

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

GABRIELA SBARDELLOTO

**PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA
VERSÃO EM PORTUGUÊS DO
POSTTRAUMATIC COGNITIONS INVENTORY
(PTCI)**

Prof. Dr. Christian Haag Kristensen

Orientador

Porto Alegre
2010

GABRIELA SBARDELLOTO

**PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO EM PORTUGUÊS DO
*POSTTRAUMATIC COGNITIONS INVENTORY (PTCI)***

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Cognição Humana pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Christian Haag Kristensen

Porto Alegre

2010

GABRIELA SBARDELLOTO

**PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO EM PORTUGUÊS DO
*POSTTRAUMATIC COGNITIONS INVENTORY (PTCI)***

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Cognição Humana pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Christian Haag Kristensen (Presidente)

Profa. Dra. Daniela Di Giorgio Schneider Bakos (ULBRA)

Profa. Dra. Margareth da Silva Oliveira (PUCRS)

Agradecimentos

Agradeço ao Prof. Christian Haag Kristensen, orientador desta dissertação, por ter me recebido no Grupo de Pesquisa Cognição, Emoção e Comportamento com grande disponibilidade. Sua atenção foi fundamental em diversos momentos nessa trajetória. Além disso, contribuir com uma pequena parcela no projeto deste grupo sobre TEPT e realidade virtual é para mim uma honra.

Aos colegas do grupo, agradeço por toda a disponibilidade, atenção e colaboração. Certamente, vocês foram muito importantes como colaboradores nos mais variados momentos em que me auxiliaram. Agradeço, em especial, a uma colega e companheira de todo o curso que muito me ajudou e me deu forças para que eu conseguisse chegar ao término dessa etapa: Luiziana Souto Schaefer. Agradeço aos colegas Letícia Rosito Pinto Krueel, Alice Reuwsaat Justo, Marcelo Montagner Rigoli e Antonieta Martins Lopes. Também agradeço à Simone Hauck por me abrir as portas do ambulatório do Hospital de Clínicas e ao valioso trabalho do Érico de Moura Silveira Júnior que sem a ajuda eu certamente não teria chegado até aqui.

Agradeço ao meu marido, Marcos Franz Bassanesi, a quem também dedico esta dissertação, por todo o apoio e motivação, além de respeito em todos os momentos de estresse por quais passei ao longo desses dois anos.

Agradeço a minha filha, Isabelli Sbardelloto Bassanesi, que deixou de estar próxima à mãe como lhe era de direito em muitos momentos que deveriam ter sido a ela dedicados e agradeço às avós que sempre a cuidaram quando não estive próxima.

À Lorena Paim da Silva e José Renato Sbardelotto, meus pais, que por muitos anos acreditaram e investiram na minha formação, a quem agradeço e dedico as conquistas e alegrias.

Obrigada a todos.

Resumo

O objetivo principal deste estudo foi adaptar e validar a versão em português do *Posttraumatic Cognitions Inventory* (PTCI). Para alcançar esse propósito, a presente dissertação é apresentada em quatro artigos. O primeiro artigo teórico descreve eventos estressores, Transtorno de Estresse Agudo (TEA) e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), incluindo informações sobre desenvolvimento histórico, conceitualização, sintomatologia e prevalência. O segundo artigo teórico discute o processamento cognitivo no TEPT. São apresentadas as teorias mais relevantes relacionadas ao desenvolvimento desse transtorno. Discute-se a relação entre o processamento cognitivo da experiência traumática e o desenvolvimento do TEPT. O terceiro artigo apresenta o processo de tradução, adaptação e validação de conteúdo da versão em português do PTCI, denominada Inventário de Cognições Pós-Traumáticas. O processo envolveu cinco etapas: (1) tradução; (2) retradução; (3) correção e adaptação semântica; (4) validação do conteúdo por profissionais da área (juízes); e (5) avaliação por amostra de população-alvo, por intermédio de uma escala verbal-numérica. Uma boa compreensão do instrumento foi demonstrada. O quarto artigo apresenta os dados da análise das propriedades psicométricas do PTCI para compor a validação de construto do inventário através de técnicas de consistência interna, análise fatorial, convergente e discriminante. Para investigar as diferenças referentes às cognições pós-traumáticas foram criados três grupos: (a) 20 indivíduos com histórico de trauma e diagnóstico de TEPT (grupo TEPT); (b) 20 indivíduos com histórico de trauma e sem diagnóstico de TEPT (grupo TRAUMA +) e (c) 20 indivíduos sem histórico de trauma nos últimos três anos e sem diagnóstico de TEPT (grupo TRAUMA -). Os seguintes instrumentos foram utilizados: Inventário Beck de Depressão (BDI), Inventário Beck de Ansiedade (BAI), Questionário de Traumas na Infância (CTQ), Escala Davidson de Trauma (DTS) e o Instrumento de Rastreo para Sintomas de Estresse Pós-Traumático (SPTSS). Os dados sugerem que a versão brasileira do PTCI é suficientemente sensível para discriminar cognições disfuncionais relacionadas ao trauma envolvidas no desenvolvimento e na manutenção do TEPT.

Palavras-Chave: Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Cognição, Trauma.

Abstract

The main goal of this study was to adapt and validate the Brazilian Portuguese version of the Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI). In order to achieve this purpose, the present dissertation is presented in four articles. The first theoretical article describes stressful events, Acute Stress Disorder (ASD), Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), including information on historical development, conceptualization, symptomatology and prevalence. The second theoretical article debates on the PTSD cognitive processing. The most relevant theories related to the development of this disorder are presented. The relationship between the cognitive processing of the traumatic experience and the development of PTSD is argued. The third article presents the process of translation, adaptation and content validation of the Brazilian Portuguese version of the PTCI, named Inventário de Cognições Pós-Traumáticas. This process involved five steps: (1) translation; (2) back translation; (3) correction and semantic adaptation; (4) content validation by professional experts (judges); and (5) evaluation by a target population sample through a verbal-numbered scale. A good comprehension of the instrument was demonstrated. The fourth article presents the data of the PTCI psychometric properties analysis due to compose the inventory construct validation through techniques of internal consistency, factorial, convergent and discriminative analysis. To investigate the differences regarding posttraumatic cognitions three groups were created: (a) 20 individuals with a trauma history and PTSD diagnosis (PTSD group); (b) 20 individuals with a trauma history without PTSD diagnosis (TRAUMA+ group); and (c) 20 individuals without trauma history within the last three years and without PTSD diagnosis (TRAUMA- group). The following instruments were used: Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Davidson Trauma Scale (DTS) and Screen for Posttraumatic Stress Symptoms (SPTSS). The data suggests that the Brazilian version of the PTCI is sensitive enough to discriminate dysfunctional trauma-related cognitions involved in the development and maintenance of PTSD.

Key-words: Posttraumatic Stress Disorder, Cognition, Trauma.

Sumário

Introdução.....	07
Artigo Teórico 1: Transtorno de Estresse Pós-Traumático: Desenvolvimento Histórico, Critérios Diagnósticos e Prevalência	12
Artigo Teórico 2: Processamento Cognitivo no Transtorno de Estresse Pós-Traumático.....	27
Artigo Empírico 1: Adaptação e Validação de Conteúdo da Versão em Português do <i>Posttraumatic Cognitions Inventory</i> (PTCI).....	45
Artigo Empírico 2: Validade de Construto da Versão Brasileira do Inventário de Cognições Pós-Traumáticas (PTCI).....	61
Considerações Finais.....	84
ANEXOS.....	88
Anexo A: Aprovação do Comitê de Ética da PUCRS	89
Anexo B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	90
Anexo C: Ficha de Dados Sociodemográficos	91
Anexo D: BAI.....	92
Anexo E: BDI	93
Anexo F: CTQ	95
Anexo G: SPTSS	97
Anexo H: PTCI.....	98
Anexo I: DTS.....	99

Introdução

Esta dissertação de mestrado faz parte de um projeto maior de origem institucional na PUCRS intitulado “Uso de Realidade Virtual no Tratamento Cognitivo-Comportamental do Transtorno de Estresse Pós-Traumático”. Este projeto está sendo realizado pelo Grupo de Pesquisa Cognição, Emoção e Comportamento, coordenado pelo Prof. Dr. Christian Haag Kristensen, em colaboração com o Grupo de Realidade Virtual (PPG em Ciências da Computação – PUCRS).

Estima-se que entre 60% a 90% da população geral seja exposta a um ou mais eventos estressores potencialmente traumáticos ao longo da vida (Kristensen, Parente, & Kaszniak 2006). Já a prevalência do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) tem sido estimada em 6,8% na população geral (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas, & Walters, 2005). Embora a grande maioria dos indivíduos expostos a situações potencialmente traumáticas não desenvolva TEPT (Yehuda & McFarlane, 1995), este tem sido considerado o quinto transtorno mental mais comum (Kessler *et al.*, 2005), gerando intensos prejuízos funcionais (Ballenger *et al.*, 2004).

As teorias sobre trauma mais discutidas sugerem que a exposição a eventos estressores traumáticos produz mudanças no processamento cognitivo (Foa & Rothbaum, 1998; Janoff-Bulman, 1992), tais como alterações na avaliação de pensamentos e crenças. De acordo com a Teoria do Processamento Emocional (Foa & Riggs, 1993), a informação relacionada ao trauma é representada e processada pelas cognições pós-traumáticas que, muitas vezes, não condizem com as cognições pré-traumáticas (Foa & Rothbaum, 1998). A idéia central dessa teoria é que eventos traumáticos modificam as crenças básicas das pessoas. Assim, após a vivência do evento traumático, há um aumento geral de crenças negativas sobre o *self*, sobre o mundo e sobre os outros. Quando vítimas de trauma com TEPT são comparadas a vítimas que não desenvolveram o transtorno, as alterações nessas crenças ficam evidenciadas.

Outras teorias também apresentam propostas sobre conteúdos que ocorrem simultaneamente (cognições peri-traumáticas) ao evento estressor (Keane, Marshall & Taft, 2006; Bryant & Guthrie, 2007). Schnurr, Lunney e Sengupta (2004) concluíram que o risco para o desenvolvimento e para a manutenção do TEPT estão relacionados ao processamento cognitivo que ocorre antes, durante e após um evento traumático, que são as cognições pré, peri e pós-traumáticas (Breslau, Davis, Andreski, & Peterson, 1991; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995).

Baseados na literatura sobre crenças, Foa, Ehlers, Clark, Tolin e Orsillo (1999) desenvolveram o *Posttraumatic Cognitions Inventory* (PTCI), um inventário auto-aplicável

que objetiva investigar três domínios específicos de cognições pós-traumáticas: (a) Cognições Negativas sobre o *self*, (b) Cognições Negativas sobre o Mundo e (c) Cognições sobre Auto-Responsabilização. Acredita-se que validar um instrumento avaliativo de cognições pós-traumáticas seja de grande valor clínico e social. O presente estudo visa realizar a validade de construto do PTCI em uma população clínica atendida em um hospital público, no município de Porto Alegre (RS).

A presente dissertação é composta de quatro estudos, sendo dois teóricos e dois empíricos apresentados na forma de artigo. O artigo teórico intitulado “Transtorno de Estresse Pós-Traumático: Desenvolvimento Histórico, Critérios Diagnósticos e Prevalência” iniciou com uma descrição sobre o que são eventos estressores, o Transtorno de Estresse Agudo (TEA) e o TEPT, incluindo informações sobre a conceitualização, o desenvolvimento histórico, a sintomatologia e a prevalência desses transtornos.

O segundo artigo intitulado “Processamento Cognitivo no Transtorno de Estresse Pós-Traumático” abordou, inicialmente, algumas teorias sobre o processamento cognitivo no TEPT, entre as quais: (a) Teoria dos Dois Fatores, (B) Teoria do Processamento Emocional, (C) Teoria da Representação Dual e (D) Teoria Cognitiva. A partir disso, discutiu-se a relação entre o processamento cognitivo da experiência traumática e o desenvolvimento do TEPT. Esse artigo teve como objetivo principal argumentar sobre o processamento cognitivo no TEPT, bem como as possíveis conseqüências para os indivíduos que experienciaram um evento estressor traumático. Além disso, também buscou-se fundamentar a necessidade de se adaptar e validar um instrumento avaliativo de crenças disfuncionais relacionadas a um evento estressor potencialmente traumático. Por último, foram descritas as implicações clínicas decorrentes da compreensão sobre o processamento cognitivo no TEPT.

O terceiro artigo, intitulado “Adaptação e Validação de Conteúdo da Versão em Português do Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI)” apresentou a tradução, adaptação e validação de conteúdo da versão em português do inventário. A validação semântica do instrumento é importante para o auxílio diagnóstico no TEPT porque as cognições pós-traumáticas estão relacionadas à modificação das crenças e pensamentos do indivíduo sobre o mundo e sobre o *self* que o PTCI procura mensurar (Foa *et al.*, 1999). Com relação à metodologia utilizada, o processo de tradução e adaptação das instruções iniciais e dos itens do PTCI envolveu cinco etapas: tradução; retradução; correção e adaptação semântica; validação do conteúdo por profissionais da área (juizes) e avaliação por amostra da população-alvo, por intermédio de uma escala verbal-numérica. Nos resultados, verificou-se um bom nível de compreensão do instrumento.

O quarto artigo, intitulado “Validade de Construto da Versão Brasileira do Inventário de Crenças Pós-Traumáticas (PTCI)” apresentou evidências da validade de construto do PTCI para uma população clínica, seus resultados e discussões. Nas considerações finais, mostram-se pontos do trabalho como um todo que merecem destaque na justificativa da realização do estudo e que demonstram acréscimo científico e prático aos estudiosos que irão utilizar o PTCI para avaliação de crenças disfuncionais.

Tomados em conjunto, os artigos apresentados nesta dissertação descrevem o papel das crenças pós-traumáticas no desenvolvimento e manutenção do TEPT, incluindo evidências de validade para um instrumento capaz de mensurá-las.

Referências

- 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*(Supl. 1), 55-62.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, *48*, 216-222.
- Bryant, R. A., & Guthrie, R. (2007). Maladaptive self-appraisals before trauma exposure predict Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*, 812-815.
- 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., 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* (Vol. 12, pp 273-303). 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.
- 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. *Annu. Rev. Clin. Psychol*, *2*, 161–97.
- 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.
- 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., Parente, M. A. M. P. & Kaszniak, A. W. (2006). Transtorno de Estresse Pós-Traumático e funções cognitivas. *Psico-USF*, *11*, 17-23.
- Schnurr, P. P, Lunney, C. A., & Sengupta, A. (2004). Risk Factors for the Development Versus Maintenance of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *17* (2), 85–95.

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.

Transtorno de Estresse Pós-Traumático: Desenvolvimento Histórico, Critérios Diagnósticos e Prevalência

Resumo

O presente artigo apresenta uma revisão teórica sobre o desenvolvimento histórico, os critérios diagnósticos e a prevalência do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), considerando as mudanças em termos de diagnóstico ao longo das diferentes edições do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) e apontando alguns estudos epidemiológicos realizados, a fim de clarificar, contextualizar e dimensionar a amplitude do transtorno. Atualmente, sabe-se que o TEPT é um dos transtornos mais prevalentes entre a população geral, sendo caracterizado como um conjunto de sintomas que se manifesta após a exposição a um evento estressor traumático, incluindo revivência persistente do trauma experienciado, embotamento relacionado à responsividade geral, esquiva e excitabilidade aumentada.

Palavras-chave: Transtornos de Estresse Traumático, diagnóstico

Posttraumatic Stress Disorder: Historical Development, Diagnostic Criteria and Prevalence

Abstract

This article presents a theoretical review of the historical development, the diagnostic criteria and prevalence of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), considering changes in diagnosis along the different Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) editions and points out some epidemiological studies in order to contextualize and clarify the extent of the disorder. Currently, it is known that PTSD is one of the most prevalent disorders among the general population and is characterized as a set of symptoms manifested after exposure to a traumatic stressor, including persistent reexperiencing of the experienced trauma, numbness related to general responsiveness, avoidance and hyperarousal.

Key Words: Traumatic Stress Disorders, diagnostic

Introdução

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), caracterizado basicamente como um conjunto de sintomas envolvendo altos níveis de ansiedade e momentos em que o indivíduo tem a impressão de estar revivendo o evento traumático experienciado, é um transtorno bastante prevalente, atingindo cerca de 6,8% da população geral (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas, & Walters, 2005). As primeiras observações realizadas sobre os seus efeitos foram registradas a partir de estudos com veteranos de guerra (Schestatsky, Shansis, Ceitlin, Abreu & Hauck, 2003; Sher, 2004). Posteriormente, os critérios diagnósticos que caracterizavam o TEPT foram modificados ao longo das diferentes edições do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM; American Psychiatric Association, 1980, 1987, 1994, 2002) numa tentativa de melhor compreender as peculiaridades do transtorno bem como de diferenciá-lo de outros transtornos possíveis, como por exemplo, o Transtorno de Estresse Agudo (TEA).

Embora eventos traumáticos como guerras não sejam mais tão presentes, atualmente, outras situações comumente observadas também podem desencadear o TEPT, como assaltos, seqüestros, tempestades, entre outras (American Psychiatric Association, 2002). A alta prevalência do transtorno bem como os prejuízos e as implicações clínicas, sociais e econômicas que afetam os indivíduos que vivenciam um evento estressor traumático, desencadeando o TEPT, apontam para a importância de estudos que abordem esse transtorno. A partir disso, este artigo apresenta, sobretudo, uma revisão teórica sobre o desenvolvimento histórico, os critérios diagnósticos e a prevalência do TEPT, considerando as mudanças em termos de diagnóstico e apontando alguns estudos epidemiológicos realizados, a fim de clarificar, contextualizar e dimensionar a amplitude do transtorno.

Eventos Estressores, Trauma e Estresse

Os eventos estressores apontados como mais favoráveis para o desenvolvimento de situações traumáticas podem ser categorizados em três grandes grupos: eventos intencionais provocados pelo homem, eventos não-intencionais provocados pelo homem e eventos provocados pela natureza (Schiraldi, 1999). No primeiro grupo, entre os eventos intencionais provocados pelo homem, podemos citar: guerra civil, incesto, estupro, sedução, tortura física ou emocional, assalto, crime violento sofrido pela própria pessoa ou por pessoas afetivamente significativas, terrorismo, participação em atrocidades violentas, alcoolismo e uso de drogas, suicídio, mutilação por acidente ou provocada por outro indivíduo. No segundo grupo, com relação aos eventos não intencionais provocados pelo homem, encontram-se incêndios, explosões, queda de pontes e viadutos, acidentes automobilísticos, aéreos e aquáticos e perda

de parte do corpo em ambiente de trabalho. No terceiro grupo, entre os desastres naturais, incluem-se tornado, avalanche, erupção vulcânica, ataques de animais, terremoto, furacão, enchentes e epidemias (Schiraldi, 1999).

Dessa maneira, é possível perceber que existe uma gama de situações que podem ser consideradas traumáticas. Segundo o DSM-IV-TR, o evento estressor traumático pode ser definido como uma situação de estresse que foi experimentada, testemunhada ou confrontada, na qual houve ameaça à vida da pessoa ou de alguém próximo a ela (American Psychiatric Association, 2002). Diante desses eventos, a pessoa reage com medo e desesperança, além de tentar evitar a lembrança da experiência (Sher, 2004).

Hans Selye, no ano de 1930, popularizou o termo estresse ao identificar o seu efeito sobre a saúde física das pessoas. McEwen (2002) conceitua o estresse como a pressão que a vida exerce sobre nós e a forma como essa pressão faz-nos sentir. De acordo com Schneiderman, Ironson e Siegel (2005), em 1956, Selye usou o termo “estresse” para representar os efeitos de qualquer estímulo que ameaçasse seriamente a homeostase. A ameaça atual percebida pelo organismo foi referida como um “estressor” e a resposta ao estressor foi denominada “resposta de estresse”. Embora respostas de estresse evoluam como um processo adaptativo, Selye (1956, citado em Schneiderman *et al*, 2005) observou que respostas de estresse severo e prolongado poderiam levar ao dano e à doença.

Ao se defrontar com um evento estressor, o organismo tende a ter uma resposta de estresse que pode ser aguda e momentânea ou pode ser crônica (McEwen & Lashley, 2004). Na resposta de estresse agudo, sendo essa definida como um estado transitório de excitação, com início e fim claros, o organismo tenta se adaptar da melhor forma possível ao evento estressor. Na situação de estresse crônico, ou seja, durante o estado contínuo de ativação em que o indivíduo percebe as demandas do ambiente como sendo superiores aos recursos internos e externos disponíveis, o organismo precisa estar constantemente pronto para a situação de perigo na qual foi ou continua sendo submetido (McEwen & Lashley, 2004; Gerrig & Zimbardo, 2005).

Selye intitulou de Síndrome Geral de Adaptação um padrão de respostas ao evento estressor que acontece de forma ordenada e se constitui de três estágios, denominados fase de alerta ou alarme, resistência e exaustão (Selye, 1965; McEwen & Lashley, 2004). Na fase de alerta ou alarme, a resistência do corpo é reduzida após a exposição a um evento estressor, desencadeando uma resposta de luta ou fuga que dura poucos segundos, sendo esperado que, com o passar do tempo, as mudanças fisiológicas da reação de alarme voltem ao nível normal frente à interrupção do evento estressor. Entretanto, caso ocorra a persistência do evento

estressor, há continuação da reação, e o organismo entra na fase de resistência, considerada um estado de excitação moderada. Quando a exposição ao evento estressor é prolongada, ocorre a fase de exaustão, em que o organismo entra em colapso devido às reservas hormonais serem esvaziadas em função do estresse em um nível elevado. Nessa fase, os sinais da reação de alarme reaparecem e os efeitos do estresse podem levar o indivíduo ao adoecimento e, até mesmo, à morte. Dois subsistemas do sistema nervoso autônomo controlam esses três estágios: o sistema nervoso simpático prepara o corpo para a ação, enquanto o sistema nervoso parassimpático opera para agir contra a resposta e fazer o organismo retornar ao estado de homeostase (McEwen & Lashley, 2004; Selye, 1965).

