preditivo negativo = .84; e valor preditivo positivo = .60 (Amorim, 2000).

Inventário Beck de Depressão (BDI-II); (Beck, Steer, & Brown, 1996): consiste uma escala de auto-relato com 21 itens de múltipla escolha, a serem avaliados dentro de 4 grandezas, apresentados na forma de afirmativas e destinados a medir a severidade de depressão em adultos e adolescentes. Este instrumento possui os seguintes pontos de corte: 1) de 0 a 13 pontos, indicativo de sintomas depressivos mínimos; 2) de 14 a 19 pontos, indicativo de sintomas depressivos leves; 3) de 20 a 28 pontos, indicativo de sintomas depressivos moderados; 4) de 29 a 63 pontos, indicativo de sintomas depressivos severos;

Instrumento de Rastreamento para Sintomas de Estresse Pós-Traumático (Screen for Posttraumatic Stress Symptoms - SPTSS); (Carlson, 2001, versão em português por Kristensen, 2005): o SPTSS é uma medida de rastreamento breve e de auto-relato, composta por 17 itens, apresentados na primeira pessoa do singular. Em sua versão original, o SPTSS mostrou-se um teste válido e confiável. Dados de validade oferecidos por Carlson (2001) incluem validade de critério, concorrente e de construto. Carlson também examinou a fidedignidade do SPTSS através da consistência interna, $\alpha = .91$ e correlações item-total variando entre $r = .49$ e $r = .75$ ($p < 0,001$). Em estudo posterior (Kristensen, Monheim, Peru & Kaszniak, 2002) com uma amostra de 1549 estudantes universitários, o SPTSS manteve-se uma medida com boa consistência interna (alpha de Cronbach = .87). Quando a amostra deste estudo foi ampliada ($n = 2389$), observou-se que a medida manteve-se fidedigna com semelhante consistência interna (alpha de Cronbach = .88) (Kristensen, 2005).

Inventário Beck de Ansiedade (BAI); (Beck & Steer, 1993; tradução e adaptação brasileira: Cunha, 2001): consiste uma escala de auto-relato com 21 itens de múltipla escolha, os quais avaliam a severidade de sintomas de ansiedade em adultos e adolescentes. Este instrumento possui os seguintes pontos de corte: 1) de 0

a 10 pontos, indicativo de sintomas de ansiedade mínimos; 2) de 11 a 19 pontos, indicativo de sintomas de ansiedade leves; 3) de 20 a 30 pontos, indicativo de sintomas de ansiedade moderados; 4) de 31 a 63 pontos, indicativo de sintomas de ansiedade graves.

Inventário de Cognitiones Pós-Traumáticas (PTCI) (Foa, Ehlers, Clark, Tolin & Orsillo, 1999): um instrumento de autorrelato com 36 questões, utilizado para avaliar pensamentos e crenças sobre experiências traumáticas. O PTCI avalia três fatores: Cognitiones Negativas Sobre o Eu (*self*), Cognitiones Negativas Sobre o Mundo e a Auto-Responsabilização (Foa, et al., 1999). Esse instrumento ainda não possui ponto de corte, porém respostas acima de 3 pontos na escala *Likert*, de 1 a 7, já são consideradas significativas.

Monitoramento Fisiológico: realizado através da condutância de pele com o sensor GSR SA9309M (*Thought Technology Ltd.*). A amplificação e a tradução dos sinais fisiológicos foram realizadas pelo equipamento *ProComp5 Infiniti - Computerized Biofeedback System*, em conjunto com o *software Biograph Infiniti* (*Thought Technology Ltd.*). Este dispositivo de monitoramento permite captar, processar e analisar as reações emocionais emitidas pelo indivíduo. Para o presente estudo, convencionou-se a fixação dos eletrodos de condutância de pele na segunda falange dos dedos indicador e médio da mão esquerda. Adotou-se também o uso de álcool gel para higienizar os locais de aplicação dos eletrodos, em ambos os casos. A aquisição de dados iniciava logo após a entrada e recepção do paciente, durante as sessões de exposição.

Procedimentos de coleta de dados

O projeto foi aprovado pela Comissão Científica da Faculdade de Psicologia (FAPSI) e pelo do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da PUCRS, através do ofício 08/04338 (Anexo E). Após, foi realizado convênio com o SindBancários e iniciada uma divulgação da pesquisa em diversas agências bancárias de Porto Alegre e Região Metropolitana.

Os bancários interessados agendaram a avaliação inicial de acordo com suas disponibilidades quando, então, lhes foi apresentado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como explicações detalhadas sobre objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da participação no estudo. As avaliações e o tratamento foram realizados no Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia (SAPP) da PUCRS no período de novembro de 2009 a novembro de 2010.

Os dados da avaliação inicial foram obtidos por meio de três avaliações com duração de 1h30min. Os sujeitos foram, então, encaminhados para psicoterapia, na qual realizaram uma segunda avaliação no primeiro encontro com o psicoterapeuta, uma vez que poderia haver mudanças no diagnóstico do paciente no período de espera entre a avaliação e o início da psicoterapia. A intervenção terapêutica foi feita por uma psicóloga, integrante do Grupo de Pesquisa “Cognição, Emoção e Comportamento“, aluna do curso de mestrado em Psicologia, com treinamento prévio no Protocolo de Tratamento e prática clínica em TCC.

Ao final de cada bloco de intervenções do protocolo de tratamento, o paciente foi reavaliado com o objetivo de verificar o efeito de cada etapa do tratamento nas cognições e nos sintomas pós-traumáticos do sujeito. Além disso, durante todas as sessões de exposição, foi utilizado o procedimento de monitoramento fisiológico através do *software* ProComp5 Infiniti - *Computerized Biofeedback System*.

Na avaliação inicial, o paciente preenchia os instrumentos selecionados para a coleta e era encaminhado para tratamento caso completasse os critérios estabelecidos para TEPT. A este período, chamamos de T0. Passado um período de espera, na primeira sessão de psicoterapia, os instrumentos foram reaplicados (T1). Após as intervenções iniciais ao longo de 6 sessões, os mesmos instrumentos eram preenchidos novamente (T2). A seguir, foram realizadas as tarefas de exposição (6 sessões) e ao final os instrumentos foram respondidos novamente pelo paciente (T3). Por fim, foram realizadas as últimas intervenções e também a última reavaliação (T4).

Protocolo de Tratamento

O protocolo de tratamento aplicado consistia em 18 encontros de 50 a 60 minutos, com frequência semanal. O protocolo de tratamento foi baseado em Foa, Hembree e Rothbaum (2007), Richard e Lauterbach (2007) e Taylor (2006) e consistiu em três etapas.

A fase inicial, composta por seis encontros, teve por objetivo a familiarização do paciente com o modelo cognitivo e redução dos sintomas de ansiedade. Técnicas como psicoeducação, registro de pensamentos disfuncionais (RPD), relaxamento muscular progressivo e respiração diafragmática foram utilizadas. Ao final desta etapa, foram aplicados os instrumentos SPTSS, PTCI, BAI e BDI.

A segunda fase, também realizada ao longo de seis encontros, consistiu na aplicação de técnicas de exposição imagística. As sessões eram compostas por: 5 a 10 minutos de revisão de tarefas de casa e checagem de humor; 10 minutos de um exercício em que o paciente discutia assuntos que não lhe causavam ansiedade; 20 a 30 minutos de exposição, durante os quais o paciente relatava o evento traumático que lhe havia trazido mais prejuízo; e nos 10 minutos finais eram realizados exercícios de relaxamento. Para a realização do monitoramento fisiológico, foi estabelecida uma linha de base a partir do registro da condutância de pele durante o período de 5 minutos. Estes 5 minutos foram do exercício que ocupava cerca de 10 minutos iniciais da psicoterapia, em que o paciente discutia assuntos que não despertavam ansiedade. Este corte de 5 minutos foi dado em função de que nem todos os pacientes apresentaram 10 minutos exatos de linha de base, de forma que, para padronizar as respostas, utilizou-se 5 minutos da primeira etapa de cada sessão. Após, foi realizada a técnica de exposição, com duração entre 25 e 35 minutos. Em seguida, o paciente realizava exercício de relaxamento (10 minutos). Além disso, o paciente levava como tarefa de casa o CD com seu relato daquela semana, para ouvir diariamente. Durante a tarefa de exposição, as respostas de ansiedade eram medidas por meio do procedimento de monitoramento fisiológico ProComp5 Infiniti - *Computerized Biofeedback System*. Ao final desta etapa os instrumentos foram reaplicados.

