

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO



Taís Cristina Favaretto

**FUNCIONAMENTO PSÍQUICO DE SUJEITOS COM TRANSTORNO DE
ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT) NA PERSPECTIVA DO DIAGNÓSTICO
PSICODINÂMICO OPERACIONALIZADO (OPD-2)**

Porto Alegre, RS

2023

Taís Cristina Favaretto

**FUNCIONAMENTO PSÍQUICO DE SUJEITOS COM TRANSTORNO DE
ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT) NA PERSPECTIVA DO DIAGNÓSTICO
PSICODINÂMICO OPERACIONALIZADO (OPD-2)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de **Doutora em Psiquiatria**.

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Helena Machado Freitas¹

Colaboradores: Profa. Dra. Carla Crempien²

Profa. Dra. Sílvia Pereira da Cruz Benetti³

Dra. Luciane Maria Both⁴

Dr. Luis Francisco Ramos-Lima⁵

Dra. Cleonice Zatti⁶

Porto Alegre, RS

2023

1 Médica Psiquiatra. Doutora em Medicina: Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. Professora Associada do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

2 Psicóloga. Doutora em Pesquisa em Psicoterapia, Pontificia Universidad Católica de Chile, Universität Heidelberg, Germany. Pesquisadora em Millenium Institute for Research in Depression and Personality. Professora da Pontificia Universidad Católica de Chile. Diplomado Diagnóstico, Indicación y Estrategias em Psicoterapia: Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD-2).

3 Psicóloga. Doutora em Child and Family Studies, Syracuse University, Estados Unidos.

4 Psicóloga. Doutora em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

5. Médico Psiquiatra. Doutor em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

6 Psicóloga. Doutora em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

CIP - Catalogação na Publicação

FAVARETTO, TAIS FAVARETTO
DOUTOR / TAIS FAVARETTO FAVARETTO. -- 2023.
256 f.
Orientador: LÚCIA HELENA MACHADO FREITAS.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. TRASNTO RNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO. 2. PSICOLOGIA. 3. DESENVOLVIMENTO DA PERSONALIDADE. 4. MACANISMOS DE DEFESA. I. FREITAS, LÚCIA HELENA MACHADO, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Taís Cristina Favaretto

**FUNCIONAMENTO PSÍQUICO DE SUJEITOS COM TRANSTORNO DE
ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT) NA PERSPECTIVA DO DIAGNÓSTICO
PSICODINÂMICO OPERACIONALIZADO (OPD-2)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de **Doutora em Psiquiatria**.

Aprovada em 31 de março de 2023.

Profa. Dra. Lúcia Helena Machado Freitas
(Orientadora)

Profa. Dra. Neusa Sica da Rocha

Prof. Dr. Vinícius Renato Thomé Ferreira

Profa. Dra. Fernanda Barcelos Serralta

Porto Alegre, RS

2023

“Volte seus olhos para dentro, contemple suas próprias profundezas, aprenda primeiro a conhecer-se! Então, aprenderá por que está destinado a ficar doente e, talvez, evite adoecer no futuro” (Freud,1856-1939).

“Caminhe e o caminho se abrirá” (Gassho).

Caminhar com a certeza do amor e apoio torna a jornada mais segura.

As pessoas especiais do meu caminho...

- meu amor Guilherme, porto seguro e brisa fresca frente às turbulências da vida

- meus pais Marileda e Claudino, por instituir o desejo de sonhar e a capacidade de buscar realizá-los

- minha irmã Laís, parte de meu coração, companheira em qualquer batalha

- à Annie e Ilírio, por incentivar meu crescimento

- à pequena Lunna, por alegrar meus dias

- aos amigos e familiares que torceram e estimularam, em especial, Roberta e Bárbara

- à minha Orientadora Lúcia, por acreditar em minha capacidade e oportunizar meu crescimento profissional e pessoal

- aos meus professores, por transmitir mais do que conhecimento, paixão pelo trabalho que desempenham

- aos residentes do NET-Trauma, em especial a preceptora Psiquiatra Stefânia Pigatto Teche, ao Psiquiatra Luis Francisco Ramos-Lima e a psicóloga Vitoria Waikamp, com quem convivi e aprendi

- aos colegas que colaboraram na escrita dos artigos, pensando, ensinando e aprendendo, Luciane, Sílvia, Cleonice, Carla e Francisco

- aos professores da Banca, Fernanda, Luan, Neuza e Vinícius, pelo olhar fraterno, por compartilhar tempo e conhecimento

- à colega e amiga Luciane, por dividir, somar e crescer junto durante toda trajetória

- à colega a amiga Cleo, pelas trocas teóricas e afetivas

- ao meu local de trabalho, por possibilitar a reorganização de meus horários para a realização do Doutorado

- aos colegas de trabalho, por compreender minhas ausências e incentivar a realização desse sonho

Obrigada!

SUMÁRIO

RESUMO	9
LISTA DE ABREVIATURAS	13
1 APRESENTAÇÃO.....	15
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
2.1 EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS- TRAUMÁTICO (TEPT) NA CLASSIFICAÇÃO MÉDICA.....	17
2.2 PREVALÊNCIA E FATORES PRÉ E PÓS-TRAUMÁTICOS DO TEPT.....	22
2.3 ESTRESSE E TRAUMA PSICOLÓGICO NA CLÍNICA PSICANALÍTICA	26
2.4 AVALIAÇÃO EM PSICOTERAPIA PSICODINÂMICA A PARTIR DO OPD-2.....	31
JUSTIFICATIVA.....	38
4 OBJETIVOS	40
4.1 OBJETIVO GERAL	40
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	40
5 MÉTODO.....	41
5.1 DELINEAMENTO	41
5.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	41
5.3 INSTRUMENTOS.....	42
5.3.1 Entrevista clínica para avaliação do TEPT- CAPS-5.....	42
5.3.2 Questionário Sociodemográfico e Clínico.....	42
5.3.3 Diagnóstico Operacionalizado Psicodinâmico 2 (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, OPD-2)	42
5.3.4 Defensive Style Questionnaire (DSQ-40; Anexo E).....	43
5.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	44
5.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	45
5.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS	46
6 RESULTADOS.....	48
6.1 ARTIGO 1- FUNCIONAMENTO PSICODINÂMICO NO TRAUMA COMPLEXO: UM ESTUDO DE CASO.....	48

6.2 ARTIGO 2- UNDERSTANDING THE PSYCHODYNAMIC FUNCTIONING OF PATIENTS WITH PTSD AND CPTSD: QUALITATIVE ANALYSIS FROM THE OPD-2 INTERVIEW	48
6.3 ARTIGO 3- OPERATIONALIZED PSYCHODYNAMIC DIAGNOSIS OF PATIENTS WITH PTSD	58
6.5 ARTIGOS 5- DIAGNÓSTICO PSICODINÂMICO OPERACIONALIZADO (OPD-2) E ESTILOS DEFENSIVOS EM MULHERES COM TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO: UM ESTUDO COMPARATIVO	58
7 DISCUSSÃO.....	59
7.1 INTEGRAÇÃO DOS ESTUDOS	59
7.2 IMPLICAÇÕES CLÍNICAS	62
7.2.1 Avaliação, tratamento e aplicabilidade do OPD-2 no TEPT	62
7.2.2 Prevenção no TEPT.....	64
11 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
ANEXO A- CAPS-5.....	87
ANEXO B- QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO.....	104
ANEXO C- ENTREVISTA CLÍNICA DO OPD-2	109
ANEXO D- PLANILHA DE AVALIAÇÃO OPD-2.....	126
ANEXO E- DEFENSIVE STYLE QUESTIONARE (DSQ-40)	133
ANEXO F- SELF REPORT QUESTIONNAIRE (SRQ-20)	136
ANEXO G- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TECLE).....	138
ANEXO H- CERTIFICADO DE TREINAMENTO PARA USO DO OPD-2.....	140
APÊNDICES.....	142

FUNCIONAMENTO PSÍQUICO DE SUJEITOS COM TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT) NA PERSPECTIVA DO DIAGNÓSTICO PSICODINÂMICO OPERACIONALIZADO (OPD-2)

RESUMO

Introdução: O desenvolvimento de sintomas e o diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) tem sido evidenciado de forma elevada na população exposta a eventos traumáticos produzindo sentimentos intensos de medo, ansiedade e angústia. Tais sintomas acabam por afetar consideravelmente o funcionamento global dos sujeitos, o que torna a compreensão do transtorno e como manifesta-se, frente a organização psíquica daqueles que sofrem bem como, formas de intervenções precoces e eficazes, fundamentais. De tal modo, o Diagnóstico Operacionalizado Psicodinâmico 2 (OPD-2) destaca-se como um instrumento diferencial no diagnóstico psicodinâmico avaliativo, de planejamento e acompanhamento terapêutico.

Objetivo: Investigar as características do funcionamento psicodinâmico em pacientes com TEPT, sob uma perspectiva dimensional operacionalizada, identificando associações com mecanismos e estilos defensivos, bem como avaliando possíveis alterações após três meses de tratamento.

Método: Artigo 1: Estudo de caso único de paciente com TEPT-Complexo; Artigo 2: análise qualitativa e transversal cujo foco foi a análise de conteúdo de entrevistas; Artigo 3: Estudo exploratório, quantitativo e transversal; Artigo 4: Estudo exploratório, quantitativo e transversal; Artigo 5: Estudo exploratório, quantitativo e comparativo. Os estudos basearam-se na amostra de 60 participantes vítimas de violência sexual, física, emocional, urbana e perda trágica de um familiar com proximidade afetiva, com idade média de 39.05 anos (DP=14.41). Foram incluídos participantes de 18 a 60 anos que procuraram atendimentos e foram diagnosticados com TEPT e TEPT-Complexo em um serviço especializado de tratamento do trauma durante os anos de 2019 e 2020. Utilizou-se a Entrevista Clínica do Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD-2), gravadas e transcritas. Essas entrevistas foram codificadas e analisadas por dois juízes independentes e com treinamento específico no instrumento. Também foi utilizado a Entrevista clínica para avaliação do TEPT- CAPS-5, o Defensive Style Questionnaire (DSQ-40) e o Self-Report Questionnaire (SRQ-20).

Resultados: Artigo 1: Observa-se traumas no desenvolvimento e dificuldades em regular o estresse diante de traumas na vida adulta, causando intenso sofrimento subjetivo, dependência, outros transtornos mentais, isolamento e uso de defesas mais rígidas. Após tratamento ocorre uma

leve diminuição dos sintomas, com mudança no Conflito e Estrutura psíquica. Artigo 2: Identificou-se que traumas precoces geram organizações psíquicas com maior desintegração. O evento traumático índice desestabiliza a organização psíquica e intensifica os sintomas. As relações eram marcadas pela dependência e isolamento. Os participantes com TEPT-Complexo apresentaram tendência à desintegração relacionada à regulação da relação objetal e o Conflito psíquico era de Individuação x Dependência, com falhas mais primitivas nas representações objetais, necessidade existencial do outro e descarga direta de impulsos. Os participantes com TEPT apresentaram nível Estrutural de moderado a baixo de integração objetal e o Conflito foi Necessidade de cuidado x Autossuficiência, com autorrepresentações frágeis e com capacidade reduzida de gerenciar impulsos. Artigo 3: Levantou-se que o nível de Estrutura da personalidade foi médio a baixo, com Conflito Necessidade de cuidado x Autossuficiência, relacionamento interpessoal permeado por dependência-isolamento e presença de outros transtornos mentais. Pacientes com estruturas de personalidade mais integradas tiveram melhor funcionamento global, melhor qualidade de vida e menos sintomas. A escolaridade mostrou-se um possível fator protetor. Artigo 4: Avaliou-se Funcionamento Global moderado, com significativo sofrimento subjetivo e isolamento. O principal Conflito foi Necessidade de cuidado x Autossuficiência e o nível de Estrutura Total foi moderado/baixo. Observou-se o uso de estilos defensivos imaturos, neuróticos e maduros. Estruturas de personalidade mais primitivas, defesas mais rígidas e maior dependência foram encontradas em pacientes com história de trauma passado. Outros transtornos mentais foram associados. Artigo 5: História pregressa de traumas e doenças psiquiátricas. Abandono terapêutico de cerca de 50% em três meses. Houve diminuição significativa dos sintomas quando comparados Tempo 0 e Tempo 1. Estrutura, com nível moderado de integração, Conflito Necessidade de cuidado x Autossuficiência e Relações Interpessoais baseadas na necessidade de cuidado/isolamento, mantiveram-se nos dois tempos. Uso variado de Mecanismos Defensivos em nível maduro, neurótico e imaturo.

Conclusão: Este estudo fornece evidências empíricas sobre características psicodinâmicas de pacientes com TEPT e TEPT-Complexo. O OPD-2 demonstrou-se um instrumento capaz de avaliar especificidades na organização psíquica dos participantes e desenvolvimento dos transtornos. A compreensão de padrões internalizados, funções estruturais e forma com que se estabelecem as relações interpessoais são fundamentais para o direcionamento do tratamento visando o desenvolvimento de modos de enfrentamento mais adaptativos e melhorando a qualidade de vida.

Palavras-chave: Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Avaliação Psicodinâmica, Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD-2).

PSYCHIC FUNCTIONING OF SUBJECTS WITH POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD) FROM THE PERSPECTIVE OF OPERATIONALIZED PSYCHODYNAMIC DIAGNOSIS (OPD-2)

ABSTRACT

Introduction: The development of symptoms and the diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) have been highly evidenced in the population exposed to traumatic events, producing intense feelings of fear, anxiety and anguish. Such symptoms end up by considerably affecting the overall functioning of patients, which emphasizes the importance of understanding how the disorder is perceived regarding the psychic organization of patients and forms of early and effective interventions. In this way, the Operationalized Psychodynamic Diagnosis 2 (OPD-2) stands out as a differential instrument in the evaluative psychodynamic diagnosis, planning and therapeutic follow-up.

Objective: To investigate the characteristics of the psychodynamic functioning of patients with PTSD from the operationalized dimensional perspective, identifying associations with defensive mechanisms and styles, as well as to evaluate possible changes after three months of treatment.

Method: Article 1: Single case study of a patient with Complex PTSD; Article 2: qualitative and cross-sectional analysis whose focus was the content analysis of interviews; Article 3: Exploratory, quantitative and cross-sectional study; Article 4: Exploratory, quantitative and cross-sectional study; Article 5: Exploratory, quantitative and comparative study. Studies were based on a sample of 60 participants who were victims of sexual, physical, emotional, and urban violence and tragic loss of a close family member, with mean age of 39.05 years ($SD=14.41$). Participants aged 18-60 years who sought care and were diagnosed with PTSD and C-PTSD in a specialized trauma treatment service during the years 2019 and 2020 were included. Clinical interviews of the Operationalized Psychodynamic Diagnosis 2 (OPD-2) were used, which were recorded and transcribed. These interviews were coded and analyzed by two independent judges with specific training on the instrument. The clinical interview was also used to evaluate the PTSD-CAPS-5, the Defensive Style Questionnaire (DSQ-40) and the Self-Report Questionnaire (SRQ-20).

Results: Article 1: Trauma in development and difficulties in regulating stress in the face of trauma in the adult life are observed, causing intense subjective suffering, dependence, other mental disorders, isolation and use of more rigid defenses. After treatment, there is a slight decrease in symptoms, with change in Conflict and Psychic Structure. Article 2: It was identified that early trauma generates psychic organizations with greater disintegration. The index traumatic event

destabilizes the psychic organization and intensifies symptoms. Relationships were marked by dependence and isolation. Participants with Complex PTSD showed tendency to disintegration related to the regulation of the relationship between object and the psychic conflict was Individuation x Dependence, with more primitive failures in object representations, existential need for the other and direct discharge of impulses. Participants with PTSD had moderate to low Structural level of object integration and the Conflict was Need for care x Self-sufficiency, with fragile self-representations and reduced ability to manage impulses. Article 3: It was found that the level of personality Structure was medium to low, which Conflict was Need for care x Self-sufficiency, interpersonal relationships permeated by approach-isolation and presence of other mental disorders. Patients with more integrated personality structures had better global functioning, better quality of life and fewer symptoms. Schooling proved to be a possible protective factor. Article 4: Psychic global functioning was from moderate, with significant subjective suffering and isolation. The main Conflict was Need for care x Self-sufficiency and the Total Structure level was moderate/low. The use of immature, neurotic and mature defensive styles was observed. More primitive personality structures, more rigid defenses and greater dependency were observed in patients with history of past trauma. Other mental disorders were also associated. Article 5: Past history of trauma and psychiatric diseases. Therapeutic dropout of about 50% in three months was observed. Significant decrease in symptoms was observed when comparing Time 0 and Time 1. Structure, with moderate level of integration, Conflict Need for Care x Self-sufficiency and Interpersonal Relationships based on the need for care/isolation, were maintained in both times. Varied use of mature, neurotic and immature defensive styles was observed.

Conclusion: This study provides empirical evidence on the psychodynamic characteristics of patients with PTSD and C-PTSD. OPD-2 was able to assess specificities in the psychic organization of participants and the development of disorders. Understanding internalized patterns, structural functions and the way in which interpersonal relationships are established are fundamental for directing treatment aimed at developing more adaptive ways of coping with the disease and improving quality of life.

Keywords: Posttraumatic Stress Disorder, Psychodynamic Assessment, Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2).