Por fim, cabe salientar que o estresse envolve fatores físicos e psicológicos que têm efeitos diretos sobre o corpo. O nível de estresse em que a pessoa se encontra depende de como ela percebe o evento estressor, da tolerância que tem em relação ao estresse e de suas crenças pessoais a respeito dos recursos que tem para lidar com o evento.

Desenvolvimento Histórico

Historicamente, por volta de 1970, psiquiatras americanos começaram a fazer grupos com veteranos da Guerra do Vietnã (Schestatsky *et al.*, 2003; Sher, 2004). A partir da difusão desses grupos e da literatura desenvolvida na época, pesquisadores organizaram uma lista dos sintomas mais comuns observados nas “neuroses traumáticas”, denominação dada anteriormente para os quadros de estresse pós-traumático (Lifton & Olson, 1976). Nessa época, surgiu a necessidade de um diagnóstico que abarcasse essa categoria de indivíduos previamente saudáveis que desenvolviam reações sintomáticas particulares e persistentes após a vivência de um determinado evento estressor (Kristensen, Parente, & Kaszniak, 2005). Desse modo, foi introduzido na literatura científica os critérios diagnósticos contidos na 3ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-III), publicado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), em 1980 (American Psychiatric Association, 1980; Saight & Bremner, 1999; Schestatsky *et al.*, 2003; Schnurr, Friedman, & Bernardy, 2002). Assim, é possível perceber que as edições mais antigas do DSM não continham base empírica, e os critérios específicos eram insuficientes quando se referiam a reações ao estresse (Calhoun & Resick, 1999).

Para estabelecer o diagnóstico de TEPT no DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) era necessário a experiência direta de um evento altamente ameaçador à vida ou à integridade física do indivíduo que fosse severa para produzir sintomas de sofrimento e estivesse fora da cadeia normal de experiências humanas (Kristensen *et al.*, 2005). Além disso, com relação aos sintomas desenvolvidos posteriormente à experiência do

evento, os seguintes critérios deveriam estar presentes: no mínimo um sintoma de revivência ou reexperiência, ao menos um sintoma de entorpecimento da responsividade geral e, no mínimo, dois sintomas de uma lista de sintomas inespecíficos (American Psychiatric Association, 1980).

No DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987), passou a considerar-se possível o desenvolvimento do TEPT após o indivíduo conhecer ou testemunhar o evento estressor, diferenciando-se da edição anterior que exigia a experiência direta do evento (Kristensen *et al*, 2005). Ao mesmo tempo, manteve-se a necessidade de que o evento estressor estivesse fora da cadeia normal de experiências humanas. Apesar disso, evidências sugeriam que eventos comuns na vida das pessoas também desencadeavam o transtorno (Schestatsky *et al*, 2003).

Assim, posteriormente, foram realizadas pesquisas específicas objetivando reavaliar o TEPT e incluir suas modificações na 4ª Edição do DSM (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994). Nessa 4ª Edição, a exposição ao evento estressor foi ampliada, englobando tanto características descritivas do estressor, como respostas subjetivas do indivíduo ao evento (American Psychiatric Association, 1994; Corcoran, Green, Goodman, & Krinsley, 2000). Alguns critérios das edições anteriores do DSM foram eliminados em função da variabilidade de possíveis respostas entre os indivíduos e também pela característica de que muitos eventos estressores fazem parte da cadeia normal de eventos experienciados (Briere, 1997).

Crítérios Diagnósticos e Características Principais

De acordo com o DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), o TEPT caracteriza-se por um conjunto de sintomas que se manifesta após a exposição a um evento estressor traumático, incluindo revivência persistente, embotamento relacionado à responsividade geral, esquiva e excitabilidade aumentada. Os sintomas de revivência mais típicos do TEPT manifestam-se na forma de recordações ou pesadelos, que tendem a ser cenas ou aspectos relacionados à experiência traumática (American Psychiatric Association, 2002). Quanto à esquiva, essa tende a acontecer pela necessidade que o indivíduo tem de proteger-se do afeto negativo e da excitabilidade associada à revivência da experiência (Calhoun & Resick, 1999). Autores como Litz (1992) acreditam que o embotamento (também observado como entorpecimento) pode ser descrito como um déficit seletivo do processamento emocional, combinado ou não com medo de perder o controle, já que a deficiência emocional provoca reatividade elevada aos eventos negativos (Calhoun & Resick, 1999).

Eventos traumáticos devem ser diferenciados de outros eventos estressores, ao mesmo tempo em que o TEPT deve ser diferenciado de outras respostas possíveis (Kristensen *et al*, 2005). É importante ter claro que os sintomas apresentados devem estar conectados ao evento estressor traumático (American Psychiatric Association, 2002). Para o diagnóstico de TEPT, é necessário que a pessoa tenha vivenciado ou testemunhado um ou mais eventos que envolvam morte ou grave ferimento, reais ou ameaçadores, ou uma ameaça à integridade física própria ou a de outros. O tempo mínimo de sintomatologia exigida para caracterização do transtorno é de 1 mês após o início do trauma (American Psychiatric Association, 2002). Conforme o critério F do DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), deve-se assegurar que o transtorno acarreta sofrimento significativo e/ ou prejuízo funcional. No entanto, pode ser difícil avaliar criteriosamente esse aspecto. Breslau e Alvarado (2007) realizaram um estudo sobre o impacto desse critério para o diagnóstico de TEPT, alegando a dificuldade de sua avaliação pela amplitude que apresenta. Os achados da pesquisa permitiram concluir que se o critério de prejuízo clínico significativo não fosse necessário para o diagnóstico de TEPT, as taxas de indivíduos com esse diagnóstico seriam, provavelmente, 30% mais altas. Por essa razão, percebe-se que ainda há controvérsias sobre quão bem estão descritos os critérios que podem traduzir o TEPT (Breslau & Alvarado, 2007). No DSM-IV-TR, é descrito que o TEPT, frequentemente, resulta em prejuízos na habilidade de relacionamento interpessoal em ambientes sociais e familiares, os quais podem ser percebidos devido a fatores como instabilidade no trabalho, problemas conjugais e divórcio, discordância com familiares e amigos e dificuldades em lidar com os filhos (American Psychiatric Association, 2002). Entretanto, nem sempre é fácil identificar se os prejuízos percebidos são decorrentes do diagnóstico de TEPT ou já estavam presentes anteriormente à experiência do evento estressor, podendo, dessa maneira, ter contribuído para o desencadeamento e a manutenção dos sintomas pós-traumáticos.

O TEA foi introduzido pela primeira vez na literatura em 1994, a partir do DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), tendo como objetivos principais caracterizar reações graves e de curta duração em até 4 semanas após o trauma e identificar indivíduos que poderiam, subseqüentemente, desenvolver TEPT (Harvey & Bryant, 2002; McNally, 1998). Dessa forma, com a inclusão do diagnóstico de TEA procurou-se suprimir uma lacuna existente no DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) que apontava para a necessidade de uma duração mínima de 1 mês de sintomas para o diagnóstico de TEPT sem cogitar a importância dos sintomas anteriores a esse tempo (Bryant & Harvey, 1999).

Assim, o TEA caracteriza-se por cognições involuntárias decorrentes de uma situação traumática que passam a provocar uma série de sintomas. Além disso, perturbações psíquicas,

reações dissociativas e emocionais semelhantes às aquelas do TEPT, que ocorrem logo após a experiência traumática, estão entre os principais sintomas do TEA (Calhoun & Resick, 1999). Entretanto, Marshall, Spitzer e Liebowitz (1999) salientam que a inclusão desse diagnóstico suscitou no aparecimento de algumas divergências, como por exemplo, com relação à ênfase dada aos sintomas dissociativos, à descrição do curso longitudinal do transtorno e à distinção entre respostas patológicas e respostas esperadas após a vivência de um evento estressor traumático. Ao mesmo tempo, os autores se questionam quanto à existência de evidências empíricas suficientes para sustentar ambos os diagnósticos, caso fosse desconsiderada a distinção temporal entre TEA e TEPT. Ademais, autores ressaltam que a principal diferença entre TEA e TEPT é a necessidade de três sintomas dissociativos para preencher o diagnóstico de TEA (Bryant, Salmon, & Sinclair, 2007; Kristensen *et al.*, 2005; McNally, 2003).

Segundo Brooks, Silove, Bryant, O'Donnell, Creamer e McFarlane (2008), o diagnóstico de TEA tem basicamente dois propósitos: descrever reações de estresse agudo que foram descritas antes do diagnóstico de TEPT e identificar pessoas na fase aguda que estão predispostas a desenvolverem TEPT. Dessa forma, o diagnóstico de TEA não deve ser relativizado, uma vez que parece predispor o indivíduo ao TEPT (Birmes, Brunet, Carreras, Ducassé, Charlet, & Lauque, 2003; Brooks *et al.*, 2008; Harvey & Bryant, 2000). Ao mesmo tempo, há controvérsias com relação a isso, já que estudos mostram que pessoas desenvolvem TEPT sem necessariamente passarem pelo diagnóstico de TEA (Bryant, 2003). Conforme Koopman, Classen e Spiegel (1994), os sintomas dissociativos decorrentes da exposição ao trauma presentes no TEA são precursores de um desenvolvimento subsequente de TEPT, pois limitam a recuperação de memórias do trauma e de sua influência associada, impedindo uma adaptação bem sucedida dessas memórias. Atualmente, há uma discussão que surge a fim de clarificar a idéia de que TEA e TEPT sejam construtos similares ou diferentes, ressaltando para a problemática conceitual observada no TEA (Ballenger *et al.*, 2004; Harvey & Bryant, 2002; Kristensen *et al.*, 2005).

Prevalência

Atualmente, Sher (2004) aponta que estudos epidemiológicos sobre a prevalência de exposição a eventos estressores traumáticos ao longo da vida encontraram taxas que variaram de 40% a 90%. Uma possível explicação para a discrepância na taxa de prevalência poderia ser justificada pela definição do que seria considerado como um evento traumático, já que esta foi se modificando ao longo da reformulação dos critérios diagnósticos. Conforme Kristensen e colaboradores (2005), estudos que utilizaram os critérios do DSM-III (American Psychiatric

Association, 1980) e do DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) para verificar a prevalência de eventos estressores traumáticos na população geral ao longo da vida encontraram taxas que variaram de 39,1% (Breslau, Davids, Andreski, & Petersen, 1991) a 75% (Kilpatrick, Saunders, Veronen, Best, & Von, 1987). Por outro lado, estudos cujos critérios adotados foram os estabelecidos no DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) encontraram índices sobre a prevalência de eventos estressores que variaram desde 57,1% (Creamer, Burgess, & McFarlane, 2001) a 89,6% (Breslau, Kessler, Chilcoat, Schultz, Davis, & Andreski, 1998). Segundo Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes e Nelson (1995), o estudo de Kilpatrick e Resnick (1993) estimou uma prevalência de exposição com uma variação de 60,7% para homens e de 51,2% para mulheres que reportaram apenas um evento traumático.

Com relação à prevalência de TEPT, de acordo com Kessler e colaboradores (1995), o estudo mais antigo feito na população geral foi realizado nos Estados Unidos pelo *Epidemiologic Catchment Area* (ECA, Helzer, Robins, & McEvoy, 1987), com uma prevalência ao longo da vida estimada em 1%. Outro estudo de Shore, Vollmer e Tatum (1989, citado em Kessler *et al.*, 1995) foi feito com o uso dos mesmos critérios e instrumentos diagnósticos do estudo do ECA. Realizado com casos controle, com uma amostra de vítimas do vulcão em erupção Mount St Helens, a prevalência ao longo da vida encontrada foi de 2,6%.

Nos estudos mais atuais sobre a prevalência de TEPT ao longo da vida, os dados variaram de 1% a 9% (Sher, 2004). Entre aqueles que utilizaram os critérios do DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987), foram encontradas taxas de prevalência do transtorno que variaram de 7,8% a 9,2% na população geral (Breslau *et al.*, 1991; Kessler *et al.*, 1995). O estudo de Kessler e colaboradores (1995) encontrou uma distribuição variada de 10,4% nas mulheres e 5,0% nos homens. Ademais, Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders e Best (1993), após investigarem o TEPT em uma amostra de aproximadamente 4.000 mulheres, conseguiram observar que, enquanto a prevalência atual do transtorno era de 4,6%, a prevalência estimada ao longo da vida era de 12,3%. Breslau e colaboradores (1991) encontraram, pelos critérios do DSM-III-R, em uma amostra de adultos jovens, taxas de prevalência de 11,3% para mulheres e taxas de 6% para homens. De acordo com Kessler e colaboradores (1995), múltiplos fatores são responsáveis pelas diferenças nos estudos envolvendo o DSM-III-R e o DSM-III, incluindo as diferenças nos critérios diagnósticos, procedimentos de avaliação e outras características das amostras.

Segundo Kristensen e colaboradores (2005), um estudo pioneiro que avaliou a prevalência de TEPT na população geral, considerando os critérios diagnósticos estabelecidos no DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) foi o de Breslau e colaboradores (1998). Nesse estudo, os autores verificaram um risco condicional para o TEPT em 9,2%, considerando um evento estressor selecionado aleatoriamente e, em torno de 13,6%, quando o critério de estressor foi baseado no pior evento. O estudo de replicação do *National Comorbidity Survey* (NCS-R; Kessler, Berglund *et al.*, 2005; Kessler, Chiu, Demler, Jin, & Walters, 2005) é uma pesquisa recente e influente na área que avaliou a prevalência dos transtornos mentais tanto ao longo da vida como nos últimos 12 meses conforme os critérios descritos no DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). O NCS-R estimou uma prevalência de TEPT, nos últimos 12 meses, de 3,5% nos 9.282 participantes da amostra. A prevalência ao longo da vida encontrada no estudo foi de 6,8%.

Conforme Breslau e Kessler (2001), a revisão na definição do que seria um evento estressor potencialmente traumático, a partir do DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), produziu um aumento em torno de 20% nos eventos potencialmente classificados como estressores. Ainda que a grande maioria dos indivíduos expostos a situações potencialmente traumáticas não desenvolva TEPT (Sher, 2004; Yehuda & McFarlane, 1995), ele tem sido considerado, entre os transtornos de ansiedade, o terceiro mais prevalente ao longo da vida no estudo NCS-R (Kessler, Berglund *et al.*, 2005), após Fobia Específica (12,5%) e Fobia Social (12,1%). Conseqüentemente, de forma negativa, o resultado esperado está relacionado a conseqüências sociais e econômicas bastante significativas (Ballenger *et al.*, 2004).

Considerações Finais

Por intermédio da revisão da literatura, ficaram evidentes as mudanças nos critérios diagnósticos do TEPT a partir da observação e da discussão dos pesquisadores em torno das peculiaridades e das implicações clínicas, econômicas e sociais decorrentes do transtorno. Ademais, é notório destacar que esforços ainda vêm sendo empregados numa tentativa de clarificar, dimensionar e mensurar os efeitos do TEPT para aqueles indivíduos acometidos por esse diagnóstico.

Ainda há controvérsias entre os estudiosos com relação a alguns aspectos mais particulares e específicos que caracterizam o transtorno, como por exemplo, o tempo mínimo de duração dos sintomas e as peculiaridades que o diferenciam do TEA, além das dificuldades em mensurar o sofrimento significativo e/ou o prejuízo funcional observados entre as vítimas. Dessa maneira, tal indagação sobre quão bem descritos estão os critérios diagnósticos,

levando a constantes reformulações nos DSM's, também acarreta em impactos significativos sobre os estudos epidemiológicos de exposição a eventos estressores ao longo da vida e sobre os levantamentos de prevalência do TEPT na população geral.

Assim, levanta-se a hipótese de que a busca por esse consenso na definição precisa dos sintomas do TEPT será constante. Ao mesmo tempo, pode-se pensar que as peculiaridades observadas no transtorno em diferentes momentos serão marcadas e impactadas pelo contexto histórico e social, influenciando não só nos tipos de eventos estressores traumáticos mais frequentemente experienciados como também no entendimento e nas estratégias de enfrentamento utilizadas pelos indivíduos que sofrem de TEPT.

Apesar disso, percebe-se certa tendência entre os diferentes estudos que embasaram este artigo de ressaltar a alta prevalência do transtorno e também a ampla gama de prejuízos observados não somente entre as vítimas, mas também entre familiares, amigos e a sociedade como um todo. Em função disso, ressalta-se que novos estudos empíricos serão importantes, visto que é a partir desse entendimento que estratégias terapêuticas eficientes serão formuladas, diminuindo a intensidade dos sintomas, aprimorando as estratégias de enfrentamento e, conseqüentemente, aumentando a qualidade de vida dos pacientes diagnosticados com TEPT.

Referências

- American Psychiatric Association. (1980). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (3a. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association. (1987). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (3a. ed.; Texto Revisado). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association. (1994). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4a. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- 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(Supl. 1), 55-62.
- Birmes, P., Brunet, A., Carreras, D., Ducassé, J. L., Charlet, J. P., & Lauque, D. (2003). The predictive power of peritraumatic dissociation and acute stress symptoms for posttraumatic stress symptoms: A three-month prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1337-1339.
- Breslau, N., & Alvarado, G. F. (2007). The clinical significance criterion in DSM-IV post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 37, 1437-1444.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216-222.
- Breslau, N., & Kessler, R. C. (2001). The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: An empirical investigation. *Biological Psychiatry*, 50, 699-704.
- 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.
- Briere, J. (1997). *Psychological assessment of adult posttraumatic states*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Brooks, R., Silove, D., Bryant, R., O'Donnell, M., Creamer, M., & McFarlane, A. (2008). A confirmatory factor analysis of the acute stress disorder interview. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 352-355.
- Bryant, R. A. (2003). Early predictors of posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 53, 789-795.

- Bryant, R. A., & Harvey, A. G. (1999). *Acute stress disorder: A handbook of theory, assessment, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bryant, R. A., Salmon, K., & Sinclair, E. (2007). The relationship of Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder in Injured Children. *Journal of Traumatic Stress, 20*, 1075-1079.
- Calhoun, K. S., & Resick, P. (1999). Transtorno de estresse pós-traumático. In D. H. Barlow (Ed.), *Manual dos Transtornos Psicológicos*. (2a. ed.) (pp. 63-118). Porto Alegre: Artmed.
- Corcoran, C. B., Green, B. L., Goodman, L. A., & Krinsley, K. E. (2000). Conceptual and methodological issues in trauma history assessment. Em A. Y. Shalev, R. Yehuda, & A. C. McFarlane (Orgs.), *International handbook of human response to trauma* (pp. 223-232). New York: Kluwer/Plenum.
- Creamer, M., Burgess, P., & 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.
- Gerrig, R. J., & Zimbardo, P. G. (2005). *A psicologia e a vida* (16a. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Harvey, A. G., & Bryant, R. A. (2002). Acute stress disorder: A synthesis and critique. *Psychological Bulletin, 128*, 886-902.
- Harvey, A. G., & Bryant, R. A. (2000). Two-year prospective evaluation of the relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry, 157*, 626-628.
- Helzer, J. E., Robins, L. N., McEvoy, L. (1987). Post-traumatic stress disorder in the general population. *New England Journal of Medicine, 317*, 1630-1634.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, 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. T., 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.

- Kilpatrick, D. G., & Resnick, H. S. (1993). Posttraumatic stress disorder associated with exposure to criminal victimization in clinical and community populations. In J. R. T. Davidson, & E. B. Foa (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond* (pp. 113–143). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., Veronen, L. J., Best, C. L., & Von, J. M. (1987). Criminal victimization: Lifetime prevalence, reporting to police, and psychological impact. *Crime Delinquency*, *33*, 479-489.
- Koopman, C., Classen, C., & Spiegel, D. (1994). Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/ Berkely, California, firestorm. *American Journal of Psychiatry*, *151*, 888-894.
- Kristensen, C. H., Parente, M. A. M. P., & Kaszniak, A. W. (2005). Transtorno de Estresse Pós-Traumático: Critérios diagnósticos, prevalência e avaliação. Em R. M. Caminha (Org.), *Transtornos do Estresse Pós-Traumático (TEPT): Da neurobiologia à terapia cognitiva* (pp. 15-35). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lifton, R. J., & Olson, E. (1976). The human meaning of total disaster: The Buffalo Creek Experience. *Psychiatry* *39*, 1-18.
- Litz, B. T. (1992). Emotional numbing in combat-related post-traumatic stress disorder: A critical review and reformulation. *Clinical Psychology Review*, *12*, 417-432.
- Marshall, R. D., Spitzer, R., & Liebowitz, M. R. (1999). Review and critique of the new DSM-IV diagnosis of acute stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 1677-1685.
- McEwen, B. S., & Lashley, E. N. (2004). *The end of stress as we know it*. Washington, DC: DANA/Joseph Henry.
- McEwen, B. S. (2002). Sex, stress, and the hippocampus: allostasis, allostatic load and the aging process. *Neurobiology of Aging*, *23*, 921-939.
- McNally, R. J. (2003). *Remembering trauma*. Cambridge, MA: Belknap/Harvard.
- McNally, R. J. (1998). Experimental approaches to cognitive abnormality Posttraumatic Stress Disorder. *Clinical Psychology Review*, *18*, 971-982.
- Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E., & Best, C. L. (1993). Prevalence of civilian trauma and PTSD in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 984-991.
- Saigh, P. A., & Bremner, J. (1999). The history of posttraumatic stress disorder. In P. A. Saigh, J. Bremner (Eds). *Posttraumatic Stress Disorder: A comprehensive text*. (pp. 1-17). Boston: Allyn & Bacon.