Na última fase (6 sessões) foram utilizadas técnicas de reestruturação cognitiva, com instrumentos como RPD e diálogos do tipo questionamento socrático, focadas na modificação de crenças negativas sobre o *self*, mundo e auto-responsabilização, além de prevenção de recaída. Também ao final desta fase, foram aplicados os mesmos instrumentos das fases anteriores.

Procedimentos de análise de dados

A análise dos dados utilizou o procedimento de análise de variância para medidas repetidas. No caso das variáveis 1 a 10 relacionadas na Tabela 1, o modelo matemático ajustado caracteriza-se por $y = \text{sujeito} + \text{tempo} + \varepsilon$, onde ε significa o erro considerado esperado, enquanto a variável 11 caracteriza-se por $y = \text{etapa} + \text{sessão} + \text{etapa} * \text{sessão} + \text{sujeito} + \text{etapa} * \text{sujeito} + \text{sessão} * \text{sujeito} + \varepsilon$. O nível de significância adotado foi de 5%. Quando da obtenção de resultados significativos, o teste Tuckey HSD foi efetuado como procedimento de comparações múltiplas (*Post Hoc*).

Em ambos os modelos ajustados, supõe-se que $\varepsilon \sim N(0, \sigma^2)$, isto é, que os resíduos sejam normais e identicamente distribuídos. O teste de suposição de normalidade foi efetuado através do teste de Shapiro-Wilk. Para este teste o nível de significância adotado foi de 1% pois, segundo Montgomery (2001) e Milliken e Johnson (1992), leves afastamentos da normalidade não representam prejuízo significativo à análise de modelos lineares de análise de variância. Por fim, o cálculo para avaliar a melhora ou agravamento dos sintomas entre os tempos de avaliação e convertê-los em percentis ($\Delta\%$) foi através da fórmula $[(T_n/T_{n-1})-1]*100$, onde n = período de avaliação (por exemplo, T3) e $n-1$ = período de avaliação anterior (neste caso, T2).

Caso Clínico I

João (nome fictício) é um bancário de 53 anos de idade, do sexo masculino, casado e residente na região metropolitana de Porto Alegre, funcionário há mais de 30 anos da mesma agência bancária. Neste período, ele vivenciou sete assaltos, tendo procurado tratamento cerca de um ano após o último evento.

A presença de sintomas elevados de ansiedade e depressão foi o principal motivo pela busca ao tratamento, além de intenso medo de sair para trabalhar, sintomas estes que vinham afetando significativamente sua vida laboral e familiar. A avaliação inicial revelou diagnósticos de Episódio Depressivo Maior, Fobia Social e TEPT. O paciente fazia uso de Sertralina há uma semana quando iniciou a avaliação.

As sessões de terapia ocorreram três meses após a avaliação inicial. O paciente compareceu às sessões semanalmente, sem intervalos de tempo maiores que oito dias durante a terapia. João manteve-se colaborativo durante todo o período de psicoterapia e não apresentou problemas de saúde física ao longo do tratamento.

Caso Clínico II

Mario (nome fictício) é um bancário de 55 anos de idade, do sexo masculino, casado e residente na região metropolitana de Porto Alegre, funcionário há mais de 30 anos, período em que transitou em diversas agências bancárias. O paciente vivenciou quatro assaltos ao longo da carreira, incluindo um seqüestro durante o qual foi baleado.

O paciente referiu a maioria dos sintomas do TEPT manifestados, especialmente, após o terceiro assalto (quando foi seqüestrado e baleado), embora só tenha procurado psicoterapia após o quarto evento. Uma semana após o assalto, o paciente foi avaliado, preenchendo critérios apenas para Transtorno de Estresse

Agudo (TEA). Quando iniciou o tratamento, o período de tempo estipulado para TEA havia expirado e o paciente foi reavaliado, obtendo o diagnóstico de TEPT.

O principal motivo de busca de tratamento foi o intenso medo e ansiedade vivenciados diariamente, de forma que o sujeito encontrava-se afastado das atividades laborais. O paciente não fazia uso de medicação quando iniciou a avaliação, tampouco durante boa parte da terapia, embora o recurso tenha sido indicado diversas vezes e o paciente tivesse, inclusive, procurado ajuda psiquiátrica, ainda que com certa resistência. Nas últimas 4 semanas de tratamento, o paciente iniciou o uso de antidepressivos.

As sessões de terapia ocorreram ao longo de 18 encontros aos quais o paciente compareceu semanalmente. Porém, entre as sessões intermediárias de exposição, o paciente sofreu uma cirurgia de emergência, de forma que houve um espaçamento de 5 semanas durante o tratamento. Esta cirurgia, advinda de uma apendicite, causou um intenso sofrimento no sujeito que sofreu de intensa dor pós-cirúrgica por um longo período de tempo, o que não permitiu o retorno do paciente ao tratamento antes de 5 semanas.

Resultados e Discussão

Caso I

Curso da Sintomatologia Pós-Traumática

Os dados foram analisados por meio de um modelo descritivo, considerando as respostas aos instrumentos nos períodos de avaliação (T0), sessão 1 (T1), sessão 6 (T2), sessão 12 (T3) e sessão 18 (T4). A Tabela 1 apresenta os resultados dos escores do paciente ao longo do tratamento.

Tabela 1 Curso da sintomatologia do paciente 1 ao longo da psicoterapia

	T0	Δ%	T1	Δ%	T2	Δ%	T3	Δ%	T4
SPTSS Médio	6,17	+3,89	6,41	-12,95	5,58	-45,34	3,05	-100,00	0,00
Revivência	5,60	-14,28	4,80	-41,66	2,80	-50,00	1,40	-100,00	0,00
Evitação	5,71	+20,14	6,86	0,00	6,86	-37,46	4,29	-100,00	0,00
Excitabilidade	7,40	0,00	7,40	+27,02	9,40	-68,08	3,00	-100,00	0,00
PTCI Médio	3,58	+26,54	4,53	-73,06	1,22	+40,98	1,72	-9,30	1,56
<i>Self</i>	3,42	+31,58	4,50	-8,88	4,10	-65,36	1,42	-19,71	1,14
Mundo	6,00	+6,66	6,40	-3,12	6,20	-58,54	2,57	0,00	2,57
Culpa	1,00	+60,00	1,60	-37,50	1,00	0,00	1,00	0,00	1,00
BAI	39,00	-7,69	36,00	-44,44	20,00	-80,00	4,00	-100,00	0,00
BDI-II	30,00	+26,66	38,00	-2,63	37,00	-56,75	16,00	-100,00	0,00

Nota: Tabela representativa dos escores médios dos instrumentos SPTSS e PTCI e escores brutos dos instrumentos BAI e BDI-II. Os tempos equivalem às avaliações em diferentes períodos da psicoterapia e Δ% se refere à mudança percentual do paciente no período indicado com relação ao período anterior, sendo que os valores negativos representam redução da sintomatologia e os valores positivos, agravamento.

Os dados indicam um aumento de 3,88% na sintomatologia do TEPT no intervalo de três meses entre T0 e T1. Esta intensificação dos sintomas de TEPT foi acompanhada do aumento das cognições pós-traumáticas e associada ao agravamento do quadro depressivo. Esta piora reflete unicamente o efeito da passagem do tempo no estado pós-traumático de João, visto que o tratamento foi iniciado apenas em T1.

A análise das diferenças entre T1 e T2 demonstra o efeito do primeiro bloco de sessões de psicoterapia e sugere uma melhora de 44,44% nos sintomas de ansiedade, predominantemente. Este efeito nos sintomas de ansiedade, possivelmente, é decorrente da psicoeducação e do exercício diário no treino de respiração diafragmática, incluídos no protocolo. A literatura postula consistentemente o efeito destas estratégias para uma série de transtornos, de forma

que este dado parece corroborar com tais referências (Caballo, 2003; Foa et al., 2007; Taylor, 2006).