LISTA DE ABREVIATURAS

TEPT- Transtorno de Estresse Pós-traumático

OPD-2- Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado 2 (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik- OPD)

UFRGS- Universidade Federal do Rio Grande do Sul

NET-Trauma- Núcleo de Estudos e Tratamento do Trauma

CAPS-5- Entrevista clínica para avaliação do TEPT (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5)

DSQ-40- Defensive Style Questionare

SRQ-20- Self Report Questionnaire

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APA- Associação Psiquiátrica Americana

DSM- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

DSM III- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, terceira versão

DSM-III-R- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, terceira versão revisada

DSM-IV-TR- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quarta versão revisada

TEA- Transtorno de Estresse Agudo

DSM-V- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta versão

CID- Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CID-10- Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, décima versão

DESNOS- Transtornos de estresse extremo não-especificados (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specificated)

TEPT-C- Transtorno de Estresse Pós- Traumático Complexo

SP- São Paulo

RJ- Rio de Janeiro

COVID-19- Coronavírus SARS-CoV-2

WHO- World Health Organization

TS- Tentativa de suicídio

TDM - Transtorno Depressivo Maior

MD- Mecanismos de defesa do Ego

RS- Rio Grande do Sul

BR- Brasil

OMS- Organização Mundial da Saúde

TMC- Transtorno mental comum

COREQ- Consolidated criteria for reporting qualitative research

CNS - Conselho Nacional de Saúde

IBM SPSS- Statistical Package for the Social Science

1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho foi desenvolvido para a Tese de Doutorado intitulada “Funcionamento psíquico de sujeitos com Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) sob a perceptiva do Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado 2 (OPD-2)”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, Brasil. Está inserido na linha de pesquisa relacionada ao Trauma e possui registro na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (CAAE 68271917.7.0000.5347).

A motivação para essa pesquisa surgiu a partir de um curso de formação sobre Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD-2) realizado pela Pontifícia Universidad Católica de Chile. Ao tomar contato com o respectivo instrumento de avaliação e indicação de foco terapêutico a pesquisadora iniciou sua utilização no atendimento clínico e no trabalho desenvolvido com adolescentes em conflito com a lei. Autorizado pelo local de trabalho e pelos participantes alguns estudos culminaram em apresentação de trabalhos em eventos científicos e publicações.

Esse curso também oportunizou a pesquisadora conhecer a professora Lúcia Helena Freitas, na época colega de curso, que veio a se tornar sua orientadora. Nessa oportunidade levantaram-se interesses e desejos de ambas em utilizar o OPD-2 em sujeitos de diferentes contextos e que passaram por diferentes experiências vivenciais. A partir do trabalho docente da pesquisadora aguçou-se o interesse em aprimorar a qualificação profissional. Observando que a UFRGS é uma das melhores instituições públicas do país, que a professora Lúcia trabalha com psicoterapia psicanalítica e se destaca como pesquisadora na área de saúde mental, principalmente em relação à perspectiva do traumático, foi realizado o contato com a mesma e, posteriormente, o processo seletivo do Doutorado de Psiquiatria e Ciências do Comportamento.

Nessa direção, este projeto de pesquisa utilizou-se do enfoque psicanalítico buscando compreender o funcionamento psíquico de pacientes traumatizados que procuraram atendimento ou foram encaminhados ao Núcleo de Estudos e Tratamento do Trauma (NET-Trauma). Observou-se a relevância do diagnóstico dimensional, além do nosológico de TEPT, para direcionar e ampliar o entendimento sobre o trauma e suas facetas, direcionar o foco do tratamento psicoterápico, bem como possíveis fatores de risco e fatores protetivos frente ao traumático. Assim, este estudo procurou compreender o funcionamento psicodinâmico de pacientes com TEPT sob a perspectiva do OPD-2, buscando a relação com estilos de defesa e mecanismos defensivos. Além disso, visou levantar possíveis mudanças no funcionamento psicodinâmico desses pacientes após três meses de tratamento.

Em busca de discorrer sobre esse tema essa Tese está estruturada da seguinte forma: Introdução, Fundamentação Teórica, Justificativa, Objetivos, Método, Resultados, Artigos, Discussão, Limitações e Futuros Estudos e Considerações Finais. Ainda, os Anexos incluem apresentação dos instrumentos utilizados no estudo, Entrevista clínica para avaliação do TEPT (CAPS-5), Questionário Sociodemográfico e Clínico, Entrevista Clínica do OPD-2, Planilha de Avaliação OPD-2, Defensive Style Questionare (DSQ-40), Self Report Questionnaire (SRQ-20), e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). E, nos Apêndices é apresentada a relação de atividades realizadas pela pesquisadora durante o curso de Doutorado, produções complementares e atividades científicas,

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT) NA CLASSIFICAÇÃO MÉDICA

As primeiras tentativas em conhecer e explicar os transtornos mentais foram realizadas por Esquirol, pioneiro ao utilizar o termo “Enfermidades Mentais”, ao estudar pessoas que não conseguiam se adaptar à sociedade, sendo excluídas e marginalizadas (Ansseau et al., 2004). Pinel procurou modificar a visão da medicina e da sociedade em relação aos loucos, afirmando a possibilidade de tratamento, através de uma pedagogia rigorosa chamada “Tratamento Moral”, que poderia ser realizada em manicômios (Wang et al., 2003). Somente após a II Guerra Mundial que estudos comunitários começaram a ser desenvolvidos contribuindo para mudanças na concepção de saúde e doença (Fortes et al., 2007).

As primeiras descrições da psicopatologia relacionadas ao estresse e ao trauma surgiram de apresentações clínicas apresentadas por veteranos de guerra, sudorese, dispneia, sintomas de palpitações, fadiga aos esforços e dor torácica por volta de 1861-1865 (Costa, 1951). Ainda, ao observar que sobreviventes de campos de concentração e civis vítimas de acidentes graves exibiam as mesmas características de permanente vigilância e sensibilidade às ameaças do ambiente, levantou-se 27 sintomas, que, mais tarde, caracterizariam-se como diagnóstico do TEPT (Lifton, 1973).

Estabeleceu-se que os transtornos, chamados inicialmente como distúrbios, especificamente associados ao estresse estão diretamente relacionados à exposição a um evento estressante ou traumático, ou ainda, múltiplos eventos traumáticos ou experiências adversas que o sujeito vivencia durante a vida. Através da natureza, do padrão e da duração dos sintomas que se manifestam em resposta aos eventos estressantes, bem como do prejuízo funcional associado, é possível distinguir entre os tipos de transtornos (World Health Organization, 2018).

A Associação Psiquiátrica Americana (APA) trouxe na primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), em 1952, uma nomenclatura abrangente para incorporar os sintomas psicológicos e fisiológicos de hiperexcitabilidade (Schestatsky et al., 2003). O DSM-I dividiu os transtornos mentais em dois grupos principais referindo condições orgânicas que representavam casos em que uma deficiência primária da função cerebral resultava uma função mental perturbada e, os distúrbios funcionais, que surgiam a partir de uma incapacidade do funcionamento cerebral diante de uma doença psiquiátrica (Horwitz, 2014). Descreveu a “Reação Maciça ao Estresse” e “Reação de Ajustamento à Vida Adulta”, ambos com caráter

transitório, que tendiam a desaparecer quando o evento estressor fosse extinto (Gonçalves et al., 2008).

Em 1980, a partir da necessidade de um diagnóstico que compreendesse indivíduos previamente saudáveis que desenvolviam sintomas particulares e persistentes após a vivência de um evento estressor, o DSM III incorporou o TEPT como um transtorno descrevendo critérios específicos para seu diagnóstico (Associação Psiquiátrica Americana, 1980). De tal modo, a exposição direta a um evento estressor, que estivesse fora da cadeia normal de experiências humanas, causaria sintomas de intenso medo, terror e/ou desamparo (Falcone & Oliveira, 2013). Na revisão da terceira edição (DSM-III-R) passou-se a considerar possível o desenvolvimento do TEPT após o indivíduo conhecer ou testemunhar o evento estressor, e não apenas tê-lo experienciado (Calegari et al., 2019).

Na quarta edição do DSM o transtorno foi caracterizado por sintomas de revivência de lembranças do trauma, evitação, entorpecimento e hiperexcitabilidade. Destaca-se que houve a ampliação do conceito de traumático considerando além da intensidade do evento, a vivência individual e a experiência subjetiva do sujeito (Falcone & Oliveira, 2013). Outro fator importante nessa edição é que se diferenciou o tipo de transtorno frente ao tempo em que os sintomas estavam presentes após ocorrência do evento, sendo agudo (um a três meses), crônico (mais de três meses) e com início tardio (início após seis meses) (Bryant et al., 2010).

Na quarta edição revisada (DSM-IV-TR) foram incluídos os sintomas de embotamento relacionado à responsividade geral, esquiva e recordações ou pesadelos que se relacionam com a experiência traumática. Destarte, deve-se diferenciar o evento traumático de outros eventos estressores, em que os sintomas devem estar presentes pelo tempo mínimo de um mês após o início do trauma e causar sofrimento significativo e/ ou prejuízo funcional (Associação Psiquiátrica Americana, 2002). Ainda, o diagnóstico de Transtorno de Estresse Agudo (TEA) foi introduzido, visando caracterizar reações graves e de curta duração, em até quatro semanas após o trauma, além de buscar identificar indivíduos com alto risco para desenvolver o TEPT (Bryant et al., 2012).

Para o DSM-V o conceito de trauma foi modificado buscando distinguir entre evento traumático e evento estressor sem características traumáticas. Assim como, o critério de esquiva teve complementação em relação a sintomas, deixando-o mais claro. Para o diagnóstico de TEPT é necessário a verificação de uma lista de sintomas que são divididos em quatro grupos. No Critério A, se estabeleceu: 1) a necessidade da exposição direta ou ameaça de morte, grave ferimento ou abuso sexual, em uma ou mais circunstâncias; 2) testemunhar o evento traumático ocorrendo com outras pessoas; 3) tendo conhecimento que o evento ocorreu com alguém próximo causando nesse, morte ou ameaça, de forma violenta ou acidental; 3) experienciando o evento de forma repetida

ou de maneira extrema através de atividades laborais, como socorristas de acidentes graves, peritos criminais, ou através de exposições via mídia eletrônica ou fotografias relacionadas ao trabalho (Associação Psiquiátrica Americana, 2014).

Para o Critério B, necessita-se da presença de um ou mais sintomas intrusivos associados ao evento traumático. São eles: 1) lembranças intrusivas angustiantes, recorrentes e involuntárias; 2) sonhos angustiantes recorrentes ligados ao evento traumático; 3) reações dissociativas, flashbacks, nas quais o indivíduo sente ou age como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente; 4) sofrimento psicológico intenso ou prolongado a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem ao evento traumático; 5) reações fisiológicas intensas a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem ao evento traumático (Associação Psiquiátrica Americana, 2014).

No Critério C, assinalam-se sintomas de evitação a estímulos relacionados ao evento traumático. Aponta-se: 1) evitação ou esforços para não recordar, pensar ou ter sentimentos angustiantes; 2) evitação ou esforços para evitar lembranças externas de pessoas, lugares, conversas e situações que despertem recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes (Associação Psiquiátrica Americana, 2014).

O Critério D refere-se a alterações negativas em cognições e no humor associadas ao evento traumático começando ou piorando depois da ocorrência de tal evento. Menciona os seguintes aspectos: 1) incapacidade de recordar algum aspecto importante do evento traumático, devido à amnésia dissociativa; 2) crenças ou expectativas negativas persistentes e exageradas a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo, acreditando “ser mau”, “o mundo é extremamente perigoso”; 3) cognições distorcidas persistentes a respeito da causa ou das consequências do evento traumático culpando-se ou culpando aos outros; 4) estado emocional negativo persistente com medo, pavor, raiva, culpa ou vergonha; 5) diminuição de participação ou interesse em atividades significativas; 6) sentimentos de distanciamento e alienação em relação aos outros; 7) incapacidade persistente de sentir emoções positivas como amor, felicidade (Associação Psiquiátrica Americana, 2014).

As alterações marcantes na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático, começando ou piorando após o evento dizem respeito ao Critério E. Trata-se de: 1) comportamento irritadiço e surtos de raiva; 2) comportamento imprudente ou autodestrutivo; 3) hipervigilância; 4) resposta de sobressalto exagerada; 5) problemas de concentração; 6) perturbação do sono com dificuldade para iniciar ou manter o sono, ou sono agitado (Associação Psiquiátrica Americana, 2014).

No Critério F, as perturbações descritas nos Critérios B, C, D e E devem durar por mais de um mês. Elas devem causar sofrimento clinicamente significativo e prejuízo em diferentes áreas da vida do indivíduo, social, profissional (Critério G) e não devem estar associadas ao uso de substâncias como medicamento, álcool ou a qualquer condição médica (Critério H) (Associação Psiquiátrica Americana, 2014).

O DSM-5 ainda, define que podem haver subtipos, sendo com sintomas dissociativos: 1) despersonalização, em que o sujeito sente de forma persistente e recorrente que está separado de seu corpo como se fosse um observador externo dos processos mentais ou do corpo; 2) desrealização com experiência persistente ou recorrente de irrealidade do ambiente ao redor, estando distorcido ou distante. O manual incluiu critérios específicos para o diagnóstico de crianças com seis anos ou menos, buscando respeitar as particularidades dessa fase da vida. Também para o diagnóstico de TEA foi revisto e o Critério A reproduziu as mesmas modificações observadas no TEPT (Associação Psiquiátrica Americana, 2014).

Em relação à Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), foi na sexta edição que surgiu a expressão “Desajuste Emocional Agudo” para descrever os sintomas referidos por veteranos de guerra, revivência de eventos traumáticos, sintomas fisiológicos e afastamento social, mantendo-se até a sétima versão. A oitava revisão, buscando um melhor diagnóstico dos transtornos mentais e eventos traumáticos, definiu os “Transtornos Transitórios de Inadaptação a Situações Especiais” (Organização Mundial da Saúde, 1993).

A nomenclatura “Reação Aguda de Estresse” foi dada na nona versão. No entanto, somente na décima edição houve um detalhamento das categorias diagnósticas sendo, “Reação Aguda ao Estresse”, “Transtorno de Estresse Pós-traumático”, “Outras Reações ao Estresse Grave”, “Reações ao Estresse Grave Não Especificada” e “Alteração Permanente de Personalidade após Experiência Catastrófica” (Organização Mundial da Saúde, 1993).

Na CID-10 (World Health Organization, 2008), o código F43 trouxe a nomenclatura “Reações ao stress grave e transtornos de adaptação”, em que no F43.1 descreve “Estado de stress pós-traumático”. Nessa versão houve uma diferenciação em relação ao TEPT frente às demais categorias destacando que um evento de vida pode ser excepcionalmente estressante diante da história prévia dos sujeitos, sua vulnerabilidade individual e traços de personalidade. Estabeleceu-se que poderia haver um período de latência entre a exposição ao evento traumático e a manifestação dos sintomas, que tais sintomas poderiam apresentar um curso flutuante e eventualmente, transição para uma mudança duradoura da personalidade.

Os sintomas típicos do TEPT incluem: 1) episódios de reviver repetidamente o trauma em memórias intrusivas (flashbacks); 2) sonhos ou pesadelos; 3) sensação de embotamento

emocional; 4) distanciamento de outras pessoas; 5) anedonia, falta de resposta ao ambiente; 6) evitação de atividades e situações reminiscentes do trauma; 7) estado de hiperexcitação autonômica com hipervigilância; 8) reação de sobressalto intensificada e, 9) insônia. A ansiedade e a depressão estão comumente associadas. Em uma proporção de casos pode ocorrer uma condição crônica de sintomas, com eventual mudança de personalidade (Organização Mundial da Saúde, 2008).

Reconheceu-se que os critérios diagnósticos excluía certos indivíduos nos quais os traumas eram recorrentes e seus sintomas estavam ligados a disfunções no humor nas relações interpessoais. Foi proposto então, critérios que seriam diagnosticados como Transtornos de Estresse Extremo Não-especificados (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified-DESNOS) que envolviam sintomas diversos decorrentes da exposição traumática persistente, por diferentes tipos de trauma ou traumas de longa duração. Abrangiam déficits na regulação do afeto e dos impulsos, na atenção ou consciência, autopercepção, nos relacionamentos interpessoais, sistemas de crenças e somatizações (Nemčić-Moro et al., 2011). A partir desse momento mais pesquisas passaram a ser realizadas frente ao trauma continuado, verificando-se que tais vivências influenciavam na formação psíquica, no desenvolvimento de características na formação da personalidade e no aparecimento das psicopatologias (Cloitre et al., 2013).

Já a 11ª edição da CID, lançada em 2018 e que entrou em vigor em fevereiro de 2022, manteve a definição de TEPT (F6B40), mas incluiu o Transtorno de Estresse Pós-Traumático Complexo (TEPT Complexo; F6B41). Esse pode se desenvolver após a exposição a um evento ou série de eventos de natureza extremamente ameaçadora, geralmente prolongados ou repetitivos dos quais é difícil ou impossível escapar, como tortura, escravidão, campanhas de genocídio, violência doméstica prolongada, abuso sexual ou físico repetido na infância (World Health Organization, 2018).