- Schestatsky, S., Shansis, F., Ceitlin, L. H., Abreu P. B. S., & Hauck, S. (2003). A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(supl. 1), 8-11.
- Schiraldi, G. R. (1999). *The post-traumatic stress disorder sourcebook: A guide to healing, recovery, and growth*. New York: Mc Graw Hill.
- Schneiderman, N., Ironson, G., & Siegel, S. D. (2005). Stress And Health: Psychological, Behavioral, and Biological Determinants. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 607-628.
- Schnurr, P. P., Friedman, M. J., & Bernardy, N. C. (2002). Research on posttraumatic stress disorder: Epidemiology, pathophysiology, and assessment. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 877-889.
- Selye, H. (1965). *Stress: A tensão da vida*. São Paulo: Ibasa.
- Sher, L. (2004). Recognizing post-traumatic stress disorder. *Q J Med*, 97(1), 1-5.
- 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.

Processamento Cognitivo no Transtorno de Estresse Pós-Traumático

Resumo

O presente artigo discute o processamento cognitivo no Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), bem como as suas consequências para os indivíduos que experienciaram um evento estressor traumático. Inicialmente, as teorias mais relevantes relacionadas ao desenvolvimento do TEPT são apresentadas, como a Teoria dos Dois Fatores, a Teoria do Processamento Emocional, a Teoria da Representação Dual e a Teoria Cognitiva. A partir disso, a relação entre o processamento cognitivo da experiência traumática e o desencadeamento, a manutenção e o agravamento dos sintomas pós-traumáticos é discutida. Por último, são descritas as implicações clínicas do transtorno. A discussão das teorias possibilitou verificar a existência de divergências e limitações a respeito do desenvolvimento e manutenção do transtorno. Foi verificada uma necessidade de mais pesquisas empíricas que objetivem o entendimento acerca do processamento cognitivo no TEPT. Conseqüentemente, esse esforço pode contribuir com hipóteses explicativas mais precisas, acarretando num aumento de intervenções mais efetivas em pacientes com o transtorno e na adoção de medidas preventivas.

Palavras-chave: Transtornos de Estresse Traumático, TEPT, Cognição

Cognitive Processing in Posttraumatic Stress Disorder

Abstract

This article discusses the cognitive processing in Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), as well as its consequences for the individuals who experienced a stressful traumatic event. Initially, the most relevant theories of the development of PTSD are shown, such as the Theory of Two Factors, the Emotional Processing Theory, the Theory of Dual Representation and Cognitive Theory. Based on this background, the relationship between the cognitive processing of traumatic experience and the onset, maintenance and aggravation of post-traumatic symptoms is discussed. At last, we describe the disorder's clinical implications. The theories discussion enabled us to verify the existence of differences and limitations regarding the development and maintenance of the disorder. It is verified a need for more empirical research that aim the understanding of cognitive processing in PTSD. Therefore, this effort may contribute with more precise explanatory hypotheses, resulting in an increase of more effective interventions in patients with the disorder and the adoption of preventive measures.

Key Words: Traumatic Stress Disorders, PTSD, Cognition

Introdução

A ocorrência de eventos estressores na vida dos indivíduos é bastante comum. Estima-se que em torno de 60 a 90% da população já sofreu ou será exposta a experiências estressoras traumáticas (Breslau, Kessler, Chilcoat, Schultz, Davis, & Andreski, 1998), sendo que uma parcela considerável dessas pessoas desenvolve o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). O número crescente de publicações a respeito do transtorno, principalmente nos Estados Unidos, Israel e alguns países da Europa e Oceania (Câmara Filho & Sougey, 2001) evidencia o interesse nessa área. Infelizmente, no Brasil, o transtorno ainda é pouco estudado, o que acarreta dificuldades significativas em termos de diagnóstico, prevalência e tratamento na população.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR), o TEPT pode ser caracterizado, basicamente, como uma síndrome que tem como principais sintomas cognições involuntárias e intrusivas, decorrentes da vivência de um evento estressor traumático (American Psychiatric Association, 2002). Esse fenômeno cognitivo involuntário inclui *flashbacks*, pesadelos e recordações intrusivas a respeito da experiência traumática (Buckley, Blanchard, & Hickling, 1998).

Atualmente, sabe-se que as vulnerabilidades do indivíduo e o processamento cognitivo do trauma são fatores tão ou mais importantes que o evento estressor em si (Calhoun & Resick, 1999; Hageman, Andersen, & Jorgensen, 2001; Solomon & Johnson, 2002; Yehuda, 1999). Dessa maneira, diferentes abordagens teóricas têm sido empregadas numa tentativa de explicar as implicações do processamento cognitivo da experiência traumática para o desencadeamento, a manutenção e o agravamento dos sintomas traumáticos. Assim, este artigo teve como principal objetivo discutir o processamento cognitivo no TEPT, bem como as suas conseqüências para os indivíduos que experienciaram um evento estressor traumático.

Teorias Psicológicas do TEPT

Teoria dos Dois Fatores

A Teoria dos Dois Fatores (ou Teoria Bifatorial) sugerida por Mowrer (1960) partiu de uma adaptação das teorias de condicionamento propostas para a aquisição e a manutenção de outros transtornos de ansiedade (Brewin & Holmes, 2003). A ansiedade é uma resposta de preservação à vida, incluindo um padrão de respostas incondicionadas e reações fisiológicas referentes à emissão de comportamentos de luta ou fuga frente a situações de ameaça (Knapp & Caminha, 2003; Margis, Picon, Conser & Silveira, 2003; Sadock & Sadock, 2008).

Segundo Keane, Zimering e Caddell (1985), através da Teoria dos Dois Fatores, o desenvolvimento e a manutenção da sintomatologia do TEPT podem ser explicados,

respectivamente, por condicionamento clássico e operante. A partir do condicionamento clássico (ou condicionamento Pavloviano), entende-se o trauma como um estímulo incondicionado (EI) que gera uma resposta incondicionada (RI) de medo e evitação (Astin & Resick, 2003). Há, normalmente, um pareamento de outros estímulos neutros que estavam presentes durante o trauma com o evento estressor traumático (Keane *et al.*, 1985). Dessa maneira, esses estímulos neutros passam a desencadear a resposta de medo (resposta condicionada - RC), tornando-se, então, o estímulo neutro um estímulo condicionado (EC). A partir disso, ocorre a generalização do estímulo através do condicionamento operante, em que, além da lembrança do trauma, os sinais - tanto os associados como os inicialmente neutros que são evocados por estímulos desencadeadores - se transformam em estímulos condicionados, produtores de resposta de medo intenso e evitação (RC). Assim, seria esperado que, com a cessação da apresentação do evento estressor (EI), a associação entre EC e RC fosse extinta. No entanto, o intenso medo faz com que se evite a lembrança ou as situações associadas ao evento estressor (EC) e, conseqüentemente, à resposta de ansiedade (RC), gerando alívio momentâneo. Desse modo, a evitação da lembrança do trauma ou de situações (lugares, pessoas, estímulos sensoriais) associadas (EC) passa a ser reforçada negativamente, impedindo a extinção da associação entre lembrança do trauma (com seus estímulos desencadeadores) e ansiedade (RC) (Mowrer, 1960).

Dessa maneira, esta teoria pressupõe que estímulos neutros passam a se transformar em estímulos condicionados que geram respostas condicionadas cada vez mais fortalecidas pela evitação (Mowrer, 1960). No condicionamento operante, através da generalização do estímulo, é possível explicar como os sintomas freqüentemente pioram durante o tempo, acarretando num aumento da evocação de memórias traumáticas e excitabilidade fisiológica (Keane *et al.*, 1985). Assim, a teoria permite entender como o sistema de respostas de esquiva é mantido, gerado pelo aumento da ansiedade (Knapp & Caminha, 2003). Por outro lado, pesquisadores abordam que a Teoria dos Dois Fatores é incompleta e parcimoniosa para esclarecer os sintomas do TEPT, não fornecendo uma explicação para a grande generalização de estímulos evitados pelos pacientes com esse diagnóstico (Cahill & Foa, 2007; Taylor, 2006). Além disso, Cahill e Foa (2007) argumentam que o problema maior para essa abordagem reside em explicar convincentemente os sintomas de reexperiência, particularmente pensamentos intrusivos, *flashbacks* e pesadelos.

Teoria do Processamento Emocional

Foa e Kozak (1986) começaram discutindo a idéia de que emoções extremas experienciadas durante um trauma conduzem a um processamento da informação de eventos

traumáticos que produz desorganização e recordações de memória incoerentes com a memória traumática (Foa & Riggs, 1993). A Teoria do Processamento Emocional parte da premissa de que os transtornos de ansiedade refletem a presença de estruturas de medo patológico na memória, ou seja, representações de estímulos inofensivos que são erroneamente associados com o significado de perigo, conduzindo a uma percepção generalizada de ameaça (Cahill & Foa, 2007; Foa & Rothbaum, 1998). Além disso, as memórias traumáticas codificam uma larga escala de respostas, tanto fisiológicas como comportamentais, que podem estar ligadas a uma avaliação da falta de efetividade pessoal face à ameaça, dando ênfase, assim, a uma representação generalizada do *self* como totalmente inapto (Brewin & Holmes, 2003).

Dessa maneira, Foa e Rothbaum (1998) incluíram o conceito de esquema na elaboração da Teoria do Processamento Emocional, definindo-o como crenças e conhecimentos sobre um determinado aspecto, como o *self* (Taylor, 2006). Tais representações esquemáticas têm um importante papel no início e na manutenção do TEPT. Esse modelo foca, então, mais especificamente, a ameaça relacionada ao trauma, explicando como a informação é representada no sistema cognitivo e, subsequentemente, como é processada (Brewin, Dalgleish, & Joseph, 1996).

Foa, Steketee e Rothbaum (1989) sugeriram que um dos pontos centrais é a estrutura de medo que, por ser especialmente grande e complexa, se mantém por longo tempo na memória. A rede abrange informações de estímulos eliciados após o evento traumático, informações sobre cognições, comportamentos e reações fisiológicas do trauma e informações que ligam esses estímulos a elementos de resposta (Foa & Rothbaum, 1998). A rede contém as representações de estímulos de medo (como sair à noite sozinho), a resposta fisiológica da informação (comportamentos de segurança) e o significado da informação (o conceito de perigo) que se forma através do condicionamento e da generalização. Em conjunto, os três tipos de informação: estímulos, respostas e significado dos elementos são interligados. As ligações podem ser inatas ou adquiridas por um processo de condicionamento. Foa e Rothbaum (1998) colocam que, no TEPT, muitas dessas ligações representam associações errôneas, já que estímulos neutros podem estar condicionados ao medo, o que pode explicar a imprevisibilidade e incontrolabilidade que estão relacionadas ao TEPT. A ativação dessa rede de medo se dá, posteriormente, através da provocação de estímulos como lembranças do trauma que trazem informações à rede, invadindo a consciência, como os sintomas intrusivos do TEPT. Assim, tentativas de impedir e suprimir tais ativações conduzem a um conjunto de sintomas de evitação (Foa *et al.*, 1989).

A resolução do trauma com sucesso só pode ocorrer pela integração da informação com estruturas de memórias já existentes. Segundo a teoria, tratamentos adequados modificam os elementos patológicos da estrutura do medo, isto é, os estímulos deixam de evocar a resposta de ansiedade (Cahill & Foa, 2007).

Foa e colaboradores (1989) discutiram que as características de incontrollabilidade e imprevisibilidade do evento traumático fazem com que fique difícil assimilar a existência de modelos em que o mundo é controlável e previsível. Além disso, fatores como a severidade do evento interrompem o processo cognitivo de atenção e memória no momento do trauma. Os autores discutiram que essa interrupção forma uma separação e fragmentação da rede de medo, sendo, conseqüentemente, difícil de integrar com modelos organizados já existentes. Foa e Rothbaum (1998) têm feito progressos consideráveis que justificam um melhor entendimento de como os processos cognitivos servem de base para operar o TEPT.

A idéia central da teoria é que eventos traumáticos modificam as crenças básicas das pessoas, o que é confirmada pelo fato de que há um aumento geral de crenças negativas sobre o *self*, sobre o mundo e sobre os outros após a vivência do evento traumático (Foa *et al.*, 1989). Quando vítimas com TEPT são comparadas a vítimas que não desenvolveram o transtorno, as alterações nessas crenças ficam evidenciadas (Foa, Ehlers, Clark, Tolin, & Orsillo, 1999).

Uma das limitações da Teoria do Processamento Emocional é sobre o seu foco no medo como primeira emoção e no perigo como o primeiro significado associado ao TEPT. Além disso, pesquisadores alegam que esse modelo é muito parecido com a Teoria do Condicionamento e que, mesmo a terapia de exposição tendo bons resultados, não garante que o processamento emocional esteja correto (Cahill & Foa, 2007).

Modelo de Representação Dual

O Modelo de Representação Dual foi desenvolvido por Brewin e colaboradores (1996). Conforme esse modelo, existem dois sistemas de memória que trabalham em paralelo – o sistema de memória verbalmente acessível (VAM) e o sistema de memória situacionalmente acessível (SAM) – sendo que um pode se sobressair em relação ao outro em momentos diferentes (Brewin, 2001).

O sistema VAM organiza a informação em estruturas coerentes, em forma de narrativas, estando submetido a um controle mais consciente. Narrativas de memória oral ou escrita do trauma representam uma operação de um sistema de acessibilidade de memória verbal, refletindo o fato de que a memória traumática foi integrada com outras memórias autobiográficas (Brewin *et al.*, 1996).

O sistema SAM é uma memória mais fragmentada, acessado de forma predominantemente automática, englobando informações que não são gravadas no sistema VAM e, por isso, requer um nível mais baixo de processamento perceptual da informação, o qual não é necessariamente integrado ao conhecimento autobiográfico (Brewin & Holmes, 2003; Brewin *et al.*, 1996; Taylor, 2006). O conteúdo armazenado no sistema SAM é acessado por estímulos correspondentes no ambiente, sendo difícil para as pessoas controlarem os gatilhos dessas memórias, já que não estão aptas para evitar essas lembranças. Assim, tem-se que os sonhos e os *flashbacks* característicos do TEPT são produtos do sistema SAM (Brewin & Holmes, 2003; Taylor, 2006).

Teoria Cognitiva de Ehlers e Clark

Em 1995, Ehlers e Steil propuseram um modelo em que a inibição da mudança no significado atribuído às cognições impede a melhora (Gray, Maguen, & Litz, 2007). Os autores descobriram que significados idiossincráticos de pensamentos intrusivos experienciados pelas pessoas com TEPT prediziam um alto nível individual de estresse que resultaria em estratégias para controlar esses pensamentos intrusivos. Ou seja, se um indivíduo percebe os pensamentos intrusivos como um indicador de que está perdendo o controle ou enlouquecendo, a motivação para suprimir esses pensamentos é potencializada (Ehlers & Steil, 1995). Essa supressão mantém um círculo vicioso, e as estratégias de controle resultam na manutenção desses pensamentos intrusivos, impedindo, assim, mudanças no significado do trauma. Em função disso, Ehlers e Steil (1995) passaram a sugerir uma avaliação detalhada do processo que tende a impedir mudanças no significado do trauma, incluindo comportamentos de segurança, supressão de memórias e pensamentos que relatem o trauma e o processamento de seleção de informações (Gray *et al.*, 2007).

Segundo Taylor (2006), a Teoria Cognitiva de Ehlers e Clark é um dos modelos mais complexos para explicar o funcionamento cognitivo no TEPT, englobando conceitos e pressupostos de outros modelos, como condicionamento, crenças disfuncionais, esquemas e memórias verbais e situacionais. O modelo dá ênfase aos fatores que são responsáveis pela manutenção do TEPT (Taylor, 2006).

De acordo com Ehlers e Clark (2000), o modelo propõe que duas proposições chaves conduzem a um sentido de ameaça atual: (a) diferenças individuais na avaliação do trauma e/ou de suas seqüelas; (b) diferenças individuais na natureza da memória para o evento e sua ligação a outras memórias autobiográficas. Uma vez ativada, a percepção da ameaça atual é acompanhada de intrusões e de outros sintomas de reexperiênciação, sintomas de hipervigilância, ansiedade e outras respostas emocionais. Esse senso de ameaça também

motiva uma série de respostas de comportamentos e cognições que pretendem reduzir a ameaça percebida e o estresse em curto prazo, tendo, como consequência, o impedimento de mudanças cognitivas e a manutenção do transtorno (Ehlers & Clark, 2000).

Para Ehlers e Clark (2000), o TEPT se cronifica no indivíduo traumatizado quando ele passa a ver o evento traumático como uma ameaça atual, o que produz medo e evitação relacionados aos estímulos que lembram o trauma. De acordo com os autores do modelo, tais pensamentos podem ser relacionados ao desenvolvimento de TEPT, sendo que as pessoas que irão desenvolver o transtorno serão aquelas que, durante o evento traumático, processam o significado e as implicações do evento sofrido como um senso de ameaça atual como se não houvesse separação temporal de presente, passado e futuro. Esse tipo de reação está associado com um distúrbio na memória autobiográfica, caracterizado, basicamente, por baixa elaboração e conceitualização, associações erradas de memória e erros no *priming* perceptual. Isso tudo impede a pessoa de situar o trauma no passado e implica em avaliações negativas, nas quais a possibilidade de que eventos aversivos voltem a ocorrer é superestimada e, como consequência, a competência do *self* passa a ser subestimada. As avaliações negativas incluem interpretações particulares sobre o trauma relacionadas às consequências, ao mundo e à avaliação dos sintomas de TEPT. Avaliações errôneas tendem a gerar emoções como ansiedade, raiva, vergonha e culpa, as quais, por sua vez, motivam as pessoas a se engajarem em estratégias de defesa desadaptativas. Num primeiro momento, essas estratégias ajudam a reduzir o estresse a curto prazo, mas, a longo prazo, acabam por perpetuar o ciclo de ameaça.

O modelo também implica no desenvolvimento de associações condicionadas entre estímulos (E) e respostas (R), propondo que o problema mais persistente no TEPT é que as associações entre os E-R estão particularmente erradas. Isso faz com que a provocação de memórias do evento e/ou respostas emocionais sejam associadas mais facilmente a estímulos (Ehlers & Clark, 2000). A memória do trauma e as avaliações de ameaça são ditas como mutuamente influenciadas por outras. A recuperação de uma memória pode conduzir ou reforçar avaliações de perigo ou de ameaça relevante, tanto que é mais fácil recordar memórias congruentes com a situação vivenciada. A baixa elaboração de memórias é também responsável pela dificuldade em integrar as informações que podem desconfirmar as avaliações negativas. Ruminações deliberadas utilizadas na tentativa de entender o trauma também podem igualmente indicar a perpetuação do TEPT.

Processamento Cognitivo e o Desenvolvimento do TEPT

Os modelos teóricos anteriormente descritos enfatizam, em grande parte, o processamento cognitivo pós-traumático, visto que os próprios modelos foram propostos para

explicar a aquisição e a manutenção do TEPT. Em comum, essas abordagens apresentam algum modelo explicativo sobre o processamento da memória traumática, bem como sobre as alterações em termos dos conteúdos da cognição (por exemplo, crenças) após a ocorrência do evento traumático. Ainda estão presentes, em menor grau, propostas sobre o funcionamento (vulnerabilidade psicológica, conforme proposto por Keane, Marshall & Taft, 2006) e conteúdos que antecedem (por exemplo, cognições pré-traumáticas) ou ocorrem simultaneamente (cognições peri-traumáticas) ao evento estressor (Keane *et al.*, 2006; Bryant & Guthrie, 2007; Ozer & Weiss, 2004). Schnurr, Friedman e Bernardy (2004) concluíram, após extensiva pesquisa sobre o risco e a manutenção do TEPT, que seu desenvolvimento está relacionado ao processamento cognitivo que ocorre antes, durante e após um evento traumático. A falha na recuperação das recordações autobiográficas está relacionada, primeiramente, aos fatores que ocorrem durante e após o evento. O risco para o desenvolvimento do TEPT varia, então, de acordo com o número de cognições pré, peri e pós-traumáticas (Breslau, Davis, Andreski, & Peterson, 1991; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995; Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders, & Best, 1993).

Há evidências de que o TEPT seja mediado, em parte, pelas respostas emocionais, comportamentais e fisiológicas decorrentes do sistema de crenças associados à experiência traumática (Ehlers & Clark, 2000; Foa & Riggs, 1993; Foa & Rothbaum, 1998). Nesta seção, procurou-se revisar evidências empíricas, além das cognições pós-traumáticas, sobre os processos e conteúdos cognitivos pré e peri-traumáticos que possam estar associados ao desenvolvimento do TEPT.

No processamento cognitivo pré-traumático estão incluídas as crenças prévias ao evento estressor traumático. Crenças muito rígidas prévias ao trauma – tanto negativas quanto positivas – sobre o *self* e o mundo tornam os indivíduos mais vulneráveis a desenvolver o transtorno (Foa & Rothbaum, 1998). Modelos cognitivos como o de Foa e colaboradores (1999) sustentam que o TEPT é mantido basicamente por dois tipos de crenças negativas: pensamentos extremos sobre a periculosidade do mundo e sobre o *self* como incompetente (Foa & Riggs, 1993; Foa & Rothbaum, 1998). Quando o desenvolvimento do TEPT está relacionado às crenças rígidas negativas, caracteriza-se por interpretações catastróficas sobre ameaças e suas inabilidades em lidar com elas. Esses indivíduos que vêem a si mesmos como incompetentes e o mundo como perigoso têm tais premissas confirmadas e reforçadas quando experienciam o evento traumático (Taylor, 2006). Ao mesmo tempo, os indivíduos que possuem crenças rígidas e positivas sobre o *self* como altamente competente e sobre o mundo como altamente seguro também têm essas crenças impactadas e desorganizadas após

experienciarem o evento estressor, já que a dimensão do evento é altamente contraditória às crenças prévias (Brewin & Holmes, 2003). Assim, independentemente das crenças serem positivas ou negativas, quando são estanques, fazem com que o indivíduo passe a ver-se como totalmente incompetente e o mundo como perigoso com um grau altamente disfuncional de certeza (Foa *et al.*, 1989). Por outro lado, pessoas que têm crenças mais flexíveis sobre graus de competência e segurança são vistas como mais resilientes aos efeitos do trauma, pois elas são mais hábeis a interpretar o trauma como uma experiência incomum, sem maiores implicações às crenças sobre o *self* e o mundo existentes até então (Brewin & Holmes, 2003; Foa *et al.*, 1989; Taylor, 2006).