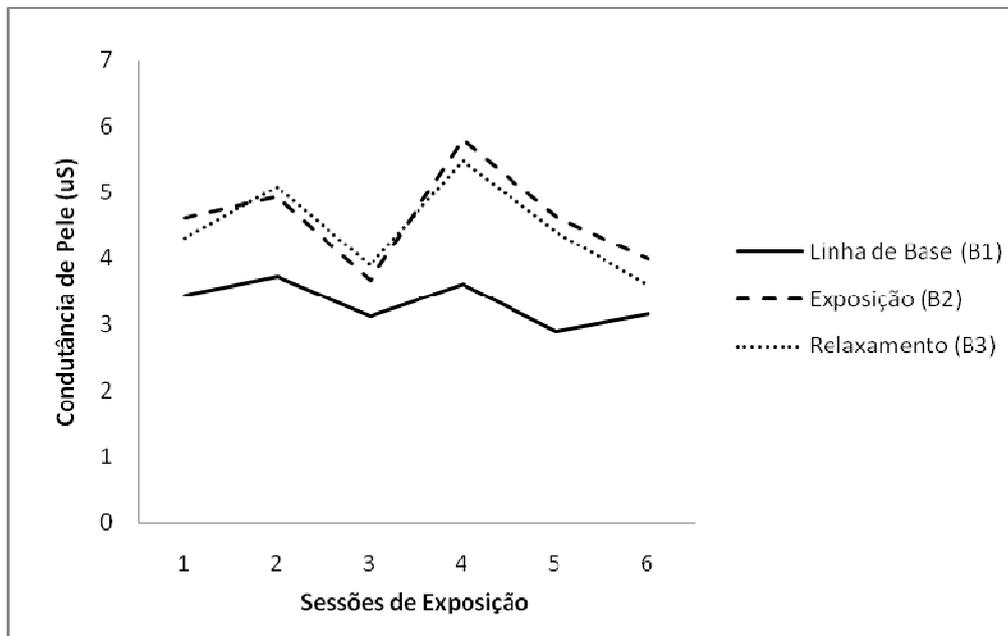
Em relação às cognições pós-traumáticas, observa-se um decréscimo nos escores das três dimensões do PTCI e também no escore médio total do SPTSS. Essa redução foi verificada particularmente nos *clusters* de revivência e evitação. As mudanças mais expressivas foram verificadas em T3, após as sessões de exposição imagística. Nesta etapa, observou-se também declínio nos sintomas de TEPT, depressão e ansiedade, além da reestruturação de crenças de *self* e mundo.

Já os dados de T4, representativos do quadro do paciente ao final da terapia, demonstram uma redução de 100% nos níveis de ansiedade e depressão, além de melhora de 19,31% nas crenças de *self*. Este achado indica que as técnicas de prevenção à recaída e reestruturação cognitiva podem ter auxiliado João a desenvolver maior auto-eficácia.

Alterações Fisiológicas durante a Exposição

No que se refere à compreensão dos dados de monitoramento fisiológico, empregado ao longo das seis sessões de exposição, foi realizada uma análise descritiva. Dividiu-se a sessão em três momentos: Linha de Base (B1), Exposição (B2) e Relaxamento (B3).

Figura 1 Dados Psicofisiológicos de Linha de Base, Exposição e Relaxamento: Paciente 1



Nota: Níveis médios de Condutância de Pele (CP) do paciente 1.durante a linha de base (B1), a exposição (B2) e o relaxamento (B3).

A Figura 1 mostra os níveis médios de condutância de pele (CP) durante a linha de base (B1), das tarefas de exposição (B2) e relaxamento. Observa-se que estes níveis estão abaixo daqueles médios alcançados com a exposição (B2), em todas as sessões de exposição. Percebe-se que durante o relaxamento (B3) o paciente apresenta menores níveis de CP, comparado a B2. Ao fim da sexta sessão de exposição, o nível de CP ao fim de B3 é semelhante ao nível de B1, e a média de CP em B2 é significativamente inferior ao pico alcançado em sessões anteriores, e também inferior à primeira sessão de exposição.

Através dos dados descritos acima foi possível observar o comportamento clássico da sintomatologia do TEPT. Em todas as sessões, o paciente iniciava com um nível de ansiedade bem abaixo da média geral (da sessão) e da média do momento em que se realizava a exposição. Os níveis de condutância permaneciam elevados até o final da sessão, quando havia uma redução em relação ao pico da parte de exposição.

Além disso, percebe-se a evolução do paciente ao longo das sessões de exposição. Os níveis de CP em B2 ao fim da 6ª sessão de exposição são significativamente mais baixos do que os níveis médios em B2 nas sessões iniciais. Assim, é possível constatar um aumento dos níveis de condutância quando algumas situações específicas eram relatadas pelo sujeito. Essas mesmas situações quando descritas novamente, nas sessões posteriores, apresentavam menor variação, indicando eficácia da exposição. Durante a parte de fechamento era realizado um exercício de relaxamento (Respiração Diafragmática), e nesse momento havia uma queda considerável nas medições da CP, apontando a eficácia do relaxamento.

Por fim, ao comparar os níveis médios de CP no decorrer das 6 sessões de exposição, em B2 e B3 percebe-se que, após variações durante as sessões, o relaxamento se mostra eficaz para reduzir os níveis de CP, tornando possível para o paciente sair da sessão com níveis inferiores de ansiedade. As médias de CP durante a B2 diminuem ao longo do tratamento, e, ao fim, estão significativamente inferiores do que o nível médio da primeira sessão de exposição.

Caso II

Curso da Sintomatologia Pós-Traumática

Assim como o caso I, o caso II foi analisado descritivamente, considerando as respostas aos instrumentos nos períodos de avaliação (T0), sessão 1 (T1), sessão 6 (T2), sessão 12 (T3) e sessão 18 (T4). A Tabela 2 apresenta os resultados dos escores do paciente ao longo do tratamento.

Tabela 2 Curso da sintomatologia do paciente 2 ao longo da psicoterapia

	T0	Δ%	T1	Δ%	T2	Δ%	T3	Δ%	T4
SPTSS Médio	6,18	-7,60	5,71	-12,43	5,00	+57,60	7,88	-51,52	3,82
Revivência	5,80	0,00	5,80	-10,34	5,20	+38,46	7,20	-69,44	2,20
Evitação	5,29	-5,48	5,00	0,00	5,00	+51,40	7,57	-50,99	3,71
Excitabilidade	7,80	-15,38	6,60	+12,12	7,40	+21,62	9,00	-37,77	5,60
PTCI Médio	2,47	-4,45	2,36	+49,57	3,53	+17,85	4,16	-32,69	2,80
<i>Self</i>	2,14	-26,63	1,57	+109,55	3,29	+12,76	3,71	-43,66	2,09
Mundo	4,29	-16,78	3,57	+59,94	5,71	-12,43	5,00	0,00	5,00
Culpa	1,00	+200,00	3,00	-46,66	1,60	+137,50	3,80	-42,10	2,20
BAI	48,00	-60,41	19,00	+73,68	33,00	+18,18	39,00	-48,71	20,00
BDI-II	9,00	+66,66	15,00	+180,00	42,00	-28,57	30,00	-43,33	17,00

Nota: Tabela demonstrativa escores médios dos instrumentos SPTSS e PTCI e escores brutos dos instrumentos BAI e BDI-II. Os tempos equivalem às avaliações em diferentes períodos da psicoterapia e Δ% se refere à evolução percentual do paciente no período indicado com relação ao período anterior, sendo que os valores negativos representam redução da sintomatologia e os valores positivos, agravamento.

Os dados indicam uma redução da sintomatologia entre T0 e T1 em todos os escores, exceto em sintomas depressivos e cognições de auto-responsabilização pelo evento traumático, que apresentaram um agravamento. A redução da maioria dos sintomas entre T0 e T1 pode ser explicada pelo período em que as avaliações iniciais foram realizadas, uma vez que o paciente ainda preenchia critérios para TEA. Apenas em T1 foi possível estabelecer o diagnóstico formal de TEPT, considerando que este só é definido após 30 dias da ocorrência do evento estressor. Sabe-se que a sintomatologia de TEA é mais aguda que a de TEPT, de forma que os sintomas mais graves em T0 explicam-se pelos diferentes quadros diagnósticos (APA, 2002).

No que se refere às cognições pós-traumáticas agravadas entre T0 e T1, temos somente aquelas referentes à auto-responsabilização. Não se sabe, contudo, em que direção vai esta relação; se o aumento da auto-responsabilização agrava os sintomas depressivos ou o contrário. Estas cognições disfuncionais podem estar relacionadas aos sintomas depressivos, os quais apresentam esta característica (APA, 2002).

