

Casa do Psicólogo®

ILANA ANDRETTA

MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA

manual prático de
terapia
cognitivo-
comportamental



Manual Prático de Terapia
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

© 2011 Casapsi Livraria e Editora Ltda.
É proibida a reprodução total ou parcial desta publicação, para qualquer finalidade,
sem autorização por escrito dos editores.

Iª Edição
2011

Editores
Ingo Bernd Günterte Juliana de Villemor A. Güntert

Assistente Editorial
Aparecida Ferraz da Silva

Capa
Maurício Oliveira

Projeto Gráfico & Editoração Eletrônica
Sergio Gzeschenik

Produção Gráfica
Fabio Alves Melo

Preparação de Original
Gabriel Madeira e Lucas Torrisi Gomediano

Revisão
Gabriel Madeira e Lucas Torrisi Gomediano

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Manual prático de terapia cognitivo-comportamental /
Margareth da Silva Oliveira, liana Andretta, (organizadoras). - São Paulo:
Casa do Psicólogo®, 2011.

Vários colaboradores.
Bibliografia
ISBN 978*85-8040-022-9

1. Psicologia clínica 2. Psicoterapia 3. Terapia cognitivo-comportamental
I. Oliveira, Margareth da Silva. II. Andretta, liana.

10-12758

CDD-153

índices para catálogo sistemático:

1. Terapia cognitivo-comportamental: Psicologia 153

Impresso no Brasil
Printed in Brazil

As opiniões expressas neste livro, bem como seu conteúdo, são de responsabilidade de seus
autores, não necessariamente correspondendo ao ponto de vista da editora.

Reservados todos os direitos de publicação em língua portuguesa à

 Casapsi Livraria e Editora Ltda.
Rua Santo Antônio, 1010
Jardim México • CEP 13253400
Itatiba/SP - Brasil
Tel. Fax: (11) 4524-6997
www.casadopsicologo.com.br

liana Andretta
Margareth da Silva Oliveira
(Organizadoras)

Manual Prático de Terapia COGNITIVO-COMPORTAMENTAL



Casa do Psicólogo®

MODELO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

Christian Haag Kristensen
Luiziana Souto Schaefer
Patrícia Gaspar Mello

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é um transtorno de ansiedade caracterizado por um conjunto de sintomas que envolvem a revivência, a evitação, o entorpecimento e a excitabilidade aumentada que são desencadeados após o indivíduo ter vivenciado ou testemunhado algum evento estressor traumático (American Psychiatric Association [APA], 2002). Existe uma ampla gama de eventos traumáticos que podem desencadear o TEPT. Tais eventos podem ser descritos como situações de estresse que foram experimentadas, testemunhadas ou confrontadas nas quais houve ameaça à vida da pessoa ou de alguém próximo a ela, como algum acidente automobilístico, assalto, sequestro, estupro, algum tipo de maltrato, a vivência de catástrofes naturais, incêndios etc. (APA, 2002).

Estima-se que 60% a 90% das pessoas passarão por algum evento traumático ao longo de suas vidas (Breslau, Kessler, Chilcoat, Schultz, Davis, & Andreski, 1998; Creamer, Burgess, & McFarlane, 2001; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995). Entretanto, a prevalência de TEPT tem sido apontada em torno de 6,8% na população geral (Kessler, Berglund, Dernier, Jin, Merikangas, & Walters, 2005), sendo considerado o quinto transtorno mental mais comum (Kessler, Chiu, Dernier, & Walters, 2005).

Além disso, sabe-se que os indivíduos acometidos pelo transtorno apresentam intenso sofrimento e prejuízos clínicos, sociais e econômicos significativos, como crises conjugais, problemas na educação dos filhos, baixo nível de satisfação de vida, alterações de humor, sono e memória, diminuição do rendimento no trabalho e, inclusive, aposentadoria adiantada (Ballenger et al., 2004; Beck, Grant, Clapp, & Palyo, 2009; Kassin, Ellsworth, & Smith, 1989; Kato, Asukai, Myiake, Minakawa, & Nishiyama, 1996; Keane, Marshall, & Taft, 2006; Kessler, 2000; Olatunji, Cisler, & Tolin, 2007; Shobe & Kihlstrom, 1997).

Assim, devido às importantes consequências do TEPT, tanto para o indivíduo como para a sociedade, pode-se considerá-lo como um problema de saúde pública (Keane et al., 2006). Ademais, percebe-se uma grande atenção dos pesquisadores para esse transtorno em uma tentativa tanto de compreender os fatores implicados no desencadeamento e na manutenção dos sintomas, como na elaboração de estratégias terapêuticas efetivas que visem a amenizar o sofrimento e os prejuízos vivenciados pelas vítimas. Tendo isso em vista, este capítulo aborda, de maneira geral, os principais modelos conceituais desenvolvidos para a compreensão do transtorno, além de revisar algumas das técnicas atuais que estão sendo empregadas como auxílio terapêutico para os pacientes diagnosticados com TEPT.

Na primeira seção, discorre-se, principalmente, sobre a sintomatologia e o diagnóstico diferencial entre o TEPT e o transtorno de estresse agudo. Posteriormente, abordam-se as principais comorbidades com outros transtornos mentais e, na seção três, os fatores predisponentes, precipitantes, perpetuadores e protetores presentes no TEPT. Na quarta seção, abordam-se o modelo cognitivo do TEPT, incluindo noções gerais, a teoria do processamento emocional (Foa & Rothbaum, 1998; Foa, Steketee, & Rothbaum, 1989) e a teoria cognitiva (Ehlers & Clark, 2000), todos propostos para o entendimento psicológico do transtorno. Ainda nesta seção, propõe-se uma integração entre as teorias com o propósito de contemplar o processamento cognitivo pré, peri e pós-traumáticos. A partir disso, na quinta seção, discorre-se sobre as principais técnicas cognitivo-comportamentais empregadas no tratamento do transtorno.