Além da exigência dos sintomas centrais do TEPT, seu diagnóstico assinala: 1) problemas graves e generalizados na regulação do afeto; 2) crenças persistentes sobre si mesmo como diminuído, derrotado ou sem valor, acompanhado de sentimentos profundos e penetrantes de vergonha, culpa ou fracasso relacionados ao evento traumático e; 3) dificuldades persistentes em manter relacionamentos e em sentirem-se próximos aos outros (World Health Organization, 2018)

Também, registra-se como transtornos especificamente associados ao estresse o “Distúrbio do Luto Prolongado (F6B42)”, “Distúrbio de Ajustamento (F6B43)”, “Distúrbio de Apego Reativo (F6B44)” e “Transtorno de Engajamento Social Desinibido (F6B45)”. Além disso, pode-se diagnosticar “Outros Transtornos Especificamente Associados ao Estresse (6B4Y)” e

“Transtornos Especificamente Associados ao Estresse Não Especificado (6B4Z)”, em casos que não completem os critérios para os transtornos anteriores (World Health Organization, 2018).

Destarte, observa-se que o DSM-V e a CID-11 apresentam concordâncias e divergências em relação ao TEPT, trazendo diferentes olhares da comunidade científica, a que se deve estar atento para a interpretação dos achados da literatura. Aponta-se que o entendimento e evolução de seu diagnóstico evidenciam um transtorno complexo em sua natureza, com sintomas que causam intenso sofrimento, podendo tornar-se crônico e causar desajustes em diferentes áreas da vida do indivíduo, até mesmo em sua personalidade (Calegari et al., 2019).

2.2 PREVALÊNCIA E FATORES PRÉ E PÓS-TRAUMÁTICOS DO TEPT

As taxas de prevalência de TEPT ao longo da vida, na comunidade em geral, variam em diferentes estudos. Sher (2004) aponta que esse fato se deve a mudanças do que é considerado como um evento traumático e das reformulações dos critérios diagnósticos ao longo do tempo. De tal modo, verificou-se em um estudo de Resnick et al. (1993) com 4008 mulheres, nos Estados Unidos, que as taxas de exposição ao longo da vida a qualquer tipo de evento traumático foi de 69%. A prevalência global da amostra que desenvolveu TEPT foi de 12,3% ao longo da vida. Essa percentagem foi significativamente maior entre as vítimas de crime versus não crime, 25,8% e 9,4%, respectivamente. Mais tarde, Almeida-Filho et al. (1997) encontrou prevalência de TEPT nos Estados Unidos, até os 75 anos, de 8,7%. Já, na Europa, Ásia, África e na América Latina os índices giram em torno de 0,5 a 1,0% durante a vida.

A maior pesquisa sobre prevalência no Brasil foi realizada por Ribeiro et al. (2013) com uma amostra probabilística representativa de 3744 moradores de São Paulo (SP) e Rio de Janeiro (RJ) onde 90% dos participantes haviam enfrentado eventos traumáticos. A prevalência para o desenvolvimento de quaisquer transtornos foi de 44% em SP e 42,1% no RJ. O número de eventos relatados por participantes expostos a experiências traumáticas variou de 1 a 19 durante a vida e de 1 a 12 em um ano. As estimativas do desenvolvimento de TEPT em um ano foram de 5% em SP e 3,3% no RJ. As mulheres possuíam maior probabilidade de desenvolverem o transtorno, 14,7% e 11,1%, em SP e RJ, respectivamente. Ainda, constataram que quanto maior o número de eventos traumáticos vivenciados, maiores as chances do desenvolvimento de TEPT.

As causas mais conhecidas que podem levar ao desenvolvimento do transtorno traumático, apontadas pela literatura, são exposição à violência sexual e exposição ao combate militar (Kessler, 1995). Também é registrado violência urbana como assaltos, acidentes, violência doméstica e acidentes naturais (Bunting et al., 2013; Grossman & Yehuda, 2002).

Uma questão que está sendo estudada, atualmente, são os impactos à saúde mental e física causados pela pandemia do coronavírus, causador da COVID-19. A COVID-19 é uma doença infecciosa causada por um novo coronavírus, o SARS-CoV-2, trazendo sintomas respiratórios, leves a intensos. Alguns grupos de risco como idosos, pessoas com doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias crônicas e câncer poderiam apresentar a doença na forma mais grave. No entanto, verificou-se a morte de mais de 689.940 pessoas desde seu início em 2019, em que muitos, não possuíam doenças físicas prévias (Brasil, 2022).

A doença, considerada emergência de saúde pública internacional, teve como orientações de medidas para contenção do contágio o distanciamento social, uso de máscaras e higienização das mãos. Em algumas cidades do Brasil e de forma mais abrangente em países da Europa foi proibida a movimentação de pessoas nas ruas em horários determinados, permitindo apenas profissionais da saúde circularem e serviços de emergência manterem-se em funcionamento. Por um tempo longo, crianças e adolescentes mantiveram-se distantes da escola, recebendo aulas on-line, além de grande diminuição do convívio familiar e social.

Apesar de necessárias, as medidas de distanciamento e isolamento trouxeram impactos negativos à saúde mental (Raony et al., 2020) surgindo sentimentos de medo, angústia e dúvidas relacionadas ao vírus (World Health Organization, 2020), culpa por ter transmitido a doença (Liu et al., 2020), aumento dos casos de violência doméstica frente à diminuição de recursos sociais (Marques et al., 2020; Vieira et al., 2020), bem como intensificação de sintomas de transtornos anteriormente apresentados como ansiedade, depressão e TEPT (Epstein et al., 2020; Lima et al., 2020; Moreira et al., 2020). Ainda, destaca-se o aumento do índice de suicídios e tentativas de suicídio (TS) por pacientes contaminados ou pessoas com doença mental pré-existente (Barbosa et al., 2021; Epstein et al., 2020).

Observando esses dados e avaliando estudos sobre os fatores associados ao TEPT pode-se apreender uma variação no surgimento de sintomas e na gravidade da manifestação da doença diante dos diferentes eventos traumáticos vivenciados. Kessler et al. (1995) em uma pesquisa com 5877 sujeitos nos Estados Unidos apurou que homens apresentaram probabilidade para o surgimento do transtorno em 39% quando expostos à guerra, 24% frente a negligências familiares na infância e 22% por abusos físicos na infância. Entre as mulheres, a doença surgiu em 49% devido a abusos físicos na infância, 33% por ameaça com arma de fogo, 27% por outras agressões sexuais e 21% diante de agressões físicas. Igualmente, examina-se que a chance de desenvolver TEPT em decorrência de violência sexual é maior do que em decorrência de um acidente.

Similarmente, examinou-se que vítimas expostas a crimes como violência sexual ou homicídio de um familiar ou amigo, possuem probabilidade quase três vezes maior para

apresentarem o transtorno do que sujeitos que vivenciaram eventos não criminosos, como negligência nos cuidados na infância, desastres naturais e acidentes (Resnick et al., 1993). Eventos dissociativos relacionados ao trauma podem estar ligados a maiores chances de desenvolver a doença e ser associados a traços de personalidade (Galatzer-Levy et al., 2011; Şar, 2014). Destarte, verifica-se que há maior probabilidade de ocorrência de TEPT na vida adulta quando há associação a trauma na infância (Connolly et al., 2004; Díaz Bonilla, 2020; Kessler et al., 1999; Wingo et al., 2014).

Vale destacar que, nos últimos anos, pesquisas sobre processos genéticos e neurobiológicos de pessoas que apresentam TEPT estão sendo realizadas. A princípio, estudos mostraram uma associação entre variantes de alguns genes e o TEPT e Transtorno Depressivo Maior (TDM), em relação ao estresse e eventos traumáticos experimentados. Esses pontos marcam a possibilidade de uma vulnerabilidade compartilhada para o TEPT (Karg et al., 2011; Stein et al., 2016). Além disso, descobriu-se um efeito de interação entre gene e ambiente em pessoas que sofreram traumas na infância, exibindo maior risco para o desenvolvimento de TEPT e depressão. No entanto, ainda não está clara a função exata dos respectivos genes e das proteínas correspondentes, necessitando de estudos mais abrangentes na área (Kilaru et al., 2016; Valente et al., 2011; Van Rooij et al., 2016).

Complementariamente, levanta-se a influência de fatores biológicos na maneira com que os sujeitos se recuperam da exposição ao trauma e do risco diferencial na capacidade de resiliência ou desenvolvimento do TEPT. Registra-se que a resiliência é entendida como a capacidade do sujeito em lidar com situações críticas por meio do uso de recursos pessoais e socialmente mediados (Maul et al., 2020), conseguindo reconfigurar cognições, mecanismos defensivos do Ego (MD) e comportamentos de forma adaptativa, fortalecendo-se para traumas futuros (Nishi et al., 2016)

A hereditariedade da resiliência está sendo estudada e foi estimada em 16% por Stein et al. (2009). Esse dado denota o caráter multidimensional e dinâmico influenciado pelo ambiente, interações relacionais e organização psíquica individual como fatores primordiais para seu desenvolvimento e transformação (Laird et al., 2019).

Um estudo com 2024 participantes residentes do centro da cidade de Atlanta, na Geórgia, local com alto índice de uso de álcool e/ou uso de substâncias psicoativas e tendências ao TEPT levantou que 24,6% dos homens e 70,4% das mulheres possuíam histórico de abuso infantil, emocional, psicológico ou sexual. Observou-se que as mulheres sofreram maiores níveis de trauma durante a infância, principalmente violência sexual. A resiliência demonstrou-se mais baixa à medida que aumentavam os níveis de gravidade do trauma. Da mesma forma, a resiliência atenuou

a tendência para os problemas de consumo de álcool e de drogas ilícitas ao longo da vida, em homens e mulheres, tanto como efeito principal, quanto como interação com a gravidade do abuso infantil, após a gravidade do trauma, idade e sexo serem controlados (Wingo et al., 2014).

Calegari et al. (2019) em sua pesquisa com sujeitos que foram expostos ao incêndio na boate Kiss em Santa Maria, Rio Grande do Sul (RS), Brasil (BR), levantou que os sintomas de TEPT tiveram efeitos negativos consideráveis na qualidade de vida das vítimas. A prevenção de danos foi o traço mais influente nos sintomas de TEPT e a resiliência foi mais evidente naqueles que passaram por prevenção de danos, o que aponta a possibilidade de “treinar” tal habilidade.

Diante de diferentes fatores ambientais e psicológicos observa-se, além do mais, que mesmo sujeitos que foram submetidos índices altos de exposição a traumas não desenvolvem TEPT ou se recuperam, reorganizando-se nos primeiros meses após o evento (Pietrzak et al., 2012). De modo geral observa-se que os sintomas tendem a surgir imediatamente após o trauma e que as taxas caem quase pela metade dentro dos três primeiros meses (Barlow et al., 2016). Uma pesquisa com 95 vítimas de violência sexual, após roubo, revelou que em duas semanas, um mês, três meses, seis meses e nove meses a porcentagem de diagnóstico de TEPT foi respectivamente, 94, 65, 47, 42 e 42%. Tais dados pontuam certa estabilidade e persistência dos sintomas após três meses (Rothbaum et al., 1992).

Da mesma forma, estudos apontam diferentes variáveis relacionadas com a capacidade de recuperação do trauma ou maior vulnerabilidade ao surgimento do TEPT. Elas referem-se à gravidade da exposição ao evento estressor, à proximidade, duração e frequência do evento, histórico de traumas anteriores, pobreza de respostas parentais na infância e antecedentes psicopatológicos (Connolly et al., 2004; Wilson & Reagan, 2016).

Igualmente, fatores pós-traumáticos como exposição a outros traumas, comorbidades físicas e mentais, perda econômica e falta de suporte social estão associados com a intensificação e cronificação do transtorno (Steinert et al., 2015). Outros estudos acrescentam a religiosidade como fator agregador e protetor social (Neto et al., 2020) e adesão a tratamentos relacionados à mente-corpo como psicoterapia, meditação ioga e exercícios aeróbicos, auxiliando na redução de sintomas em prevenção a TS (Laird et al., 2019).

Diante de tais indicadores, sinaliza-se a importância de identificar vulnerabilidades dos sujeitos traumatizados, sejam genéticas, individuais ou ambientais, buscando proteger ou minimizar sintomas, realizar o diagnóstico precoce de TEPT e evitar a cronificação da doença e suas consequências associadas, já que comorbidades relacionadas ao transtorno podem ser de 50 até 80% se comparados com aqueles que não sofreram traumas graves (McFarlane & Papay, 1992; Wang & Young, 2016).

Observa-se que o TEPT provoca alterações no funcionamento cerebral, funcionais e morfológicas, ampliando e cronificando de forma desadaptativa a resposta fisiológica ao estresse, o que gera um estado de hipervigilância, aumentando frequência cardíaca e pressão arterial (Hendrickson & Raskind, 2016). Ainda, desregulação no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal estão relacionados com obesidade e risco de diabetes (Michopoulos et al., 2016), além de um estado pré-inflamatório crônico aumentando a prevalência de doenças autoimunes, endócrinas e cardiovasculares (Wang & Young, 2016; Wilson & Reagan, 2016). Outros transtornos mentais como depressão, ansiedade e abuso de substâncias são encontrados em cerca de 50% dos casos, diminuindo atividade produtiva, levando ao afastamento do trabalho, isolamento social e aumentando o risco de suicídio (Conner et al., 2014; Gradus et al., 2010, 2015; Kilpatrick et al., 1992; Pietrzak et al., 2012).

2.3 ESTRESSE E TRAUMA PSICOLÓGICO NA CLÍNICA PSICANALÍTICA

A definição de estresse refere-se a um estado físico e psicológico provocado por agressões que excitam e perturbam emocionalmente o indivíduo, levando o organismo a um nível de tensão e desequilíbrio, em consequência do aumento da secreção de adrenalina (Michaelis, 2016). Em níveis altos, é sentido como ameaça à vida uma vez que se torna perturbador na medida em que produz descontinuidade ou distorção na capacidade dos sujeitos lidarem ou elaborarem suas vivências (Laplanche & Pontalis, 1991).

Na clínica psicanalítica o trauma refere-se a um afluxo de excitações sentidas como excessivas, diante de um acontecimento violento, emoção forte, ou ao acúmulo de excitações, sendo demasiadas ao aparelho psíquico, que não consegue descarregá-las de forma eficaz (Laplanche & Pontalis, 1991; Zimerman, 2008) Contudo, questões individuais que podem desestabilizar ou ser perturbadoras para um sujeito podem não ser, necessariamente, para outro (Benyakar, 2003). Cada sujeito tem uma maneira de processar a situação estressora determinando o estabelecimento do trauma em si ou o retorno ao equilíbrio com recuperação satisfatória do evento (Eizirik et al., 2015). Neste sentido, marca-se a noção de trauma.

Os estudos em relação ao trauma tornam-se mais evidentes a partir de 1859, quando o francês Pierre Briquet apontou conexão psicológica com histórias de trauma sexual na infância. Jean-Martin Charcot, em 1887, centrou suas pesquisas em neuroses traumáticas, demonstrando que fatores orgânicos, mas de caráter dinâmico e funcional, possuíam relação com sintomas apresentados pelos pacientes. O termo “neurose traumática” foi visto pela primeira vez em 1889 trazido pelo alemão Herman Oppenheim com conotação organicista (Uchitel, 2001).

Breuer e Freud (1996) relataram as questões do traumático como perturbações que possuíam relação com a forma com que a energia operava dentro do aparelho psíquico, podendo não apenas ser circunstanciais, mas tornarem-se permanentes. Na evolução do conceito de trauma, Freud confere ao trauma um caráter sexual, sugerindo que era provocado por medo, susto, vergonha, angústia ou dor, situações em que o sistema nervoso não conseguiria dar conta do nível de excitação produzido. Posteriormente, o autor amplia a noção de trauma descrevendo-o como sintomas e seus significados reprimidos, a partir de vivências infantis que constantemente apresentavam reminiscências. À vista disso, acontecimentos traumáticos precipitariam conflitos preexistentes em que o externo acidental partilha espaço com o interno constitucional, causando confusão entre as duas realidades. Os estados dissociados como pesadelos, amnésia e perturbações de identidade seriam uma forma de manter o trauma fora da consciência.

O impacto da Primeira Guerra Mundial, em 1919, traz interesse sobre os sintomas apresentados pelos homens em campo de batalha, desorientação, tonturas, tremores, perda de memória, mutismo, fuga dissociativa e afeto desconexo (Meshulam-Werebe et al., 2003). Inicialmente, considerou-se que poderia se relacionar a um possível dano cerebral devido às explosões e ondas de choque (Myers, 1915). Nesse momento, Freud (Freud, 1996) assinalou que os eventos de guerra ocasionariam uma ruptura no Ego, visto como escudo protetor, estando conectados às neuroses traumáticas.

Na Segunda Guerra Mundial, Abram Kardiner estudou de maneira mais aprofundada a neurose traumática pelas respostas psicológicas e fisiológicas apresentadas por veteranos (Kardiner, 1941). Evidenciou-se o desenvolvimento de hipervigilância e sensibilidade frente a ameaças ambientais que persistiam cronicamente na vida dos indivíduos (Schestatsky et al., 2003). Ampliou-se assim, o entendimento frente ao trauma identificando que o patogênico não se referia apenas à condição sexual, mas ao terror e perigo de morte voltada para o eu, ou seja, a ameaça sentida pelo Ego desempenha uma pré-condição para o desenvolvimento da neurose (Freud, 1996). A partir de 1920, Freud acrescenta aos estudos sobre o trauma a noção de pulsão de morte relacionando-a com a questão econômica do aparelho psíquico, ao excesso de energia interna e/ou externa (Bokanowski, 2005).