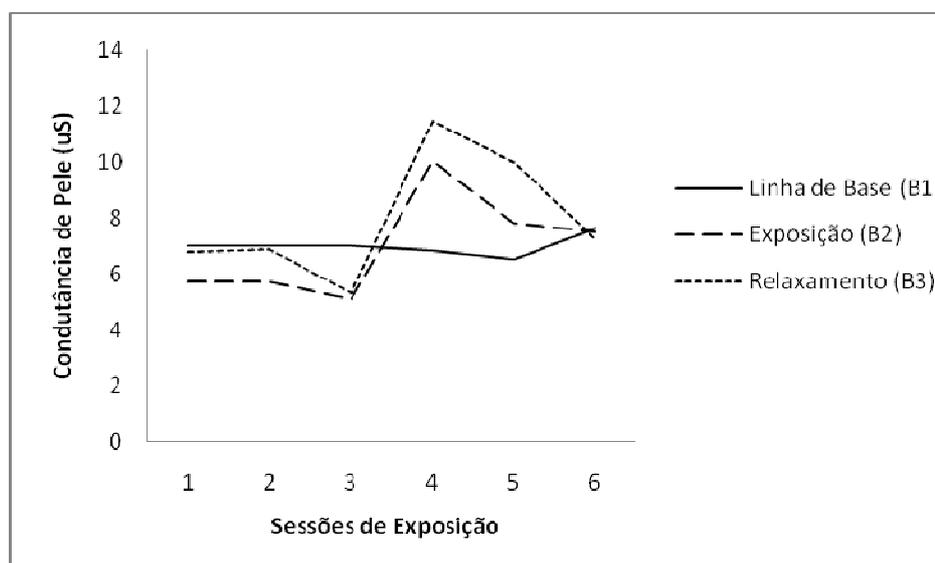
A sintomatologia pós-traumática e as cognições do paciente não apresentam variações significativas até o final da psicoterapia, sugerindo que a TCC, neste caso, não demonstrou um efeito significativo por meio das técnicas aplicadas até T3. Sabe-se que o objetivo da exposição é reduzir os sintomas de ansiedade, o que não ocorreu no quadro do paciente. Diversos estudos colocam a possibilidade de isto ocorrer, uma vez que a terapia de exposição pode causar sofrimento a um nível em que o paciente não tem condições de se recuperar tanto quanto seria o esperado (Keane, Marshall, & Taft, 2006; Zaleski et al., 2006; Dantas & Andrade, 2008; Margis, Picon, Cosner, & Silveira, 2003). Riggs, Cahill e Foa (2006) sugerem, inclusive, que alguns aspectos das cognições pós-traumáticas, como auto-responsabilização pelo evento pode interferir negativamente nos exercícios de exposição. Além disso, o paciente interrompeu as sessões de exposição em função de cirurgia de emergência em função de apendicite. Além de ser um evento bastante estressor e dos efeitos pós-cirúrgicos terem sido bastante difíceis por causa da dor sentida pelo sujeito, isto o impediu de comparecer à terapia por 5 semanas, interrompendo as atividades propostas no protocolo, certamente afetando o mesmo.

O efeito esperado da TCC para o TEPT neste caso só aparece, parcialmente, em T4 quando os dados demonstram uma alteração importante nos sintomas pós-traumáticos. O paciente apresentava níveis indicativos de TEPT durante todo o período terapêutico e, em T4, podemos observar que a psicoterapia gerou um efeito de redução da sintomatologia, ao ponto de o paciente já não apresentar mais o escore representativo do transtorno para o instrumento de avaliação (SPTSS). Desta forma, o caso do paciente Mario também está de acordo a literatura, quando esta refere a TCC como abordagem de escolha para o TEPT (Butler et al., 2006).

Alterações Fisiológicas durante a Exposição

Assim como no Caso I, para o entendimento dos dados de monitoramento fisiológico, empregado ao longo das seis sessões de exposição, foi realizada uma análise descritiva.

Figura 2 Dados Psicofisiológicos de Exposição e Relaxamento: Paciente 2



Nota. Níveis médios de Condutância de Pele (CP) do paciente 2 durante a linha de base (B1), a exposição (B2) e o relaxamento (B3).

A Figura 2 mostra os níveis médios de condutância de pele (CP) durante a linha de base (B1), as tarefas de exposição (B2) e o relaxamento. Observa-se uma constante durante as sessões 1, 2 e 3 que não está presente no caso anterior. Esta

linha representa os níveis de CP calculados a partir da média dos valores das sessões 4, 5 e 6. Isso ocorreu porque, em função de problemas técnicos com o aparelho de monitoramento fisiológico, não foi possível obter os dados a partir dos quais a linha de base seria extraída nas sessões 1, 2 e 3. Ainda assim, observou-se que a linha de base nas sessões em que foi possível obter os dados encontra-se abaixo da linha indicativa da exposição, demonstrando que a exposição era capaz de ativar manifestações fisiológicas de ansiedade no paciente.

Além disso, observa-se que durante o relaxamento (B3) o paciente apresenta maiores níveis de CP, comparado a B2. Ao fim das sessões de exposição, os níveis de CP são superiores aos encontrados nas primeiras sessões.

Estes achados indicam uma reação não esperada do paciente frente à exposição. Embora diversos estudos indiquem que a exposição pode gerar sintomas intensos de ansiedade, espera-se que estes sintomas sejam reduzidos em função da dessensibilização, o que não ocorreu neste caso. Ainda assim, sabe-se que a exposição apresenta o risco de agravar os sintomas do paciente em alguns casos, especialmente em situações de comorbidades (Keane et al., 2006; Zaleski et al., 2006; Dantas & Andrade, 2008; Margis, Picon, Cosner, & Silveira, 2003). Este agravamento da sintomatologia ao longo do tratamento pode ser justificado pelo não uso de antidepressivos, se comparado com João, que apresentou mudanças importantes neste momento e que utilizava medicações. A literatura já indica o uso de antidepressivos em combinação com psicoterapia em casos de TEPT para que se obtenham melhores efeitos terapêuticos (Otsuka et al., 2007; Cohen, 2007). Ainda, sabe-se que crenças relacionadas à culpa, apresentadas pelo paciente, podem influenciar negativamente em tarefas de exposição Rothbaum, Meadows, Resick & Foy, 2000). Além disso, características individuais do sujeito podem influenciar sua predisposição a responder bem a esta técnica.

Casos I e II

Para a análise dos dados entre sujeitos foi utilizada uma análise paramétrica para medidas repetidas (ANOVA). A Tabela 3 indica os resultados do cruzamento dos escores dos sujeitos ao longo da psicoterapia.

Tabela 3 – Resultados dos testes de Normalidade de Shapiro-Wilk, da Análise de Variância e Poder dos Testes para as variáveis em análise.

Variáveis	Shapiro- Wilk Normality test (p-valor)	Teste de Efeito entre Fatores		
		Fator de Variância	p- valo r	Poder Observad o
1 BAI Total	,196	Sujeito	,231	,195
		Tempo	,326	,204
2 BDI Total	,044	Sujeito	,861	,052
		Tempo	,381	,180
3 SPTSS Média	,088	Sujeito	,281	,163
		Tempo	,296	,220
4 SPTSS Reexp. Média	,944	Sujeito	,073	,454
		Tempo	,168	,329
5 SPTSS Evit. Entorp. Média	,046	Sujeito	,666	,065
		Tempo	,310	,212
6 SPTSS Excit. Aument. Média	,054	Sujeito	,330	,139
		Tempo	,384	,179
7 PTCI Média	,219	Sujeito	,591	,074
		Tempo	,900	,071
8 PTCI Cluster A Média	,531	Sujeito	,834	,054
		Tempo	,904	,070
9 PTCI Cluster B Média	,106	Sujeito	,960	,050
		Tempo	,669	,106
1 PTCI Cluster C Média	,945	Sujeito	,063	,494

0			Tempo	,384	,179
			Sujeito	,004	,989
1	Dados Psicofisiológicos	,678	Sessão	,218	,308
1			Etapa	,178	,245
			Sessão*Etapa	,161	,506
			a		

Nota: Valores de probabilidade (p-valor) menores do que 0,05 (5%) representam resultados significativos. A fonte de variação Sujeitos foi utilizada como efeito de blocagem na análise de variância a fim de remover a variação entre sujeitos do erro experimental.