SINTOMATOLOGIA E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O TEPT está incluído entre os transtornos de ansiedade, caracterizando-se por sintomas intensos relacionados a estímulos que não representariam perigo real para a maioria das pessoas não diagnosticadas com o transtorno. Os critérios diagnósticos do TEPT, apresentados na quarta edição do Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais, o DSM-IV-TR (APA, 2002), podem ser visualizados na Figura 18.1.

Figura 18.1 - Critérios diagnósticos para o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)

A. Exposição a um evento traumático no qual os seguintes quesitos estiveram presentes:]

- (1) a pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolveram morte ou grave ferimento, reais ou ameaçados, ou uma ameaça à integridade física, própria ou de outros;
- (2) a resposta da pessoa envolveu intenso medo, impotência ou horror.

Nota: Em crianças, isto pode ser expressado por um comportamento desorganizado ou agitado

B. O evento traumático é persistentemente revivido em uma (ou mais) das seguintes maneiras:

- (1) recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções.

Nota: Em crianças pequenas, podem ocorrer jogos repetitivos, com expressão de temas ou aspectos do trauma;

- (2) sonhos aflitivos e recorrentes com o evento.

Nota: Em crianças podem ocorrer sonhos amedrontadores sem um conteúdo identificável;

- (3) agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (inclui um sentimento de revivência da experiência, ilusões, alucinações e episódios de flashbacks dissociativos, inclusive aqueles que ocorrem ao despertar ou quando intoxicado).

Nota: Em crianças pequenas pode ocorrer reencenação específica do trauma;

- (4) sofrimento psicológico intenso quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático;

- (5) reatividade fisiológica na exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático.

C. Esquiva persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da responsividade geral (não presente antes do trauma), indicados por três (ou mais) dos seguintes quesitos:

- (1) esforços no sentido de evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas com o trauma;
- (2) esforços no sentido de evitar atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma;
- (3) incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma;

- (4) redução acentuada do interesse ou da participação em atividades significativas;
- (5) sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas;
- (6) faixa de afeto restrita (por ex., incapacidade de ter sentimentos de carinho);
- (7) sentimento de um futuro abreviado (por ex., não espera ter uma carreira profissional, casamento, filhos ou um período normal de vida).

D. Sintomas persistentes de excitabilidade aumentada (não presentes antes do trauma), indicados por dois (ou mais) dos seguintes quesitos:

- (1) dificuldade em conciliar ou manter o sono
- (2) irritabilidade ou surtos de raiva
- (3) dificuldade em concentrar-se
- (4) hipervigilância
- (5) resposta de sobressalto exagerada.

E. A duração da perturbação (sintomas dos Critérios B, C e D) é superior a 1 mês.

E A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Especificar se:

Agudo: se a duração dos sintomas é inferior a 3 meses.

Crônico: se a duração dos sintomas é de 3 meses ou mais.

Especificar se:

Com Início Tardio: se o início dos sintomas ocorre pelo menos 6 meses após o estressor.

(Fonte: APA, 2002)

Os critérios diagnósticos para o TEPT serão alterados na quinta edição do DSM. Embora ainda na forma de propostas de revisão, é bastante provável que ocorra uma maior restrição na definição de o que é um evento traumático, bem como a eliminação do critério A2 (que caracteriza a resposta do indivíduo). O agrupamento sintomático de evitação e entorpecimento da responsividade será modificado, os sintomas de evitação serão apresentados no agrupamento C e há a proposta de um novo agrupamento que inclua alterações negativas nas cognições e no humor. Esta separação reflete os resultados de estudos empregando técnicas de análise fatorial, que consistentemente apontam para uma independência entre evitação e sintomas cognitivos e afetivos de depressão (Kristensen, 2005; Kristensen, Monheim, Peru & Kaszniak, 2002). Finalmente, a quinta edição do DSM contemplará maior especificidade na descrição das manifestações dos sintomas de TEPT em crianças.

Entre os diferentes quadros de ansiedade que se apresentam como estados pós-traumáticos é importante diferenciarmos o TEPT do Transtorno de Estresse Agudo (TEA). Neste último também há a necessidade de o indivíduo ter experienciado um evento estressor traumático para o desencadeamento dos sintomas, mas eles são manifestos imediatamente após o trauma, com duração máxima de um mês (APA, 2002). Entre as perturbações psíquicas mais comumente experienciadas no TEA destacam-se as reações dissociativas e emocionais que ocorrem logo após a experiência do trauma (APA, 2002; Calhoun & Resick, 1999). Para facilitar a distinção entre os dois transtornos, apresentamos os critérios diagnósticos atuais do TEA no Figura 18.2.

Figura 18.2 - Critérios diagnósticos para o Transtorno de Estresse Agudo (TEA)