Nos anos que seguem o interesse volta-se para a angústia e a ansiedade como libido transformada que escapa do aparelho psíquico em situações de perigo, nas quais o Ego acaba por ser reduzido a um estado de desamparo diante da tensão (Breuer & Freud, 1996). Na busca por aliviar as excitações e impedir a fixação do trauma, o sujeito procura objetos para sua descarga. Quando o objeto não consegue dar sustentação ou ainda, é impossível de ser pensado/refletido, ocorre um refluxo da pulsão de morte dentro do próprio organismo, ou seja, a compulsão à

repetição. Os sintomas, sonhos, transferências ou qualquer outra forma de repetição da experiência traumática são tentativas de dominar os estímulos excitatórios, desencadeando a ansiedade. Sua omissão constitui a causa da neurose traumática (Bokanowski, 2005).

No final da obra *Freudiana* (1939) o traumático se vincula à noção de narcisismo em que experiências traumáticas vividas na infância e depois esquecidas ocasionariam feridas narcísicas, causando danos ao Ego. Tais traumatismos poderiam ser positivos e organizadores ou negativos e desorganizadores na medida em que a criança encontraria, ou não, um outro capaz de conter e traduzir sua angústia (Bokanowski, 2005).

Já Anna Freud voltou sua teoria em um trauma cumulativo no qual, em determinado momento o Ego, sobrecarregado pelo acúmulo de eventos não conseguiria se manter em equilíbrio. Ela descreveu fatores que influenciariam no desfecho da doença, natureza e intensidade do evento, trauma prévio, fatores hereditários que afetam o nível defensivo do Ego, idade cronológica, estágio do desenvolvimento, ambiente no momento do trauma e personalidade prévia (de la Rie et al., 1998). Esses conceitos seriam utilizados, mais tarde, na formulação do TEPT-Complexo (Knobloch, 1998).

Ferenczi aprofunda as questões sobre as consequências clínicas do trauma referindo que quanto mais intensa a pulsão de morte, maior a fragmentação do Ego, o que impossibilita o recalque e a representação. A ausência de resposta do objeto frente à situação de desamparo, principalmente na infância, acaba por ferir o Ego e gerar uma situação de abandono permanente, reativado em outras situações de tensão. Em casos mais graves a fragmentação pode gerar uma clivagem no Ego, o qual se divide em uma parte preservada e outra que busca anular o trauma (Bokanowski, 2005). A impossibilidade de inscrição psíquica e de representação da vivência traumática guarda apenas a inscrição sensorial, sendo o corpo o meio de descarga encontrado para aliviar a tensão (Knobloch, 1998).

Dessa maneira, identifica-se que a proteção ao trauma é principalmente fornecida pela família, cuidadores primários (Winnicott, 1993). A internalização das representações de bons relacionamentos, na infância, resulta em esquemas mentais representativos do Self auxiliando na estruturação de sujeitos mais seguros e estáveis (Eizirik et al., 2015). Essas representações são determinantes para construção de estruturas representacionais complexas responsáveis pela regulação emocional e comportamental e funcionando como modelo representacional de si mesmo, dos demais e das relações interpessoais (Zanatta & Benetti, 2012).

Situações traumáticas como violência, de modo geral, podem ocasionar representações de objetos instáveis e relações frágeis, dificuldade na organização de um sentido de identidade. As

estruturas psíquicas poderiam se tornar então desorganizadas com falhas na capacidade de refletir/mentalizar (Bateman & Fonagy, 2016).

Frente aos sintomas apresentados por aqueles que sofrem, Freud, em 1894, descreveu processos psíquicos inconscientes que tendiam a aliviar o Ego do estado de tensão provocado pelas pressões da realidade externa, pelo Id intrusivo ou o Superego ameaçador, criando o conceito de defesa. Tais defesas seriam determinantes do modo de relação do sujeito com o ambiente e surgiriam como mediadoras entre o mundo interno e o mundo externo (Laplanche & Pontalis, 1991). Ana Freud aprofundou os estudos elaborando uma lista de MD que podem ser inconscientes ou conscientes (Freud, 2006).

Cada sujeito desenvolve e utiliza MD diante de suas vivências do desenvolvimento e da forma com que ocorreu a organização de sua personalidade. De tal maneira, apresentam-se em diferentes níveis de maturidade, sendo fator Maduro, fator Neurótico ou fator Imaturo (Kipper et al., 2004). Os MD são utilizados como uma maneira de lidar com os conflitos psíquicos e se expressam como modelos continuados de reação do caráter, repetidos ao longo da vida (Freud, 1996b) buscando evitar o retorno de conteúdos reprimidos intoleráveis à consciência (Freud, 2006) como, por exemplo, a situação traumática, o que causaria grande ansiedade e angústia. Defesas diversificadas e flexíveis apontariam maior adequação à realidade, sem oprimir o Id ou inquietar o Superego. Defesas rígidas ou mal adaptadas podem tornar-se ineficazes levando ao adoecimento (Bergeret et al., 2006).

As defesas Maduras fazem com que o Ego consiga se ajustar diante das demandas internas e externas, adaptando-se a diferentes situações (Kipper et al., 2004). Segundo Gabbard (2016) são elas:

- Sublimação: transformação de objetos socialmente reprováveis ou internamente inaceitáveis em outros que sejam aceitáveis;
- Humor: utilizar elementos cômicos em situações difíceis a fim de reduzir o desconforto;
- Antecipação: gratificação imediata a fim de planejar ou pensar questões futuras;
- Supressão: decisão consciente em não dar vazão a um sentimento ou impulso.

Os MD Neuróticos atuam na medida em que alguns conteúdos indesejáveis, ao conseguirem chegar à consciência, seriam disfarçados ou distorcidos, como formação de compromisso com o conflito, mantendo afastados ansiedade, desejos, temores e emoções ameaçadoras (Andrews; Singh; Bond, 1993). São descritos por Gabbard (2016):

- Anulação: tentativa de negar através de esclarecimentos ou mudança de comportamento implicações sexuais, agressivas ou vergonhosas;

- Idealização: atribuição de qualidades exageradas a outra pessoa na tentativa de evitar ansiedade frente a sentimentos de inveja ou raiva;
- Formação reativa: mudança de impulso ou desejo inaceitável em seu oposto;
- Pseudoaltruísmo: prestar ajuda ao outro com o propósito de se sentir (a si próprio) gratificado.

Já, as defesas Imaturas surgiram frente a um Ego empobrecido e frágil, em que eventos estressores produziram maior vulnerabilidade e a regressão a pontos de fixação da libido (Eizirik et al., 2015). Elas tendem a distorcer a realidade impedindo que a pessoa consiga vê-la com discernimento (Associação Psiquiátrica Americana, 2014). As defesas utilizadas são, então, segundo Gabbard (Gabbard, 2016):

- Projeção: percepção e reação a impulsos inaceitáveis como se estivessem fora do Self;
- Isolamento: separação de uma ideia de seu estado afetivo;
- Desvalorização: redução e menosprezo do valor daquilo que o outro possui ou consegue realizar, evitando conflito com sentimentos de incapacidade;
- Deslocamento: transferência de sentimento associado a uma ideia para outro objeto que possui relação com o original;
- Racionalização: justificar comportamento e crenças visando torná-los aceitáveis a si mesmo;
- Somatização: conversão de dor emocional em sintomas físicos;
- Fantasia autística: busca de refúgio a um mundo interno evitando ansiedades nas relações interpessoais;
- Agressão passiva: forma de expressar sentimentos agressivos como raiva de maneira silenciosa, não conseguindo refletir sobre tais sentimentos;
- Negação: evitação de dados sensoriais sobre aspectos da realidade difíceis de lidar;
- Atuação: encenação impulsiva de um impulso inconsciente evitando contato com afeto doloroso;
- Dissociação: desconexão entre Self e evento traumático perturbando o sentido de identidade, memória, consciência e percepção;
- Cisão: divisão das experiências de aspectos polarizados do Self e do outro impedindo o surgimento do conflito.

Com o objetivo de identificar as formas como os indivíduos lidam com os conflitos psíquicos, consciente ou inconscientemente, baseados na ideia de que elas podem fazer comentários precisos sobre seu comportamento, Bond et al. (2004) desenvolveram um questionário autorrespondido, o Defense Style Questionnaire. Mais tarde, ao verificar as defesas

descritas no DSM III-R, Andrews et al. (1993) reorganizaram o instrumento o qual pode fornecer escores para as 20 defesas individuais dentro de três fatores diferentes.

Autores têm evidenciado que imaturidade na forma com que as defesas se apresentam está associada a transtornos psiquiátricos em geral (Holi et al., 1999). Fatores Imaturo e Neurótico estão presentes em transtornos depressivos e ansiedades (Maia et al., 2009). Já em transtornos traumáticos são identificadas defesas Maduras, Neuróticas e Imaturas (Galor & Hentschel, 2013).

A intensidade e a duração das defesas, frente ao estresse, podem configurar uma psicopatologia transitória ou permanente, manifestando-se através de sintomas e por meio de transtornos como, TEA e TEPT. Ainda, pode ocorrer a alteração constante de personalidade (Brum et al., 2012; Santana, 2015).

2.4 AVALIAÇÃO EM PSICOTERAPIA PSICODINÂMICA A PARTIR DO OPD-2

A avaliação em psicoterapia teve início com os próprios estudos de Freud e Rogers sobre o desenvolvimento do método psicoterápico. Atualmente, as pesquisas se referem a diferentes questões em torno do tema, seja sua eficácia e efetividade ou sobre o processo de trabalho, sua instauração, desenvolvimento e mudanças em psicoterapia (Brum et al., 2012).

De tal maneira, as pesquisas em psicoterapia têm aumentado a eficácia e eficiência dos tratamentos voltados à saúde mental. Nos últimos anos, cresceram os esforços em psicoterapia de orientação psicanalítica para que pesquisa e intervenção não estejam em campos distintos (Rosa, 2004), mas que haja o direcionamento da aplicação de métodos empíricos aos dados clínicos (Serralta et al., 2011).

Críticas foram e são feitas por psicoterapeutas e psicanalistas que consideram a pesquisa reducionista, não alcançando a realidade da prática clínica, o que lhes deixa afastados das ciências empíricas em muitos momentos. Por outro lado, a comunidade científica notou a necessidade do desenvolvimento de estudos que focalizem as variações intra sujeitos e as evidências baseadas na experiência de mudanças em tratamento (Pole et al., 2002).

Dessa forma, a avaliação de processos e resultados terapêuticos derivados das demais ciências, com delineamentos experimentais e quase experimentais, para estudar relações de causa e efeito, bem como tratamentos manualizados, foi se ampliando (Drozd & Goldfried, 1996). Sabe-se, entretanto, que a adoção de tais métodos ainda é polêmica e controversa (Serralta et al., 2011) uma vez que, mesmo sendo avaliadas as sessões e analisado o processo terapêutico, nem sempre ocorre uma mudança significativa nos sujeitos do ponto de vista científico (Honda & Yoshida, 2013).

A complexidade da subjetividade humana e as diferentes direções que o processo terapêutico pode adotar pressupõem a necessidade de desenvolvimento de metodologias compatíveis com tais questões (Serralta et al., 2011). Nesse sentido, foi criado o instrumento Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik-OPD) procurando integrar a dimensão psicodinâmica à sintomatologia descritiva, comum dos manuais diagnósticos (OPD Task Force, 2016). Para tanto, utiliza-se de uma entrevista semiestruturada que visa abranger as interações e experiências relatadas, contratransferência experimentada pelo entrevistador e capacidade introspectiva demonstrada pelo indivíduo. Através da compreensão mais aprofundada do funcionamento psíquico dos sujeitos e de suas relações, é possível definir o foco de tratamento e avaliar o processo e as mudanças de forma constante (Campos, 2017). Também foram demonstradas compatibilidades e boas parcerias de diagnóstico com outros instrumentos, promovendo a comunicação com diferentes abordagens teóricas (Boeker et al., 2008).

Devido a sua amplitude de abrangência o instrumento está sendo utilizado em diferentes países, Espanha, Alemanha, Inglaterra, Portugal, Itália, México, Chile e Brasil (Krieger, 2013). Também se observa sua capacidade de avaliar diferentes contextos clínicos e perturbações psíquicas, como com pacientes psiquiátricos (Rebouças et al., 2020), transtornos de ansiedade (Santiago et al., 2013), transtornos de personalidade (Doering et al., 2014), investigação em psicoterapia (Bernardi, 2010; Schneider et al., 2015), violência urbana (Teche et al., 2017), TEA (Both et al., 2018), violência doméstica (Both et al., 2020), entre outros. A tradução brasileira foi publicada em 2016 com organização de OPT Task Force (OPD Task Force, 2016).

Salienta-se que o OPD-2 distingue-se como um sistema de diagnóstico, pois sua composição multiaxial compreende quatro eixos psicodinâmicos e um descritivo. Utiliza-se como base os pressupostos da teoria do apego e das relações objetais para o desenvolvimento da constituição psíquica (OPD Task Force, 2016). Especificamente, o Eixo I traz as “Vivências da Doença e Pré-requisitos para o Tratamento”. Busca avaliar a sintomatologia e sua severidade, compreender a duração do problema, intensidade do sofrimento subjetivo, explicação pessoal para os sintomas, conceito de mudança, recursos e obstáculos para a mudança (Crempien, 2012).

O Eixo II do OPD trata de “Relações Interpessoais” integrando quatro posições interpessoais que indicam padrões de interação e resposta dos objetos (Krieger, 2013). Nesse levantamento interessa-se em como o sujeito vivencia o seu ciclo repetitivo interacional, seja ele adaptativo ou mal adaptativo. Avalia-se a perspectiva do paciente e dos outros em que compreende-se: a) como o paciente experiencia ele mesmo- descreve suas experiências relacionais e o seu comportamento; b) como o paciente experiencia os outros- aponta como o comportamento

dos outros é observado e sentido pelo paciente; c) como os outros (levando em consideração o entrevistador) experienciam o paciente, sua oferta de relacionamento e modo de comportamento; d) como os outros experienciam a eles mesmos em relação ao paciente, suas reações, impulsos e sentimentos (OPD Task Force, 2016).

O manual do OPD-2 (OPD Task Force, 2016) apresenta uma lista com 32 itens de relação interpessoais na qual são identificados três itens em cada uma das quatro posições, a, b, c e d:

Tabela 1

Itens de Relação

O paciente experiencia-se (por meio de outros e com outros) frequentemente como...	Temas de relação	O paciente experiencia os outros frequentemente como...
Outros- incluindo o entrevistador- experienciam o paciente frequentemente como...		Outros- incluindo o entrevistador- experienciam-se a si mesmos com relação ao paciente frequentemente como...
1. Permitir muito espaço, deixar os outros atuar autonomamente 2. Orientar pouco, evitar influência 3. Admirar, idealizar 4. Desculpar-se, evitar censura	Permitir espaço Orientar outros Reconhecer outros Atribuir responsabilidade	1. Permitir muito espaço, deixar os outros atuar autonomamente 2. Orientar pouco, evitar influência 3. Admirar, idealizar 4. Desculpar-se, evitar censura
5. Ser excessivamente afetuoso 6. Harmonizar, evitar agressividade	Manifestar afeto Manifestar agressividade	5. Ser excessivamente afetuoso 6. Harmonizar, evitar agressividade
7. Cuidar muito, preocupar-se 8. Impor-se de forma grosseira	Cuidar Estabelecer contato	7. Cuidar muito, preocupar-se 8. Impor-se de forma grosseira
9. Restringir espaço, intervir 10. Controlar, fazer reivindicações e exigências	Permitir espaço Orientar pouco	9. Restringir espaço, intervir 10. Controlar, fazer reivindicações e exigências
11. Menosprezar, desvalorizar e envergonhar os outros 12. Acusar e censurar	Reconhecer outros Atribuir responsabilidade	11. Menosprezar, desvalorizar e envergonhar os outros 12. Acusar e censurar

13. Retirar o seu afeto 14. Atacar e prejudicar	Manifestar afeto Manifestar agressividade	13. Retirar o seu afeto 14. Atacar e prejudicar
15. Negligenciar e abandonar 16. Fingir, ignorar	Cuidar Estabelecer contato	15. Negligenciar e abandonar 16. Fingir, ignorar
17. Reinvidicaar espaço e independência 18. Desafiar e desistir	Reivindicar o seu espaço Adaptar-se	17. Reinvidicaar espaço e independência 18. Desafiar e desistir
19. Ostentar-se, fazer-se de centro das atenções 20. Negar culpa	Ser assertivo Admitir culpa	19. Ostentar-se, fazer-se de centro das atenções 20. Negar culpa
21. Perder-se quando outros mostram afeto 22. Proteger-se insuficientemente, permitir desenvolvimentos perigosos	Aceitar afeto Proteger-se	21. Perder-se quando outros mostram afeto 22. Proteger-se insuficientemente, permitir desenvolvimentos perigosos
23. Depender fortemente dos outros, apegar-se 24. Ter poucos limites, estar excessivamente envolvido	Depender dos outros Permitir contato	23. Depender fortemente dos outros, apegar-se 24. Ter poucos limites, estar excessivamente envolvido
25. Evitar autonomia, procurar orientação 26. Queixar-se, abster-se, resignar-se	Reivindicar o seu espaço Adaptar-se	25. Evitar autonomia, procurar orientação 26. Queixar-se, abster-se, resignar-se
27. Menosprezar-se, desvalorizar-se 28. Culpar-se	Depender dos outros Permitir contato	27. Menosprezar-se, desvalorizar-se 28. Culpar-se
29. Fechar-se, fugir dos afetos alheios 30. Proteger-se, especialmente de ataques, estar em alerta	Aceitar afeto Proteger-se	29. Fechar-se, fugir dos afetos alheios 30. Proteger-se, especialmente de ataques, estar em alerta
31. Não depender dos outros, ser autoconfiante 32. Isolar-se, separar-se, retirar-se	Depender dos outros Permitir contato	31. Não depender dos outros, ser autoconfiante 32. Isolar-se, separar-se, retirar-se

Nota: (OPD Task Force, 2016, pg 175)

A partir da dinâmica relacional do paciente pode-se estabelecer uma associação com a origem de conflitos intrapsíquicos e conflitos de relacionamento (Krieger, 2013; Opd Task Force,

2016). Tais comportamentos relacionam-se com a forma com que se estabeleceram a internalização de representações das figuras primárias de apego e modelos para a configuração relacional futura (Fonagy et al., 2002).