Quando avaliadas diferenças entre os sujeitos ao longo das sessões de exposição, observa-se que houve uma diferença significativa entre os casos I e II. Esta variação na psicofisiologia entre os resultados de João e Mário pode ser explicada pela aderência dos pacientes às técnicas de relaxamento, condições clínicas gerais ou mesmo pela utilização ou não de medicamentos. Alguns estudos referem diferenças em casos de pacientes com TEPT submetidos à TCC que estavam utilizando antidepressivos e de pacientes que não utilizavam, sendo que o primeiro grupo apresentava nível superior de redução da sintomatologia quando comparados com o segundo grupo (Otsuka et al., 2007; Cohen, 2009).

A análise de variância entre os sujeitos ao longo do tempo permitiu observar que os escores dos instrumentos SPTSS, PTCI, BAI, e BDI não apresentaram diferenças significativas entre as diversas etapas da psicoterapia. Este resultado não é corroborado pela literatura, tendo em vista que uma série de estudos atuais encontrou diferenças importantes entre sujeitos com TEPT submetidos à TCC (Bisson et al., 2007).

Uma das hipóteses para o resultado é que o mesmo deve-se ao reduzido número da amostra, que impede que a diferença entre os sujeitos seja significativa. O poder observado acusa uma alta probabilidade de ocorrência de erro, uma vez que poucos sujeitos foram avaliados, de forma que se o tamanho amostral for

ampliado, estatisticamente, poderão ser obtidos resultados mais significativos. Um claro exemplo se dá na variável 1 (BAI Total), em que o poder observado é de apenas 0,204, o que demonstra uma probabilidade de erro de quase 80%.

Considerações Finais

As informações coletadas permitiram inferir sobre o efeito seletivo das intervenções neste protocolo de TCC para os quadros pós-traumáticos de João e Mario. Ambos os casos parecem elucidar questões relacionadas aos efeitos da TCC em diferentes cognições pós-traumáticas, mesmo que os pacientes tenham apresentado resultados bastante diferentes entre si.

No que se refere estritamente aos sintomas ansiosos de João, uma especial atenção deve ser dada a um efeito mais pronunciado em T3, após a utilização de técnicas de exposição imagística realizadas nas sessões presenciais e nos momentos de exposição como tarefa de casa. Os dados corroboram com os achados empíricos da literatura que colocam a Terapia de Exposição como uma técnica eficaz no tratamento do TEPT (Foa & Meadows 1997). Todavia, não se pode afirmar com certeza se este efeito foi causado somente em função da Terapia de Exposição ou se originou de um efeito cumulativo da exposição e das intervenções iniciais, como psicoeducação do modelo cognitivo do TEPT e exercícios de respiração diafragmática e relaxamento muscular progressivo. Sabe-se, contudo, que apenas as técnicas de relaxamento não eliciam resultados superiores à terapia de exposição (Marks, 1998; Foa, 2004), de forma que pode-se supor que a exposição teve participação na melhora do paciente.

Acerca da sintomatologia pós-traumática, no caso de João, foi observada melhora no quadro, se observados os dados iniciais e finais da psicoterapia. Os escores de todas as avaliações apresentavam valores muito elevados na primeira avaliação e alguns deles foram, inclusive, nulos, ao final. Este resultado vem ao encontro dos achados da literatura que apontam a TCC como tratamento de escolha para a remissão dos sintomas do TEPT (Butler et al., 2006).

Ainda sobre sintomatologia pós-traumática, os achados não foram estatisticamente significativos quando comparadas as avaliações iniciais e finais da terapia. Porém o entendimento clínico já nos possibilita observar que o paciente não mais apresentava indicativos para o diagnóstico de TEPT após a intervenção, de forma que se pode inferir que o efeito da TCC, também, neste caso, aponta para a remissão dos sintomas pós-traumáticos, assim como referido na literatura (Butler et al., 2006).

A remissão dos demais sintomas, como os de depressão, no caso de Mário, foi menos expressiva, especialmente pelo agravamento dos sintomas em T3, ou seja, após a terapia de exposição. Estes dados sugerem o que a literatura já postula, que alguns mecanismos da exposição podem gerar agravamento da sintomatologia pós-traumática e depressiva, o oposto do que seria seu objetivo (Taylor, 2006). A modificação em T3 (ou seja, pós-exposição) observada em Mário foi de agravamento dos sintomas enquanto, em João, foi de melhora. Este dado vai de encontro à idéia referida por diversos estudos de que a exposição pode ser um facilitador ou representar um agravamento dos sintomas, dependendo do perfil do paciente (Taylor, 2006; Foa et al., 1999; Riggs, Cahill & Foa, 2006).

Outro fator de importante influência no resultado terapêutico e foco desta pesquisa foram as crenças pós-traumáticas. Ao longo do estudo, estas crenças demonstraram algumas mudanças que auxiliam no entendimento dos quadros dos pacientes. No que se refere às crenças sobre *self*, observou-se que estas parecem ter relação com a evolução do paciente ao longo do tratamento. No caso de João, perceberam-se ganhos significativos nesta crença, sugerindo que o protocolo de tratamento proposto, dentro dos moldes da TCC, auxilia na modificação de crenças pós-traumáticas disfuncionais de *self* e podem ter relação com a melhora do paciente. No caso de Mário, estas crenças não foram significativamente modificadas, o que pode ter contribuído para o agravamento e/ou manutenção da sintomatologia como já postulado por Foa e Riggs (1993). Se compararmos as diferenças entre os pacientes, observamos que no caso de Mario, as crenças sobre o *self* não foram suficientemente modificadas pela terapia, enquanto em João, estes

esquemas foram reestruturados. Isso sugere que o efeito da TCC sobre o conceito de *self* parece ser o ponto crucial que auxilia o sujeito na remissão da sintomatologia, considerando que mesmo o caso de João, que obteve alta terapêutica, não apresentou mudanças estatisticamente mais importantes nas demais cognições (mundo e auto-responsabilização).

No que se refere à visão de mundo, nenhum dos pacientes demonstrou mudanças importantes, embora João tenha apresentado alguma reestruturação nesta crença em T4, diminuindo sua pontuação a um nível já não considerado significativo para o instrumento de avaliação (PTCI). Uma das possibilidades para este fato pode ser atribuído às características do evento traumático, afinal, a crença de que “o mundo é um lugar perigoso” vem sendo confirmada constantemente pelos pacientes ao longo de suas vidas, não somente pelo alto número de eventos experimentados, como também pelo ambiente aversivo em que trabalham. Ainda assim, observa-se que a modificação significativa desta crença não parece estar relacionada tão fortemente com a melhora dos sintomas quanto às cognições de *self*, tendo em vista que mesmo não tendo uma reestruturação importante nesta área, João apresentou remissão da sintomatologia.

No que se refere às crenças de auto-responsabilização, não se observou prejuízo no caso de João. No caso de Mário, foi observado algum agravamento. Uma das razões para este dado pode ser o fato dos pacientes, em seus ambientes de trabalho, terem outras fontes para responsabilizar pelo evento, como a segurança da empresa ou o próprio assaltante, assim como apoio da classe para manter esta idéia. Alguns estudos demonstram que o instrumento utilizado para medir esta variável pode não ser sensível o suficiente para avaliar esta modalidade de cognição, o que pode ser uma explicação para o ocorrido com os casos (Beck et al., 2004; Emmerik, Schoorl, Emmelkamp, Kamphuis, 2006).

Todos estes dados demonstram ganhos importantes no que se refere ao tratamento, visto que as cognições negativas sobre *self*, mundo e auto-responsabilização têm papel fundamental na manutenção da sintomatologia do transtorno, de forma que, a medida que a terapia promove a modificação destas

crenças, previne a recorrência do TEPT (Taylor, 2006; Foa & Riggs, 1993). Um dos achados deste estudo confirma esta afirmativa, quando, observando o caso de Mario, não se verificou efeito significativo da TCC nas crenças disfuncionais, o que pode ser a causa do agravamento da sintomatologia, sua conseqüência, ou mesmo manutenção. Já no caso de João, os resultados sugerem que a TCC é capaz de modificar, por meio de técnicas de exposição e reestruturação cognitiva, diversas crenças disfuncionais que exercem forças de manutenção no TEPT. O caso de João é um exemplo de que a TCC exerce um efeito positivo na modificação destas crenças, gerando, então, a remissão da sintomatologia pós-traumática.