<p>A. Exposição a um evento traumático no qual ambos os seguintes quesitos estiveram presentes:</p> <p>(1) a pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolveram morte ou sérios ferimentos, reais ou ameaçados, ou uma ameaça à integridade física, própria ou de outros;</p> <p>(2) a resposta da pessoa envolveu intenso medo, impotência ou horror.</p>
<p>B. Enquanto vivenciava ou após vivenciar o evento aflitivo, o indivíduo tem três (ou mais) dos seguintes sintomas dissociativos:</p> <p>(1) um sentimento subjetivo de anestesia, distanciamento ou ausência de resposta emocional;</p> <p>(2) uma redução da consciência quanto às coisas que o rodeiam (por ex., “estar como num sonho”);</p> <p>(3) desrealização;</p> <p>(4) despersonalização;</p> <p>(5) amnésia dissociativa (isto é, incapacidade de recordar um aspecto importante do trauma).</p>
<p>C. O evento traumático é persistentemente revivido no mínimo de uma das seguintes maneiras: imagens, pensamentos, sonhos, ilusões e episódios de flashback recorrentes, uma sensação de reviver a experiência, ou sofrimento quando da exposição a lembretes do evento traumático.</p>
<p>D. Acentuada esquiva de estímulos que provocam recordações do trauma (por ex., pensamentos, sentimentos, conversas, atividades, locais e pessoas).</p>
<p>E. Sintomas acentuados de ansiedade ou maior excitabilidade (por ex., dificuldade para dormir, irritabilidade, fraca concentração, hipervigilância, resposta de sobressalto exagerada, inquietação motora).</p>
<p>F. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo e prejudica sua capacidade de realizar alguma tarefa necessária, tal como obter o auxílio necessário ou mobilizar recursos pessoais, contando aos membros da família acerca da experiência traumática.</p>
<p>G. A perturbação tem duração mínima de 2 dias e máxima de 4 semanas, e ocorre dentro de 4 semanas após o evento traumático.</p>
<p>H. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral, não é melhor explicada por um Transtorno Psicótico Breve, nem representa uma mera exacerbação de um transtorno preexistente do Eixo I ou Eixo II.</p>

(Fonte: APA, 2002)

Segundo Kristensen, Parente e Kaszniak (2005), embora exista um esforço considerável para estabelecer uma classificação adequada para o TEPT e o TEA, ainda há muita discussão sobre a validade dos critérios diagnósticos atuais, bem como sobre o diagnóstico diferencial entre estas psicopatologias (Spitzer, First, & Wakefield, 2007). Os fatores que diferenciam o TEPT do TEA são os sintomas dissociativos, presentes no TEA, mas não necessariamente no TEPT, e o fator temporal (duração mínima de dois dias e máxima de quatro semanas para o TEA e após um mês a partir do evento traumático para o TEPT). Essa informação deve ser observada tendo-se em vista que existem autores questionando a necessidade real de diferenciação desses transtornos. Além disso, outra crítica é a de que os critérios atuais para TEPT sejam muito restritivos, dificultando o diagnóstico daqueles que se encontram em um estágio subsindrômico da doença (Kristensen, Parente & Kaszniak, 2005).

COMORBIDADES

O TEPT apresenta elevada comorbidade com outros transtornos, ou seja, existe a probabilidade do indivíduo possuir diagnósticos adicionais, acarretando dificuldades tanto para a avaliação precisa dos sintomas apresentados quanto para o estabelecimento do tratamento mais adequado para o paciente, considerando todas as peculiaridades observadas. Dessa maneira, Quarantini e colaboradores (2009) ressaltam, além do prejuízo clínico evidenciado, o comprometimento da qualidade de vida dos pacientes com diagnósticos adicionais ao TEPT.

Entre os diagnósticos comórbidos ao TEPT mais comuns, a literatura aponta a presença de outros transtornos de ansiedade (como o transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de pânico, agorafobia, fobia social e fobias específicas), transtornos de humor (principalmente o transtorno depressivo maior) e transtornos relacionados a substâncias, incluindo o álcool e outras drogas (Kessler et al., 1993; Kessler et al., 2005).

FATORES PREDISPONENTES, PRECIPITANTES, PERTUBADORES E PROTETORES

Para a compreensão do TEPT, faz-se necessário diferenciar os fatores que contribuem à etiologia do transtorno daqueles que têm um papel relevante na sua manutenção ou apresentação crônica. Entre os fatores predisponentes, ou seja, entre os aspectos que tornam o sujeito mais vulnerável ao surgimento do transtorno (Taylor, 2006), destacam-se aquelas características pré-existentes no indivíduo, como fatores demográficos (por exemplo, as mulheres e os solteiros apresentam um risco condicional para o TEPT), a experiência de um trauma prévio - estudos apontam que história prévia de exposição a eventos estressores traumáticos aumentam o risco para o desenvolvimento de TEPT após a ocorrência de novo estressor (Taylor, 2006) baixos níveis de inteligência, a presença de psicopatologias anteriores - pois podem dificultar a capacidade do indivíduo de lidar com o trauma, predispondo ao TEPT - e casos de psicopatologia em algum membro da família (Keane et al., 2006). Dessa maneira, indivíduos menos vulneráveis ao TEPT necessitam experienciar um evento estressor traumático muito severo para desenvolver o transtorno. Por outro lado, pessoas com muitos fatores predisponentes podem ter o TEPT desencadeado após vivenciarem eventos estressores não tão graves (Taylor, 2006).

Entre os fatores precipitantes que contribuem para o desencadeamento do transtorno destacam-se o evento traumático em si (como características particulares experienciadas naquela determinada situação, incluindo a dissociação peritraumática) e a severidade do trauma. Os fatores perpetuadores são aqueles aspectos que influenciam na manutenção do transtorno. Entre os principais fatores perpetuadores destacam-se a falta de tratamento especializado, a ausência de figuras protetoras, a presença de crenças disfuncionais etc. (Foa & Rothbaum, 1998; Ozer & Weiss, 2004). Os fatores protetores ou atenuantes que dificultam o surgimento do transtorno e auxiliam o indivíduo a lidar com ele incluem a presença de apoio social adequado e o uso de estratégias de coping adaptativas, ou seja, ações de enfrentamento que o indivíduo emprega na tentativa de diminuir o estresse experienciado (Keane et al., 2006; Taylor, 2006).

MODELO COGNITIVO

De maneira geral, o modelo cognitivo da psicopatologia teve ampla repercussão na década de 60 a partir da divulgação dos estudos sobre depressão realizados por Aaron Beck, cuja teoria e prática psicoterapêutica

foram intituladas terapia cognitiva (Beck, 1997). Essa teoria pressupõe que a maneira pela qual o indivíduo interpreta as suas experiências influencia em grande parte o modo como ele se sente e se comporta. A partir disso, o autor e seus colaboradores perceberam a existência de três padrões cognitivos que apresentavam certo grau de disfunção em pacientes depressivos, a saber: visão negativa de si, dos outros e do mundo. Esse pressuposto conceitual foi denominado de tríade cognitiva da depressão e constitui um dos pilares da terapia cognitiva.