Como ilustração empírica dos aspectos acima citados, é possível mencionar o estudo de Bryant e Guthrie (2007), que objetivou avaliar o impacto das crenças catastróficas prévias a exposição de um evento estressor. A amostra constituiu-se de bombeiros em fase de treinamento (antes de terem sido expostos ao evento estressor), visto serem esses profissionais mais suscetíveis a experienciar eventos traumáticos. Os resultados dessa pesquisa permitiram concluir que avaliações rígidas e catastróficas prévias predizem uma maior vulnerabilidade ao TEPT, corroborando com os modelos cognitivos anteriores (Foa *et al.*, 1999). Concluiu-se nesse estudo, então, que a auto-avaliação negativa antes da exposição ao trauma prediz o TEPT (Bryant & Guthrie, 2007). Curiosamente, a avaliação negativa pré-traumática também prediz uma subsequente depressão pós-trauma, sugerindo que a depressão é influenciada prioritariamente por tendências depressivas mais que por um estilo cognitivo particular (Bryant & Guthrie, 2007).

O estudo de Dunmore, Clark e Ehlers (2001) foi realizado com uma amostra de indivíduos sobreviventes de assalto 4 meses após o evento ter ocorrido e 6 e 9 meses após a avaliação inicial. Os tipos de assalto não se mantiveram como significativos para a sintomatologia do TEPT ao longo da avaliação, mas as dificuldades psicológicas (crenças) pré-assalto foram relatadas como significativas na manutenção da severidade do TEPT após a avaliação dos 9 meses, sugerindo que o tipo de assalto é importante para o desenvolvimento do TEPT e os fatores peri-traumáticos, como as crenças, são importantes preditores da manutenção do transtorno.

Algumas pesquisas anteriores, como a de North, Smith e Spitznagel (1997), foram delineadas de forma a melhor compreender os conceitos de desenvolvimento *versus* manutenção. Neste estudo, foram comparados indivíduos que desenvolveram TEPT a curto prazo com os que desenvolveram TEPT crônico. Entre os resultados encontrados, nenhuma característica demográfica, pré-traumática e comorbidades psiquiátricas agudas, nem

características da exposição, foram responsáveis por predizer a remissão em sobreviventes de uma chacina. Em contrapartida, McFarlane (1988) relatou achados que apontam maior incidência de TEPT quando foram constatadas cognições pré-traumáticas negativas em um estudo realizado com bombeiros que foram avaliados 4, 11, e 29 meses após o incêndio.

As alterações na experiência estressora traumática que acontecem durante e imediatamente após o trauma são as chamadas cognições peri-traumáticas (Birmes, Brunet, Carreras, Ducassé, Charlet, & Lauque, 2003). São caracterizadas por um senso de que as coisas não são reais (irrealização), alteração no sentido do tempo e sensações de desconexão com o *self* (despersonalização). Os sentimentos são semelhantes a como se a pessoa estivesse assistindo um filme de si mesma, porque o evento é uma descrição comum da experiência de dissociação (Ozer & Weiss, 2004). Segundo os autores, a força na relação entre esse tipo de dissociação e a probabilidade de desenvolver TEPT estão altamente relacionadas e, inclusive, alguns pesquisadores têm conseguido comprovar que a dissociação peri-traumática é preditora de TEPT (Ozer & Weiss, 2004). Entre os exemplos de pesquisas que comprovam os efeitos desse tipo de cognição, é possível citar uma pesquisa feita com cidadãos israelitas cujos principais sintomas encontrados foram: distorção temporal, sentimentos de irrealização e um senso de despersonalização em sobreviventes de conflitos (Birmes, Carreras, Charlet, Warner, Lauque, & Schmitt, 2001). A dificuldade nessas pesquisas reside no fato de que elas precisam ser realizadas com as vítimas logo após o acontecimento do evento estressor e necessitam de medidas bem estabelecidas para a identificação precisa da presença dos fatores peri-traumáticos (Birmes *et al.*, 2003).

O trabalho de Keane e colaboradores (2006) indica que as cognições peri-traumáticas estão diretamente relacionadas à percepção de ameaça à vida pelo indivíduo exposto ao trauma. Para esses autores, assim como para os anteriormente citados, a dissociação peri-traumática inclui sintomas de alteração no senso de realidade com relação à passagem do tempo e sentimentos de desconexão com o próprio corpo (despersonalização). Em estudo de meta-análise realizado por Ozer, Best, Lipsey e Weiss (2003) encontrou-se uma alta correlação entre dissociação peri-traumática e o desenvolvimento e a manutenção do TEPT. A força dessa correlação parece não diferir em função do tipo de trauma experienciado, mas varia em função do tempo decorrido entre o trauma e a medida dos sintomas, do tipo de amostra e do método utilizado para a avaliação dos sintomas.

O TEPT está associado à idéia de que o trauma traz sobre o *self* uma mudança negativa e permanente. Há evidências crescentes de que os pensamentos catastróficos emergidos após a exposição ao trauma predizem o transtorno (Dunmore, Clark, & Ehlers,

1999; Ehlers, Mayou, & Bryant, 1998, 2001). Autores apontam que vítimas de diferentes eventos estressores potencialmente traumáticos como estupros, guerras, entre outros, parecem caracterizar-se por um rompimento de esquemas pré-existentes sobre o *self* e o mundo, mais especificamente, nas crenças de que a pessoa é vulnerável, na percepção do mundo como seguro e na visão positiva do *self* (Janoff-Bulman, 1989). McNally (2003) apontou estudos com sobreviventes veteranos de guerra em que as lembranças autobiográficas do trauma estão diretamente relacionadas ao estado clínico dos sujeitos após o evento traumático, afetando diretamente a ocorrência das recordações. Embora as pessoas possuam boa capacidade para reter memórias traumáticas, sabe-se que as recordações mais terríveis não estão imunes à passagem do tempo e podem se tornar piores do que realmente foram na época do evento estressor.

O resultado do estudo de Schnurr e colaboradores (2004) sugere que o desenvolvimento do TEPT está relacionado aos fatores que ocorrem antes, durante e após o evento traumático. O desenvolvimento do transtorno está relacionado, primeiramente, aos acontecimentos que ocorrem durante e após o evento, sendo esses mais relacionados à cronicidade do transtorno do que os fatores pré-traumáticos. Com relação à manutenção do TEPT, Ehlers e Clark (2000) propuseram uma associação com um estilo de processamento cognitivo que induz o trauma a ser representado como uma séria ameaça em curso. Eles indicaram que o processamento cognitivo e as avaliações de um evento traumático são influenciados pelas características do evento e do estado de fatores como iniciar o consumo de álcool, assim como baixa inteligência e crenças e experiências prévias. Assim, é óbvio que algumas dessas experiências são pré-traumáticas. Ademais, até o momento, é inapropriado concluir que as variáveis pré-traumáticas não são importantes ou, ainda, menos importantes que as variáveis peri-traumáticas e pós-traumáticas na manutenção do TEPT.

Implicações Clínicas

Ao procurar tratamento, na maioria das vezes, as vítimas de trauma não conseguem identificar que seus sintomas estão relacionados ao evento estressor traumático experienciado. O padrão de evitação é muito comum, já que os indivíduos se resguardam de dividir memórias dolorosas que, muitas vezes, não estão podendo suportar conscientemente (Schnurr *et al.*, 2004). Ademais, pesquisas apontam que, no estupro – considerado uma das mais intensas formas de trauma – a vítima pode temer uma reação negativa ao expor o acontecimento (Schnurr *et al.*, 2004).

A avaliação do transtorno tem dois objetivos fundamentais: diagnóstico e auxílio terapêutico. Atualmente, sabe-se que o TEPT apresenta alta comorbidade com outros

transtornos de ansiedade, transtornos de humor (sobretudo com o Transtorno Depressivo Maior) e os transtornos relacionados a substâncias (Kessler *et al.*, 1995; 2005), por isso a correta constatação do diagnóstico faz com que se tenha um olhar mais atento para outros futuros problemas psicológicos. Os instrumentos utilizados para avaliação do TEPT, na maioria das vezes, são baseados em teorias. A teoria do processamento cognitivo sugere que eventos traumáticos produzem mudanças na avaliação de pensamentos e crenças (Foa & Riggs, 1993; Foa & Rothbaum, 1998; Horowitz, 1986; Janoff-Bulman, 1992; Resick & Schnicke, 1992). Particularmente, crenças e pensamentos relacionados ao evento estressor traumático podem prever o desenvolvimento do TEPT (Foa & Riggs, 1993). Por essa razão, a avaliação das cognições pós-traumáticas é importante na identificação daqueles indivíduos que, após a experiência de um evento estressor, apresentam risco elevado para o desenvolvimento do TEPT.

Considerações Finais

Desde as primeiras reações traumáticas, foram buscadas conexões psicológicas entre os sintomas apresentados e o evento traumático vivido pelo paciente. As Grandes Guerras foram as principais responsáveis por um avanço no reconhecimento sobre a intensidade dos eventos estressores traumáticos. A partir daí, as conseqüências de um trauma vivido mostraram-se cada vez mais amplas e inespecíficas. Chegou-se, então, ao que atualmente denomina-se TEPT: um conceito que avalia o quão ameaçador foi determinado evento traumático, assim como os sintomas apresentados pelo indivíduo (American Psychiatric Association, 2002). Entre as conseqüências do TEPT, podemos sumarizar um grande impacto psicológico no *self*, influenciando no desenvolvimento de capacidades de intimidade, amor, vinculação e sexualidade (Schiraldi, 1999). Quando não tratado, o TEPT está associado a altas taxas de depressão, outros transtornos de ansiedade, suicídio, baixa auto-estima, transtornos de personalidade, isolamento social, disfunção sexual, culpa, transtornos dissociativos, relações destrutivas, entre outros (Schiraldi, 1999).

Atualmente, são realizadas investigações cada vez mais específicas em diferentes campos de estudo a fim de refinar os critérios operacionais para o diagnóstico do transtorno. Para isso, estudos epidemiológicos mais apurados, bem como avaliações específicas com instrumentos seguros são necessários para responder às dúvidas que ainda persistem a respeito do funcionamento do TEPT (Gray *et al.*, 2007).

Entender o que acontece em termos de funcionamento cognitivo no TEPT é válido para auxiliar no tratamento de pessoas que sofreram trauma. Portanto, ainda são necessárias pesquisas a fim de clarificar como se dá a manutenção dos esquemas disfuncionais em

diferentes populações, para que, dessa forma, seja possível auxiliar com as intervenções mais adequadas. O ideal é que se possa trabalhar com as cognições mais específicas para os diferentes tipos de trauma: de veteranos de guerra, catástrofes naturais até o trauma decorrente de estupro.

Dessa maneira, revela-se extremamente necessário a realização de mais pesquisas, tendo em vista as peculiaridades que permeiam as diferentes culturas e as etapas do desenvolvimento humano (Ehlers *et al.*, 2001). Estudos apontam que intervenções apropriadas com relação às crenças disfuncionais reduzem a ansiedade, diminuem a valência dos esquemas desadaptativos e aumentam a capacidade de metacognição (McNally, 2003).

Referências

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4a. ed.; Texto Revisado). Porto Alegre: Artmed.
- Astin, M. C., & Resick, P. A. (2003). Tratamento cognitivo-comportamental do transtorno de estresse-pós-traumático. In V. E. Caballo. *Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos: Transtornos de ansiedade, sexuais, afetivos e psicóticos* (pp. 226-254). São Paulo: Editora Santos.
- Birmes, P., Brunet, A., Carreras, D., Ducassé, J.-L., Charlet, J.-P., & Lauque, D. (2003). The predictive power of peritraumatic dissociation and acute stress symptoms for posttraumatic stress symptoms: A three-month prospective study. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 1337-1339.
- Birmes, P., Carreras, D., Charlet, J.-P., Warner B. A., Lauque, D., & Schmitt, L. (2001). Peritraumatic Dissociation and posttraumatic stress disorder in victims of violent assault. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *189*, 796-98.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, *48*, 216-222.
- 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. (2001). A cognitive neuroscience account of post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *39*, 373-393.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, *103*, 670-686.
- Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, *23*, 339-376.
- Bryant, R. A., & Guthrie, R. M. (2007). Maladaptive self-appraisals before trauma exposure predict posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*, 812-815.
- Buckley, T. C., Blanchard, E. B., & Hickling, E. J. (1998). A confirmatory factor analysis of posttraumatic stress symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, *36*, 1091-1099.
- Cahill, S. P., & Foa, E. B. (2007). Psychological Theories of PTSD. In M. D. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick, *Handbook of PTSD: Science and Practice* (pp. 55-77). New York: The Guilford Press.

- Calhoun, K. S., & Resick, P. (1999). Transtorno de estresse pós-traumático. In D. H. Barlow (Ed.), *Manual dos Transtornos Psicológicos*. (2a. ed.) (pp. 63-118). Porto Alegre: Artmed.
- Câmara Filho, J. W. S. C., & Sougey, E. B. (2001). Transtorno de estresse pós-traumático: Formulação diagnóstica e questões sobre comorbidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 221-228.
- Dunmore E., Clark D. M., & Ehlers, A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder PTSD after physical or sexual assault. *Behavior Research and Therapy*, 39, 1063–1084.
- Dunmore, E., Clark, D. M., & Ehlers, A. (1999). Cognitive factors involved in the onset and maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 809–829.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Ehlers, A., Mayou, R. A., & Bryant, B. (1998). Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 508–519.
- Ehlers, A., Mayou, R. A., & Bryant, B. (2001). Cognitive predictors of posttraumatic stress disorder in children: results of a prospective longitudinal study. *Behavior Research and Therapy*, 41, 1-10.
- Ehlers, A., & Steil, R. (1995). Maintenance of intrusive memories in posttraumatic stress disorder: A cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 217-249.
- 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., & 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 psyachiatry* (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 Toit, D., Stein, L. Riso, & Young, J. *Cognitive Schemas and Core Beliefs in Psychological Problems: A Scientist-Practitioner Guide*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hageman, I., Andersen, H. S., & Jorgensen, M. B. (2001). Post-traumatic stress disorder: A review of psychobiology and pharmacotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinava, 104*, 411-422.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes* (2a. ed). Northvale: Jason Aronson.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition, 7*, 113-136.
- Keane, T. M., Zimering, R. T., & Caddell, J. M. (1985). A behavioral formulation of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Behavior Therapist, 8*, 9-12.
- 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., 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.
- Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., Veronen, L. J., Best, C. L., & Von, J. M. (1987). Criminal victimization: Lifetime prevalence, reporting to police, and psychological impact. *Crime Delinquency, 33*, 479-489.
- Knapp, P., & Caminha, R. M. (2003). Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 25*, 31-36.
- McFarlane, A. C. (1988). The longitudinal course of posttraumatic morbidity: The range of outcomes and their predictors. *Journal of Nervous and Mental Disease, 176*, 30-39.
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A., & Silveira, R. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 25*, 65-74.

- McNally, R. J. (2003). *Remembering trauma*. Cambridge, MA: Belknap/Harvard.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and the symbolic processes*. New York: Wiley.
- North, C. S., Smith, E. M., & Spitznagel, E. L. (1997). One-year follow up of survivors of a mass shooting. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 1696–1702.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and Symptoms in Adults: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, *129*, 52–73.
- Ozer, E. J., & Weiss, D. S. (2004). Who Develops Posttraumatic Stress Disorder? *American Psychological Society*, *13*, 169-172.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting e Clinical Psychology*, *60*, 748-756.
- Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E., & Best, C. L. (1993). Prevalence of civilian trauma and PTSD in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 984–991.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2008). *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica* (9a. ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Schiraldi, G. R. (1999). *The post-traumatic stress disorder sourcebook: A guide to healing, recovery, and growth*. New York: Mc Graw Hill.
- Schnurr, P. P., Friedman, M. J., & Bernardy, N. C. (2004). Research on posttraumatic stress disorder: Epidemiology, pathophysiology, and assessment. *Journal of Clinical Psychology*, *58*, 877-889.
- Solomon, S. D., & Johnson, D. M. (2002). Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder: A practice-friendly review of outcome research. *Journal of Clinical Psychology*, *58*, 947-959.
- Taylor, S. (2006). *Clinician's guide to PTSD: A cognitive-behavioral approach*. New York: The Guilford Press.
- Yehuda, R. (1999). Biological factors associated with susceptibility to posttraumatic stress disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, *44*, 34-39.

Adaptação e Validação de Conteúdo da Versão em Português do *Posttraumatic Cognitions Inventory* (PTCI)

Resumo

O *Posttraumatic Cognitions Inventory* (PTCI) é um instrumento auto-aplicável em adultos destinado a avaliar pensamentos e crenças relacionados a eventos traumáticos, incluindo cognições negativas sobre o *self*, cognições negativas sobre o mundo e auto-responsabilização. Este artigo apresenta a tradução, adaptação e validação de conteúdo da versão em português do PTCI, denominada Inventário de Cognições Pós-Traumáticas. O processo de tradução e adaptação das instruções iniciais e dos itens do PTCI envolveu cinco etapas: (1) tradução; (2) retradução; (3) correção e adaptação semântica; (4) validação do conteúdo por profissionais da área (juízes) e (5) avaliação por amostra da população-alvo, por intermédio de uma escala verbal-numérica. Na etapa de avaliação pela população-alvo, 45 adultos responderam aos itens do PTCI demonstrando boa compreensão do instrumento na escala verbal-numérica (média = 4,13±0,11). Em sua versão atual, o PTCI mostrou-se um instrumento de fácil compreensão e semanticamente válido. Estudos posteriores são necessários para a avaliação de suas propriedades psicométricas na população brasileira.

Palavras-chave: Transtorno de Estresse Pós-Traumático, cognição, trauma, testes psicológicos, questionários

**Adaptation and Content Validation of the Portuguese Version of the
*Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI)***

Abstract

The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI) is a self-administered instrument for adults aimed to evaluate trauma-related thoughts and beliefs, including: negative cognitions about self, negative cognitions about the world, and self-blame. This article presents a translation, adaptation and content validation of the Portuguese version of the PTCI, named *Inventário de Cognitiones Pós-Traumáticas*. The process of translation and adaptation of the initial instructions and items involved five steps: (1) translation; (2) back translation; (3) correction and semantic adaptation; (4) content validation by professional experts (judges); and (5) evaluation by a sample of the target population through a verbal-numbered scale. In the evaluation phase conducted with the target population, 45 adults answered the items and demonstrated a good understanding of the instrument in the verbal-numbered scale (mean = 4.13 ± 0.11). In its current version, PTCI showed to be an instrument of easy understanding and semantically valid. Further studies are needed in order to evaluate its psychometric properties for the Brazilian population.

Key Words: Posttraumatic Stress Disorder, cognition, trauma, psychological tests, questionnaires.

Introdução

O trauma pode ter um impacto dramático na saúde mental dos indivíduos e gerar graves danos psicológicos (Kristensen, Parente & Kaszniak, 2005; 2006). Segundo o DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), ele pode ser definido como uma situação de estresse que foi experimentada, testemunhada, ou confrontada, na qual houve ameaça a vida da pessoa, ou de alguém, principalmente se esse alguém é emocionalmente próximo à vítima. Muitas situações podem ser consideradas traumáticas, mas as mais comuns tendem a ser aquelas em que houve algum tipo de violência (Câmara Filho & Sougey, 2001).

Considerado um dos transtornos mais incapacitantes pesquisado atualmente, o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é gerado a partir de um trauma sofrido. Na população geral, é possível estimar que em torno de 60% a 90% dos indivíduos são expostos a um evento estressor potencialmente traumático ao longo da vida (Bernstein, Ahluvalia, Pogge & Handelsman, 1997). No Brasil, através do aumento do número de publicações sobre o assunto, fica claro o interesse que se evidencia na área.

O impacto de eventos estressores traumáticos em indivíduos, particularmente entre aqueles que desenvolvem TEPT, está associado a alterações na estrutura e funcionamento do sistema nervoso central. As alterações, por sua vez, afetam a regulação emocional, os comportamentos e o processamento cognitivo, contribuindo para a cronificação do quadro psicopatológico (Kristensen, Parente & Kaszniak, 2006; Knapp & Caminha, 2003).