Observou-se que o procedimento de monitoramento fisiológico atuou como facilitador na identificação das manifestações de ansiedade durante as sessões de ambos os pacientes. No que se refere a João, observou-se a redução da ansiedade frente aos estímulos ansiogênicos. Já no caso de Mário, encontrou-se o oposto: o paciente apresentava aumento de ansiedade ao longo das exposições. Ainda assim, em ambos os pacientes pode-se dizer que este procedimento ajuda a verificar a efetividade da TCC no que se refere à remissão dos sintomas ansiosos e pode ser um grande aliado do terapeuta para indicar melhoras ao longo das sessões de exposição ou mesmo apontar para sua interrupção.

Assim, observa-se este estudo como tendo resultados promissores acerca da remissão da sintomatologia pós-traumática e da reestruturação cognitiva de pacientes com TEPT. Sabe-se que a limitação evidente deste estudo – a amostra – impossibilita uma série de conclusões, de forma que se sugere que novas pesquisas sejam realizadas dentro dos moldes deste protocolo com essa população que é considerada de risco para o desenvolvimento do TEPT, a fim de ampliar os conhecimentos na área e auxiliar no alívio do sofrimento desses pacientes.

Referências

- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR* (4a. ed.). Washington (DC): Author.
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3).
- Ballenger, J. C., Davidson, J. T. R., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Marshall, R. D., Nemeroff, C. B., et al. (2004). Consensus statement update on posttraumatic stress disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 55-62.
- Beck, A., & Steer, R. (1993). *Beck Anxiety Inventory: Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, J. G., Coffey, S. F., Sarah A. Palyo, Gudmundsdottir, B., Miller, L. M. et al. (2004). Psychometric Properties of the Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): A Replication With Motor Vehicle Accident Survivors. *Psychological Assesment.*, 16(3), 289-298.
- Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards. D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 190, 97-104.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., Guthrie, R. M., Dang, S T., Mastrodomenico, J. et al. (2008). A Randomized Controlled Trial of Exposure Therapy and Cognitive Restructuring for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 7, 695-703.
- Bryant, R. A., Mastrodomenico, J., Felmingham, K. L., Hopwood, S., Kenny, L., et al. (2008). Treatment of acute stress disorder: a randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 65, 659-667.

- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26*, 17-31.
- Caminha, R. M., Kristensen, C. H., & Dornelles, V. G. (2007). Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de estresse pós-traumático. In: Cordioli, A.V. (Org.), *Psicoterapias: abordagens atuais* (3a. ed.) (pp. 486-509). Porto Alegre: Artmed.
- Caballo, V. (2003). *Manual Para Tratamento Cognitivo Comportamental* (Vol. 1). São Paulo: Santos.
- Cacioppo, J. T., Tassinary, L. G., Bernston, G. G., (2004). *Handbook of Psychophysiology*. (2nd ed.) Cambridge: Cambridge University Press.
- Carlson, E. (2001) Psychometric study of a brief screen for PTSD: Assessing the impact of multiple traumatic events. *Assessment, 8*, 431-441.
- Cunha, J. (2001) *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cohen J.A., Mannarino A.P., Perel J.M., & Staron V. (2007) A pilot randomized controlled trial of combined trauma-focused CBT and sertraline for childhood PTSD symptoms. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46*(7), 811-819.
- Dantas, H. D. S., & Andrade, A. G. D. (2008). Comorbidade entre transtorno de estresse pós-traumático e abuso e dependência de álcool e drogas: uma revisão da literatura. *Revista de Psiquiatria Clínica, 35*, 55-60.
- Dawson, M. E., Schell, A. M., e Fillion, D. L. (1990). The Electrodermal System. In: T. Cacioppo & L. G. Tassinary (Eds.). *Principles of Psychophysiology*. (pp. 200-223) Cambridge: Cambridge University Press.
- Emmerik, A. A. P., Schoorl, M., Emmelkamp, P. M. G., & Kamphuis, J. H. (2006) Psychometric evaluation of the Dutch version of the posttraumatic cognitions inventory (PTCI). *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1053–1065.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., Cahill, S. P., Rauch, S. A., Riggs, D. S., Feeny, N. C. et al. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress

- disorder with and without cognitive restructuring: outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 953-964.
- Foa, E. B., Hembree, E. A. & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences: Therapist guide*. New York: Oxford University Press.
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S.M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): development and validation. *Psychological Assessment*, 11, 303-314.
- Foa, E. B. & Meadows, E. A. (1997). Psychosocial treatment for Posttraumatic Stress Disorder: A Critical Review. *Annual Review of Psychology*, 48, 449-480.
- Foa, E. B., & Rauch, S. A. M. (2004). Cognitive changes during prolonged exposure alone versus prolonged exposure and cognitive restructuring in female assault survivors with PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 879–884.
- Foa, E. B., Riggs, D. S. (1993). Posttraumatic stress disorder in rape victims. In: J. Oldham, M. B. Riba & A. Tasman (Eds), *American Psychiatric Press review of psychiatry*, 12, 273-303.
- Foa, E. B. & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Hopper, J. W., Spinazzola, J., Simpson, W. B., van der Kolk, B. A. (2006). Preliminary evidence of parasympathetic influence on basal heart rate in posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 83– 90.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Keane, T. M., Marshall, A. D., & Taft, C. T. (2006). Posttraumatic stress disorder: Etiology, epidemiology, and treatment outcome. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 161-197.

- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 617-627.
- Kristensen, C. H. (2005) *Estresse pós-traumático: Sintomatologia e funcionamento cognitivo*. Tese de Doutorado não-publicada. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F., & Silveira, R. D. O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, *25*, 65-74.
- Milliken, G. A.; Johnson, D. E., (1992). *Analysis of Messy Data*. Volume 1: Design of Experiments. Chapman & Hall/CRC, Boca Ratón.
- Montgomery, D. (2001). *Design and Analysis of Experiments*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Otsuka, T., Togo, T., Sugiyama, N., Uehara, K., Yoshimi, A., & Karashima, A. et al. (2007). Perospirone augmentation of paroxetine in treatment of refractory obsessive-compulsive disorder with depression. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, *31*,564-566.
- Resick, P. A. & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting e Clinical Psychology*, *60*, 748-756.
- Richard, D. C. S. & Lauterbach, D. L. (2007). *Comprehensive Handbook of Exposure Therapies*. Boston: Academic Press.
- SindBancários (2010). Acesso em 03 de agosto de 2010. Disponível em: http://www.sindbancarios.org.br/site2007/cms/arquivos/modulos/noticia_975.doc.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic

Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22-33.

Taylor, S. (2006). *Clinician's Guide to PTSD: A Cognitive-Behavioral Approach*. New York: The Guilford Press.

Zaleski, M., Laranjeira, R. R., Marques, A. C. P. R., Ratto, L., Romano, M., Alves, H. N. P. et al. (2006). Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, 142-148.

Yehuda, R. (2002). Current concepts: Post-traumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine*, 346, 108-114.

Considerações Finais

O TEPT é uma psicopatologia que apresenta uma prevalência significativa na população geral (Kessler et al., 1995). Os indivíduos acometidos pelo transtorno apresentam resposta sintomática de hipervigilância, evitação e revivência, experienciando sensações de extremo medo, angústia e ansiedade (American Psychiatric Association, 2002).

Os quadros pós-traumáticos demonstram algumas peculiaridades em função da disfuncionalidade dos pensamentos dos sujeitos acometidos pelo transtorno. Estas cognições pós-traumáticas acerca de si mesmo, do mundo e da auto-responsabilização assumida auxiliam no surgimento, manutenção e prognóstico do TEPT (Taylor, 2006; Foa & Riggs, 1993), de forma que o tratamento precisa ter como foco a reestruturação destas crenças.

A TCC surge neste contexto como uma técnica eficaz para o tratamento do transtorno. A literatura já apresenta dados da efetividade desta modalidade de forma consistente. Apesar da relevância das cognições pós-traumáticas no curso do transtorno, há, surpreendentemente, poucos registros sobre os efeitos da TCC sobre as cognições pós-traumáticas ao longo da terapia, de modo que ainda não são conclusivos os dados sobre o efeito da TCC nestes pensamentos (Bryant, 2008; Resick & Schnicke, 1993, Cohen et. al, 2007). No primeiro artigo que compõe esta dissertação, procurou-se abordar duas das principais estratégias incluídas no tratamento do TEPT e mostrar evidências de efetividade quando utilizadas individualmente e em conjunto. Observou-se que os estudos demonstram divergências sobre a efetividade das técnicas e não indicam a organização destas estratégias. Conclui-se que seria adequado que os estudos fossem mais específicos sobre os protocolos utilizados para auxiliar na replicação dos mesmos em outros trabalhos, ou mesmo na clínica.