Os estudos desenvolvidos por Beck e colaboradores foram inspiradores para muitos clínicos e pesquisadores ampliarem o seu entendimento sobre outros diferentes transtornos, revolucionando o campo da saúde mental. Dessa maneira, foram desenvolvidas hipóteses explicativas mais coerentes com a manifestação dos sintomas observados nos pacientes com o TEPT, resultando na criação de diferentes teorias, algumas delas descritas a seguir.

Teoria do processamento emocional

A teoria do processamento emocional, desenvolvida por Foa e colaboradores (Foa & Kozak, 1986; Foa & Riggs, 1993; Foa & Rothbaum, 1998; Foa, Steketee, & Rothbaum, 1989), parte do pressuposto de que a experiência de emoções extremas produz um processamento incorreto da informação, resultando em recordações incoerentes com a memória traumática. Assim, o indivíduo com TEPT acaba associando estímulos inofensivos ao significado de perigo intensamente experienciado, o que produz uma percepção generalizada de ameaça. Esses estímulos são armazenados em estruturas de medo patológico, conforme denominação dada por Foa e Rothbaum (1998).

Além disso, os autores acreditam que a experiência traumática acarreta mudança nas crenças básicas do indivíduo, tais como as crenças sobre o self, o mundo e a autorresponsabilização. Assim, pressupõe-se que crenças prévias ao trauma muito rígidas tornam os indivíduos mais vulneráveis a desenvolverem o TEPT (Foa & Riggs, 1993; Foa & Rothbaum, 1998). Aqueles com crenças negativas rígidas sobre o self e o mundo, as quais incluem uma percepção de si mesmo como totalmente incompetente ou do mundo como extremamente perigoso, têm suas crenças confirmadas após o trauma. Ao mesmo tempo, as pessoas que tinham uma visão de si como muito competentes e do mundo como um lugar muito seguro têm suas crenças amplamente desorganizadas após a experiência traumática, já que essa nova aprendizagem é uma informação profundamente contraditória às crenças existentes até então (Foa & Riggs, 1993; Foa & Rothbaum, 1998). Em contradição a isso, aqueles indivíduos cujas crenças prévias ao trauma eram mais flexíveis apresentam maior facilidade para interpretar o trauma como uma experiência incomum, com poucas repercussões em suas crenças sobre o self e o mundo, demonstrando, dessa forma, maior habilidade para lidar com o evento e diminuindo as chances de desenvolver o transtorno (Brewin & Holmes, 2003; Foa et al., 1989; Taylor, 2006).

Por último, convém ressaltar que, considerando as peculiaridades desta teoria, Foa, Ehlers, Clark, Tolin e Orsillo (1999) desenvolveram um instrumento específico para a avaliação das crenças modificadas em pacientes com TEPT, denominado pelos autores de Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI). Esse instrumento foi traduzido e adaptado para o português sob a denominação de Inventário de crenças pós-traumáticas (Sbardelloto, 2010), e serve para avaliar predominantemente as crenças negativas sobre o self sobre o mundo e sobre autorresponsabilização. A partir disso, salienta-se que a avaliação e a atenção dispensadas para a maneira como o indivíduo processa a experiência traumática, incluindo a consideração de crenças prévias e posteriores ao trauma, podem auxiliar no entendimento dos fatores que possam ter

influenciado no desencadeamento e estar contribuindo para a manutenção do transtorno (Sbardelloto, Schaefer, & Kristensen, 2010).

Teoria cognitiva

Segundo Taylor (2006), a teoria cognitiva proposta por Ehlers e Clark é um dos modelos mais complexos para explicar o funcionamento cognitivo que contribui para a manutenção do TEPT, empregando conceitos e pressupostos de outros modelos, como condicionamento, crenças disfuncionais, esquemas e aspectos do processamento mnemônico. Observa-se que as memórias traumáticas em pacientes com TEPT são mais facilmente lembradas do que as demais. Este é um dos motivos pelos quais o TEPT é considerado uma patologia de memória. Isto ocorre porque as associações entre estímulos e respostas (E-R) estão vinculadas ao material traumático, de maneira que respostas emocionais são automaticamente associadas a momentos dolorosos (Ehlers & Clark, 2000).

Ehlers e Clark (2000) destacam que os indivíduos com TEPT têm dificuldade para manter o evento no passado, considerando-o uma ameaça atual, produzindo, desta maneira, os movimentos de evitação descritos na sintomatologia. Muitos pacientes com TEPT também demonstram necessidade de explicar e significar o trauma, muitas vezes de maneira negativa. Desta forma, observam-se as reações de raiva, ou mesmo culpa, originárias de interpretações errôneas do evento traumático.

Processamento cognitivo no TEPT

Foa e colaboradores (1999) referem em seus estudos que o comportamento expresso por indivíduos vítimas de trauma são frutos de mudanças significativas nas crenças (e esquemas) destes sujeitos devido ao evento traumático. O modelo do processamento emocional proposto por Lang (1985, citado por Foa & Kozak, 1986) expõe algumas idéias sobre como o indivíduo exposto a um evento traumático processaria a informação cognitivamente, sugerindo que há três cognições principais relacionadas ao TEPT: cognições sobre o self, sobre o mundo e sobre autorresponsabilização pelo evento traumático.

Gray, Maguen e Litz (2007) referem que o conceito de self contém as idéias que o sujeito tem de si mesmo, suas capacidades, fraquezas e fortalezas. Os conceitos de mundo, referidos pelos mesmos autores, podem ser, antes da exposição ao trauma, idéias como “o mundo é um lugar bom”. Posteriormente, devido a um evento traumático, tais crenças podem modificar-se drasticamente, de maneira que o sujeito pode gerar pensamentos negativos a respeito de si, como “eu sou incapaz e vulnerável”, além de idéias negativas sobre o mundo, por exemplo, “o mundo é perigoso, ameaçador”.