O presente estudo foi baseado na Teoria do Processamento Emocional de Foa, Ehlers, Clark, Tolin & Orsillo (1999), que traz evidências de que os eventos traumáticos produzem mudanças nos pensamentos e crenças das vítimas (Foa & Riggs, 1993; Foa & Rothbaum, 1998) e de que essas mudanças têm um papel importante na resposta emocional ao trauma. Além disso, pesquisas recentes têm demonstrado a influência das crenças sobre o desenvolvimento do TEPT. Foa & Kozak (1986) discutiram a idéia de que emoções extremas experienciadas durante um trauma conduzem a uma associação no processamento da informação de eventos traumáticos que produz desorganização e recordações de memória incoerentes com a memória traumática. Assim, memórias traumáticas são caracterizadas por um grande número de associações de estímulos de perigo que conduzem a uma percepção generalizada de ameaça (Foa & Rothbaum, 1998; Foa, Riggs, Dancu & Rothbaum, 1993). Essas memórias também codificam uma larga escala de respostas, tanto fisiológicas como comportamentais, que podem estar ligadas a uma avaliação da baixa auto-eficácia face à ameaça, dando ênfase a uma representação generalizada do *self* como totalmente inapto. Tais representações esquemáticas têm um importante papel no início e na manutenção do TEPT. O

modelo proposto através dessa teoria foca então, mais especificamente, a representação de ameaça relacionada ao trauma, procurando explicar como a informação que se tem é representada no sistema cognitivo e subsequentemente como é processada (Brewin, Dalgleish & Joseph, 1996). A idéia central dentro dessa teoria é que eventos traumáticos modificam as crenças básicas das pessoas (Foa *et al.*, 1999). Essa hipótese se confirma pelo fato de que realmente há um aumento geral de crenças negativas sobre o *self*, sobre o mundo e sobre os outros (Foa & Riggs, 1993). Quando vítimas de trauma com TEPT são comparadas a vítimas que não desenvolveram o transtorno, as alterações nessas crenças são notáveis (Foa *et al.*).

Frente à escassez de instrumentos utilizados como auxílio diagnóstico para o TEPT e baseados na literatura sobre trauma, crenças e nos instrumentos disponíveis que auxiliem no diagnóstico de TEPT, Foa *et al.* (1999) desenvolveram o *Posttraumatic Cognitions Inventory* (PTCI). Assim, o PTCI é um inventário auto-aplicável onde o indivíduo pontua situações relacionadas ao trauma em uma escala *Likert* de sete pontos, variando de 1 (*discordo totalmente*) a 7 (*concordo totalmente*). Através dos itens é possível investigar três domínios específicos de cognições pós-traumáticas: Cognições Negativas Sobre o Eu (*self*), Cognições Negativas Sobre o Mundo e sobre Auto-Responsabilização (Foa *et al.*). Após a modificação de crenças diante de um trauma, o mundo passa a ser visto como um lugar ameaçador, o indivíduo tende a implicar a responsabilidade do ocorrido a si e, conseqüentemente, passa a se ver de forma negativa, mediando o desenvolvimento do TEPT.

No estudo original, Foa *et al.* (1999) identificaram propriedades psicométricas satisfatórias para o PTCI, incluindo dados de fidedignidade e validade. Quanto à fidedignidade, o PTCI apresentou elevada consistência interna nos três domínios examinados: (a) cognições negativas sobre o *self* ($\alpha = .97$); (b) cognições negativas sobre o mundo ($\alpha = .88$) e (c) sobre auto-responsabilização ($\alpha = .86$). Ainda em relação à fidedignidade, o PTCI apresentou boa estabilidade temporal. Após análise de confiabilidade entre teste-reteste com um intervalo de uma semana, o coeficiente de correlação (Spearman) obtido ficou entre .74 e .86. Em relação à validade, foi possível notar uma estrutura fatorial estável em três diferentes grupos amostrais. Ainda foram verificadas elevadas correlações entre o PTCI e dois outros instrumentos que avaliam cognições pós-traumáticas: (a) *Personal Beliefs and Reactions Scale* (PBRS; Resick, Schnicke & Markway, 1991) e (b) *World Assumptions Scale* (WAS; Janoff-Bulman, 1989, 1992) indicando boa validação convergente. Na validação discriminante foi calculada a associação entre cognições pós-traumáticas e psicopatologia pós-trauma.

Posteriormente, as propriedades psicométricas do PCTI foram investigadas por Beck, Coffey, Palyo, Gudmundsdottir, Miller e Colder (2004) que desenvolveram um estudo independente, onde foi examinada a estrutura fatorial, numa amostra de 112 indivíduos, com idades entre 18 e 65 anos. No estudo, encontrou-se um bom nível de confiabilidade na escala, boa estabilidade e convergência. O estudo corroborou para a hipótese de que o PCTI é um instrumento promissor em relação à predição do risco de desenvolvimento do TEPT em pacientes vítimas de traumas.

Emmerik, Schoorl, Emmelkamp & Kamphuis (2006) investigaram as características psicométricas da versão holandesa do PCTI em 185 sujeitos que tinham experienciado algum tipo de trauma de acordo com os critérios descritos no DSM-IV-TR. (APA, 2002). O estudo demonstrou elevada consistência interna na escala total ($\alpha = .97$) e nas subescalas (α variando entre .86 a .97) e também após duas semanas no teste-reteste. A validação convergente também alcançou elevadas correlações após a comparação do PCTI com a (PBRs; Resick *et al.*, 1991). Com relação à validade discriminante, a escala demonstrou ser capaz de discriminar pacientes traumatizados com e sem diagnóstico de TEPT. Em linhas gerais, o estudo concluiu que o PCTI pode ser significativamente útil na mensuração das crenças pós-traumáticas que deveriam se modificar ao longo do tratamento destes pacientes.

Atualmente o PCTI é um instrumento utilizado em pesquisas e na área clínica. O presente trabalho teve por objetivo traduzir, adaptar e validar o conteúdo do inventário para uma versão em português, denominada Inventário de Crenças Pós-Traumáticas (PCTI).

Método

O processo utilizado para a tradução e adaptação foi baseado, primeiramente, na metodologia postulada por Herdman, Fox-Rushby & Badia (1997, 1998), cujo objetivo principal é propor um modelo de equivalência baseado na universalidade da pesquisa. Essa metodologia também foi utilizada por Reichenheim, Moraes e Hasselmann (2000) que realizaram o trabalho de equivalência semântica da versão em português do instrumento *Abuse Assessment Screen*, para rastrear a violência contra a mulher grávida e por Grassi-Oliveira, Stein e Pezzi (2006) que realizou a tradução e adaptação do instrumento *Childhood Trauma Questionnaire*. A metodologia postulada por Pasquali (2000) também foi utilizada no processo.

A primeira etapa consistiu na tradução do instrumento do inglês para o português por dois profissionais. Um deles graduado e pós-graduado em jornalismo, brasileiro. O outro, um profissional pós-graduado em letras. Ambos os profissionais, na época em que o trabalho

aconteceu, tinham suas residências situadas em locais onde a língua oficial é o inglês, com domínio e fluência no idioma.

Na segunda etapa, o instrumento foi novamente traduzido para o inglês por dois profissionais da área da psicologia, bilíngües, ambos pós-graduados, doutores em psicologia, residentes no Brasil, mas com experiência de moradia em países de língua inglesa. Ambos os profissionais possuem experiência na temática construção e validação de instrumentos.

A revisão técnica e a equivalência semântica aconteceram na terceira etapa, através da reunião de 12 pessoas com experiência em pesquisa na área de psicologia: 7 graduados e 5 estudantes pertencentes a um grupo de pesquisa na área da psicologia, todos com experiência e/ou estudo na temática do TEPT. Nessa etapa, foi observada a equivalência semântica das primeiras e segundas traduções e o significado geral de cada pergunta em relação ao instrumento original. Foram feitas modificações e sugestões e uma versão traduzida foi criada. Todas as versões (português, inglês e final) foram enviadas para a autora principal do PTCI (Edna B. Foa) para apreciação e aprovação.

A quarta etapa teve como intuito avaliar a validação de conteúdo e o significado geral dentro do contexto da população-alvo. A versão corrigida foi apresentada para 8 profissionais de saúde mental que trabalhavam com psicopatologia e que tinham conhecimento considerável sobre criação de instrumentos e temática do TEPT (todos psicólogos pós-graduados em Psicologia). Outros 15 profissionais, entre eles psicólogos e estudantes de psicologia participantes de grupos de pesquisa também foram consultados quanto às possíveis modificações na linguagem. A partir de todas essas sugestões foram feitas modificações no instrumento para uma versão final.

Na quinta e última etapa, a versão final foi apresentada para 45 adultos que concordaram em participar desta fase. O primeiro procedimento foi o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A amostra foi aleatória, recrutada por conveniência na população geral. A escolaridade média dos participantes foi de aproximadamente sete anos de estudo formal ($7,84 \pm 2,23$ anos). Para que os sujeitos participantes avaliassem a facilidade de compreensão do instrumento como um todo e de cada questão isoladamente uma escala verbal-numérica (Bernstein, Ahluvalia, Pogge & Handelsman, 1997) de cinco pontos foi usada por esses usuários. A pergunta norteadora era: “Você entendeu o que foi perguntado?”. O valor mínimo era “0” (“não entendi nada”) e o valor máximo “5” (“entendi perfeitamente”). Estabeleceu-se que para uma compreensão suficiente era necessário que se atingisse o valor maior ou igual a 3.

Resultados

As etapas da tradução e validação de conteúdo para os itens do PTCI estão ilustradas na Tabela 1. A versão final do PTCI, em língua portuguesa, está apresentada no Anexo 1. Um dos objetivos do presente estudo era que a instrução inicial do instrumento fosse bastante clara. Para isso não foi necessária a modificação dos termos. Já em relação à escala de pontuação, por exemplo, ao invés de utilizar o termo "neutro" ("*neutral*"), optou-se por "nem concordo e nem discordo".

Um fator importante na tradução dos termos da escala é a consideração do objetivo principal de mensuração do instrumento. Na versão original, os autores deixam claro que o instrumento visa produzir escores a partir de uma escala do tipo *Likert* de sete pontos, de acordo com a frequência de crenças em relação ao evento traumático.

Não foi identificado nenhum problema na versão traduzida, com relação aos tempos verbais utilizados. Os verbos foram traduzidos no pretérito imperfeito, pretérito perfeito, presente e futuro, de acordo com o tempo verbal da sentença do instrumento original: "Eu não tenho futuro" ("*I have no future*"). O objetivo é que a intensidade de um evento específico seja medida pela escala, durante um período específico (o momento, independente do tempo verbal), por isso, deve ser o mesmo tempo verbal nas duas versões original e traduzida. As orações constituintes de cada um dos 33 itens se referem a uma situação específica, que pode variar quanto a sua intensidade. A variância na intensidade pode ser avaliada pela escala *Likert*.

Somente a alternativa "Neutral" da escala *Likert* de resposta do PTCI foi modificada em relação à versão original. Em virtude do interesse na aplicação do instrumento em populações com escolaridade de nível fundamental, termos como "neutro" (tradução de "*neutral*") foram evitados. Quando a versão original foi traduzida, os termos ficaram adequados a fim de que a idéia de intensidade pudesse ser mensurada de forma mais adequada (*Discordo totalmente, Discordo muito, Discordo levemente, Nem concordo, nem discordo, Concordo levemente, Concordo muito, Concordo totalmente*).

Após as terceira e quarta etapas, algumas alterações foram necessárias na geração da versão final. No 3º item, o termo "*weak*" tem sua tradução literal como "fraca". Ainda que correto literalmente, sofreria de pouca equivalência de estilo, pois é um termo com um sentido literal muito forte e de pouco uso na população geral (Herdman et al., 1998). Dessa forma, optou-se por apenas utilizar o termo "frágil", pois, na opinião dos profissionais da etapa 4, significaria de forma mais clara o questionado. No 30º item, a expressão "*My reactions since the event show that I am a lousy copier*" foi traduzida como "Minhas reações desde o evento

demonstram que eu sou péssimo em enfrentar algumas situações", pois a tradução literal não foi considerada apropriada ("Minhas reações desde o evento mostram que sou um mau lidador").

Os resultados obtidos na etapa 5 do procedimento metodológico evidenciaram que para todos os itens do PTCI, incluindo a instrução inicial, as médias de compreensão na escala verbal-numérica foram acima de 4,10. A avaliação de compreensão total foi, em média, de 4,23 ($\pm 0,21$). Todos os itens obtiveram pontuação superior ao valor 4, o que indica boa compreensão do instrumento. Os itens 12 ($4,16 \pm 0,59$), 14 ($4,13 \pm 0,43$), 16 ($4,20 \pm 0,80$), 17 ($4,21 \pm 0,42$) e 35 ($4,22 \pm 0,44$) tiveram a menor média de compreensão com a maior dispersão das respostas, possivelmente devido ao caráter mais subjetivo dos itens em termos conceituais.

Discussão

Pesquisas no Brasil envolvendo a adaptação e a validação de instrumentos ainda são restritas. É necessário adaptar o instrumento, pois apresentar simplesmente uma versão traduzida significa muito pouco em termos de validade e fidedignidade, bem como é necessário comprovar adequação e adaptação ao contexto cultural da população de interesse (Reichenheim *et al.*, 2000). Além do processo de tradução e retradução do instrumento original foi realizada uma avaliação semântica em associação com uma interlocução entre profissionais da área estudada e da população-alvo. Sem isso, a adaptação de instrumentos perde em termos de significado geral, limitando o instrumento ao significado referencial.

Pesquisar sobre crenças geradas a partir de um trauma em qualquer população consiste em abordar questões de extrema relevância. Essas questões acabam por abordar crenças relacionadas à auto-responsabilização, medo e receio com relação aos outros e ao mundo. Em função disso, são necessários instrumentos de pesquisa que não impliquem em julgamento dos seus participantes, pois os dados gerados acabam sendo mais fidedignos. Estudos com instrumentos não invasivos que contemplem a realidade cultural e não exponham os participantes tendem a apresentar resultados mais confiáveis (Kristensen *et al.*, 2006). Infelizmente, ainda não há muitos instrumentos que consigam abordar todas essas questões, o que, em última análise, gera pesquisas com qualidade metodológica questionável. O PTCI não deve ser considerado um instrumento diagnóstico, pois o instrumento original não possui esse objetivo. No entanto, pode ser uma ferramenta útil na investigação de crenças preditoras relacionadas ao TEPT, podendo ser utilizado em adultos como instrumento de pesquisa, além de auxiliar como mais um elemento na avaliação clínica. Além do processo de validação de

conteúdo, etapas adicionais que possam assegurar outras propriedades psicométricas do PTCI, ainda necessitam ser desenvolvidas por futuros estudos.

Com relação ao TEPT, é fundamental que os profissionais de saúde tenham acesso a um instrumento como o PTCI que tem se mostrado confiável para acessar as cognições pós-traumáticas e auxiliar na identificação dos indivíduos com risco elevado para a manifestação do transtorno (Beck *et al.*, 2004). É importante avaliar os fatores que podem vir a contribuir, significativamente, para um trabalho de prevenção diante do grande número de pessoas da população em geral que desenvolvem TEPT ao longo da vida.

Referências

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR; Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: ArtMed.
- Beck J. G., Coffey S. F., Palyo S. A., Gudmundsdottir B., Miller L. M. & Colder C. R. (2004). Psychometric Properties of the Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): a replication with motor vehicle accident survivors. *Psychological Assessment*, 16(3), 289-298.
- Bernstein D. P., Ahluvalia T., Pogge D., & Handelsman L. (1997). Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, 36(3), 340-348.
- Brewin C. R., Dalgleish T., & Joseph S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103(4), 670-686.
- Câmara Filho J. W. S., & Sougey E. B. (2001) Transtorno de Estresse Pós-Traumático: Formulação Diagnóstica e Questões sobre Comorbidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(4), 221-228.
- 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., Ehlers A., Clark D. M., Tolin D. F., & Orsillo S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11(3), 303-314.
- Foa E. B., & Riggs D. Post traumatic stress disorder in rape victims. (1993). In: Oldham J, Riba M., Tasman A., editors. *American Psychiatric Press review of psychiatry* (pp. 273-303). 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., & 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 Posttraumatic-Stress-Disorder. *Journal Of Traumatic Stress*, 6(4), 459-473.
- Grassi-Oliveira R., Stein L. M., & Pezzi J. C. (2006). Translation and content validation of the Childhood Trauma Questionnaire into Portuguese language. *Revista de Saúde Pública*, 40(2), 249-255.

- Herdman M., Fox-Rushby J., & Badia X. (1997). 'Equivalence' and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Quality of Life Research*, 6(3), 237-247.
- Herdman M., Fox-Rushby J., & Badia X. (1998). A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Quality of Life Research*, 7(4), 323-335.
- Janoff-Bulman R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition*, 7, 113-136.
- Kristensen C. H., Parente M. A. M. P., & Kaszniak A. W. (2005). Transtorno de Estresse Pós-Traumático: Critérios diagnósticos, prevalência e avaliação. In: Caminha R., editor. *Transtornos do Estresse Pós-Traumático (TEPT): Da neurobiologia à terapia cognitiva*(pp. 15-35). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kristensen C. H., Parente M. A. M. P., & Kaszniak A. W. (2006). Transtorno de Estresse Pós-Traumático e funções cognitivas. *Psico-USF*, 11(1), 17-23.
- Knapp W. P., & Caminha R. M. (2003). Terapia Cognitiva do Transtorno de Estresse Pós-Traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 12(1), 31-36.
- Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. (2000). In: Gorestein C, Andrade L, Zuardi A (eds.) *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia* (pp. 15-21). São Paulo: Lemos.
- Resick P. A., Schnicke M. K., & Markway B. G. (1991). *The relationship between cognitive content and posttraumatic stress disorder*. In Annual meeting of the association for Advancement of Behavior Therapy, New York, USA.
- Reichenheim M. E., Moraes C. L., & Hasselmann M. (2000). Semantic equivalence of the Portuguese version of the Abuse Assessment Screen tool used for the screening of violence against pregnant women. *Revista de Saúde Pública*, 34(6), 610-626.

Tabela 1. Avaliação da equivalência semântica entre o instrumento original em inglês (O), a primeira versão traduzida para o português (T1), a primeira versão novamente traduzida para o inglês (R1), a segunda versão traduzida para o português (T2), a segunda versão novamente traduzida para o inglês (R2) e a versão final em português (F).

O	T1	T2	R1	R2	F
1. The event happened because of the way I acted	1. O evento aconteceu devido a forma com que eu agi	1. O evento aconteceu por causa da maneira como agi	1. The event happened because of the way I acted	1. The event had happened due to my actions/behavior	1. O evento aconteceu por causa da forma como eu agi
2. I can't trust that I will do the right thing	2. Eu não confio que eu vou fazer a coisa certa	2. Eu não posso crer que farei a coisa certa	2. I don't trust I am going to do the right thing	2. I cannot believe that I will do the right thing	2. Eu não posso confiar que farei a coisa certa
3. I am a weak person	3. Eu sou uma pessoa fraca	3. Eu sou uma pessoa fraca	3. I am a weak person	3. I am a weak person	3. Eu sou uma pessoa frágil
4. I will not be able to control my anger and will do something terrible	4. Eu não serei capaz de controlar minha raiva e farei algo terrível	4. Eu não conseguirei controlar minha raiva e farei algo terrível	4. I won't be able to control my angry and I am going to do something terrible	4. I will not control my anger and I will do a terrible thing	4. Eu não serei capaz de controlar minha raiva e farei algo terrível
5. I can't deal with even the slightest upset	5. Eu não consigo lidar nem mesmo com pequenos aborrecimentos	5. Eu não sei lidar nem com o mínimo aborrecimento	5. I can't deal with even small annoyances	5. I don't know how to deal even with a minimum hassle	5. Eu não consigo lidar nem mesmo com pequenos aborrecimentos
6. I used to be a happy person but now I am always miserable	6. Eu costumava ser uma pessoa feliz mas agora estou sempre triste	6. Eu costumava ser uma pessoa feliz, mas agora estou sempre deprimido	6. I use to be a happy person but now I am always sad	6. I was used to be a happy person, but now I am always depressed	6. Eu costumava ser uma pessoa feliz, mas agora estou sempre infeliz
7. People can't be trusted.	7. As pessoas não são confiáveis.	7. Não se pode confiar nas pessoas.	7. People are not trusty.	7. We cannot trust on people.	7. As pessoas não são confiáveis.
8. I have to be on guard all the time	8. Eu tenho que ser sempre cauteloso	8. Eu tenho que estar atento o tempo inteiro	8. I must be cautiously all the time	8. I have to be alert all the time	8. Eu tenho que estar alerta o tempo inteiro
9. I feel dead inside	9. Eu me sinto morto por dentro	9. Eu me sinto morto por dentro	9. I feel like I am dying inside	9. I feel like I was dead	9. Eu me sinto morto por dentro
10. You can never know who	10. Você nunca sabe quem	10. Você nunca pode saber quem	10. You never know who will	10. You can never know	10. Você nunca sabe quem vai