A partir das reflexões sobre a TCC no TEPT, o estudo empírico buscou verificar o efeito da TCC em cognições e sintomas pós-traumáticos de bancários diagnosticados com TEPT. Por meio de avaliações e um protocolo de tratamento

baseado nos estudos mais efetivos, foi possível chegar a alguns resultados a respeito de dois casos clínicos admitidos em psicoterapia.

Com relação aos sintomas e crenças, não foram encontrados resultados estatisticamente significativos, muito provavelmente em função do tamanho da amostra, que impede que se observe um efeito importante da TCC nos sintomas e crenças pós-traumáticas. Do ponto de vista clínico, porém, observou-se importante mudança nos escores dos instrumentos indicativos de sintomas ansiosos, depressivos e pós-traumáticos, além de mudanças nas crenças de self, mundo e auto-responsabilização, o que sugere que a TCC apresenta um efeito nestas crenças. Ressalta-se o dado de que a TCC parece ter maior efeito em crenças relacionadas ao *self* do que ao mundo ou à auto-responsabilização. Ambos os casos demonstraram menor efeito da TCC nestas duas últimas crenças.

Quando avaliadas mudanças na fisiologia dos pacientes ao longo das sessões os resultados encontrados foram significativos, demonstrando uma importante diferença na maneira como cada um dos sujeitos reagiu à técnica de exposição. Este dado sugere a efetividade da TCC em manifestações fisiológicas de ansiedade, o que demonstra a necessidade de ampliar o entendimento destas reações a fim de auxiliar os indivíduos a controlarem seus sintomas.

A literatura sugere que, assim como a TE pode ser altamente eficaz para alguns casos, também apresenta risco de ser prejudicial em outros. Esta pode ser uma explicação para a diferença entre os escores dos pacientes. Esta diferença não se mostrou estatisticamente relevante, mas a observação clínica permite inferi-la. Alguns autores referem um declínio no progresso de pacientes com técnicas de exposição por serem estas atividades de extremo sofrimento, em função da revivência de eventos tão difíceis. De fato, alguns autores sugerem cuidado ao tratar pacientes com exposição, justamente pelo risco de eliciar sintomas depressivos que podem aumentar a desesperança do paciente (Steketee, Chambless, & Tran, 2001). Os achados deste estudo demonstram uma elevada relevância clínica no que se refere ao efeito da TCC em sintomas e crenças pós-traumáticas. Visto que estas crenças parecem ser relevantes para a remissão da sintomatologia do paciente,

considera-se que este estudo obteve resultados importantes. Porém, devido à limitação do tamanho amostral, sabe-se que tais resultados não podem ser generalizados, de forma que são necessárias mais pesquisas dentro do protocolo de tratamento para que o efeito da TCC se mostre estatisticamente significativo.

Estudos de casos dificilmente são capazes de produzir efeitos estatisticamente importantes, mas, ao longo da história, se observa que toda a hipótese começou a partir de um evento que, quando teve sua importância compreendida, estimulou trabalhos maiores. Espera-se, então, que este estudo possa inspirar a comunidade acadêmica a prosseguir com tais pesquisas, a fim de auxiliar na redução do sofrimento daqueles que convivem com o TEPT.

Referências

- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR* (4a. ed.). Washington (DC): Author.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., Guthrie, R. M., Dang, S T., Mastrodomenico, J., et al. (2008). A Randomized Controlled Trial of Exposure Therapy and Cognitive Restructuring for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 7(4), 695-703.
- Cohen J.A., Mannarino A.P., Perel J.M., & Staron V. (2007) A pilot randomized controlled trial of combined trauma-focused CBT and sertraline for childhood PTSD symptoms. *Journal of American. Academy of. Child and Adolescent. Psychiatry*, 46(7), 811-819.
- Foa, E. B., & Riggs, D. S. (1993). Posttraumatic stress disorder in rape victims. In: J. Oldham, M. B. Riba & A. Tasman (Eds), *American Psychiatric Press review of psyachiatry*, 12,273-303. Washington (DC): American Psychiatric Press.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Resick, P. A. & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting e Clinical Psychology*, 60, 748-756.
- Steketee, G., Chambless, D., & Tran, G. (2001). Effects of axis I and II comorbidity on behavior therapy outcome for obsessive-compulsive disorder and agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 76-86.
- Taylor, S. (2006). *Clinician's Guide to PTSD: A Cognitive-Behavioral Approach*. New York: The Guilford Press.

Anexos

Anexo A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) participante:

Sou membro do Grupo de Pesquisa Cognição, Emoção e Comportamento da Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Estou realizando uma pesquisa sob coordenação do Professor Orientador Christian Kristensen, cujo objetivo é verificar o efeito da Terapia de Exposição com Realidade Virtual (VRE) na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em bancários vítimas de assaltos a bancos.

Se você consentir em participar da pesquisa, poderá ser colocado em um dos dois grupos para tratamento psicoterápico. O grupo 1 será submetido a tratamento psicoterápico dentro da abordagem cognitivo-comportamental (TCC) para TEPT. O grupo 2 receberá, também, tratamento psicoterápico dentro da abordagem cognitivo-comportamental (TCC), e complementarmente sessões de exposição aos elementos que causam ansiedade, utilizando a tecnologia de realidade virtual.

Antes do tratamento psicoterápico ter início, será feita uma avaliação clínica através de questionários de múltipla escolha e outros instrumentos padronizados. Essas avaliações também ocorrerão ao longo e ao término do tratamento, a fim de comparar os resultados antes, durante e após as sessões de psicoterapia.

A participação nesse estudo tem um valor de R\$ 10,00 por sessão (exceto as sessões de avaliação e follow-up, que são gratuitas) e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo, sem necessidade de apresentar justificativa para tanto.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a).

Tendo em vista que se trata de uma pesquisa de efetividade, é possível que você não obtenha benefícios diretos em participar do estudo; contudo, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pelo pesquisador fone 3320 3633 ramal 7740 ou pela entidade responsável – Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, fone 3320 3345.

Atenciosamente

<p>_____ Nome e assinatura do pesquisador Matrícula:</p>	<p>_____ Local e data</p>
--	---------------------------------------

Nome e assinatura do professor orientador
Matrícula:

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

<p>_____</p>	<p>_____</p>
--------------	--------------

Nome e assinatura do participante	Local e data
-----------------------------------	--------------

Anexo B

Inventário de Cognições Pós-Traumáticas (PTCI)

NOME: _____ DATA: ____/____/____

Nós estamos interessados no tipo de pensamento que você pode ter tido após uma experiência traumática. Abaixo listamos diversas afirmações que podem, ou não, ser representativas do seu pensamento. Por favor, leia cada afirmação cuidadosamente e nos diga o quanto você CONCORDA ou DISCORDA com cada uma das afirmações. Pessoas reagem a eventos traumáticos de formas diferentes. Não existem respostas corretas ou erradas a estas afirmações.

1. *Discordo totalmente*
2. *Discordo muito*
3. *Discordo levemente*
4. *Nem concordo, nem discordo*
5. *Concordo levemente*
6. *Concordo muito*
7. *Concordo totalmente*