Seguindo essa linha, outros estudos (Startup, Makgekgenene, & Webster, 2007; Beck, Coffey, Palyo, Gudmundsdottir, Miller, & Colder, 2004; Foa et al., 1999) indicam que, além de crenças negativas sobre o self e o mundo, indivíduos com TEPT também apresentam senso de autorresponsabilização pelo evento traumático, de maneira que os pacientes podem sentir-se culpados ou responsáveis pelo que lhes aconteceu. Desta forma, Foa e Riggs (1993) argumentam que as crenças do indivíduo sobre si e seus recursos para lidar com o trauma (sobre o self, sobre o mundo e sobre a autorresponsabilização relacionada ao trauma) são fatores que podem predizer o desenvolvimento do TEPT, contribuir para sua manutenção e, até mesmo, agravar significativamente seus sintomas.

PRINCIPAIS TÉCNICAS UTILIZADAS NO TRATAMENTO DO TEPT

Há uma tendência crescente de realização de estudos empíricos delineados para verificar a efetividade dos tipos de psicoterapia para os transtornos mentais mais prevalentes (Caminha et al. 2008). Atualmente, resultados significativos têm sido encontrados no que se refere à eficácia da TCC para muitas psicopatologias, entre as quais se destacam os transtornos de ansiedade, incluindo o TEPT (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006). De fato, diferentes estudos indicam que a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é a abordagem terapêutica eletiva no tratamento do TEPT (Bisson et al., 2007; Bradley et al., 2005; Keane et al., 2006; Harvey et al., 2003; Davidson, 2004; Soares & Lima, 2003).

Mesmo no campo da TCC não existe apenas um tipo de intervenção terapêutica possível para ser utilizada com pacientes com TEPT. Keane e colaboradores (2006) apontam diversas intervenções cognitivo-comportamentais possíveis que objetivam remitir os sintomas da doença. Entre as mais efetivas, encontram-se: (1) as terapias de exposição (in vitro, in vivo e in virtuo) (2) o treinamento de manejo da ansiedade; e (3) as estratégias de reestruturação cognitiva. Em estudos de efetividade e revisões sistemáticas, alguns autores ainda referem que a combinação de tratamentos se mostra mais eficaz (Mendes, Mello, Ventura, Passarela, & Mari, 2008). A seguir, veremos mais detalhadamente cada uma das estratégias referidas. Optamos por ilustrar com breves vinhetas clínicas algumas das modalidades de exposição, visto que o leitor possivelmente está familiarizado com técnicas mais difundidas, como aquelas empregadas na reestruturação cognitiva e no relaxamento.

Exposição in vitro (imagens mentais)

O objetivo geral das intervenções baseadas em exposição é favorecer a extinção da resposta de medo e ansiedade característica do TEPT e associada aos fenômenos de revivência e sintomas de evitação (Keane et al., 2006). Nas abordagens de exposição, empregam-se técnicas para ajudar o paciente a confrontar sintomas de revivência e evitação, estimulando-o ao enfrentamento do medo. A exposição in vitro é uma destas estratégias e, embora seja inicialmente doloroso para o paciente, estudos têm demonstrado que este tipo de tratamento se mostra eficaz no que se refere à remissão de sintomas do TEPT (Taylor, 2006).

Neste tipo de terapia, também chamada de exposição imaginária, imagística ou por imagens mentais, o paciente é instruído a fechar os olhos e tentar lembrar-se do evento traumático como se ele estivesse ocorrendo “aqui e agora”. O paciente precisa descrever ao terapeuta tão vividamente quanto possível aquilo que lhe aconteceu. O terapeuta pode permitir-lhe uma descrição livre em um primeiro momento e, depois, solicitar mais detalhes, como cheiros ou outras percepções sensoriais (Taylor, 2006).

Nesta vinheta clínica, utilizaremos o exemplo de Ana, uma estudante de vinte anos que foi baleada durante um assalto a banco. Ela tem diagnóstico de TEPT, encontra-se na sexta sessão de terapia e já foi psicoeducada quanto à exposição por imagens mentais.

- Terapeuta: - Ana, vamos então iniciar nossa atividade de hoje. Gostaria que você se colocasse em uma posição confortável na poltrona. Feche os olhos e respire profundamente.
- Paciente: -Ok.
- Terapeuta: - Agora vamos voltar ao dia em que você vivenciou o assalto. Você se lembra deste dia?
- Paciente: - Sim.
- Terapeuta: - Pode descrever-me como estava o dia?

- Paciente: - Era inverno e estava chovendo um pouco. O céu estava nublado e escuro, mesmo que fosse apenas três da tarde. Lembro que fiquei aliviada quando entrei no banco, porque estava começando a chover mais forte.
- Terapeuta: - E então?
- Paciente: - Entrei no banco e fui para a fila do caixa pagar uma conta que tinha vencido no dia anterior. Havia seis pessoas na minha frente. Eu contei: duas mulheres e quatro homens. A senhora na minha frente era gorda, usava um casaco azul marinho e tinha os cabelos úmidos por causa da chuva. Depois, uma outra mulher parou atrás de mim na fila e foi então que tudo começou.
- Terapeuta: - O que aconteceu?
- Paciente: - Três homens entraram no banco. Eu nem tinha percebido, porque estava mexendo no meu MP3. Só notei quando um deles começou a gritar “todo mundo para o chão!” Eu olhei para os lados em pânico e vi que ele estava perto do caixa. Os outros dois tinham rendido o guarda que ficava perto da entrada. Eu me abaixei rápido e fiquei esperando, apavorada. Nunca senti tanto medo na minha vida. Lembro de encostar a lateral do rosto no chão frio da agência e do meu coração bater muito forte. Lembro que um dos assaltantes se aproximou de mim e eu senti cheiro de chuva na roupa dele.