will harm you	vai lhe machucar	irá lhe prejudicar	hurt you	who will prejudice you	lhe prejudicar
11. I have to be especially careful because you never know what can happen next	11. Eu tenho que ser especialmente cuidadoso pois nunca se sabe o que pode vir a acontecer	11. Eu tenho que ser especialmente cuidadoso porque você nunca sabe qual será o próximo acontecimento	11. I must be especially careful as one never knows what can happen	11. I have to be especially careful because you can never know what is going to happen	11. Eu tenho que ser especialmente cuidadoso, pois nunca se sabe o que pode vir a acontecer
12. I am inadequate	12. Eu sou inadequado	12. Eu sou inadequado	12. I am inadequate	12. I am inadequate	12. Eu sou inadequado
13. I will not be able to control my emotions, and something terrible will happen	13. Eu não serei capaz de controlar minhas emoções e algo terrível vai acontecer	13. Eu não conseguirei controlar minhas emoções e algo terrível irá acontecer	13. I won't be able to control my emotions and something terrible is going to happen	13. I will not be able to control my emotions and something terrible Will happen	13. Eu não serei capaz de controlar minhas próprias emoções e algo terrível irá acontecer
14. If I think about the event, I will not be able to handle it	14. Se eu penso sobre o evento, eu não serei capaz de lidar com ele	14. Se eu pensar sobre o evento, eu não conseguirei lidar com ele	14. If I think about the event, that's because I won't be able to deal with it	14. If I think of the event, I will not be able to deal with it	14. Se eu pensar sobre o evento, não serei capaz de lidar com ele
15. The event happened to me Because of the sort of person I am	15. O evento ocorreu devido ao tipo de pessoa que eu sou	15. O evento aconteceu comigo por causa do tipo de pessoa que sou	15. The event happened because of the kind of person I am	15. The event happened with me due to my way of being	15. O evento aconteceu comigo por causa do tipo de pessoa que eu sou
16. My reactions since the event mean that I am going crazy	16. Minhas reações desde o evento significam que estou ficando louco	16. Minhas reações desde o evento significam que estou ficando louco	16. The reactions I am having since the event mean I am getting crazy	16. My reactions since the event mean that I am getting crazy	16. Minhas reações, desde o evento, significam que estou ficando louco
17. I will never be able to feel normal emotions again	17. Eu nunca serei capaz de sentir emoções normais novamente	17. Eu nunca mais conseguirei sentir emoções normais outra vez	17. I will never be able to experience to fell normal emotions anymore	17. I will never be able to feel normal emotions another time	17. Eu nunca serei capaz de sentir emoções normais novamente
18. The world is a dangerous place	18. O mundo é um lugar perigoso	18. O mundo é um lugar perigoso	18. The world is a dangerous place	18. The world is a dangerous place	18. O mundo é um lugar perigoso
19. Somebody	19. Outra pessoa	19. Outra pessoa	19. Another	19. Another	19. Outra pessoa

else would have stopped the event from happening	teria evitado que o evento ocorresse	haveria impedido o acontecimento do evento	person would avoid it from happen	person would have avoided the occurrence of the event	teria evitado que o evento acontecesse
20. I have permanently changed for the worse	20. Eu mudei para pior permanentemente	20. Eu estou permanentemente mudado para pior	20. I permanently changed for worst	20. I am permanently changed for a worse way	20. Eu mudei permanentemente para pior
21. I feel like an object, not like a person	21. Eu me sinto como um objeto, não como uma pessoa	21. Eu me sinto como um objeto, não como uma pessoa	21. I fell like I was an object, not a person	21. I feel like an object, not like a person	21. Eu me sinto como um objeto, e não como uma pessoa
22. Somebody else would not have gotten into this situation	22. Outra pessoa não teria se colocado nesta situação	22. Outra pessoa não haveria se metido nessa situação	22. Another person wouldn't put himself in the same situation	22. Another person would not be involved in a situation like this one	22. Outra pessoa não teria se envolvido nessa situação
23. I can't rely on other people	23. Eu não posso contar com outras pessoas	23. Eu não posso contar com outras pessoas	23. I can't count on people	23. I cannot stand by other people	23. Eu não posso contar com outras pessoas
24. I feel isolated and set apart from others	24. Eu me sinto isolado e afastado dos outros	24. Eu sinto-me isolado e distante das outras pessoas	24. I fell isolated and distant from people	24. I fell alone and far from other people	24. Eu me sinto isolado e distante das outras pessoas
25. I have no future	25. Eu não tenho futuro	25. Eu não tenho futuro	25. I have no future	25. I do not have future	25. Eu não tenho futuro
26. I can't stop bad things from happening to me	26. Eu não posso evitar que coisas ruins aconteçam comigo	26. Eu não consigo impedir coisas ruins de acontecerem comigo	26. I can't avoid bad things from happen to me	26. I am not able to avoid the occurrence of bad things with me	26. Eu não posso evitar que coisas ruins aconteçam comigo
27. People are not what they seem	27. As pessoas não são o que elas parecem	27. As pessoas não são o que parecem	27. People aren't what they look like	27. People are not as they seem to be	27. As pessoas não são o que parecem
28. My life has been destroyed by the trauma	28. Minha vida foi destruída pelo trauma	28. Minha vida foi destruída pelo trauma	28. The trauma destroyed my life	28. My life was destroyed by the trauma	28. Minha vida foi destruída pelo trauma
29. There is something wrong with me as a person	29. Tem alguma coisa errada comigo enquanto pessoa	29. Não há nada de errado comigo como pessoa	29. Something is wrong with me	29. There is nothing wrong with me as a person	29. Tem alguma coisa errada comigo enquanto pessoa

30. My reactions since the event show that I am a lousy coper	30. Minhas reações desde o evento demonstram que eu não sei lidar com situações	30. Minhas reações desde o evento mostram que sou um mau lidador	30. Since the event my reactions demonstrate that I can't deal with some situations	30. My reactions since the event show that I do not deal well with bad things	30. Minhas reações desde o evento demonstram que eu sou péssimo em enfrentar algumas situações
31. There is something about me that made the event happen	31. Tem alguma coisa a meu respeito que fez com que este evento acontecesse	31. Há algo em mim que fez o evento acontecer	31. There is something about me that made that event to happen	31. There is something related to me that had made the event happen	31. Há algo em mim que fez com que o evento ocorresse
32. I will not be able to tolerate my thoughts about the event, and I will fall apart	32. Eu não serei capaz de tolerar meus pensamentos sobre este evento e eu vou desmoronar	32. Eu não conseguirei tolerar meus pensamentos sobre o evento, e desabarei	32. I won't be able to deal with my thoughts about the event and I think I will fall apart	32. I will not be able to tolerate my thoughts about the event, and I will be down	32. Eu não serei capaz de tolerar meus pensamentos sobre o evento e vou desmoronar
33. I feel like I don't know myself anymore	33. Eu sinto como se não me conhecesse mais	33. Eu sinto que não conheço mais a mim mesmo	33. I feel like I don't recognize myself anymore	33. I fell that I do not recognize myself anymore	33. Eu sinto como se não me conhecesse mais
34. You never know when something terrible will happen	34. Você nunca sabe quando algo terrível vai acontecer	34. Você nunca sabe quando algo terrível acontecerá	34. You never know when something terrible is going to happen	34. You never know when a terrible thing will happen	34. Você nunca sabe quando algo terrível vai acontecer
35. I can't rely on myself	35. Eu não posso contar comigo	35. Eu não posso contar comigo mesmo	35. I can't count on me	35. I cannot stand my myself	35. Eu não posso contar comigo mesmo
36. Nothing good can happen to me anymore	36. Mais nada de bom pode me acontecer	36. Nada de bom pode acontecer comigo novamente	36. Any other good can happen to me	36. No good things can happen to me again	36. Nada de bom pode acontecer comigo novamente

ANEXO 1

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. ()

Validade de Construto da Versão Brasileira do Inventário de Crenças Pós-Traumáticas (PTCI)

Resumo

A exposição a um evento estressor potencialmente traumático é uma condição necessária para o desenvolvimento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Há crescente literatura na área sugerindo que a maneira como as pessoas interpretam a experiência traumática e as suas conseqüências pode ser considerada um possível preditor para o desenvolvimento do TEPT. Foa e colegas desenvolveram um instrumento sobre crenças pós-traumáticas o *Posttraumatic Cognitions Inventory* (PTCI). O presente estudo apresenta os dados da análise das propriedades psicométricas do PTCI para compor a validação de construto do inventário através de técnicas de consistência interna, análise fatorial, convergente e discriminante. Para investigar as diferenças referentes às crenças pós-traumáticas foram criados três grupos: (a) 20 indivíduos com histórico de trauma e diagnóstico de TEPT (grupo TEPT); (b) 20 indivíduos com histórico de trauma e sem diagnóstico de TEPT (grupo TRAUMA +) e (c) 20 indivíduos sem histórico de trauma nos últimos três anos e sem diagnóstico de TEPT (grupo TRAUMA -). A história do trauma foi acessada através de entrevista estruturada e do *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ). O diagnóstico de TEPT foi realizado através de entrevista clínica, da *Davidson Trauma Scale* (DTS) e do *Screen for Posttraumatic Stress Symptoms* (SPTSS). As diferenças no escore total do PTCI foram estatisticamente significativas entre os três grupos [Kruskal Wallis Test chi-square = 37,09; $p < 0,001$]. O grupo TEPT apresentou os escores mais altos para o PTCI; enquanto o grupo TRAUMA- obteve os escores mais baixos. Os mesmos padrões foram encontrados para cada um dos três componentes do PTCI: (a) crenças negativas sobre self; (b) crenças negativas sobre mundo; e (c) crenças sobre auto-responsabilização. Também o escore total do PTCI teve uma alta correlação com o escore total do SPTSS; $r_s(60) = .90$; $p < 0,001$. A presente pesquisa sugere que a versão brasileira do PTCI é suficientemente sensível em discriminar crenças disfuncionais relacionadas ao trauma envolvidas no desenvolvimento e na manutenção do transtorno.

Palavras-chave: Transtornos de Estresse Traumático; validação; inventário

Concerning Validity the Brazilian Version of the Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI)

Abstract

Exposure to traumatic stressful event is a necessary condition in order to develop Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). There is a growing literature suggesting that the way people interpret the traumatic experience and its consequences is a strong predictor to the development of PTSD. Foa and colleagues developed a instrument about posttraumatic beliefs, the Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI). The present study presents the data of the PTCI psychometric properties analysis due to compose the inventory construct validation through techniques of internal consistency, factorial, convergent and discriminative analysis. To investigate the differences regarding posttraumatic cognitions three groups were created: (a) 20 individuals with a trauma history and PTSD diagnosis (PTSD group); (b) 20 individuals with a trauma history without PTSD diagnosis (TRAUMA+ group); and (c) 20 individuals without trauma history within the last three years and without PTSD diagnosis (TRAUMA- group). Trauma history was assessed by the clinical structured interview and the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). PTSD diagnosis was established by clinical interview, the Davidson Trauma Scale (DTS), and the Screen for Posttraumatic Stress Symptoms (SPTSS). Differences regarding PTCI total score were statistically significant between the three groups [Kruskal Wallis Test chi-square = 37.09; $p < 0.001$]. The PTSD group presented the highest PTCI score; meanwhile the TRAUMA- group presented the lowest PTCI score. The same pattern was found for each one of the three factors that composed the PTCI: (a) negative cognitions about self; (b) negative cognitions about the world; (c) and self responsabilization cognitions. Also, PTCI total score was strongly correlated to SPTSS total score; $r_s(60) = .90$; $p < 0.001$. The data suggests that the Brazilian version of the PTCI is sensitive enough to discriminate dysfunctional trauma-related cognitions involved in the development and maintenance of PTSD.

Key Words: Traumatic Stress Disorders, validity, inventory

Introdução

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) pode ser descrito como uma reação anormal sofrida pelo organismo devido a uma agressão ambiental intensa (Graeff, 2003). Apesar de não haver indicadores precisos a respeito de quais indivíduos desenvolvem o TEPT, sabe-se que existe a possibilidade de prevenção desse transtorno (Soares & Lima, 2003), já que ele tem sido considerado o quarto transtorno mental mais comum (Yehuda & Davidson, 2000), produzindo conseqüências sociais e econômicas significativas (Ballenger *et al.*, 2004). O TEPT é mais estudado em países como os Estados Unidos, Europa, Israel e Oceania (Filho & Sougey, 2001). Nos estudos mais atuais sobre a prevalência de TEPT ao longo da vida, os dados variaram de 1% a 9% (Sher, 2004). O estudo de Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes e Nelson (1995) encontrou uma distribuição variada de 10,4% nas mulheres e 5,0% nos homens.

No Brasil, as altas taxas de eventos traumáticos apontam para a necessidade de que mais recursos sejam destinados a estudos empíricos nacionais sobre o TEPT, devido esse ser o principal transtorno associado à violência e acidentes em geral (Figueira & Mendlowicz, 2003). Para um melhor refinamento das pesquisas e dos tratamentos, também se faz necessária a criação de instrumentos diagnósticos e de rastreio que auxiliem na mensuração e no entendimento do TEPT. Especialistas na área apontam as dificuldades apresentadas pelos pacientes em falar sobre situações de vida que envolvam o trauma sofrido como um dos principais fatores que influi para que sejam divulgadas taxas de prevalência abaixo do que realmente seria esperado (Figueira & Mendlowicz).

Muitas teorias sobre trauma hipotetizam que eventos traumáticos produzem mudanças nos pensamentos e nas crenças das vítimas (Foa & Riggs, 1993; Foa & Rothbaum, 1998; Horowitz, 1986; Janoff-Bulman, 1992; McCann & Pearlman, 1990; Resick & Schnicke, 1992), representando um importante papel na resposta emocional ao trauma. Embora essas mudanças sejam um ponto-chave nas cognições relatadas sobre o trauma sofrido, elas variam no que diz respeito a cognições específicas. Por exemplo, Epstein (1991) sugeriu a importância de quatro grupos de crenças que poderiam mudar depois de uma experiência traumática: a crença de que o mundo é bom/benigno, de que o mundo é maravilhoso, de que o *self* tem valor e de que as pessoas são dignas de confiança. Uma formulação similar foi oferecida por Janoff-Bulman (1989, 1992), que desenvolveu a escala sobre hipóteses de mundo (*World Assumptions Scale*, WAS) para medir a percepção de valor do *self* e a benevolência de mundo. A escala conseguiu discriminar entre vítimas de trauma e não-vítimas (Janoff-Bulman, 1989). McCann e Pearlman (1990) estenderam os temas que são

influenciados por uma experiência traumática, sugerindo que os eventos traumáticos causam rompimentos nas crenças sobre segurança, poder, estima, confiança e intimidade.

Para explicar o desenvolvimento e a manutenção do TEPT, a teoria adotada por Foa e colegas (Foa & Riggs, 1993; Foa, Steketee, & Rothbaum, 1989) foi a Teoria do Processamento Emocional (Foa & Kozak, 1986; Rachman, 1980). Essa sugere que o TEPT é uma consequência do rompimento no processo normal de recordação. Mais especificamente, Foa e Riggs e Foa e Rothbaum (1998) propuseram duas crenças disfuncionais básicas mediando o desenvolvimento do transtorno: (a) o mundo é completamente perigoso; e (b) o eu (*self*) é completamente incompetente, hipotetizando as relações entre essas crenças e o TEPT.

Frente às limitações referentes à escassez de instrumentos utilizados como auxílio diagnóstico para o TEPT e considerando a literatura sobre trauma, crenças e os instrumentos disponíveis para o auxílio no diagnóstico de TEPT, Foa, Ehlers, Clark, Tolin e Orsillo (1999) desenvolveram o *Posttraumatic Cognitions Inventory* (PTCI). O PTCI é um inventário auto-aplicável de 33 itens nos quais o indivíduo pontua situações relacionadas ao trauma em uma escala Likert de sete pontos, variando de 1 (*discordo totalmente*) a 7 (*concordo totalmente*). Três domínios específicos de crenças pós-traumáticas podem ser investigados através dos itens: (a) crenças negativas sobre *self*, (b) crenças negativas sobre mundo; e (c) crenças sobre auto-responsabilização. Segundo a teoria de Foa e colaboradores (1999), após a modificação de crenças diante de um trauma, o mundo passa a ser visto como um lugar ameaçador, o indivíduo tende a implicar a responsabilidade do ocorrido a si e, conseqüentemente, passa a se ver de forma negativa, mediando o desenvolvimento do TEPT.

No estudo original, Foa e colaboradores (1999) identificaram propriedades psicométricas satisfatórias para o PTCI, incluindo dados de fidedignidade e validade. Quanto à fidedignidade, o PTCI apresentou elevada consistência interna nos três domínios examinados: (a) crenças negativas sobre *self* ($\alpha = .97$); (b) crenças negativas sobre mundo ($\alpha = .88$); e (c) crenças sobre auto-responsabilização ($\alpha = .86$). Ainda em relação à fidedignidade, o PTCI apresentou boa estabilidade temporal. Após confiabilidade entre teste-reteste com um intervalo de uma semana, o coeficiente de correlação (*Spearman*) obtido ficou entre .74 e .86. Com relação à validade, foi possível notar uma estrutura fatorial estável em três diferentes grupos amostrais. Ainda, verificou-se elevadas correlações entre o PTCI e os dois outros instrumentos que avaliam crenças pós-traumáticas: (a) *Personal Beliefs and Reactions Scale* (PBRS; Resick, Schnicke, & Markway, 1991): considerada uma escala de crenças pessoais e reações utilizada para acessar crenças em vítimas de estupro com TEPT

crônico e para medir as mudanças das crenças após a psicoterapia, além de incluir escalas de crenças negativas sobre estupro, auto-culpa e perda; e (b) *World Assumptions Scale* (WAS; Janoff-Bulman, 1989; Janoff-Bulmann, 1992), indicando boa validação convergente. Na validação discriminante foi calculada a associação entre cognições pós-traumáticas e psicopatologia pós-trauma.

Posteriormente, Beck, Coffey, Palyo, Gudmundsdottir, Miller e Colder (2004) desenvolveram um estudo independente sobre as propriedades psicométricas do PTCI, no qual foi examinada a estrutura fatorial numa amostra de 112 indivíduos, com idades entre 18 e 65 anos. Nesse estudo, encontrou-se um bom nível de confiabilidade na escala, boa estabilidade e convergência. O estudo confirmou que o instrumento PTCI pode ser promissor no que diz respeito à identificação de risco de desenvolvimento do TEPT em pacientes vítimas de traumas.

Emmerik, Schoorl, Emmelkamp e Kamphuis (2006) investigaram as características psicométricas da versão holandesa do PTCI em 185 sujeitos que tinham experienciado algum tipo de trauma de acordo com os critérios descritos na 4ª Edição Revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2002). O estudo demonstrou elevada consistência interna na escala total ($\alpha = .97$) e nas subescalas (α variando entre .86 a .97) e também após duas semanas no teste-reteste. A validação convergente também alcançou elevadas correlações após a comparação do PTCI com a PBRS (Resick *et al.*, 1991). Com relação à validade discriminante, a escala demonstrou ser capaz de discriminar pacientes traumatizados com e sem diagnóstico de TEPT. Em linhas gerais, esse estudo concluiu que o PTCI pode ser significativamente útil na mensuração das crenças pós-traumáticas que deveriam se modificar ao longo do tratamento dos pacientes.

Uma série de estudos preliminares tem contribuído a fim de deixar mais claro a importância das variáveis cognitivas como ponto estratégico pelos grupos de Foa, e Ehlers e Clark. Avaliações excessivamente negativas sobre o evento traumático estão relacionadas com a persistência do TEPT em vítimas de assaltos (Dunmore, Clark & Ehlers, 1997). Também, avaliações negativas sobre os sintomas iniciais de TEPT predizem TEPT persistente em estudos com sobreviventes de acidentes de carro e com vítimas de assalto (Dunmore *et al.*, 1997; Ehlers, Mayou, & Bryant, 1998). Mudanças permanentes percebidas nas crenças e um total sentimento de alienação impedem a recuperação em vítimas de estupro e em sobreviventes de tortura e assalto (Dunmore *et al.*, 1997; Ehlers, Clark, Dunmore, Jaycox, Meadows, & Foa, 1998).

O estudo original sobre o PTCI surgiu na Filadélfia, em um grupo da Universidade de Oxford, com o intuito de desenvolver uma escala de compreensão para avaliar o trauma e as sequelas que estão envolvidas no desenvolvimento e na persistência do TEPT (Foa *et al.*, 1999). Atualmente, o PTCI é um instrumento utilizado em pesquisas e na área clínica. No Brasil, não há escalas criadas que possam ser comparadas ao PTCI. Desse maneira, o objetivo do presente estudo foi realizar a validade de construto da versão brasileira do PTCI.

Método

Participantes

Participaram deste estudo 60 adultos, entre 17 e 64 anos (*Med* = 31,0; *AIQ* = 24-44), do sexo feminino (63,3%) e masculino (36,7%). Os participantes apresentaram entre 5 e 33 anos de estudo (*Med* = 11,0; *AIQ* = 8-15). Quanto ao estado civil, os participantes distribuíram-se da seguinte forma: solteiros (35,0%), casados (51,7%), divorciados/viúvos (13,3%). Em termos ocupacionais, a maioria dos participantes (75,0%) apresentava, atualmente, alguma ocupação profissional. Entre os demais, seis sujeitos (10,0%) estavam desempregados, dois sujeitos (3,3%) aposentados e seis sujeitos (10,0%) temporariamente afastados de sua ocupação profissional; não foi obtida informação para um sujeito. Observou-se grande variabilidade quanto aos rendimentos mensais declarados, desde aqueles que não tinham nenhuma renda até um participante que recebia R\$ 5.000,00 por mês; para a amostra, verificou-se *Med* = 1.000,00 e *AIQ* = 800,00-1575,00. A amostra total foi composta por três grupos de participantes: (a) 20 indivíduos que procuraram tratamento no NET-TRAUMA e apresentaram diagnóstico de TEPT (Grupo TEPT); (b) 20 indivíduos que procuraram tratamento no NET-TRAUMA e não apresentaram diagnóstico atual de TEPT (Grupo TRAUMA+) e (c) 20 indivíduos recrutados em diferentes ambulatórios de atendimento no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sem história de trauma nos últimos três anos e sem diagnóstico atual de TEPT (Grupo TRAUMA-). As características sociodemográficas de cada grupo estão apresentadas na Tabela 1.