1. O evento aconteceu por causa da forma como eu agi. ()
2. Eu não posso confiar que farei a coisa certa. ()
3. Eu sou uma pessoa frágil. ()
4. Eu não serei capaz de controlar minha raiva e farei algo terrível. ()
5. Eu não consigo lidar nem mesmo com pequenos aborrecimentos. ()
6. Eu costumava ser uma pessoa feliz, mas agora estou sempre infeliz. ()
7. As pessoas não são confiáveis. ()
8. Eu tenho que estar alerta o tempo inteiro. ()
9. Eu me sinto morto por dentro. ()
10. Você nunca sabe quem vai lhe prejudicar. ()
11. Eu tenho que ser especialmente cuidadoso, pois nunca se sabe o que pode vir a acontecer. ()
12. Eu sou inadequado. ()
13. Eu não serei capaz de controlar minhas próprias emoções e algo terrível irá acontecer. ()
14. Se eu pensar sobre o evento, não serei capaz de lidar com ele. ()
15. O evento aconteceu comigo por causa do tipo de pessoa que eu sou. ()
16. Minhas reações, desde o evento, significam que estou ficando louco. ()
17. Eu nunca serei capaz de sentir emoções normais novamente. ()
18. O mundo é um lugar perigoso. ()
19. Outra pessoa teria evitado que o evento acontecesse. ()
20. Eu mudei permanentemente para pior. ()
21. Eu me sinto como um objeto, e não como uma pessoa. ()
22. Outra pessoa não teria se envolvido nessa situação. ()
23. Eu não posso contar com outras pessoas. ()
24. Eu me sinto isolado e distante das outras pessoas. ()
25. Eu não tenho futuro. ()
26. Eu não posso evitar que coisas ruins aconteçam comigo. ()
27. As pessoas não são o que parecem. ()
28. Minha vida foi destruída pelo trauma. ()
29. Tem alguma coisa errada comigo enquanto pessoa. ()
30. Minhas reações desde o evento demonstram que eu sou péssimo em enfrentar algumas situações. ()
31. Há algo em mim que fez com que o evento ocorresse. ()
32. Eu não serei capaz de tolerar meus pensamentos sobre o evento e vou desmoronar. ()
33. Eu sinto como se não me conhecesse mais. ()
34. Você nunca sabe quando algo terrível vai acontecer. ()
35. Eu não posso contar comigo mesmo. ()

36. Nada de bom pode acontecer comigo novamente. ()

PTCI Copyright Ó 1999 por Foa, Ehlers, Clark, Tolin & Orsillo
Traduzido e adaptado por Gabriela Sbardelloto & Christian H. Kristensen (2009)

Anexo C

Screen For Posttraumatic Stress Symptoms (SPTSS)

No espaço em branco antes de cada pergunta, coloque um número para dizer o quanto cada coisa tem acontecido com você durante as últimas duas semanas. Use a escala abaixo para decidir qual número colocar no espaço em branco. Coloque “0” se você nunca teve a experiência durante as últimas duas semanas, e coloque “10” se isto estava sempre acontecendo com você ou se aconteceu todos os dias durante as últimas duas semanas. Se aconteceu algumas vezes, mas não todos os dias, coloque um dos números entre “0” e “10” para mostrar o quanto.

(nunca) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (sempre)

- ___ 1. Eu não tenho vontade de fazer coisas que eu gostava de fazer.
- ___ 2. Eu não consigo lembrar muito de coisas ruins que aconteceram comigo.
- ___ 3. Eu me sinto afastado e isolado de outras pessoas.
- ___ 4. Eu tento não pensar sobre coisas que me lembram de algo ruim que aconteceu comigo.
- ___ 5. Eu me sinto entorpecido. Eu não sinto emoções tão fortemente quanto costumava sentir.
- ___ 6. Eu tenho dificuldades em me concentrar sobre coisas ou prestar atenção em algo por um longo período de tempo.
- ___ 7. Eu tenho dificuldade em pensar sobre o futuro e em acreditar que viverei até uma idade avançada.
- ___ 8. Eu me sinto muito irritável e perco o meu controle.
- ___ 9. Eu evito fazer coisas ou estar em situações que possam me lembrar de algo terrível que aconteceu comigo no passado.
- ___ 10. Eu estou muito alerta ao ambiente que me cerca e nervoso sobre o que está acontecendo ao meu redor.
- ___ 11. Eu me encontro repetidamente lembrando de coisas ruins que me aconteceram, mesmo quando não quero pensar sobre elas.
- ___ 12. Eu fico sobressaltado ou surpreso muito facilmente e “pulo” quando eu ouço um som repentino.
- ___ 13. Eu tenho sonhos ruins sobre coisas terríveis que me aconteceram.
- ___ 14. Eu fico muito perturbado quando algo me lembra de alguma coisa ruim que me aconteceu.
- ___ 15. Eu tenho dificuldade em adormecer ou permanecer dormindo.
- ___ 16. Quando algo me lembra de alguma coisa ruim que me aconteceu, me sinto trêmulo, suado, nervoso e meu coração bate realmente rápido.
- ___ 17. De repente eu sinto como se estivesse de volta ao passado, em uma situação ruim na qual já estive, e é como se isto estivesse acontecendo tudo de novo.

Anexo D

Protocolo de Tratamento

Sessões Iniciais (1-4)

- Descrição geral do tratamento e apresentação da equipe e pacientes
- Psicoeducação: TEPT e a manutenção dos sintomas
- Coleta de informação sobre o evento estressor: assalto ao banco
- Explicações sobre o tratamento e seus objetivos
- Psicoeducação: teoria do processamento da informação e o modelo cognitivo do TEPT
- Introduzir Modelo A-B-C
- Revisão das crenças conforme o PTCI
- Tarefa para casa: descrição do assalto (escrito)
- Tarefa para casa: relatório do impacto do evento traumático
- Tarefa para casa: A-B-C
- Tarefa para casa: Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD)
- Revisão da tarefa para casa: paciente lê o evento estressor (assalto); questionamento sobre a situação descrita
- Revisão da tarefa para casa: paciente descreve o impacto do evento na sua vida
- Revisão da tarefa para casa: paciente aprofunda relações entre situação, pensamento e conseqüências (comportamentos e emoções)
- Avaliação (sessão 4): SPTSS, PTCI, BAI e BDI

Sessões Intermediárias (5-12)

- Psicoeducação: padrões cognitivos disfuncionais (erros no conteúdo e no processo do pensamento)
- Psicoeducação: manejo dos sintomas de excitabilidade aumentada
- Psicoeducação: comorbidades no TEPT
- Exposição (quatro sessões): exposição com realidade virtual (grupo TCC + VRE) ou exposição *in vitro* (grupo TCC)
- Reestruturação cognitiva (questionamento das cognições, comportamentos e emoções eliciadas na exposição)
- Treinamento em Inoculação do Estresse
- Treinamento em Relaxamento Muscular Progressivo
- Treinamento em Respiração Diafragmática
- Treino Auto-Instrução
- Manufatura dos cartões de enfrentamento
- Tarefa para casa: folhas de trabalho para o questionamento das crenças sobre segurança
- Tarefa para casa: folhas de trabalho para o questionamento das crenças negativas sobre o eu (self)
- Tarefa para casa: folhas de trabalho para o questionamento das crenças negativas sobre o mundo
- Tarefa para casa: folhas de trabalho para o questionamento das crenças sobre auto-responsabilização
- Revisão da tarefa para casa: questionamento de crenças sobre segurança
- Revisão da tarefa para casa: questionamento de crenças sobre o self
- Revisão da tarefa para casa: questionamento de crenças sobre o mundo
- Revisão da tarefa para casa: questionamento de crenças sobre auto-responsabilização
- Avaliação (sessões 8 e 12): SPTSS, PTCI, BAI e BDI

Sessões Finais (13-16)

- Psicoeducação: efeitos a longo prazo do TEPT
- Psicoeducação: manejando sintomas residuais
- Revisão de ganhos obtidos no processo terapêutico
- Revisão de objetivos futuros
- Tarefa para casa: segunda descrição do assalto (escrito)
- Tarefa para casa: segundo relatório do impacto atual do evento traumático
- Revisão da tarefa para casa: paciente lê segunda descrição do evento estressor (assalto); questionamento sobre a situação descrita, comparação com a descrição anterior
- Revisão da tarefa para casa: paciente descreve o impacto atual do evento na sua vida (a partir do segundo relatório); questionamento sobre o material descrito; comparação com o relatório anterior
- Revisão de outras folhas de trabalho para o questionamento das crenças de acordo com a necessidade
- Prevenção de recaída
- Identificação de rede de apoio psicossocial

- **Psicoeducação sobre follow-up e agendamento da entrevista (em 60 dias)**
- **Avaliação (sessão 16): SPTSS, PTCL, BAI e BDI (Término da terapia)**

Anexo E

Carta de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa



OF.CEP-1271/09

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Porto Alegre, 01 de outubro de 2009.

Senhor Pesquisador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 08/04338 intitulado **“Uso de realidade virtual no tratamento cognitivo-comportamental do transtorno de estresse pós-traumático”**.

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Roberto Goldim
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilmo. Sr.
Prof. Christian Haag Kristensen
FAPSI
Nesta Universidade

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 – 3º andar – CEP: 90610-000
Sala 314 – Fone Fax: (51) 3320-3345
E-mail: cep@pucrs.br
www.pucrs.br/prppg/cep