A partir do relato do paciente, o terapeuta pode trabalhar de várias maneiras, visando à exposição gradual e prolongada. Pode, por exemplo, gravar o relato do paciente em audiotape e, depois, reproduzir a gravação nas sessões de exposição, solicitando que o paciente permaneça ouvindo o próprio relato. De forma alternativa, o terapeuta pode solicitar o relato escrito do evento traumático e realizar a exposição a partir da leitura do texto produzido.

Exposição in vivo

As técnicas de exposição in vivo se têm mostrado bastante eficazes para a remissão de sintomas de TEPT e de outros transtornos de ansiedade, como fobias específicas. O objetivo, assim como na exposição in vitro, é dessensibilizar o sujeito para as situações ou estímulos que causam ansiedade (Foa, Hembree, & Rothbaum, 2007).

Nesse tipo de exposição, o sujeito é confrontado direta e gradualmente às situações temidas. Isto significa que o sujeito precisa deslocar-se até um setting in vivo, que pode ser um canil, para quem tem medo de cachorro, ou um prédio alto para os acrofóbicos, a fim de que seja realizada a exposição (Foa et al., 2007). Segue a sessão de exposição realizada por Ana em uma agência bancária.

- Terapeuta: - Sei que este é um momento difícil para você, mas temos feito muitos progressos nas últimas semanas e tenho certeza que vamos avançar mais hoje. Você está pronta para começarmos?
- Paciente: - Acho que sim...
- Terapeuta: - Isso é muito bom. Bem, virando a esquina há uma agência bancária que nós podemos visitar. Não é a mesma em que houve o assalto que você vivenciou, mas nós sabemos que você evita entrar em muitos bancos atualmente, certo?

- Paciente*: - Sim, não consigo nem passar perto.
- Terapeuta: - Bom, talvez hoje possamos fazer isso juntos. Você pode tentar?
- Paciente*: - Sim, quero tentar.
- Terapeuta: - Certo, então o que você acha de irmos até a esquina?
- Paciente*: - Acho que tudo bem... [o terapeuta e a paciente deixam o consultório e se deslocam.]
- Terapeuta*: - Muito bom. Agora, está vendo a agência logo ali na outra quadra?
- Paciente*: - Sim...
- Terapeuta: - O que você está sentindo?
- Paciente*: - Meu coração está batendo muito forte, como no dia do assalto.
- Terapeuta: - O que você está pensando agora?
- Paciente*: - Que quero ir embora, que ficar aqui é perigoso.
- Terapeuta: - Deve estar sendo difícil passar por isso, mas eu estou aqui com você, e você está indo muito bem. Que tal nos aproximarmos um pouco mais?
- Paciente*: -Ok.
- Terapeuta: - Excelente. Estamos a apenas alguns passos da agência agora. Como você está?
- Paciente*: - Minhas mãos estão suando e meu coração parece que vai sair pela boca.
- Terapeuta: - Estes são sintomas típicos de ansiedade. O que já aprendemos até agora sobre a ansiedade?
- Paciente*: - Ela aumenta e depois diminui. Sei... eu sei que uma hora ela passa.
- Terapeuta: - Muito bem. Isso é verdade. Você está sendo muito corajosa fazendo isso, enfrentando esse medo. Que tal se formos até a frente agora?
- Paciente: - Ok...
- Terapeuta: - Excelente! Veja, já estamos na frente da agência. Estamos indo muito bem mesmo. Como você está se sentindo?
- Paciente*: - Ainda estou suando, mas meu coração já desacelerou.

Exposição in virtuo

As técnicas de exposição in virtuo foram primeiramente utilizadas no tratamento de fobias específicas, como medo de voar, medo de altura etc. Alguns estudos observaram que essa estratégia é tão eficaz quanto a exposição in vivo (Hothbaum et al., 2006; Emmelkamp et al., 2002). Atualmente, alguns grupos de pesquisa estão desenvolvendo estudos com a utilização da exposição in virtuo em pacientes com TEPT, sobretudo veteranos de guerra.

Nesta abordagem, o paciente é exposto à situação ansiogênica virtualmente. Desta forma, ele não necessita ser exposto ao estímulo ansiogênico da mesma maneira que na exposição in vivo, eliminando a necessidade de deslocamento até o setting in vivo. O paciente também não precisa se esforçar para imaginar a situação como na exposição in vitro, já que a situação é montada em um cenário virtual ao qual o paciente é exposto. Por meio de equipamentos apropriados, podem ser criados diversos cenários virtuais, como uma situação de assalto ou mesmo uma aeronave em movimento. Os sujeitos precisam, apenas, sentar em frente ao computador e vivenciarem a situação como se ela estivesse realmente ocorrendo.

- Terapeuta: - Bom, Ana, desta vez nós vamos simular neste computador a situação dentro de uma agência bancária. Você acha que podemos tentar isso?
- Paciente: - Acho que sim, pode ser...
- Terapeuta: - Muito bem. Gostaria que você colocasse esses óculos e se colocasse em uma posição confortável na cadeira. Você aos poucos perceberá estar dentro do ambiente criado neste computador, como num jogo de vídeo game, só que mais realista. Tudo bem?
- Paciente: -Ok.
- Terapeuta: - Agora eu vou pedir que você se movimente como achar melhor. Agora você se encontra em frente à agência. Como você se sente sobre isso?
- Paciente: - Um pouco nervosa. Parece bem real.
- Terapeuta: - Sim, esse programa faz tudo parecer muito real. O que você acha de tentar entrar na agência?
- Paciente: -Ok.
- Terapeuta: - Muito bem, vejo que você conseguiu passar pela porta giratória. Isto é ótimo. E agora, como você está sentindo-se?
- Paciente: - Não gosto de ficar aqui, parece uma agência de verdade, sinto-me ansiosa e meu coração está começando a bater forte.
- Terapeuta: - Parece uma situação bem desconfortável, mas veja que você parece estar suportando bem a ansiedade, você não acha?
- Paciente: - É, eu ainda estou aqui...
- Terapeuta: - E o que você acha de entrar na fila atrás da senhora de casaco azul?
- Paciente: - Certo.
- Terapeuta: - Como você está sentindo-se?
- Paciente: - Acho que meu coração vai sair pela boca. Ela se parece muito com a mulher que estava na minha frente quando o banco foi assaltado. É tudo muito parecido, estou com medo.
- Terapeuta: - Mas você continua na fila. Isso significa que está enfrentando este medo. Isso é muito bom. E agora estou vendo que uma outra moça entrou atrás de você na fila. Como você está sentindo-se?
- Paciente: - Um pouco nervosa ainda, mas não estou mais suando.