Instrumentos

Durante a coleta de dados, os seguintes instrumentos foram utilizados:

Davidson Trauma Scale (DTS; Davidson *et al.*, 1997): essa escala tem por objetivo medir a presença de sintomas de TEPT. É composta por 17 perguntas que correspondem aos critérios diagnósticos do DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002). Para realização da escala é necessário que o sujeito preencha o critério A do DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002): vivenciar ou testemunhar um acontecimento extremamente traumático. A escala é dividida em: (a) critério B sobre re-experiência

intrusiva, (b) critério C sobre evitação e embotamento e (c) critério D sobre excitabilidade aumentada. Cada um dos sintomas apresentado nas perguntas é pontuado com o valor de 1 a 4 em relação à frequência e ao grau de sofrimento associado. A DTS encontra-se testada em sua versão original quanto à validade e à confiabilidade, mediante os seguintes procedimentos: confiabilidade teste-reteste ($r = 0,86$), consistência interna ($\alpha = 0,99$), validade concorrente (contra o CIDI; $p < 0,0001$), convergente ($r = 0,78$), discriminante ($r = 0,04$) e validade preditiva (Davidson *et al.*). A versão adaptada para o português brasileiro foi utilizada por Stein e colaboradores (2004) a fim de investigar sintomas de TEPT em uma unidade brasileira de cuidado primário.

Screen for Posttraumatic Stress Symptoms (SPTSS; Carlson, 2001): criada com o intuito de ser uma medida de triagem breve, de auto-relato e que não necessite de conexão direta entre os sintomas apresentados e o evento estressor experienciado. A escala tem por objetivo principal permitir o rastreamento de sintomas pós-traumáticos, através da identificação dos sintomas que compõem os critérios diagnósticos. O indivíduo deve responder com que frequência experienciou (0 = nunca até 10 = sempre) cada um dos 17 itens apresentados na primeira pessoa do singular. Os sintomas são agrupados em três fatores representados da seguinte forma: (a) revivência, (b) evitação/entorpecimento e (c) excitabilidade aumentada. A versão em português, denominada Instrumento de Rastreamento para Sintomas de Estresse Pós-Traumático, foi validada por Kristensen (2005).

Beck Depression Inventory (BDI; Beck & Steer, 1993a): consiste em uma escala de auto-relato com 21 itens. Uma escala *Likert* de 4 pontos (0-3) é utilizada para avaliar a intensidade dos sintomas depressivos. As afirmativas estão destinadas a medir a severidade da depressão. Essa escala é amplamente utilizada na área clínica e na pesquisa. O escore total permite a classificação de níveis de intensidade da depressão. As estimativas de fidedignidade no estudo original em seis amostras psiquiátricas variou entre .79 e .90. Na versão em português, adaptada por Cunha (2001), o BDI apresentou ótimos resultados em termos de validade e fidedignidade nas amostras brasileiras.

Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck & Steer, 1993b): é uma medida de auto-relato com 21 itens na forma de descrições de sintomas de ansiedade a serem classificados em uma escala *Likert* de 4 pontos (0-3). O escore total do BAI tem por intuito avaliar o nível de intensidade em que se encontram os sintomas de ansiedade. Essa medida demonstrou bons resultados em termos de validade e fidedignidade, com uma consistência interna de $\alpha = .95$ em amostras americanas (Beck & Steer, 1993b). O BAI foi traduzido para o português por Cunha (2001) com bons resultados em termos de validade e fidedignidade.

Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein, Stein, Newcomb, Walker, Pogge, & Ahluvalia, 2003): é um questionário auto-aplicável de 28 itens que investiga cinco componentes traumáticos: (1) abuso físico, (2) abuso emocional, (3) abuso sexual, (4) negligência física e (5) negligência emocional. O CTQ é um instrumento para adolescentes e adultos, que gradua a frequência de 28 assertivas relacionadas com situações ocorridas na infância em uma escala *Likert* de 5 pontos. A validade de construto, realizada através de análises fatoriais exploratórias e confirmatórias, evidenciaram que os itens do CTQ constituem 5 fatores distintos, que correspondem às 5 dimensões hipotetizadas para o instrumento. Foram encontrados ótimos indicadores de consistência interna em todas as subescalas, calculados a partir do α de Cronbach. As medianas variaram de $Mdn = .66$, para a subescala de negligência física, a $Mdn = .92$ para a de abuso sexual. A confiabilidade do CTQ foi analisada por teste-reteste, mostrando-se bastante estável. Atualmente, o CTQ é um instrumento muito utilizado em pesquisas, na área forense e na área clínica. A versão em português, denominada Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI), foi adaptada por Grassi-Oliveira, Stein e Pezzi (2006).

Procedimentos de Coleta de Dados

Ao longo desta pesquisa, foram observados todos os procedimentos éticos recomendados pela Resolução 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia e pela Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde. Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão Científica da Faculdade de Psicologia e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CEP-PUCRS) sob o protocolo número 08/04489.

Após explicação detalhada dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da participação na pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi preenchido. Nesse termo, todas as condições de sigilo, bem como o caráter voluntário da participação foram explicitados. Além disso, o termo assegurou o anonimato do nome e de qualquer outra informação que pudesse identificar os participantes. Também foi informado aos sujeitos que eles não receberiam nenhum benefício direto, mas que, fazendo parte da pesquisa, contribuiriam para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico. Tal participação foi voluntária e, caso o participante desejasse desistir a qualquer momento, teria absoluta liberdade de fazê-lo.

Todos os 60 participantes foram entrevistados individualmente antes de completarem os questionários de auto-relato. O histórico de trauma dos pacientes foi acessado através de entrevista e do CTQ. O diagnóstico de TEPT foi realizado através de entrevista clínica, da DTS e do SPTSS. O BAI e o BDI também foram administrados a todos os participantes,

assim como o PTCI adaptado para o português. Em média, 30 minutos foram necessários para o preenchimento dos instrumentos. O procedimento padrão de coleta de dados para a amostra foi realizado durante o período entre maio de 2009 e setembro de 2009.

Análise de Dados

A análise descritiva dos resultados envolveu o cálculo de frequência absoluta e relativa para as variáveis com níveis de mensuração nominal e cálculos de medida de tendência central e dispersão para as variáveis ordinais e intervalares. As variáveis dentro dos parâmetros de distribuição normal foram apresentadas em termos de média e desvio-padrão, enquanto variáveis com distribuição não-paramétrica foram descritas em termos de mediana e intervalo interquartil. As características sociodemográficas foram comparadas entre os três grupos da amostra (TEPT, TRAUMA+ e TRAUMA-). As variáveis contínuas foram testadas por análise de variância (*one way ANOVA*) de Kruskal-Wallis, e as categóricas pelo teste do chi-quadrado.

A análise dos dados foi orientada para o exame das propriedades psicométricas do PTCI. A fidedignidade do instrumento foi verificada através da consistência interna, computando-se o Alfa de Cronbach (α). A fim de demonstrar quantos construtos comuns são necessários para explicar as correlações dos itens do PTCI e testar a hipótese clínica de reduzir o instrumento a três componentes assim como no instrumento original, o PTCI foi submetido a uma análise fatorial exploratória (EFA), com utilização da análise de componentes principais por matriz de co-variância para a extração dos dados. A seleção dos fatores para rotação Varimax foi realizada pelos métodos de Kayser e do Scree test.

Para avaliar a associação entre os escores dos instrumentos PTCI, DTS, SPTSS, BAI e BDI, utilizou-se a correlação de Spearman. E, para avaliar a diferença entre os escores desses instrumentos para os 3 grupos, utilizou-se o teste de Mann-Whitney U, com correção de Bonferroni.

Foi usado um poder de 90% e um nível de significância de 5%. Todas as análises estatísticas foram realizadas no programa *SPSS for Windows* (versão 16.0).

Resultados

Consistência Interna

Entre os diferentes métodos para avaliar a consistência interna do PTCI, optou-se pelo cálculo do α de Cronbach. Verificou-se, para a escala total, um $\alpha = .96$ e, para cada uma das subescalas, os seguintes valores: (a) cognições negativas sobre self $\alpha = .96$; (b) cognições negativas sobre mundo $\alpha = .92$; (c) cognições sobre auto-responsabilização $\alpha = .83$. Adicionalmente, foram observadas correlações bi-variadas item-total variando entre $r = .21$ e

$r = .84$. As correlações item-total mais baixas foram observadas para os itens 1, 15, 31, 4, 19 e 22. Em todos estes itens as correlações foram $< .50$. No entanto, a retirada de qualquer um destes itens não representa um aumento significativo na consistência interna do PTCI.

Análise Fatorial Exploratória

Foram selecionados três componentes para o total de itens do instrumento. Este modelo apresentou uma explicação de 66,2% da variação total dos itens, sendo 34,4% no primeiro fator (cognições negativas sobre *self*), 20,4% no segundo (cognições negativas sobre mundo) e 11,41% no terceiro (auto-responsabilização para o trauma). As correlações de cada item com o seu respectivo fator são apresentadas na Tabela 2 e estão organizadas conforme a ordem dos itens do PTCI.

Validade convergente-discriminante

A fim de que fossem realizadas as análises de associação entre as cognições pós-traumáticas e as medidas de TEPT, ansiedade e depressão, foram calculados os coeficientes de correlação de Spearman entre o PTCI e o SPTSS, DTS, BAI e BDI. Considerando a especificidade do PTCI para a avaliação de cognições após a ocorrência de trauma, foram excluídos desta análise os indivíduos sem história de trauma nos últimos três anos e sem diagnóstico atual de TEPT (Grupo TRAUMA-). Conforme pode ser visualizado na Tabela 3, o PTCI apresentou, predominantemente, forte correlação com os instrumentos que mensuram sintomas de TEPT, ansiedade e depressão. Da mesma forma, também foi observado o predomínio de correlações fortes entre as subescalas de cognições negativas sobre *self* e cognições negativas sobre mundo. No entanto, quase não foram verificadas correlações significativas entre a subescala de cognições sobre auto-responsabilização e os demais instrumentos.

Uma análise mais detalhada foi realizada para o padrão de associação entre essas medidas para o grupo TEPT ($n = 20$). Para o escore total do PTCI, nesse grupo, verificaram-se correlações significativas ($p < 0,05$) com os seguintes instrumentos: SPTSS ($r_s = .58$); BAI ($r_s = .56$); e BDI ($r_s = .84$). Para a subescala de cognições negativas sobre *self*, foram identificadas correlações significativas ($p < 0,01$) com o SPTSS ($r_s = .64$); BAI ($r_s = .59$); e BDI ($r_s = .83$). Para a subescala de cognições negativas sobre mundo, obteve-se apenas uma correlação significativa ($p < 0,05$) com os sintomas de depressão, mensurados pelo BDI ($r_s = .56$). Finalmente, entre os participantes com o diagnóstico de TEPT, observou-se um padrão de correlações negativas e não-significativas entre a subescala de cognições sobre auto-responsabilização e as medidas de sintomas de TEPT, ansiedade e depressão.

Comparação entre os grupos

Diferenças entre os grupos TRAUMA-, TRAUMA+ e TEPT no escore total do PTCI e nas subescalas foram examinadas. Conforme indicado na Tabela 4, há diferenças significativas nos escores do PTCI total e das três subescalas para os grupos TEPT e TRAUMA-. Entre os grupos TEPT e TRAUMA+, não há diferença significativa nos escores da subescala cognições sobre auto-responsabilização. Entre os grupos TRAUMA+ e TRAUMA-, não há diferença significativa nos escores da subescala cognições negativas sobre mundo. Para as escalas BAI, BDI e DTS, foram observadas diferenças significativas entre os grupos. Foram observadas diferenças significativas no escore total do SPTSS e de suas subescalas entre os grupos TEPT e TRAUMA+ e TEPT e TRAUMA-. No entanto, não foram observadas diferenças com significância estatística entre os grupos TRAUMA+ e TRAUMA-, à exceção dos escores na subescala referente aos sintomas de excitabilidade aumentada.

Davidson Trauma Scale (DTS; Davidson *et al.*, 1997): essa escala tem por objetivo medir a presença de sintomas de TEPT. É composta por 17 perguntas que correspondem aos critérios diagnósticos do DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002). Para realização da escala é necessário que o sujeito preencha o critério A do DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002): vivenciar ou testemunhar um acontecimento extremamente traumático. A escala é dividida em: (a) critério B sobre re-experiência intrusiva, (b) critério C sobre evitação e embotamento e (c) critério D sobre excitabilidade aumentada. Cada um dos sintomas apresentado nas perguntas é pontuado com o valor de 1 a 4 em relação à frequência e ao grau de sofrimento associado. A DTS encontra-se testada em sua versão original quanto à validade e à confiabilidade, mediante os seguintes procedimentos: confiabilidade teste-reteste ($r = 0,86$), consistência interna ($\alpha = 0,99$), validade concorrente (contra o CIDI; $p < 0,0001$), convergente ($r = 0,78$), discriminante ($r = 0,04$) e validade preditiva (Davidson *et al.*). A versão adaptada para o português brasileiro foi utilizada por Stein e colaboradores (2004) a fim de investigar sintomas de TEPT em uma unidade brasileira de cuidado primário.

Discussão

A validação de construto pôde ser trabalhada sob vários ângulos, entre eles análise da representação e análise por hipótese (Pasquali, 2003). A análise da representação do construto foi demonstrada pelas seguintes técnicas: (a) análise de consistência interna do teste; e (b) análise fatorial. Já a análise por hipótese foi realizada e sustentada através da validação convergente-discriminante. Essa validação avaliou as correlações significativas tanto com os construtos relacionados ao construto principal (validade convergente), como com os

construtos que deveriam diferir (validade divergente). A realização desses procedimentos possibilitou a consistência da validade de construto para uma população clínica brasileira.

A escala total do PTCI e as três subescalas demonstraram elevada consistência interna. A consistência interna do estudo atual ($\alpha = .96$) foi semelhante a que foi encontrada no estudo original ($\alpha = .97$). Nos Estados Unidos, o estudo de Beck e colaboradores (2004) encontrou um alfa de Cronbach inferior, assim como o estudo de Su e Chen, (2008) que aplicaram o instrumento a uma população tailandesa. O estudo Holandês de Emmerik e colaboradores (2006) apresentou alfa de Cronbach superior ao encontrado no estudo atual. O que se pode perceber é que os estudos encontrados até então com o instrumento PTCI diferem pouco em relação à consistência interna, pois os valores encontrados são bastante próximos.

A escolha pela análise fatorial exploratória deveu-se a necessidade de avaliar se os dados encontrados iriam ao encontro dos dados obtidos no estudo original. Também foi importante confirmar se a tradução do instrumento para o português aparentava estar semelhante à tradução original. Num primeiro momento, seis componentes foram encontrados. Optou-se por utilizar três componentes estruturais, pois eles foram capazes de explicar boa parte da variância, assim como no instrumento original. Os valores das cargas fatoriais para cada componente do instrumento foram consideráveis. Após a análise, optou-se por continuar com os mesmos 33 itens. No estudo de Foa e colaboradores (1999) a variação total do instrumento foi melhor explicada pelos valores mais elevados atingidos através da análise: (a) 48,5% no primeiro componente; (b) 4% no segundo; e (c) 3,4% no terceiro. Já o estudo atual explicou a variação da seguinte forma: (a) 34,4% no primeiro componente; (b) 20,4% no segundo; e (c) 11,41% no terceiro. A diminuição na capacidade de explicação dos três fatores através da análise fatorial poderia ser justificada pelo número reduzido de participantes no estudo da nova versão. Infelizmente, maiores comparações entre o instrumento original e o instrumento adaptado para o português não podem ser feitas, pois os grupos estudados são consideravelmente diferentes em termos da quantidade de participantes. Independentemente disso, os achados suportam a validação de 3 categorias de cognições de auto-relato inicialmente identificadas por Foa e colaboradores (1999).

Foram encontradas fortes correlações entre o PTCI e as medidas de sintomas de TEPT (SPTSS, DTS), indicando, conforme o que era esperado, uma boa validação convergente com esses instrumentos. Estudos anteriores (Beck *et al.*, 2004; Emmerik *et al.*, 2006; Bryant & Guthrie, 2007) observaram fortes correlações nas subescalas referentes as crenças negativas sobre *self* e sobre mundo com os instrumentos diagnósticos de TEPT, ao contrário da subescala sobre auto-responsabilização. O que se sabe através da literatura é que crenças

sobre o *self* e sobre o mundo podem estar mais diretamente associadas aos sintomas de TEPT (Foa & Riggs, 1993; Foa & Rothbaum, 1998). Já o estudo de Bryant e Guthrie (2007) corrobora a idéia de que avaliações negativas sobre o *self* ao invés de mundo ou auto-responsabilização predizem TEPT. Uma possibilidade é que pessoas que tipicamente se engajam em avaliações negativas sobre elas mesmas possam desenvolver TEPT mais facilmente porque a auto-imagem negativa é exacerbada pela experiência traumática.

As correlações observadas para o SPTSS e a DTS com a subescala auto-responsabilização foram pequenas. O que chama a atenção em relação a essa escala é que ela não se correlaciona bem com o próprio instrumento PTCI na amostra de pacientes que sofreram um evento estressor traumático. Alguns autores (Startup, Makgekgenene & Webster, 2007) tem considerado a possibilidade de que os itens do instrumento PTCI não sejam capazes de acessar cognições sobre auto-responsabilização. Segundo eles, essa subescala é ambígua em discriminar entre características e comportamentos de auto-responsabilização. O estudo realizado por Startup e colaboradores testou a habilidade das subescalas do PTCI em discriminar entre indivíduos traumatizados com e sem diagnóstico de TEPT. Eles preencheram o PTCI e medidas de auto-relato de sintomas de TEPT e depressão. Houve diferença significativa entre o grupo com diagnóstico de TEPT e o que apenas havia experienciado um evento traumático no score total do PTCI e nas subescalas cognições negativas sobre *self* e mundo, mas não na subescala auto-responsabilização. Su e Chen (2008) discutem em seu estudo a possibilidade de que as crenças referentes a auto-responsabilização sejam mais influenciadas por questões culturais. Apontam que vítimas chinesas tendem a encontrar mais explicações extrínsecas para o evento traumático ocorrido, diminuindo assim a tendência a auto-responsabilização.

Ainda em relação as correlações, os escores encontrados sugerem boa capacidade de discriminar crenças disfuncionais sobre auto-responsabilização no TEPT, sintomas de ansiedade e depressão. De forma interessante, assim como em estudos anteriores (Foa *et al.*, 1999; Beck *et al.*, 2004; Emmerik *et al.*, 2007)), a sintomatologia depressiva mensurada pelo BDI está mais fortemente correlacionada com cognições negativas sobre *self*, do que com cognições negativas sobre mundo. Sendo assim, é possível sugerir que a falta de discriminação entre cognições negativas sobre o *self* e sintomas de depressão demonstra um papel importante na manifestação e, provavelmente, manutenção dos sintomas depressivos. Esse achado é consistente com o estudo de Reynolds e Brewin (1998) que aponta a importância da evolução dos pensamentos negativos, principalmente sobre *self*, para a depressão. O estudo de Filho e Sougey (2001) aponta taxas de comorbidade entre TEPT e

depressão entre 46% e 51%. O que se sabe é que ao se comparar os diagnósticos de TEPT e depressão, vários sintomas se sobrepõem. Segundo Oquendo e colaboradores (2005), a preexistência de depressão aumenta a suscetibilidade para os efeitos de eventos traumáticos que possam ocorrer. Ao mesmo tempo, TEPT aumenta o risco para o primeiro episódio de depressão. Sendo assim, há um risco maior para a comorbidade entre esses dois transtornos, e a presença de um diagnóstico aumenta o risco para o desenvolvimento do outro.

O presente estudo examinou a consistência interna, a estrutura fatorial, as correlações e a capacidade de discriminação para indivíduos com e sem diagnóstico de TEPT usando uma amostra de indivíduos dividida em três grupos de participantes. As informações acima levam a crer que o PTCI é uma medida válida, ao menos para esse tipo de população. Como visto nos resultados, a tradução para o português e a forma como os itens foram organizados e estabelecidos indicam que o PTCI avalia o mesmo construto, qual seja, cognições disfuncionais sobre TEPT. No entanto, cabe levar em conta que as análises realizadas têm como fator de limitação o tamanho da amostra.

Considerações Finais

Este estudo foi realizado com o intuito de avaliar a validade de construto da versão em português do PTCI. Tal esforço se justifica pela necessidade de se acessar as cognições pós-traumáticas entre indivíduos que experienciam eventos estressores, já que tais cognições são fortes preditoras para o desenvolvimento subsequente do TEPT.

Algumas questões permanecem em aberto após a realização do estudo, particularmente as que consideram a utilidade clínica do instrumento. Ademais, reconhece-se, como limitação do estudo, que os resultados se referem apenas a uma população clínica de um hospital público do Estado do Rio Grande do Sul. Embora a amostra tenha sido pequena, considera-se que foi bastante heterogênea em relação aos tipos de trauma vivenciados pelos participantes da pesquisa. Logo, outros estudos com populações maiores serão necessários para a correta e completa validade de construto desse inventário para a população brasileira.

Na prática clínica, o PTCI pode fornecer pontos-chave para a terapia cognitiva, permitindo o monitoramento periódico do processamento cognitivo. Da mesma forma, é possível utilizar o PTCI como uma medida de eficácia da psicoterapia em pacientes com TEPT. Nas pesquisas sobre o transtorno, a utilização do PTCI pode acrescentar importantes contribuições, já que a avaliação detalhada das cognições pós-traumáticas pode auxiliar no entendimento sobre os mecanismos de desenvolvimento e manutenção do transtorno.

Por fim, estimulam-se mais estudos com amostras de diversas regiões do Brasil para confirmar as propriedades psicométricas do PTCI e validar o seu construto de forma mais

abrangente. Da mesma forma, sugerem-se práticas nos hospitais que possam vir a aumentar a atenção para o desenvolvimento de TEPT na população em geral, a fim de que os profissionais possam atuar de forma preventiva e terapêutica, prevenindo que o transtorno se torne ainda mais grave e recorrente.