O Eixo III, “Conflito” é essencial no entendimento psicodinâmico do paciente. Identifica motivações ou desejos opostos, internos ou externos, conscientes ou inconscientes, que culminaram no aparecimento de padrões internalizados de relacionamento. Descreve aspectos psicodinâmicos baseados em conteúdos relacionais e assim, condições que podem desencadear sintomas. Esse fenômeno mental se mostra em um modelo dimensional continuum que vai do funcionamento normal até uma limitação severa (OPD Task Force, 2016).

O OPD-2 identifica sete tipos de conflitos que segundo Task Force (2016) são definidos como:

- **Individuação x dependência:** básicos para a vida humana tornam-se conflitos quando ocorre uma polarização com papel histórico na vida do sujeito, experiências que procuram ou evitam proximidade, ser capaz de estar consigo/estar com o outro, sozinho ou com uma necessidade existencial de se fundir com o objeto;
- **Submissão x controle:** busca dominar ou submeter-se ao outro sendo que impulsos agressivos manifestos ou latentes são centrais, experiência de poder e desesperança podem influenciar a autoestima;
- **Necessidade de ser cuidado x autossuficiência:** necessidade de obter algo para confirmar a atenção e cuidado do outro, dependência e medo de perder o outro;
- **Conflito de autoestima:** esforço para ver seu próprio valor, sente-se insuficiente ou falho visto a desestabilização narcísica que conduz a tentativas de compensação;
- **Conflito de culpa:** emerge quando há um ataque real ou imaginário a outra pessoa ou aos direitos dessa, buscando diminuir sua culpa através do uso de mecanismos defensivos para culpar o outro;
- **Conflito edípico:** esforços e sentimentos de se mostrar aos outros e ser valorizado como homem ou mulher, numa tentativa de moldar os relacionamentos de forma erótico-terna, as interações são entre desfrutar o prazer físico versus viver em celibato;
- **Conflito de identidade:** autorrepresentações contraditórias associadas a sentimentos de insegurança e desprazer gerados a partir de uma identidade difusa.

São identificados dois conflitos mais importantes no diagnóstico e, apesar de sua natureza repetitiva, eles referem-se ao momento “aqui-agora”. Também é identificado o afeto guia que se comporta de modo passivo ou modo ativo, conforme descrito pelo comportamento do paciente em suas relações familiares, de amizade, vida profissional, ambiente social, dinheiro,

corpo/sexualidade e manifestação das doenças. A percepção dos conflitos e dos afetos está condicionada por questões defensivas (OPD Task Force, 2016).

O Eixo IV, “Estrutura” refere-se ao Self e suas relações objetais, ou seja, como as funções mentais são capazes de regular a si e a relação estabelecida com objetos internos e externos. O grau de integração das capacidades ou limitações é descrito pela integração estrutural. Assim, a “Estrutura Total” diz respeito à vulnerabilidade da personalidade, sua disposição para a doença e habilidade de operar conflitos internos e eventos externos geradores de tensão. É formada por oito funções: autopercepção, percepção do objeto, autorregulação, regulação do objeto, comunicação interna, comunicação com o mundo externo, capacidade de vinculação dos objetos internos e capacidade de vinculação dos objetos externos (OPD Task Force, 2016).

O nível elevado de integração proporciona um espaço psíquico no qual a experiência mental, cognições, afetos, memórias, decisões, são capazes de serem reguladas pelo paciente, sendo mantidas ou recuperadas mesmo em situações geradoras de estresse. No nível moderado as funções permanecem disponíveis, mas de modo reduzido, com “Superego imaturo”, normas e ideais exagerados. No baixo nível de integração as funções regulatórias estão claramente reduzidas, visto o espaço psíquico estar mal desenvolvido, o Self é frágil, os objetos são ameaçadores, persecutórios ou exageradamente idealizados. Os desejos inconscientes são dirigidos ao exterior. Já o nível de desintegração apresenta incoerência de Self, onde o Eu e o objeto aparecem confundidos. Ações impulsivas são formas de descarga direta de angústia (OPD Task Force, 2016).

E por fim, no Eixo V, estabelece-se o diagnóstico nosológico conforme o DSM ou CID (OPD Task Force, 2016). A padronização de categorias diagnósticas no OPD-2 foi decisiva para a produção científica e ampliação da prática clínica, uma vez que possibilitou a criação de constructos e linguagem comum entre os profissionais (Krieger, 2013).

Além disso, a indicação, o foco e o planejamento terapêuticos se dão pela integração dos respectivos eixos e devem ser o ponto inicial para o trabalho terapêutico. Assim, a seleção do foco e dos objetivos do tratamento devem considerar a parcela de limitações estruturais e conflituais que o paciente apresenta, diante de seu transtorno ou sintomas. Ainda, deve-se ter uma ideia das dinâmicas interrelacionais e dependência entre os aspectos de suas limitações que, geralmente, interagem umas com as outras (OPD Task Force, 2016). Tem-se observado que em um baixo nível de integração estrutural os conflitos de individuação x dependência são mais frequentes em pacientes com transtornos. Em estruturas mais integradas os conflitos edípicos se fazem presentes (Grande et al., 2003).

É evidente, outrossim, que um conjunto flexível de intervenções adaptadas às características de cada paciente e/ou ao seu transtorno promovem maior probabilidade de adesão e mudanças no processo psicoterápico (Jiménez, 2007). Além disso, deve-se considerar que pacientes com TEPT são difíceis de manejar, demonstrando uma carga emocional intensa e significativa que provocam sofrimento psíquico para o terapeuta diante de sua contratransferência, o que poderá ser prevista, avaliada e trabalhada frente a cada característica de organização psíquica (Crempien, 2009; M. Eizirik et al., 2006).

Diante de tal alcance, a avaliação específica no contexto do trauma, utilizando o OPD-2, visa trazer mais informações a certa desse transtorno multifatorial e complexo. Dentre os estudos produzidos com TEPT muitos se relacionam com suas causas, sintomas e comorbidades (Kessler, 1995; Stein et al., 2016; Steinert et al., 2015; Wingo et al., 2014). Ainda, levantou-se dados sobre veteranos de guerra, depressivos e grupo controle (Galor & Hentschel, 2013), pacientes com TEPT e transtornos de ansiedade (Pollock & Andrews, 1989), com doenças orgânicas como câncer (Sharbafshaaer & Kord, 2017), percepção de bullying em adolescentes (Giovazolias et al., 2017), TEA (Both et al., 2018; Santana, 2015) e violência urbana (Both et al., 2018; Santana, 2015).

Observou-se que além de poucas pesquisas sobre o tema utilizando para sua compreensão a visão psicanalítica, não foram encontrados estudos que identifiquem as características e vulnerabilidades dos sujeitos utilizando o instrumento OPD-2 e possíveis associações com uso de MD e TMC, o que parece ser relevante diante das características do transtorno levantadas no decorrer desse estudo. Aponta-se que a planificação dos dados referentes ao funcionamento psíquico de pacientes com TEPT, através de instrumentos reconhecidos pelas suas científicidades, auxiliarão na compreensão geral da doença e especificamente na diferenciação da formação psíquica de cada sujeito, questão essencial o tratamento no contexto clínico. Nesse sentido, este projeto buscou responder ao problema “Quais as características do funcionamento psicodinâmico em pacientes com TEPT e/ou TEPT-C sob uma perspectiva dimensional operacionalizada? Existe associações entre características do funcionamento psicodinâmico e MD e TMC?”.

JUSTIFICATIVA

O diagnóstico de TEPT está sendo identificado como um problema crescente frente à vida contemporânea, aumento da população urbana, agregação familiar, vulnerabilidades psicossociais e diferentes tipos de violência (Robles-García et al., 2020). É o transtorno mental mais comumente desenvolvido após a vivência de um evento traumático (Waiselfisz, 2015), impactando gravemente na saúde, relacionamentos interpessoais e desenvolvimento de atividades de lazer e laborais (World Health Organization, 2018). Além disso, um alto índice de indivíduos traumatizados desenvolve comorbidades físicas e mentais, de 50 até 80% maior risco se comparados àqueles que não sofreram traumas graves (Mcfarlane & Papay, 1992), aumentando consideravelmente o risco de suicídio em até 13 vezes (Gradus et al., 2015).

Pesquisas sobre TEPT que utilizam o método psicanalítico para compreensão do traumático têm identificado que a exposição ao trauma não é, por si só, determinante no adoecimento (Rutter, 2007) e que características da história pregressa, constituição psíquica, traumas do desenvolvimento (Eizirik et al., 2015), apoio social e, ainda, a capacidade de resiliência devem ser considerados na modulação de resposta ao estresse (Horn & Feder, 2018). De tal maneira, estudos sobre TEA e TEPT tem procurado avaliar os recursos individuais dos sujeitos (Eizirik et al., 2015), características psicodinâmicas (Both et al., 2018; Favaretto et al., 2022), personalidade, resiliência (Calegari et al., 2019), estilos de defesas (Galor & Hentschel, 2013; Santana, 2015), relações de causa e efeito (Robles-García et al., 2020) e evidências de mudanças em tratamento (Lima, 2018; Parra et al., 2016).

Observa-se, porém, a necessidade de levantar evidências empíricas consistentes e específicas sobre o funcionamento psicodinâmico na perspectiva do traumático. Nesse sentido, essa pesquisa com pacientes que apresentam TEPT, no sul do Brasil, possibilitará uma ampliação do conhecimento sobre seus funcionamentos psicodinâmicos, características de organização estrutural da personalidade e conflitos psíquicos, fatores que tendem a repercutir em suas relações interpessoais, desenvolvimento de outros transtornos e prejudicar suas qualidades de vida. Além disso, pretende-se avaliar, de modo mais consistente, a maturidade defensiva do Ego buscando relações com o funcionamento psicodinâmico estabelecido pelo OPD-2. Este estudo auxiliará no desenvolvimento de um Eixo no OPD, específico para identificar o uso de mecanismos defensivos.

Assim, busca-se expandir o conhecimento sobre o transtorno junto à comunidade científica e clínica, suscitando novas possibilidades de pesquisa e maior precisão e eficácia no tratamento da doença. A partir dos dados levantados, contribuir-se-á para diminuição de gastos públicos diante da identificação de grupos potencialmente de risco, prevenção e reabilitação de traumas, criação

de intervenções primárias e secundárias evitando a instalação da doença mental crônica e as consequências dela decorrentes, sofrimento subjetivo, disfunções nos relacionamentos interpessoais e atividades profissionais e conseqüentemente, diminuição da qualidade de vida.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Investigar as características do funcionamento psicodinâmico em pacientes com TEPT, sob uma perspectiva dimensional operacionalizada, identificando associações com mecanismos e estilos defensivos, bem como avaliando possíveis alterações após três meses de tratamento.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar características do funcionamento psicodinâmico de uma paciente do sexo feminino com TEPT-C, através do OPD-2, levantando ainda mecanismos e estilos defensivos, a presença de transtornos mentais comuns e possíveis alterações após três meses de tratamento (Artigo 1);
- b) Compreender o funcionamento psicodinâmico, sob uma perspectiva dimensional operacionalizada, de mulheres vítimas de violência interpessoal e urbana, diagnosticadas com TEPT e TEPT-C, identificando experiências traumáticas, relações interpessoais, conflitos e estruturas psíquicas, assim como, o uso de mecanismos de defesa e possíveis peculiaridades que possam diferenciar esses transtornos (Artigo 2);
- c) Avaliar as funções estruturais da personalidade, conflitos intrapsíquicos, padrões relacionais interpessoais e diagnóstico nosológico tradicional, procurando relações com a experiência da doença, gravidade no funcionamento geral, qualidade de vida e características sociodemográficas (Artigo 3);
- d) Levantar o funcionamento psicodinâmico de pacientes com TEPT, por meio do OPD-2, explorando a relação entre gravidade dos sintomas, qualidade de vida, sofrimento subjetivo, conflitos e estrutura psíquica diante de características sociodemográficas, estilos e mecanismos defensivos utilizados (Artigo 4);
- e) Descrever as características do funcionamento psicodinâmico em pacientes com TEPT, sob uma perspectiva dimensional operacionalizada, e uso de mecanismos e estilos defensivos avaliando possíveis alterações após três meses de tratamento (Artigo 5).

5 MÉTODO

5.1 DELINEAMENTO

- Artigo 1: Estudo de caso único que avalia processos inter-relacionados numa perspectiva temporal (Serralta et al., 2011).
- Estudo 2: Análise qualitativa e transversal (Gil, 2008) cujo foco foi a análise de conteúdo das entrevistas. A construção do estudo baseou-se nos Critérios Consolidados para Relatórios de Pesquisas Qualitativas- Consolidated criteria for reporting qualitative research (Tong et al., 2007). A análise de conteúdo foi realizada a partir de categorias criadas a posteriori: motivo da procura de atendimento, sintomas e desejo de tratamento, experiências traumáticas do desenvolvimento, características do funcionamento psíquico.
- Artigo 3 e 4: Estudo exploratório (Gil, 2002), quantitativo (Creswell, 2010) e transversal (Gil, 2008).
- Artigo 5: Estudo quantitativo (Creswell, 2010), exploratório (Gil, 2002) e comparativo (Gil, 2008).

5.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Os participantes são oriundos do Núcleo de Estudos e Tratamento do Trauma (NET-Trauma) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. O local é referência na avaliação e tratamento de vítimas de trauma no RS. Foram avaliados todos os pacientes nos anos de 2019 e 2020 que deram entrada no serviço. Como critérios de inclusão definiu-se participantes acima de 18 anos com diagnóstico de TEPT e/ou TEPT-C, que concordaram com os objetivos da pesquisa e assinaram o TCLE. Como critérios de exclusão estabeleceu-se a dificuldade intelectual na compreensão dos instrumentos.

De tal modo, participaram dos diferentes estudos:

- Artigo 1: Primeira paciente diagnosticada com TEPT-C, do sexo feminino, jovem adulta;
- Artigo 2: Dez primeiras pacientes do sexo feminino com idades entre 18 e 60 anos;
- Artigo 3: 53 sujeitos com idades de 18 e 65 anos;
- Artigo 4: 60 sujeitos com idades de 18 e 65 anos;
- Artigo 5: 27 sujeitos, que foram avaliados no Estudo 3, com idades entre 18 e 65 anos.

O cálculo amostral baseou-se em um estudo de validação feito por Krieger (Krieger, 2013) na apresentação da versão brasileira do OPD-2. O cálculo foi realizado pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em que se considerou o número de itens do instrumento OPD-2 e os dados da literatura sobre a concordância entre juízes avaliadores para os diferentes eixos do instrumento. De tal maneira, o número de entrevistas foi calculado para cada eixo independentemente: Eixo 1: 53 entrevistas; Eixo 2: 52 entrevistas; Eixo 3: 53 entrevistas; Eixo 4: 25 entrevistas. Considerou-se um mínimo de 53 participantes para compor a amostra dos estudos principais.

5.3 INSTRUMENTOS

5.3.1 Entrevista clínica para avaliação do TEPT- CAPS-5 (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5, versão mensal; Anexo A)

Questionário de 30 itens para diagnóstico de TEPT, englobando os 20 critérios de diagnóstico do DSM-5. Os autores da escala original estipulam que o critério para ponto de corte esteja entre 23 a 26 pontos (Weathers, et al, 2018). Aplicou-se a versão traduzida para o português brasileiro (Oliveira-Watanabe et al., 2019). Para o diagnóstico de TEPT-C, foram utilizados os critérios diagnósticos do CID-11 (World Health Organization, 2018).

5.3.2 Questionário Sociodemográfico e Clínico (Anexo B)

Questionário semiestruturado produzido para levantar características pertinentes ao estudo como idade, raça/etnia, nível de escolaridade, renda, religião, com que vive, uso de bebida alcoólica, uso de outras substâncias psicoativas, relacionamento, tempo de relacionamento conjugal, diagnóstico psiquiátrico anterior, tratamento farmacológico, psicoterapia, vivências traumáticas no desenvolvimento, evento traumático índice, sentimentos, sintomas, ideação e tentativa de suicídio, rede de apoio. O questionário foi baseado em dados da literatura sobre pacientes com TEPT.