Reestruturação cognitiva

A reestruturação cognitiva é uma das técnicas mais consagradas dentro da TCC. Embora outras técnicas sejam utilizadas para diversos tipos de psicopatologias, é muito difícil encontrar um protocolo de tratamento que não tenha reestruturação cognitiva em sua programação. Isto se dá porque desde sua proposição por Beck, a TCC tem focado o processamento cognitivo dos transtornos mentais (Beck, 2005).

As estratégias de reestruturação cognitiva têm por objetivo ensinar o paciente a identificar e modificar pensamentos e crenças disfuncionais. Por meio de técnicas como o registro de pensamentos disfuncionais, o questionamento socrático ou o questionamento de evidências, os pacientes são capazes de identificar seus padrões de pensamentos - sejam disfuncionais ou não - e modificar aqueles que, em terapia, conclui-se que não tenham ajudado o indivíduo a se adaptar à sua realidade (Beck, 1997; Taylor, Woody, & Koch, 1997).

Técnicas de relaxamento

As técnicas de relaxamento auxiliam os pacientes a controlar os sintomas fisiológicos que lhes acometem quando se deparam com estímulos ou eventos temidos. As técnicas mais utilizadas são as de relaxamento muscular progressivo e a de respiração diafragmática (Caballo, 2002).

A técnica de relaxamento muscular progressivo objetiva a contração e descontração de uma série de grupos musculares, gradualmente, por meio da instrução do terapeuta ou da autoinstrução do paciente, a fim de promover o relaxamento dos músculos (Caballo, 2002). Já a técnica de respiração diafragmática tem a intenção de auxiliar o paciente a respirar adequadamente, visto que pacientes ansiosos costumam ter dificuldades para respirar calmamente. Nessa técnica, que também pode ser realizada com a ajuda do terapeuta ou por meio de autoinstrução do paciente, o sujeito deve puxar o ar para os pulmões por cinco segundos, observando o diafragma expandir. Então deve segurar a respiração por mais cinco segundos e, por fim, soltar o ar dos pulmões durante mais cinco segundos, sentindo o diafragma descontrair. Tais técnicas têm demonstrado eficácia em diversos transtornos de ansiedade, auxiliando os pacientes de maneira significativa (Caballo, 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS E DIREÇÕES FUTURAS

O TEPT é uma psicopatologia que acomete um número significativo de pessoas ao redor do mundo, comprometendo sua saúde mental e acarretando grandes prejuízos sociais, acadêmicos e funcionais. As teorias atuais representam considerável avanço ao ampliar a compreensão do TEPT para além dos mecanismos de condicionamento clássico e condicionamento operante. Observa-se ainda, na formulação dos processos que contribuem para o estabelecimento e a manutenção do TEPT, a crescente utilização dos conhecimentos advindos da neurociência. Dessa forma, cada vez mais informações estão sendo obtidas sobre os mecanismos fisiológicos subjacentes aos processos cognitivos, emocionais e comportamentais que caracterizam o TEPT. Vislumbra-se, em um futuro próximo, o desenvolvimento combinado de intervenções cognitivo-comportamentais e farmacológicas realmente específicas e bastante precisas para o tratamento de algumas das manifestações deste transtorno.

Entre as diferentes abordagens terapêuticas, aTCC tem-se mostrado a psicoterapia com melhor evidência empírica de efetividade no tratamento de pacientes com TEPT. Entre os objetivos alcançados pela TCC encontra-se não apenas a remissão dos sintomas, mas também a melhora na qualidade de vida destes pacientes. Em um protocolo de TCC para o TEPT geralmente são incluídas estratégias de intervenção tais como: (a) psicoeducação; (b) estratégias de adesão e engajamento; (c) exercícios de regulação emocional (incluindo modalidades de relaxamento); (d) reestruturação cognitiva; (e) exposição prolongada; (f) prevenção à recaída.