Referências

- 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. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *65*(1), 55-62.
- Beck, J. G., Coffey, S. F., 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*, 289-298.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993a). *Beck Anxiety Inventory*: Manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993b). *Beck Depression Inventory*: Manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., & Ahluvalia, T. (2003). Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. *Children Abuse Negligence*, *27*(2), 169-190.
- Bryant, R. A., & Guthrie, R. (2007). Maladaptive self-appraisals before trauma exposure predict Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*(5), 812-815.
- Carlson, E. B. (2001). Psychometric study of a brief screen for PTSD: Assessing the impact of multiple traumatic events. *Assessment*, *8*, 431-441.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em Português das escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Davidson, J. R. Malik, M. A., & Travers, J. (1997). Structured interview for PTSD: psychometric validation for DSM-IV criteria. *Depress Anxiety*, *5*, 127-129.
- Dunmore, E., Clark, D. M., & Ehlers, A. (1997). Cognitive factors in persistent versus recovered PTSD after physical or sexual assault: A pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *25*, 147-161.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Dunmore, E., Jaycox, L., Meadows, E., & Foa, E. B. (1998). Predicting response to exposure treatment in PTSD: The role of mental defeat and alienation. *Journal of Traumatic Stress*, *11*, 457-471.

- Ehlers, A., Mayou, R., A., & Bryant, B. (1998). Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 508-519.
- 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.
- Epstein. S. (1991). Impulse control and self-destructive behavior. In: Lipsitt, L. P. & Mitick, L. L. *Self regulatory behaviour and risk-taking: Causes and consequences* (pp. 273-284). Norwood, N. J: Ablex.
- Figueira, I., & Mendlowicz, M. (2003). Diagnóstico do Transtorno de Estresse Pós-Traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 25*, 12-16.
- Filho, J., W., S., C., & Sougey, E., B. (2001). Transtorno de estresse pós-traumático: Formulação diagnóstica e questões sobre comorbidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 23*(4), 221-228.
- 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., & 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 psyachiatry* (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.
- Graeff, F. G. (2003). Bases Biológicas do transtorno de Estresse Pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 25*(1), 21-24.
- Grassi-Oliveira, R., Stein, L., & Pezzi, J. (2006). Translation and content validation of the Childhood Trauma Questionnaire into Portuguese language. *Revista Saúde Pública, 40*(2), 249-255.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes* (2a. ed). Northvale: Jason Aronson.
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition, 7*, 113-136.

- Janoff-Bulmann, R. (1992) *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free 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.
- 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.
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). *Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy and transformation*. New York: Bruner/ Mazel.
- Oquendo, M., Brent, D. A., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., et al. (2005). Posttraumatic Stress Disorder comorbid with Major Depression: Factors mediating the association with suicidal behavior. *American Journal Psychiatry*, 162, 560-566.
- Pasquali, L. (2003). *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis: Vozes.
- Rachman, S. (1980). Emotional processing. *Behavior Research and Teraphy*, 18, 51-60.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting e Clinical Psychology*, 60, 748-756.
- Resick, P. A., Schnicke, M. K., & Markway, B. G. (1991). The relationship between cognitive content and posttraumatic stress disorder. *Paper presented at the annual meeting of the association for Advancement of Behavior Therapy*, New York.
- Reynolds, M., & Brewin, C. R. (1998). Intrusive Cognitions, coping strategies and emotional responses in depression, post-traumatic stress disorder and a non-clinical population. *Behavioral Research and Therapy*, 36, 135-147.
- Sher, L. (2004). Recognizing post-traumatic stress disorder. *Q J Med*, 97(1), 1-5.
- Soares, B. G. O., & Lima, M. S. (2003). Estresse pós-traumático: Uma abordagem baseada em evidências. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 62-66.
- Startup, M., Makgekenene, L., & Webster, R. (2007). The role of self-blame for trauma as assessed by the posttraumatic cognitions inventory (PTCI): A self-protective cognition? *Behavioral Research and Therapy*, 45, 395-403.
- Stein, A. T., De Carli, E., Casanova, F., Pan, M. S., & Pellegrin, L. G. (2004). Transtorno de estresse pós-traumático em uma unidade de saúde de atenção primária. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26(2), 158-166.

Su, Y. J., & Chen, S. H. (2008). The posttraumatic cognitions inventory-Chinese revised: Validation and refinement with a traumatized college sample in Taiwan. *Journal of Anxiety Disorder, 22*(7), 1110-1119.

Yehuda, R., & Davidson, J. (2000). *Clinician's manual on post traumatic stress disorder*. London: Science Press.

Tabela 1

Características Sociodemográficas dos Participantes

Características	Grupos			<i>p</i>
	TEPT <i>M (AIQ)</i>	TRAUMA+ <i>M (AIQ)</i>	TRAUMA- <i>M (AIQ)</i>	
Idade em anos	35,9 (12,5)	34,4 (13,7)	32,5 (12,2)	>0,05
Sexo				
feminino	15 (75%)	11 (55%)	12 (60%)	
masculino	5 (25%)	9 (45%)	8 (40%)	
Anos de estudo	10,8 (3,5)	14,0 (7,0)	11,7 (3,6)	>0,05
Tipos de trauma				
violência urbana	9 (45%)	7 (35%)	-	
violência sexual	4 (20%)	1 (5%)	-	
violência psicológica	2 (10%)	-	-	
desastre	1 (5%)	2 (10%)	-	
trauma vicário	2 (10%)	8 (40%)	-	
acidente	2 (10%)	1 (5%)	-	
doença grave	-	1 (5%)	-	
Tempo de trauma				
≤1 ano	12 (60%)	8 (40%)		
≥1 ano	8 (40%)	12 (60%)		

Notas. TEPT = indivíduos com diagnóstico de TEPT; TRAUMA+ = indivíduos que experienciaram um evento traumático; TRAUMA- = indivíduos que não experienciaram qualquer tipo de evento traumático nos últimos três anos.

Tabela 2.

Carga fatorial para cada item do PTCI

Itens		Carga Fatorial		
		Fator 1	Fator 2	Fator 3
Fator 1	2	.47	.25	.02
	3	.54	.41	.20
	4	.41	.10	.09
	5	.58	.46	.13
	6	.84	.12	-.05
	9	.79	.29	-.15
	12	.68	.08	.05
	14	.70	..38	.13
	16	.78	.25	.10
	17	.85	.20	.00
	20	.90	.21	.12
	21	.78	.31	.01
	24	.79	.23	.12
	25	.77	.11	-.04
	26	.57	.23	.22
	28	.79	.26	.28
	29	.75	.27	.14
	30	.69	.25	.37
	33	.89	.22	-.13
35	.71	.19	-.03	
36	.82	.20	-.13	
Fator 2	7	.27	.77	.17
	8	.35	.71	.28
	10	.17	.87	.18
	11	.31	.78	.37
	18	.48	.73	.03
	23	.27	.50	.27
	27	.34	.76	.10
Fator 3	1	-.05	.04	.79
	15	-.11	.31	.60
	19	.12	.15	.85
	22	.21	.24	.71
	31	.00	.25	.69

Tabela 3.

Correlações entre o PTCI, SPTSS, DTS, BAI e BDI em Participantes que Experienciaram um Evento Traumático

Escala	PTCI			Escore Total
	Cognições negativas sobre <i>self</i>	Cognições negativas sobre mundo	Cognições sobre auto-responsabilização	
SPTSS				
Revivência	.74**	.73**	.32*	.84**
Evitação	.84**	.80**	.19	.89**
Excitabilidade aumentada	.76**	.75**	.31	.85**
Escore total	.83**	.79**	.25	.91**
DTS				
Frequência	.73**	.71**	.32*	.83**
Gravidade	.77**	.75**	.28	.85**
Escore total	.76**	.74**	.30	.84**
BAI	.88**	.71**	-.01	.84**
BDI	.68**	.40**	-.04	.61**

Notas. PTCL = Inventário de Cognições Pós-Traumáticas; DTS = Escala Davidson de Trauma; SPTSS = Instrumento de Rastreamento para Sintomas de Estresse Pós-Traumático; BAI = Inventário Beck de Ansiedade; BDI = Inventário Beck de Depressão. Correlações por Postos de Spearman. * $p < .05$. ** $p < .001$.

Tabela 4.

Mediana e Intervalo Interquartil para as escalas PTCI, DTS, SPTSS, BAI e BDI entre os três grupos

Escalas	Grupos		
	TEPT <i>Mdn (AIQ)</i>	TRAUMA+ <i>Mdn (AIQ)</i>	TRAUMA- <i>Mdn (AIQ)</i>
PTCI			
Cognições negativas sobre self	86 (66-111) ^a	38 (30-51) ^c	28 (26-33) ^b
Cognições negativas sobre mundo	39 (30-41) ^a	22 (12-25)	16 (10-33) ^b
Cognições sobre auto-responsabilização	20 (10-23) ^a	11 (6-20) ^c	6 (5-11) ^b
Escore total	153 (129-185) ^a	82 (62-103) ^c	53 (45-93) ^b
DTS			
Frequência	47 (38-59) ^a	10 (5-14) ^c	4 (2-7) ^b
Gravidade	48 (41-61) ^a	12 (6-16) ^c	4 (2-8) ^b
Escore total	94 (77-118) ^a	22 (12-30) ^c	9 (4-15) ^b
SPTSS			
Revivência	38 (27-47) ^a	2 (1-9)	2 (0-6) ^b
Evitação	46 (36-57) ^a	9 (4-13)	4 (1-15) ^b
Excitabilidade aumentada	37 (33-44) ^a	7 (4-12) ^c	3 (1-8) ^b
Escore total	125 (89-142) ^a	16 (10-33)	14 (6-30) ^b
BDI	27 (22-36) ^a	12 (5-15) ^c	5 (2-9) ^b
BAI	51 (43-68) ^a	30 (26-36) ^c	26 (23-28) ^b

Notas. TEPT = indivíduos com diagnóstico de TEPT; TRAUMA+ = indivíduos que experienciaram um evento traumático; TRAUMA- = indivíduos que não experienciaram qualquer tipo de evento traumático nos últimos três anos. PTCI = Inventário de Cognições Pós-Traumáticas; DTS = Escala Davidson de Trauma; SPTSS = Instrumento de Rastreo para Sintomas de Estresse Pós-Traumático; BAI = Inventário Beck de Ansiedade; BDI = Inventário Beck de Depressão. Sobrescritos indicam diferença significativa ($p < 0,05$) entre grupos: ^a = TEPT e TRAUMA+; ^b = TEPT e TRAUMA-; ^c = TRAUMA+ e TRAUMA-.

Considerações Finais

Os objetivos deste estudo foram, primeiramente, coletar informações suficientes a fim de adaptar uma versão em português do Inventário de Cognições Pós-Traumáticas (PTCI). Além disso, objetivou-se coletar dados e analisar a validade de construto para validar o PTCI para uma população clínica brasileira. Assim, para atender aos objetivos do trabalho, foram desenvolvidos quatro artigos.

O artigo teórico “TEPT: Desenvolvimento Histórico, Critérios Diagnósticos e Prevalência” avaliou os critérios diagnósticos do TEA e do TEPT, a prevalência do transtorno e os fatores associados à doença. Esse artigo objetivou trazer informações antigas e atuais sobre o TEPT e fazer algumas considerações acerca do transtorno. Nos dados dos estudos apresentados, foi possível observar elevadas taxas de TEPT na população e taxas ainda mais elevadas a respeito da vivência de eventos estressores potencialmente traumáticos. Essas informações tornam ações de promoção de saúde mental fundamentais para tentar diminuir a sintomatologia nos próximos anos. Nessas ações, além de atendimento psicológico e psiquiátrico com resposta terapêutica confiável, são necessárias informações que auxiliem na educação sobre o transtorno, fazendo com que as pessoas procurem auxílio quando identificam a sintomatologia, evitando sua cronificação.

Já o artigo teórico “Processamento cognitivo no TEPT” avaliou as teorias explicativas e como se dá o processamento cognitivo relacionado ao transtorno. O objetivo foi fundamentar a necessidade de se adaptar e validar um instrumento avaliativo de crenças disfuncionais relacionadas a um evento estressor potencialmente traumático em uma população clínica. A partir disso, diversos estudos falando sobre TEPT foram encontrados, principalmente internacionais e, a grande maioria, apontava para a necessidade de se estudar aspectos mais práticos, como resultados de tratamentos. Por outro lado, mais especificamente, estudos que abordem em profundidade as teorias explicativas do transtorno são poucos e abordam, sobretudo, apenas uma das diversas teorias propostas. Além disso, não foram encontrados artigos brasileiros sobre as teorias explicativas do TEPT. Mas, tendo em vista a quantidade de estudos produzidos sobre o transtorno a âmbito internacional, percebe-se a relevância do assunto, além de que intervenções eficazes originam-se de bases teóricas consistentes.

No artigo “Adaptação da versão em português do Instrumento PTCI”, os objetivos foram demonstrar como foi feito todo o processo de adaptação, incluindo todas as suas cinco

etapas. Foi necessário pesquisar sobre as metodologias mais usadas para esse tipo de trabalho e, através de intensa busca, o método mais apropriado ao instrumento a fim de mantê-lo o mais fidedigno possível ao instrumento original. Dessa forma, os dados foram apresentados com o intuito de justificar a qualidade da adaptação.

Na apresentação do artigo “Validação de construto do PTCI” para uma população clínica, revelaram-se resultados satisfatórios. Foi utilizada a validação de construto a fim de considerar o instrumento válido, o que, segundo Pasquali (2003), é a forma mais fundamental de validação dos instrumentos. Porém, Fachel e Camey (2000) destacam a dificuldade de se estabelecer esse tipo de validade quando o construto não é algo diretamente mensurável (por ser um fenômeno psicológico). Dessa maneira, para reconhecer a validade de construto como fidedigno, deve-se considerar a teoria da resposta ao item, em que todo o fenômeno psicológico precisa ser expresso por um comportamento para ser cientificamente estudado. No presente estudo, as crenças foram o construto avaliado pelo PTCI e, por ser representadas por comportamentos, puderam ser medidas e avaliadas em termos de gravidade, possibilitando a validade.

Os bons resultados encontrados nas análises das propriedades psicométricas do PTCI vão ao encontro do foco do projeto, referente à utilização de instrumentos que possam verificar e avaliar crenças disfuncionais relacionadas a um evento estressor potencialmente traumático. Especificamente, objetivou-se realizar a análise de representação através da análise de consistência interna (alfa de cronbach .96). Na análise fatorial, três fatores explicaram 66,2%. Foram realizadas correlações entre o PTCI e as escalas de diagnóstico de TEPT, depressão, ansiedade e trauma na infância. Além disso, focou-se na identificação de crenças disfuncionais após a vivência de um evento estressor traumático na amostra, caracterização de sua severidade e associação. Com isso, foi possível concluir que o PTCI é válido para a utilização na mensuração de crenças disfuncionais no TEPT em uma amostra clínica.

Entre as limitações do presente estudo, a principal pode ser apontada como a não participação de outros tipos de populações clínicas. Mesmo assim, procurou-se pontuar três grupos, a fim de verificar as diferenças entre uma amostra sem trauma e sem TEPT, uma amostra com trauma e sem TEPT e uma amostra com trauma e com TEPT. Como não era objetivo do estudo comparar e diferenciar as crenças em diferentes populações de traumatizados, acredita-se que essa limitação não tenha interferido consideravelmente nos resultados. No entanto, por mais que esteja explícito que a validade de construto é para uma determinada população clínica, não se podendo livremente generalizar para toda a população

clínica brasileira, este estudo teria um maior significado científico se mais populações clínicas do Rio Grande do Sul ou de outros estados participassem da amostra. Infelizmente, devido ao cronograma estabelecido e a metodologia definida para o estudo, a participação de outras populações tornou-se impraticável. Assim, espera-se que outros estudos possam ser realizados a fim de corroborar com os resultados.

Infelizmente, não pôde ser realizada análise por hipótese para satisfazer as necessidades da validade de construto devido à falta de instrumentos traduzidos até a coleta de dados do presente estudo. Ademais, não foi possível correlacionar os resultados do PTCI com outro instrumento que medisse o mesmo construto, como a *Personal Beliefs and Reactions Scale* (PBRS; Resick, Schnicke, Markway, 1991) e a *World Assumptions Scale* (WAS; Janoff-Bulman, 1989; 1992) em função dessas escalas não serem adaptadas, o que acabou excluindo essa possibilidade de análise.

Concluindo, acredita-se que o presente trabalho tenha sido enriquecedor não só na avaliação das propriedades psicométricas do PTCI, mas na avaliação de fatores associados às crenças disfuncionais da amostra. Além disso, não se pretende, com esta pesquisa, definir que o PTCI é válido como instrumento avaliativo de crenças para todas as populações clínicas brasileiras. Todavia, espera-se que esses resultados sejam somados a outros para fundamentar a validação e a normatização para toda a população brasileira.

Referências

- Fachel, J. M. G., & Camey, S. (2000). Avaliação psicométrica: a qualidade das medidas e o entendimento dos dados. In: Cunha, J. A. *Psicodiagnóstico-V* (pp. 158-170). Porto Alegre: Artmed.
- Janoff-Bulman R. (1989) Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition*, 7,113-136.
- Janoff-Bulmann R. (1992) Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma. New York: Free Press.
- Pasquali, L. (2003). *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis: Vozes.
- Resick P. A., Schnicke M. K., & Markway B. G. (1991). *The relationship between cognitive content and posttraumatic stress disorder*. In Annual meeting of the association for Advancement of Behavior Therapy, New York, USA.

Anexos

ANEXO A



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

OF.CEP-1133/09

Porto Alegre, 21 de agosto de 2009.

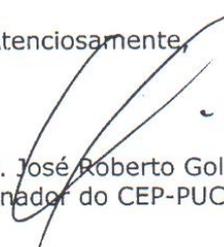
Senhor Pesquisador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 08/04489 intitulado **"Avaliação de pensamentos e crenças sobre experiências traumáticas: descrição das propriedades psicométricas da versão em português do Inventário de Cognições Pós-Traumáticas"**.

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
Faculdade de Psicologia
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

ANEXO B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Sou estudante do curso de Mestrado em Psicologia – Cognição Humana, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Estou realizando uma pesquisa intitulada “Avaliação de Pensamentos e Crenças sobre Experiências Traumáticas: descrição das propriedades psicométricas da versão em Português do Inventário de Cognições Pós-Traumáticas” sob orientação do professor Dr. Christian Haag Kristensen, cujo objetivo é identificar experiências que você possa ter vivenciado e avaliar como você se sentiu com relação a elas (pensamentos relacionados às experiências, sintomas de ansiedade e sintomas depressivos). A sua participação envolve o preenchimento de seis instrumentos, que consistem em questões relacionadas ao objetivo da pesquisa anteriormente citados. A sua identidade não será revelada em trabalhos que utilizem as informações fornecidas e você terá liberdade de retirar seu consentimento de participação da pesquisa, caso deseje, em qualquer momento.

Eu _____ sei dos objetivos da pesquisa e das condições em que ela será realizada. Caso eu tenha alguma dúvida, poderei entrar em contato com a pesquisadora ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS (CEP-PUCRS): (51) 33203345. A pesquisadora _____ certificou-me do caráter confidencial dos dados e de que, a divulgação dos resultados será sem identificação e unicamente para fins de pesquisa.

Porto Alegre, ___ de _____ de _____.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Contato com a pesquisadora: Gabriela Sbardelloto (51) 91510269/ (51) 3320.3500 (ramal 7741)

ANEXO D

Inventário de Ansiedade Beck

Nome: _____ Data: ___/___/___

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente Não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável, mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto Afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				

ANEXO E

Inventário de Depressão Beck

Nome: _____ Data: ____/____/____

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo.
3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.
12. 0 Não perdi o interesse por outras pessoas.
1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
3 Perdi todo meu interesse pelas outras pessoas.
13. 0 Tomo decisões tão bem quanto antes.
1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
2 Tenho mais dificuldades em tomar decisões do que antes
3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.
14. 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.
1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.
2 Acho que há mudanças permanentes na minha vida aparência, que me fazem sem atrativos
3 Acredito que pareço feio.
15. 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.
1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.
2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.
16. 0 Consigo dormir tão bem como o habitual
1 Não durmo tão bem como costumava.
2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que acostumava e não consigo voltar a dormir.
17. 0 Não fico mais cansado do que o habitual.
1 Fico cansado com mais facilidade do costumava
2 Sinto-me cansado ao fazer qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
18. 0 Meu apetite não está pior do que o habitual.
1 Meu apetite não é tão bom como costuma ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Absolutamente não tenho mais apetite.
19. 0 Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente.
1 Perdi mais de 2 quilos e meio.
2 Perdi mais de 5 quilos.
3 Perdi mais de 7 quilos.

Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim () Não ()

20. 0 Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual
1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.
2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa
21. 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo
1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.
2 Estou muito menos interessado em sexo agora.
3 Perdi completamente o interesse por sexo.

Score Total: _____

ANEXO F

(CTQ – CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE)

(Data: __/__/____)

Nome: _____

Pesquisador: _____

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

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

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

ANEXO G

Instrumento de Rastreo para Sintomas de Estresse Pós-Traumático (SPTSS)

Idade: ___ anos e ___ meses Sexo: ()masc ()fem

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(sempr)

- ___ 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.

SPTSS versão 1.0 Copyright © 1993 por Eve Carlson, Ph.D.

Traduzido e adaptado por Christian H. Kristensen

ANEXO H

INVENTÁRIO DE COGNIÇÕES PÓS-TRAUMÁTICAS (PTCI)

NOME: _____ INICIAIS: _____ 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 discordo e nem concordo*
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. ()

ANEXO I

ESCALA DAVIDSON DE TRAUMA

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

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

FREQUÊNCIA

0 = nenhuma vez
 1 = uma vez
 2 = 2 a 3 vezes
 3 = 4 a 6 vezes

GRAVIDADE

0 = não perturbou
 1 = perturbação mínima
 2 = perturbação moderada
 3 = perturbou muito

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