5.3.3 Diagnóstico Operacionalizado Psicodinâmico 2 (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, OPD-2)

Entrevista semiestruturada (Entrevista Clínica do OPD- Anexo C) que possibilita a exploração dos cinco eixos do instrumento, permitindo a formulação de um diagnóstico psicodinâmico multiaxial, bem como planejamento e foco terapêuticos. A entrevista tem duração de aproximadamente uma hora. Dois juízes avaliadores codificam os variados aspectos psicodinâmicos em uma Planilha de Avaliação (Anexo D) a partir das dimensões e indicadores. Para a codificação, utilizam-se critérios que induzem a uma pontuação em todos os itens: “0- ausente, 1- leve/insignificante, 2- moderado, 3- elevado/significativo, 4- muito grave/muito significativo e 9- não-avaliável”. Utilizou-se, neste estudo, a versão brasileira do instrumento. Avalia-se no “Eixo I- Vivência da Doença e Pré-requisitos para o Tratamento” levantando a gravidade atual, duração, forma de apresentação e conceptualização por parte do paciente, recursos e resistência à mudança; no “Eixo II- Relações Interpessoais” observa-se padrões de relacionamento disfuncionais, temas e recursos. Na perspectiva A, a vivência por parte do paciente e na perspectiva B, a percepção dos outros; no “Eixo III- Conflito”, pontua-se sete conflitos disfuncionais repetitivos, sendo “Individuação x Dependência”, “Submissão x Controle”, “Necessidade de ser cuidado x autossuficiência”, “Conflito de Autoestima”, “Conflito de Culpa”, “Conflito Edípico” e “Conflito de Identidade”; no “Eixo IV- Estrutura”, levanta-se habilidades cognitivas, regulação, comunicação emocional e vinculação. E, no “Eixo V- Transtornos Mentais e Psicossomáticos” (OPD Task Force, 2016).

A validação chilena do OPD-2 apresentou significativa concordância entre juízes avaliadores sendo 75% no eixo II, 73,3 no eixo III, 62% no eixo I e 53,3 no eixo IV (Pérez C et al., 2009). No Brasil/Portugal, a concordância foi de 78% no eixo IV, 66% no eixo I, 57,7% no eixo III e o eixo II, teve avaliação qualitativa a partir dos itens mais pontuados pelos avaliadores (Vicente et al., 2012; Krieger, 2013).

5.3.4 Defensive Style Questionnaire (DSQ-40; Anexo E)

O instrumento foi desenvolvido para avaliar derivativos conscientes dos mecanismos de defesa. O DSQ-40 é um questionário autoaplicável composto por 40 itens relacionados às defesas descritas no DSM-III-R, que correspondem a 20 defesas individuais. Cada item é pontuado em uma escala Likert que varia de 1 a 9, com “1” indicando "Discordo Fortemente", “5”, significando que o sujeito “Nem Concordo Nem Discordo” da afirmativa e “9” sugerindo que “Concordo Fortemente”. Quatro defesas correspondem ao fator Maduro, sublimação (3 e 38), humor (5 e 26), antecipação (30 e 35) e supressão (2 e 25); quatro, ao fator Neurótico, anulação (32 e 34),

pseudoaltruísmo (1 e 39), idealização (21 e 24) e formação reativa (7 e 28) e doze defesas correspondem ao fator Imaturo, projeção (6 e 29), agressão passiva (23 e 26), atuação (11 e 20), isolamento (34 e 37), desvalorização (10 e 13), fantasia autística (14 e 17), negação (8 e 18), deslocamento (31 e 33), dissociação (9 e 15), clivagem (19 e 22), racionalização (4 e 16) e somatização (12 e 27). Os escores das defesas são calculados pela média das afirmativas. As somas dos escores de cada defesa podem chegar a 10 pontos. Quanto mais elevado o valor, maior é o uso da defesa. Os escores dos Fatores Imaturo, Neurótico e Maduro são calculados pela média dos escores das defesas que pertencem àquele fator (Andrews et al., 1993). O instrumento foi validado para o português brasileiro e mostrou índices de fidedignidade avaliada pelo coeficiente alpha de Cronbach de 0,77 para o Fator Imaturo, de 0,68 para o Fator Maduro, e de 0,71 para o Fator Neurótico (Blaya et al., 2004).

5.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Ao chegarem ao local de atendimento, os pacientes passaram por avaliação psiquiátrica, aplicação do instrumento CAPS-5 e discussão de seus casos entre equipe de residentes, preceptora, orientadora do estudo e pesquisadora, sendo diagnosticados com TEPT e ou TEPT-C. Todos os sujeitos diagnosticados foram convidados a participar do estudo. Aqueles que aceitaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TECLE; Anexo G) em duas vias, ficando uma para si e uma para a pesquisadora. Os instrumentos e a Entrevista Clínica do OPD-2 foram respondidos em uma sala de atendimento do NET-Trauma. As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora, profissional experiente em psicoterapia psicodinâmica e com treinamento específico no OPD-2: "Diplomado em Diagnóstico, Indicação e Estratégias em Psicoterapia: Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD-2)", organizado pela Faculdade de Medicina da Pontificia Universidad Católica do Chile (Anexo H). As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas.

A pesquisadora não conhecia os pacientes anteriormente, assim como, não era responsável pelo acompanhamento de seu tratamento psicoterápico. O tratamento era conduzido pelos médicos psiquiatras residentes através de psicoterapia individual de orientação psicanalítica, psicoterapia individual focada no trauma e farmacoterapia, conforme avaliação. As sessões eram semanais. Em relação a farmacoterapia utilizava-se Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (Sertralina, Fluoxetina, Paroxetina) e em casos específicos, Antidepressivos (Nefazodona ou Venlafaxina), Anticonvulsivantes ou Reguladores de Humor.

Para o Artigo 5, todos os participantes avaliados no Estudo 3 que seguiram em tratamento por pelo menos 3 meses foram contatados. Para àqueles que aceitaram participar a coleta de dados

foi realizada entre 90 e 105 dias após a coleta de dados do Estudo 3. Verificou-se no Artigo 5, uma perda de amostra de 48.75% devido a abandono terapêutico de 15 pacientes (28%), não aceite em participar do estudo, 3 pacientes (5.66%) e troca de número de telefone, não conseguindo localizar o paciente em tempo hábil, 8 pacientes (15.09%).

Aponta-se que durante a coleta de dados desencadeou-se a pandemia da Covid-19 com impacto mundial. Estratégias para minimizar a disseminação da doença incluíam além da higienização de mãos e o uso de máscaras, o distanciamento social para reduzir o contato direto e próximo entre as pessoas (Borloti et al., 2020). Foi instituído pelo Hospital de Clínicas de POA medidas preventivas que incluíam o cancelamento de atendimentos presenciais em pacientes já avaliados, ficando apenas definido o atendimento presencial para a primeira consulta de avaliação. Diante do momento vivenciado houve uma diminuição da procura de atendimento nos meses de março a agosto de 2020, com retorno gradual após este período.

5.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O estudo está de acordo com Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS; Brasil, 2012) e Resolução 510/2016 (CNS; Brasil, 2016). Foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CAAE 68271917.7.0000.5347; parecer no. 2.412.749) e replicado para o Centro participante, Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS. Os pacientes do NET-Trauma foram informados dos objetivos da pesquisa e convidados a participar de forma voluntária, assegurado seus anonimatos. Àqueles que aceitaram participar, assinaram o TCLE (Anexo G). A qualquer momento no andamento da pesquisa os participantes poderiam retirar seu consentimento, sem que ocorram prejuízos aos mesmos. Os dados serão guardados por cinco anos, sob posse da pesquisadora e sua orientadora.

Em caso de mobilização de sentimentos ou desconforto, frente à discussão de temas angustiantes e dolorosos, houve a oferta de um espaço de escuta e acolhimento pela pesquisadora e orientadora. Também, nesse caso, ressaltado a importância do acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico.

Em relação ao instrumento, a professora Carla Crempien, participante do OPD Group e supervisora do curso de formação e treinamento para utilização do instrumento, foi convidada para participar do estudo. Ainda, poderia ocorrer auxílio do grupo de pesquisa do Chile para esclarecimento de possíveis dúvidas.

5.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Em todos os artigos deste trabalho, dois juízes independentes codificaram as entrevistas clínicas em planilhas do OPD-2, segundo aspectos psicodinâmicos das dimensões e indicadores descritos no manual. Um dos juízes foi a própria pesquisadora. Outro juiz foi utilizado como balizador para assegurar a fidedignidade e confiabilidade de tais indicadores. Caso houvesse divergência, um terceiro juiz poderia ser acionado.

O coeficiente Kappa (Perroca & Gaidzinski, 2003) de cada eixo foi calculado de forma independente para cada entrevista. Neste estudo (Artigo 3; n=60), a concordância entre os juízes foi 73% no Eixo I (concordância substancial), 76% no Eixo III (concordância substancial), 84% no Eixo IV (concordância quase perfeita) e 100% no Eixo V (concordância perfeita). O Eixo II, do OPD-2, foi avaliado pelos itens de relação mais pontuados pelos juízes.

O Defensive Style Questionnaire (DSQ-40) foi pontuado segundo o grau de concordância ou discordância dos participantes em uma escala Likert que varia de “1 (discorda fortemente)” a “9 (concorda fortemente)”, em cada artigo. O valor de cada mecanismo de defesa foi obtido pela média das afirmativas que correspondem àquele mecanismo. Os escores dos fatores imaturo, neurótico e maduro, foram calculados pela média dos escores dos mecanismos defensivos que pertencem àquele fator (Blaya et al., 2004).

Para o Self-Report Questionnaire (SRQ-20) pontuou-se o “não (valor 0)” e “sim (valor 1)”. A soma dos escores obtidos podia variar de “0 (nenhuma probabilidade)” a “20 (extrema probabilidade)” (Gonçalves et al., 2008). Dados descritos em cada um dos artigos.

A análise estatística foi realizada utilizando-se o IBM SPSS Statistics versão 25.0 para Windows (IBM, 2014). As variáveis quantitativas foram representadas por média e desvio-padrão ou representadas pela mediana e intervalo interquartil (mediana [mínimo-máximo]) de acordo com a distribuição verificada pelo teste de normalidade de Shapiro-Wilk. Considerou-se $p < 0.05$ para definir significância estatística. Para interação, foi considerado como significativo valor de probabilidade $< 0,25$. Quando um dos grupos tinha tamanho (n) menor que 12 sujeitos as variáveis quantitativas foram representadas diretamente por mediana, mínimo e máximo e comparados por testes não paramétricos (Gil, 2008). As variáveis categóricas foram representadas pela frequência absoluta e relativa.

Além das análises descritas, especificamente, foi realizado:

- Artigo 2: análise de categorias, segundo as Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (Tong et al., 2007);

- Artigo 3: Correlação de Spearman entre variáveis do Eixo I e Eixo IV do OPD-2 e variáveis Sociodemográficas (idade, escolaridade e renda) e variáveis Clínicas (número de sintomas e número de traumas). Quando significativa a intensidade da correlação foi classificada como: 0 – 0,3= fraca; 0,4 – 0,6= regular; 0,6 – 0,9= forte e 0,9 – 1,0= muito forte (Callegari-Jacques, 2003). O teste U de Mann-Whitney foi utilizado para comparar as variáveis do OPD-2 e variáveis clínicas (Evento traumático índice e traumas vivenciados durante a vida). O teste de Kruskal-Wallis foi realizado para comparar as distribuições dos escores do Eixo III e variável do Eixo I (Tempo decorrido desde o Evento traumático índice). Quando significativo, foi realizado o teste post-hoc de Dunn para mostrar as distintas categorias (Creswell, 2010).
- Artigo 4: As variáveis quantitativas com $n < 12$ foram pelos testes Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis: Mann-Whitney foi utilizado para avaliar variáveis do Eixo I do OPD-2 (GAF e EQ-5D) e variável Características Sociodemográficas (sexo), variáveis Características Clínicas (problemas psiquiátricos passados e tentativas de suicídio) e DSQ-40. Além de variáveis dos Eixos II, III e IV e DSQ-40; O teste Kruskal-Wallis avaliou as variáveis Características Clínicas (número de eventos traumáticos durante a vida), variáveis dos Eixos I (sofrimento subjetivo), III e IV do OPD-2 e DSQ-40. Foi empregado o teste Qui-quadrado para verificar associações entre variáveis qualitativas: Características Sociodemográficas (renda) e Características Clínicas (número de eventos traumáticos durante a vida, tentativas de suicídio) e Eixo III e Eixo IV do OPD-2. Além de variáveis entre os Eixo II e Eixo IV do OPD-2. Quando significativa, a associação local foi sinalizada pela análise de resíduos ajustada padronizada (valores superiores a 1,96) (Kipper et al., 2004).
- Artigo 5: foi realizado o teste Wilcoxon Signed Rank para comparar variáveis do CAPS-5, OPD-2 e DSQ-40 e OPD-2. As estatísticas de teste foram consideradas significativas se $p < 0,05$. Tamanhos de efeito (r) de 0,2 a 0,5 foram considerados baixos, de 0,5 a 0,8 médios e acima de 0,8 altos (Gil, 2008).

6 RESULTADOS

6.1 ARTIGO 1- Disponibilizado posteriormente

6.2 ARTIGO 2- UNDERSTANDING THE PSYCHODYNAMIC FUNCTIONING OF PATIENTS WITH PTSD AND CPTSD: QUALITATIVE ANALYSIS FROM THE OPD-2 INTERVIEW

Publicado: Psicologia: Reflexão e Crítica, A1 para Medicina II. doi10.1186/s41155-022-00211-


5

RESEARCH

Open Access



Understanding the psychodynamic functioning of patients with PTSD and CPTSD: qualitative analysis from the OPD 2 interview

Tais Cristina Favaretto^{1,2*} , Luciane Maria Both¹, Sílvia Pereira da Cruz Benetti³ and Lúcia Helena Machado Freitas¹

Abstract

The traumatic event produces intolerable excitations to the psychic apparatus that searches to relief them through the production of symptoms. When established, patients with post-traumatic stress disorders (PTSD) and complex post-traumatic stress disorder (CPTSD) may experience flashbacks, somatizations, negative emotions about themselves, and difficulty in social contact. This work seeks to understand how the psychodynamic functioning of women victims of interpersonal and urban violence, diagnosed with these disorders, is organized, identifying traumatic experiences, ways of interpersonal relationships, conflicts and psychic structures and use of defense mechanisms, and for peculiarities that may differentiate these disorders. The qualitative transversal method was used through the content analysis of clinical interviews based on the Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2). The sample of this study consisted of five women with PTSD and five with CPTSD. The following categories were created: reasons for seeking care, symptoms and desire for treatment, traumatic developmental events, and characteristics of the psychic functioning. Early trauma generates psychic organizations with greater disintegration. A new traumatic event destabilizes the psychic organization and intensifies symptoms. Relationships were marked by dependence and isolation. Participants with CPTSD presented tendency to disintegration related to the object relation regulation and the psychic conflict was of Individuation versus Dependence, with more primitive flaws in object representations, existential need for the other and direct discharge of impulses. Participants with PTSD had moderate to low level of object relation integration and the conflict was need to be care of versus self-sufficiency, with self-representations being fragile and with reduced capacity to manage impulses. Thus, it could be observed that OPD-2 is capable of assessing in a broad and deep way patients with traumatic disorders, in addition to identifying essential peculiarities to guide health professionals towards treatment in the search for better quality of life for patients.

Keywords: Psychological trauma, Post-traumatic stress disorder, Chronic post-traumatic stress disorder, Violence, Psychoanalytic theory, Qualitative research

Introduction

Post-traumatic stress disorder (PTSD; F43.10) can develop from exposure to or witnessing one or more threatening events or episodes of violence. The presence

of intrusive symptoms, overwhelming feelings and avoidance of trauma-related memories (World Health Organization, 2018) are an adaptive response of the psychic apparatus to excessive stress disorders producing considerable subjective suffering (Blanco, 2016).

In 2018, based on clinical observations of individuals who have suffered multiple and/or prolonged traumas of interpersonal nature throughout their lives, a new category for stress-associated disorders was included,

*Correspondence: taisfavaretto@gmail.com

² Rua Independência 99a, 401, Centro, Passo Fundo, Rio Grande do Sul 99010041, Brazil

Full list of author information is available at the end of the article

namely complex post-traumatic stress disorder (CPTSD; 6B41). CPTSD is characterized by severe and persistent problems with affect regulation, diminished self-beliefs, shame, guilt, or failure related to the traumatic event. Such reactions cause significant damage in different spheres of the subject, including personal, social, and occupational relationships (World Health Organization, 2018).

Such classifications, related to trauma disorders and stressors, defined by the nosological psychiatric diagnosis, seek an objective assessment of symptoms, with concise and clear criteria aimed at adequate treatment (American Psychiatric Association, 2014). On the other hand, psychoanalytic theory seeks to understand human behavior and suffering through the patient's developmental history, his/her structural constitution of personality and how the dynamics between the mental instances, Id, Ego, and Superego are established. Through psychotherapeutic work, by talking and associating, it seeks to reduce symptoms, change poorly adapted relational patterns, dysfunctional conflicts, and structural limitations, improving quality of life (Campos, 2017).

Their contributions mention psychic trauma as an excessive influx or accumulation of excitations that penetrate the psychic apparatus, exceeding the capacity to face or integrate feelings, in the face of the large amount of stress (violent traumatic event), needing to be relieved (Laplanche & Pontalis, 1991). By breaking through the ego defense mechanisms, this energy puts the developed psychic structure at risk, leading the subject to the position of original helplessness, that is, constantly reliving the newborn's instinctual anguish in the face of its biological and psychic immaturity (Favero, 2009; Laplanche & Pontalis, 1991; Pereira, 2008). Symptoms appear as a discharge or a substitute for the con-

tents that cause the anguish, unconsciously, the psychic expression of instincts and, consciously, the traumatic event (Costa, 2019).