Muitos terapeutas cognitivo-comportamentais optam por selecionar algumas dessas estratégias, enquanto outros as empregam de forma combinada. Crescente evidência empírica de efetividade vem sendo constatada às estratégias de exposição e ao trabalho com imagens mentais. Adicionalmente, o recurso de monitoramento das respostas fisiológicas pode ser utilizado como um coadjuvante na psicoterapia, auxiliando o paciente a treinar a autorregulação e oferecendo ao terapeuta um controle preciso sobre a reatividade autonômica do paciente durante a exposição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2002). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (4a. ed. rev.). 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 (Suppl. 1), 55-62.
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62, 953-959.
- Beck, J. G. (1997). *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. G., Coffey, S. E., Palyo, S. A., Gudmundsdottir, B., Miller, L. M., & Colder, C. R. (2004). Psychometric properties of the Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): A replication with motor vehicles accident survivors. *Psychological Assessment*, 16 (3), 289-298.
- Beck, J. G., Grant, D. M., Clapp, J. D., & Palyo, S. A. (2009). Understanding the interpersonal impact of trauma: Contributions of PTSD and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 443-450.
- 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.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.
- Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 339-376.
- 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.
- Caballo, V. E. (2002). *Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos: Transtornos de ansiedade, sexuais, afetivos psicóticos*. São Paulo: Santos Livraria Editora.
- Calhoun, K. S., & Resick, P. (1999). Transtorno de estresse pós-traumático. In D. H. Barlow (Ed.), *Manual dos transtornos psicológicos* (pp. 63-118). Porto Alegre: Artmed.
- Caminha, R. M., Kristensen, C. H., & Dornelles, V. G. (2008). Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de estresse pós-traumático. In A. V. Cordioli (Ed.), *Psicoterapias: Abordagens atuais* (pp. 486-509). Porto Alegre: Artmed.
- Creamer, M., Burgess, R., & McFarlane, A. C. (2001). Post-traumatic stress disorder: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine*, 31, 1237-1247.
- Davidson, J. R. T. (2004). Long-term treatment and prevention of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65 (Suppl. 1), 44-48.

- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38 (4), 319-345.
- Emmelkamp, P. M. G., Krijn, M., Hulsbosch, A. M., de Vries, S., Schuemie, M. J., & van der Mast, C. A. P. G. (2002). Virtual reality treatment versus exposure in vivo: A comparative evaluation in acrophobia. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 509-516.
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. E., & Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11, 303-314.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences: Therapy guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E. B., & Riggs, D. S. (1993). Post-traumatic stress disorder in rape victims. In J. Oldham, M. B. Riba, & A. Tasman (Eds), *American Psychiatric Press review of psychiatry* (pp. 285-309). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualization of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.
- Gray, M., Maguen, S., Litz, B. (2007). Schema constructs and cognitive models of posttraumatic stress disorder. In L. P. Riso, P. L. Toit, D. J. Stein & J. E. Young (Eds.), *Cognitive schemas and core belief in psychological problems: A scientist-practitioner guide* (pp. 59-92). Washington, DC: American Psychological Association.
- Harvey, A. G., Bryant, R. A., & Terrier, A. (2003). Cognitive behaviour therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 501-522.
- Kassin, S. M., Ellsworth, P. C., & Smith, V. L. (1989). The "general acceptance" of psychological research on eyewitness testimony: A survey of the experts. *American Psychologist*, 44 (8), 1089-1098.
- Kato, H., Asukai, N., Myiake, Y, Minakawa, K., & Nishiyama, A. (1996). Post-traumatic symptoms among younger and elderly evacuee in the early stages following the 1995 Hanshin-Awaji earthquake in Japan. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 477-481.
- 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. (2000). Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to the society. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (Suppl. 5), 4-12.
- Kessler, R. C., Berglund, P, Dernier, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.

- Kessler, R. C., Chiu, W. X., Demler, O., Jin, 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.
- 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.
- Kristensen, C. H. (2005). Estresse pós-traumático: Sintomatologia e funcionamento cognitivo. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Kristensen, C. H., Monheim, C. J., Peru, R. L., & Kaszniak, A. W. (2002). Screening for posttraumatic stress symptoms in a college sample. In *Proceedings: Posttraumatic Stress Disorder - Biological, Clinical and Cultural Approaches to Trauma's Effects* (p. 21). Los Angeles: University of California.
- Kristensen, C. H., Parente, M. A. M. P., & Kaszniak, A. W. (2005). Transtorno de estresse pós-traumático: Critérios diagnósticos, prevalência e avaliação. In R. M. Caminha (Org.), *Transtornos do Estresse Pós-Traumático (TEPT): Da neurobiologia à terapia cognitiva* (pp. 15-35). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mendes D. D., Mello, M. E., Ventura, P., Passarela, C. M., & Mari, J. J. (2008). A systematic review on the effectiveness of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychiatry on Medicine*, *38* (3), 241-259.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *27*, 572-581.
- Ozer, E. J., & Weiss, D. S. (2004). Who develops posttraumatic stress disorder? *American Psychological Society*, *13*, 169-172.
- Quarantini, L. C., Netto, L. R., Andrade-Nascimento, M., Almeida, A. G. de, Sampaio, A. S., Miranda Scippa, A., et al. (2009). Transtornos de humor e de ansiedade comórbidos em vítimas de violência com transtorno do estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *31* (Supl. 2), s66-s76.
- Rothbaum, B. O., Anderson, R., Zimand, E., Hodges, L., Lang, D., & Wilson, J. (2006). Virtual reality exposure therapy and standard (in vivo) exposure therapy in the treatment of fear of flying. *Behavior Therapy*, *37*, 80-90.
- Sbardelotto, G. S. (2010). Propriedades psicométricas da versão em português do Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI). Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Sbardelotto, G. S., Schaefer, L. S., & Kristensen, C. H. (2010). Validade de construto da versão brasileira do Inventário de Cognições Pós-Traumáticas (PTCI). Artigo em preparação.
- Shobe, K. K., & Kihlstrom, J. F. (1997). Is traumatic memory special? *Current Directions in Psychological Science*, *6*, 70-74.
- Soares, B. G. O., & Lima, M. S. (2003). Estresse pós-traumático: Uma abordagem baseada em evidências. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *25* (Suppl. I), 62-66.
- Spitzer, R. L., First, M. B., & Wakefield, J. C. (2007). Saving PTSD from itself in DSM-V. *Journal of Anxiety Disorders*, *21*, 233-241.

- Startup, M., Makgekgenene, L., & Webster, R. (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.
- Taylor, S. (2006). *Clinicians guide to PTSD: A cognitive-behavioral approach*. New York: The Guilford Press.
- Taylor, S., Woody, S., & Koch, W. J. (1997). Cognitive restructuring in the treatment of social phobia: efficacy and mode of action. *Behaviour Modification*, 21 (4), 487-511.