Pre- and post-traumatic characteristics enable the emergence of potentialities and vulnerabilities in coping with the traumatic event. Protection from trauma arises mainly in the first moments of development with the internalization of representations of good relationships and the constitution of stable self, capable of regulating emotions and behaviors and making use of defense mechanisms in the face of anxiety, with greater flexibility (Eizirik et al., 2015). Traumatic situations such as violence, especially in childhood, can form disorganized psychic structures with failures in the repression of instincts, use of rigid defense mechanisms and low ability to reflect, which makes psychic reorganization difficult in the face of a traumatic event (Bateman & Fonagy, 2016). Furthermore, factors such as intensity, duration,

and frequency of trauma (Wilson & Reagan, 2016), social support, physical and mental comorbidities, and socio-economic issues should also be considered in coping with the traumatic event (Steinert et al., 2015).

Thus, observing the complexity of the human mind and the need to seek an alignment between assessment of patients based on fundamental psychodynamic assumptions and the phenomenological orientation of psychiatric diagnostic glossaries, the Operationalized Psychodynamic Diagnosis instrument (OPD-2) emerges as a means of multi-axial assessment that formulates the way in which patients organize their psychodynamic functioning based on their clinical situation, areas of functioning with symptoms or difficulties, subjective suffering, patterns of interpersonal relationships resulting from intrapsychic conflicts, their resources and competences, deficits in psychological structure and nosological diagnosis. From the integration of axes, it is possible to indicate the focus of the psychotherapeutic treatment focused on the dysfunctional relationship pattern and problems based on conflict and/or structure. For these purposes, the instrument uses as theoretical basis assumptions of the attachment theory and object relation (Task Force, 2016).

Thus, in view of the traumatic disorders that present intense severity of symptoms and extensive damages in the lives of individuals, through OPD-2, this study seeks to understand how the psychodynamic functioning of women victims of interpersonal and urban violence, diagnosed with PTSD and C-PTSD is organized, identifying traumatic experiences, interpersonal relationships, conflicts and psychic structures, and the use of defense mechanisms, in addition to looking for peculiarities that can differentiate these disorders.

Method

This is a qualitative cross-sectional study whose focus was the content analysis of clinical interviews based on OPD-2. The construction of the study was organized through the Consolidated Criteria for Qualitative Research Reports (Tong et al., 2007). This research is part of a broader study project with subjects who have gone through traumatic events.

Participants

Participants are ten women from a public health service in a large city in Rio Grande do Sul, Brazil, evaluated in 2019. The place is reference in the evaluation and treatment of trauma victims. Selection was carried out by convenience, among those who were on site at the time of data collection, which took place on alternate days and at different times to achieve greater sample heterogeneity. Five women with PTSD and five with CPTSD were

included. Diagnosis was performed through a psychiatric clinical interview present in DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) and ICD-11 diagnostic criteria (World Health Organization, 2018), respectively. The definition of the number of participants was performed by data saturation.

Instruments

Sociodemographic and clinical form

Sociodemographic and clinical form is used to characterize participants, containing data on age, schooling, relationships, and use of psychoactive substances, among others.

Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2) clinical interview

Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2) clinical interview is a qualitative analysis of the semi-structured clinical interview that allows the formulation of a multi-axial psychodynamic diagnosis through the following axes: (axis I) experience of the disease and prerequisites for treatment, (axis II) interpersonal relationships, (axis III) conflict, (axis IV) structure, and (axis V) mental and psychosomatic disorders. In axes I, II, and IV, criteria that induce the coding of the interview as “0—absent, 1—mild/insignificant, 2—moderate, 3—high/significant, 4—very severe/very significant, and 9—not evaluable” are used. Axis II shows 32 patterns of dysfunctional relationships, themes, and resources presented by the patient and scored by judges (Task Force, 2016). Detailed description can be found in the Supplementary Table S1.

Ethical procedures, data collection, and analysis

The study was approved by the ethics committee of the Federal University of Rio Grande do Sul (CAAE

68271917.7.0000.5347, No. 2.412.749) and authorized by the Specialized Center where data were collected. Participants signed the Free and Informed Consent Form. Data collection was carried out in a clinical care room with researcher and participant. The psychologist researcher has thirteen years of experience in psychodynamic psychotherapy and specific training to apply the OPD-2 clinical interview and had no previous knowledge of participants. The questionnaire was answered and later interviews took place, which were audio recorded, totaling 5 h and 20 min. Interviews were operated by two independent judges with agreement on all axes above 0.75, proving to be substantial.

Descriptive analysis was performed to characterize the sample and identify similarities and peculiarities in reports. According to Bardin (2008), analysis categories were created a posteriori. Results were compared with the existing literature relevant to the topic, scientific productions on PTSD and CPTSD, international psychodynamic studies and local investigations, since the occurrence of traumatic events has social attributes that should be considered.

Results

Sociodemographic and clinical characterization of participants

Participants were ten women. All were white and with mean age of 40 years ($SD = 13.49$). Psychiatric diagnoses were defined based on experienced symptoms, where participants 1, 2, 3, 4, and 5 met diagnostic criteria for PTSD (American Psychiatric Association, 2014) and participants 6, 7, 8, 9, and 10 were diagnosed with CPTSD (World Health Organization, 2018). Detailed data are found in Table 1.

Table 1 Sociodemographic and clinical data

Participants	Age	Schooling	Income	Psychoactive substances	Relationship
Participant 1	19	Incomplete high school	Between 1 and 2 minimum wages ^a	Do not use	Single
Participant 2	41	Incomplete primary education	Less than 1 minimum wage	Tabaco	Married
Participant 3	47	Incomplete primary education	Less than 1 minimum wage	Do not use	Married
Participant 4	51	Incomplete primary education	No income	Alcohol	Girlfriend
Participant 5	21	Complete primary education	No income	Do not use	Single
Participant 6	27	Complete primary education	Between 1 and 2 minimum wages	Do not use	Single
Participant 7	60	Complete high school	No income	Do not use	Widow
Participant 8	48	Technical education	Between 1 and 2 minimum wages	Do not use	Married
Participant 9	45	Incomplete primary education	No income	Do not use	Married
Participant 10	43	Incomplete primary education	No income	Do not use	Married

^a Minimum monetary payment, defined by law, that a worker must receive for services rendered

Thematic categories

Based on the analysis of interviews, categories reason for seeking care, symptoms, and desire for treatment, Traumatic developmental experiences and characteristics of psychic functioning were formed (detailed description can be found in Supplementary Table S2). It was observed that some aspects analyzed end up by being included in more than one category, as there is no way to isolate the dynamics into independent thematic modalities.

Reason for seeking care, symptoms and desire for treatment

This category records reasons for seeking specialized mental health care, symptoms developed after the index traumatic event and type of expected treatment. It is noteworthy that the index traumatic event is indicated as a triggering symptom of trauma.

The reasons for the initial search for care are similar for most participants, physical and emotional symptoms triggered after an index traumatic event: sexual violence, urban violence, accident with family member, and fire. Participant 10 points out that she sought care due to an "accumulation" of traumatic experiences in her development, emotional, sexual and domestic violence.

However, participants 2 and 5, despite bringing reports of traumatic experiences in their lives, are unable to associate them with their symptoms, seizures, and loss of leg movement, respectively. Such symptoms were understood in psychiatric diagnoses as somatic manifestations and not as neurological conditions. Participant 5 reported: "No, I do not know, I have never had an accident".

It is noteworthy that, in most cases, the experience of trauma was not associated with the perception of symptoms, requiring referrals to professionals from other

clinical specialties or the intervention of family members. Only participants 1 and 3, with PTSD, sought help on their own, identifying problems in their functioning.

In all cases, there is predominance of PTSD-related symptoms, flashbacks, hypervigilance, persistent feelings of threat, causing sleep difficulties, and distressing dreams. Fear, anxiety, anguish, and even panic seem to arise for no apparent reason or when related to activities and memories of the trauma. Somatic symptoms such as headache, abdominal pain and fatigue are reported. In addition, participants with CPTSD pointed to negative self-images, difficulties in interpersonal relationships, and persistent affect regulation problems. In addition, sense of loss of value and feelings of shame in the face of traumatic experiences are also observed.

In this sense, despite the severity of traumatic events and triggered symptoms, participants with PTSD were able to maintain, despite some difficulties, activities in

the personal, social and occupational spheres. However, participants with CPTSD, who already showed global functioning with moderate to severe difficulties before the index traumatic event, had their symptoms intensified, abandoning most of their activities.

It is pointed out that suicidal ideation was present in half of participants, regardless of diagnosis. Even more serious, participants 2 and 10 had made suicide attempts, and according to participant 2: "I was sick, I took so many medications and cut myself in my arms".

Her wish regarding treatment is the reduction of symptoms through medication. Participants 7 and 10 perceive benefits in being able to speak and think through psychotherapeutic treatment. "It is hard to speak out, but I leave here lighter" (participant 7).

Traumatic developmental experiences

This category brings traumatic experiences lived by participants throughout their lives, in their development. Experiences related to family and social contact were included.

In the life history of all participants, there are traumatic situations during childhood such as intra-family violence, fights and arguments between parents, as well as verbal and physical aggression. Such behaviors triggered feelings of rejection and affective withdrawal from their caregivers.

In addition, six participants reported episodes of childhood sexual violence caused by a family member. Participants 2 and 6 by their fathers and the others by brothers-in-law, cousins, or uncles. All of them reported that their caregivers, especially mothers, knew about the violence suffered; however, as they had a link with the aggressor, they neglected the violent episode and did not file any legal complaints. Consequently, some par-

ticipants felt unassisted and were even abandoned by caregivers, starting to live with people outside the family nucleus. Participant 9 reported: "When I was abused, my mother sent me to a friend's house. I had to clean and cook. It was difficult, I did not understand why she gave me away".

Among participants, only participants 1 and 3 reported to have had caregivers with stable affective behavior, capable of helping in their anxieties and to build an independent self. Participant 1 highlighted: "My father always supported me, he was always by my side, he gave me affection and explained things.

It was also evident the recurrence of traumatic events throughout their lives, sexual and urban violence and also intimate partner violence. In addition, they witnessed violence against other people, sexual violence against family members, violent death of close person and house fire, which were reported as traumas.

Faced with the violation of their rights, none of participants who suffered sexual violence or intimate partner violence made a judicial referral. In contrast, those who experienced urban violence registered a police report. Participant 10 reported: "I was very scared, but I went to the police station and told them what I had experienced".

Characteristics of psychic functioning

The general characteristics of the levels of structural integration of personality, the main conflicts and their modes of organization, the defense mechanisms used and also the way in which interpersonal relationships are established, are described.

The personality structure refers to the self and its availability in the regulation of relationships with internal objects (autonomous self, internalization of good objects, self-regulation, self-reflection) or external-perception of the other and the realized, empathy (Task Force, 2016). In participants with PTSD and CPTSD, an important difference was observed in terms of structural personality functions. In most participants with CPTSD, the regulatory capacity dimension (self-regulation and regulation of the object relation) had low level and tendency to disintegration in relation to the object relation regulation. Thus, for the Task Force (2016), aggressive impulses coming from the Id cannot be integrated or blocked in the total aspect of the behavior, given the absence of normative instances, and the destructive hatred is justified by the actions of the others, without differentiation between their experiences, feelings, and interests. Participant 9 revealed: "The swing bothers me. Then she was there (my daughter) swinging, then I started screaming, slapped her in the face and took her home".

However, in participants with PTSD, object perception ranged from moderate to low, where differentiation between their impulses and interests and those of others is not absent but reduced, with limited capacity to anticipate others' reactions. It could be perceived in the speech of participant 5: "For God's sake, they tell me, why are you so rude, she told me, but I do not understand why. In fact, I would rather be alone." Furthermore, self-regulation did not vary in both diagnoses, being expressed at moderate to low level, in which instinctual desires are poorly tolerated, with low possibility of postponing or displacing satisfaction.

The other structural, cognitive (self-perception and object perception), emotional (internal communication and communication with the external world), and attachment capacity (internal objects and external objects) functions varied from moderate to low levels in all participants with reduced capacities and functions, marking the permanent tension in relation to their interior with difficulties to experience their own affections and fear

of losing the object (Task Force, 2016). Thus, in general, the total personality structure of participants with PTSD and CPTSD is at moderate to low level; however, there is tendency of disintegration in the regulation of the object relation in participants diagnosed with CPTSD.

Likewise, the characteristics referring to psychic conflicts also differed among participants. In psychoanalysis, psychic conflict is manifested when there are opposing internal demands, which can be manifest (desire and moral demand) or latent. Such conflicts can manifest in the formation of symptoms and behavioral disorders (Laplanche & Pontalis, 1991). Participants with PTSD exhibited as main conflict the need to be taken care of versus Self-sufficiency, where they need the certainty of attention and care for the other. Participant 6 reported: "It is difficult, what I do is never good, they always leave me aside". In participants with CPTSD; however, Individuation versus Dependence was identified as the major conflict, with more primitive developmental issues related to existential need. Participant 2 reported: "I need him, I cannot do it alone, I do not know what to do, I am nobody without him".

In view of their psychic structures and conflicts, manifestations of protection of the self seek to control the anguish arising from internal aggressions (of instinctual order) and external sources of contempt, such as trauma, which can generate excitement (Laplanche & Pontalis, 1991). Thus, the most used defense mechanisms are linked to mental inhibition such as Affective Isolation and Dissociation (Clarkin et al., 2013; Task Force, 2016). Participant 2 reported "Sometimes I even lose my memory, I am in that place and I stay like that for half an hour, and I do not know where I am". There was also the occur-

rence of denial of unpleasant facts through rationalization: "My mother was pregnant when my father died. So she forced herself to give it to me. I was one of the oldest" (participant 5) and defense actions that deal with internal or external stressors by action or withdrawal, such as Acting out: "I had so much anger, anger inside me. I once threw myself in front of a car" (participant 6). In addition, Somatization: "It was good, but when I got up in the morning I did not feel anything in my legs anymore (...). Both feet were bent (participant 2).

This set of characteristics of the participants' psychic functioning acts on the way in which interpersonal relationships developed. Dysfunctional relationships with little proximity were evidenced, where participants do not feel understood, the others are felt as imposing themselves in a rude way, censoring or neglecting. In addition, sudden mood changes and avoidance of physical proximity increase interpersonal difficulties. Participant 10 reported: "It is getting more difficult every day, for me it is a sacrifice to be with someone. Nobody helps me". The

loss of interest also extends to daily activities like study, household chores, television programs, and they stop doing them, starting not feeling or experiencing positive emotions. Participant 7: "I do not have any joy, I do not want anything, I do not take care of my pets anymore".

Discussion

The study was carried out with ten women who sought a public service specialized in trauma assessment and treatment. At initial consultation, diagnosis of PTSD and CPTSD was evidenced. The sociodemographic findings confirm data provided by DSM-5 that describe patients with traumatic disorders as having tendency towards lower schooling, lower socioeconomic status, and less prevalent behaviors related to the use of psychoactive substances (American Psychiatric Association, 2014).

Through the OPD-2 clinical interview, experiences with care ambivalence, emotional, physical, and sexual violence were identified in their life histories, generating feelings of anger, fear, and abandonment. In such a way, the formation of insecure attachment seems to hinder the self-object differentiation, the regulation of the instinctual discharge and, consequently, the capacity for reflection and reorganization in the face of stress (Cryan & Quiroga, 2016). In view of this, the psychic structures of participants when experiencing the index traumatic event cannot manage the intensity of energy that is released, producing symptoms and disorders. Despite causing dysfunctions in different areas, such symptoms maintain some control over the mobilized anguish. Regarding specific sexual violence in childhood, Turner et al. (2017) point out that trauma becomes an uninterrupted horror when perpetrators have close relationship with victims, when they are not removed from convivability. Blaming victims, denying, or minimizing the event

and the effects of violence still tend to cause a poly-victimization potential.

Differently, participants 1 and 3 mentioned parents with the ability to welcome and translate childhood anxieties, the development of secure attachment and the internalization of stable representations, helped in the structuring of a representational model of the self with greater integration (Eizirik et al., 2015; Task Force, 2016). In this way, they seem to be able to better regulate the stress produced by the index traumatic event, enabling them to actively face their difficulties. Winnicott (1993) understands that the primary caregivers are a reference for the establishment of protection from trauma. In addition, these participants were the only ones to seek care, perceiving their emotional and behavioral difficulties after experiencing the trauma.

In general, psychic disorganization was identified in the vast majority of participants, with personality

structures at moderate to low level of integration, indicating impaired perception of themselves and others, where instinctual impulses end up discharged in a poorly elaborated way. Thus, the intense fear of loss or separation from objects prevails, causing them to practice unconscious efforts of power and submission, with predominance of rigid and automatic assumptions (Sharp et al., 2016). In stressful situations, these representations become even more fragile, hindering the ability to self-regulate and making the presence of the other in a real way necessary (Task Force, 2016).

It is noteworthy that participants with CPTSD were identified as having severe commitment, with tendency to disintegration related to the object relation regulation. This marks an undifferentiated self, in which behaviors have no sense of authorship or normative instances, that is, they simply occur. Aggressive impulses are not recognized, but experienced as a justified reaction to the behavior of the other. Thus, the other, his/her interests and desires are not considered (Task Force, 2016).

Some authors already identified that emotional regulation difficulties were related to the development of PTSD symptoms (Bardeen et al., 2013) and that personality traits could be predictive for the development of the disease (DiGangi et al., 2013). Baie et al. (2020), in an investigation specifically on the personality structure of patients with PTSD, reported that the lower the structural level of integration of the subject's personality, the more pronounced the symptoms of the disease. His study, however, did not evaluate CPTSD patients, in which according to ICD 11 (2018), symptoms are more severe and generalized and focused on the organization of the self-differentiation and regulation, as pointed out in this study.

Corroborating the structural level findings, there were differences regarding the main psychic conflicts between PTSD and CPTSD participants. Women with PTSD presented the conflict of need to be taken care of versus self-sufficiency, in which the image of the other is present in a fragile way, with fear of its loss. Thus, they constantly seek to have the attention of the other and his/her care, obtaining benefits and understanding them as security. Physical symptoms or diseases offer a legitimization of their dependence (Task Force, 2016). However, participants with CPTSD presented the conflict of individuation versus dependence, in which the self is confused with the other, being undifferentiated. In such a way, the annihilation anguish is constant, with a feeling of not existing on its own. Thus, it was observed that participants with CPTSD present greater impairments in their levels of functioning, greater severity of symptoms and worse quality of life.

Regarding the personality structure and psychic conflicts presented, all participants, regardless of diagnosis, used low qualitative and effectiveness variations in relation to the ego defenses with predominant immature development factor involving mental inhibition and denial of reality. For Gabbard (2016), this inflexible defense pattern would imply worse capacity to adapt to stressful events. Thus, according to other studies with PTSD patients, through affective isolation, they seek to separate the image of the traumatic event and the distressing affects produced in an attempt to avoid unbearable stress (Paulo & Pires, 2013; Teche et al., 2017). Or, through the defense mechanisms of dissociation, they try to separate potentially threatening thoughts and desires from consciousness, reducing anguish and the feeling of helplessness (Gabbard, 2016; Task Force, 2016).

Unlike Møller et al. (2021), who identified associations between dissociative phenomena only in patients with CPTSD, this study identified its use in all participants. Also, the use of Somatization and Rationalization has been registered as a way of converting emotional pain into physical symptoms, changing the focus of concerns (Laplanche & Pontalis, 1991) such as headaches, chest, and abdomen pains, trying to justify their dependence, impulsive behaviors faced with the attitudes of others, sudden mood changes, sometimes hypervigilant, irritable or aggressive, sometimes disinterested, alien, or unable to feel satisfaction.

Faced with this psychic organization with primitive constitution issues, participants demonstrate in their current interpersonal relationships a repetitive model of approximation, fear of fusion, distancing, and constant rupture. In view of this, tendency of dyadic relational patterns of dependence and need is observed, where the

other is a significant object of support and regulation, remaining in relationships for a long period even if they are submitted or neglected. However, they seek to identify a tolerable distance, given the fear of merging with the object, their own destruction or the destruction of the other. However, in the anguish intensification, they end up by breaking relationships. This distancing, however, is also intolerable, given the reactivation of feelings of helplessness and instinctual anguish from the first moments of childhood (Task Force, 2016).

With inadequate coping strategies, the use of acting out manifests itself with self-destructive behaviors, such as suicide attempts. It is known that people with PTSD are more likely to develop a suicidal plan than people without the disease and that women are at higher risk (4.3%) when compared to men (2.3%) (O'Neill et al., 2014). In this sense, the severity of the disorder, its symptoms, and subjective suffering were evident where half of

participants alluded to suicidal ideation and two tried to commit suicide on more than one occasion.

The reasons for seeking treatment or referrals were complaints related to symptoms and the desire to reduce them through medication, with low availability to talk about themselves and little capacity to relate them to traumatic situations. However, with the psychodynamic assessment through the OPD-2 clinical interview, it was possible to understand traumatic events in their life histories, constitution of psychological and social resources, in addition to the identification of the different modes of functioning in each of the traumatic disorders.

The possibility of building a safe space to tell their histories, their suffering and to be heard are the basis for the establishment of trust and therapeutic alliance, fundamental for treatment. However, one should be aware of movements of premature interruptions and abandonment, given characteristics related to feelings of danger and instabilities in relationships (Outcalt et al., 2016). Regarding patients with greater psychic disorganization, as observed in these participants, it is necessary to strengthen the ego functions so that they can deal with reality, where the psychotherapist places himself as a real person and not just as a transference object (Zimmerman, 1999). In addition to education about symptoms and the nature of PTSD, expectations, fears, and resistances must be clarified, with empathy and compassion (Martínez, 2019).

Especially for patients with CPTSD, the therapeutic focus should be on the structure, as difficulties are related to limitation in development, with severe frailties of the self. Thus, the therapeutic relationship must seek to build elements that are absent in the patient's history, in addition to containing emotions. Communication should not be just verbal, but through the therapist's behaviors,

transmitting security and truth. Representing a new primary attachment figure, the patient should be directed towards autonomy, offering new connections capable of changing poorly adapted relational patterns, starting to relate to good objects and using resources from external relationships. The hypotheses must be offered by looking at their later formulations (Task Force, 2016).

Limitations and future researches

Despite the contribution of this study on traumatic disorders in southern Brazil, it has some limitations. Since its cross-sectional design demonstrates the current situation of participants, it is not possible to show how symptoms and treatments evolved in the different participants and different disorders. Interviews were analyzed by audio transcription by two judges in order to minimize the subjective influence of the researcher. Expressiveness was kept in report, such as crying and feelings of anger,

among others. Data were based on the COREQ guidelines (Tong et al., 2007) for greater consistency among methodologies. Regarding the sample size, the criterion of data saturation was used, seeking to be consistent with reality; however, they should not be seen as conclusive. Future researches on the different disorders may expand data in the psychodynamic perspective related to trauma. In addition, longitudinal studies could obtain information about post-traumatic growth and trauma perpetuation throughout life.

Conclusions

In general, the results indicate that the use of psychodynamic assessment in trauma patients, based on OPD-2, can be essential to understand differences and peculiarities in their psychic organizations and help health professionals in the direction of treatment. It was found that participants with CPTSD presented in their psychic structures tendency to disintegration related to the regulation of the object relation and the psychic conflict was individuation versus dependence, which demonstrates failures in the positive representation of objects and in the capacity to differentiate the object in face of their existential need, in addition to the direct discharge of impulses without sense of authorship. Participants with PTSD had moderate to low level of integration of their

structures and the conflict of need to be cared for versus self-sufficiency, with reduced perception of the internalized object, fragile self-representations, and intense need for attention and care (Task Force, 2016).

It was possible to identify a cycle of adverse events in the participants' lives, causing psychic organization with certain disintegration, difficulties in emotional regulation and, consequently, in reflection. Later traumas further disorganize the psychic structure, intensifying anguish, search for control in relation to the other, isolation, and somatic symptoms.

Such assimilation makes it possible to consider risk factors for the development of disorders, patterns of transgenerational violence, urban violence, and psychic organization. In addition, diversity of symptoms and the scope of affected areas in the life of the individual are observed, which should guide actions for the non-consolidation of the disease, involving the early identification of traumas and new ways of offering support to patients, creating a space for talking, listening, and thinking, and identifying psychological and social resources and obstacles to treatment. The training of public health services for early identification and action in cases of traumatic situations and Brief Analytical Orientation Psychotherapy (Eizirik et al., 2015) or cognitive-behavioral interventions (Cloitre et al., 2002), works focused on interpersonal skills and compassion (Karatzias et al.,

2019), in addition to psychotropic drugs when necessary, have shown significant results. Aspects to prevent violence must be developed, such as actions to guide parents and caregivers and the deconstruction of cultural and social aspects related to the naturalization of aggression, especially in childhood. Likewise, understanding work as a promoter of quality of life, organizations must have worker health policies aimed at prevention and recovery in cases of exposure to or witnessing stressful events, thus avoiding absenteeism, leaves, or work abandonment. Specific works with aggressors must be performed, reducing the possibilities of reproducing violence.

Abbreviations

PTSD: Post-traumatic stress disorder; CPTSD: Complex post-traumatic stress disorder; OPD-2: Operationalized Psychodynamic Diagnosis-2; DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; ICD 11: International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics.

Supplementary Information

The online version contains supplementary material available at <https://doi.org/10.1186/s41155-022-00211-5>.

Additional file 1: Table S1. Axes definition, classification, alignment and reference description according to OPD-2.

Additional file 2: Table S2. Comprehensive description of categories.

Authors' contributions

All authors read and approved the final manuscript.

Availability of data and materials

The data analysed in the study are detailed in the Complementary Tables. Table S1 briefly describes how the psychodynamic diagnosis of the interviews was performed. Table S2 provides a detailed description of the Categories based on data from participant interviews. Other data and materials may be made available upon request to the corresponding author upon reasonable request.

Competing interests

The author declares that they have no competing interests.

Author details

¹Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS), Av. Paulo Gama 110, Bairro Farroupilha, Porto Alegre, Rio Grande do Sul 91004-060, Brazil. ²Rua Independência 99a, 401, Centro, Passo Fundo, Rio Grande do Sul 99010041, Brazil. ³University of Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, Brazil.

Received: 6 October 2021 Accepted: 1 April 2022

Published online: 18 April 2022

References

- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 [Diagnostic and statistical manual of mental disorders]*. Artes Médicas.
- Baie, L., Hucklenbroich, K., Hampel, N., Ehrenthal, J. C., Heuft, G., & Bugmer, M. (2020). Steht das strukturelle Integrationsniveau nach OPD-2 in Zusammenhang mit der Symptomseverität einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)? – Eine Kohortenstudie bei Patienten einer Traumaambulanz [Is the structural integration level after OPD-2 related to the symptom severity of post-traumatic stress disorder (PTSD)? - A

- cohort study of patients in a trauma clinic]. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 66(1), 5–19. <https://doi.org/10.13109/zptm2020.66.1.5>.
- Bardin, L. (2008). *Análise de conteúdo [Content analysis]*, (5rd ed.). São Paulo: Edições 70.
- Bardeen, J. R., Kumpula, M. J., & Orcutt, H. K. (2013). Emotion regulation difficulties as a prospective predictor of posttraumatic stress symptoms following a mass shooting. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(2), 188–196. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.01.003>.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780199680375.001.0001>.
- Blanco, M. G. L. (2016). *Trauma psíquico y trastorno por estrés post traumático, ¿es posible un abordaje desde la teoría psicoanalítica? [Psychic trauma and post-traumatic stress disorder, is an approach from psychoanalytic theory possible? Final Degree Projects, University of the Republic of Uruguay]*. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/8552>
- Campos, R. (2017). Do processo de avaliação da personalidade em contextos clínicos ao diagnóstico psicodinâmico: contributos para uma avaliação psicológica psicodinâmica [From the personality assessment process in clinical contexts to psychodynamic diagnosis: contributions to a psychodynamic psychological assessment]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 44(2), 44–56. <https://doi.org/10.21865/RIDEP44.2.04>.
- Clarkin, J. F., Fonagy, P., & Gabbard, G. O. (2013). *Psicoterapia psicodinâmica para transtornos da personalidade um manual clínico [Psychodynamic psychotherapy for personality disorders a clinical manual]*. Artes Médicas.
- Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1067–1074. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.5.1067>.
- Costa, J. F. (2019). Memória e trauma [Memory and trauma]. *Cadernos de Psicanálise (CPJ)*, 41(41), 103–123. http://www.cnpj.com.br/ojs_cnpj/index.php/cnpj/article/view/155/141.
- Cryan, G., & Quiroga, S. (2016). Análisis de la función reflexiva-RF en sesiones de grupo de la terapia focalizada para adolescentes violentos [Analysis of the reflexive function-RF in group sessions of focused therapy for violent adolescents]. *Interamerican Journal of Psychology*, 50(2), 275–287. <https://www.redalyc.org/pdf/284/28447010010.pdf>.
- DiGangi, J. A., Gomez, D., Mendoza, L., Jason, L. A., Keys, C. B., & Koenen, K. C. (2013). Pretrauma risk factors for posttraumatic stress disorder: a systematic review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 728–744. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.002>.
- Ezirik, C. L., Aguiar, R. W. d., & Schestasky, S. S. (2015). *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos [Analytical-oriented psychotherapy: theoretical and clinical foundations]*. Artes Médicas.
- Favero, A. B. (2009). *A noção de trauma em psicanálise [The notion of trauma in psychoanalysis]*. Doctorate Thesis, Pontifical Catholic University of Rio de Janeiro. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652009000200017
- Gabbard, G. O. (2016). *Psiquiatria psicodinâmica [Psychodynamic psychiatry]*, (5rd ed.). Artes Médicas. <https://oivaturmadepsicofm.files.wordpress.com/2018/05/gabbard-psiquiatria-psicodinamica-5ed-1.pdf>.
- Karatzias, T., Hyland, P., Bradley, A., Fyvie, C., Logan, K., Easton, P., ... Shevlin, M. (2019). Is self-compassion a worthwhile therapeutic target for ICD-11 Complex PTSD (CPTSD)? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(3), 257–269. <https://doi.org/10.1017/S1352465818000577>.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. L. (1991). *Vocabulário de Psicanálise [Vocabulary of Psychoanalysis]*, (4th ed.). Martins Fontes.
- Martínez, E. F. (2019). Desgaste por empatía: riesgos en el psicoterapeuta ante el trabajo con pacientes de estrés posttraumático [Empathy burnout: risks in the psychotherapist when working with post-traumatic stress patients]. *Entretextos*. <http://amoxcalli.ueo.nuia.mx/entretextos/num/32/labo-de-punto/PDF/ENTRETEXTO5-32-L1.pdf>
- Møller, L., Bach, B., Augsburg, M., Elklit, A., Søgaard, U., & Simonsen, E. (2021). Structure of ICD-11 Complex PTSD and relationship with psychoform and somatoform dissociation. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 5(3). <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2021.100233>.
- O'Neill, S., Ferry, F., Murphy, S., Corry, C., Bolton, D., Devine, B., ... Bunting, B. (2014). Patterns of suicidal ideation and behavior in Northern Ireland and associations with conflict related trauma. *PLoS ONE*, 9(3), e91532. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0091532>.
- Outcalt, S. D., Hoen, H. M., Yu, Z., Franks, T. M., & Krebs, E. E. (2016). Does comorbid chronic pain affect posttraumatic stress disorder diagnosis and treatment? Outcomes of posttraumatic stress disorder screening in Department of Veterans Affairs primary care. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 53(1), 37–44. <https://doi.org/10.1682/JRRD.2014.10.0237>.
- Paulo, A. M. R., & Pires, A. P. (2013). Operacionalização psicodinâmica de diagnóstico (OPD-2) numa psicanálise [Psychodynamic operationalization of diagnosis (OPD-2) in a psychoanalysis]. *Psicologia Clínica*, 25(1), 163–178. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652013000100011>.
- Pereira, M. E. C. (2008). *Pânico e desespero: um estudo psicanalítico [Panic and helplessness: a psychoanalytic study]*. Peirizes: Escuta.
- Sharp, C., Venta, A., Vanwoerden, S., Schramm, A., Ha, C., Newlin, E., ... Fonagy, P. (2016). First empirical evaluation of the link between attachment, social cognition and borderline features in adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 64, 4–11. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.07.008>.
- Steinert, C., Hofmann, M., Leichsenring, F., & Kruse, J. (2015). The course of PTSD in naturalistic long-term studies: high variability of outcomes. A systematic review. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(7), 483–496. <https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1005023>.
- Task Force (2016). *Diagnóstico psicodinâmico operacionalizado: manual de diagnóstico e plano de tratamento (OPD-2) [Operationalized psychodynamic diagnosis: Diagnostic manual and treatment plan (OPD-2)]*. Hogrefe.
- Teche, S. P., Barros, A. J. S., Rosa, R. G., Guimarães, L. P., Cordini, K. L., Goi, J. D., ... Freitas, L. H. (2017). Association between resilience and posttraumatic stress disorder among Brazilian victims of urban violence: a cross-sectional case-control study. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 39(2), 116–123. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2016-0070>.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.
- Tumer, H. A., Shattuck, A., Finkelhor, D., & Hamby, S. (2017). Effects of poly-victimization on adolescents social support, self-concept, and psychological distress. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(5), 755–780. <https://doi.org/10.1177/0886260515586376>.
- Wilson, M. A., & Reagan, L. P. (2016). Special issue: new perspectives in PTSD. *Experimental Neurology*, 284, 115–118. <https://doi.org/10.1016/j.expneurol.2016.09.011>.
- Winnicott, D. W. (1998). *Textos selecionados da pediatria à psicanálise [Selected texts from pediatrics to psychoanalysis]*, (4th ed.). Francisco Alves.
- World Health Organization. (2018). The ICD-11 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO. <https://icd.who.int/browse11/f-m/en#http://icd.who.int/icd/entity/2070699808>. Accessed 29 Mar 2022.
- Zimmerman, D. E. (1999). *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica. Uma abordagem didática [Psychoanalytic foundations: theory, technique and clinic: a didactic approach]*. Artes Médicas.

Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

6.3 ARTIGO 3- Dipsonibilizado posteriormente.

6.4 ARTIGO 4- Dipsonibilizado posteriormente

6.5 ARTIGOS 5- Disponibilizado posteriormente

7 DISCUSSÃO

7.1 INTEGRAÇÃO DOS ESTUDOS

Este trabalho investigou quais as características do funcionamento psicodinâmico em pacientes com TEPT e/ou TEPT-Complexo sob uma perspectiva dimensional operacionalizada e se existiam associações entre características do funcionamento psicodinâmico e MD. Para alcançar esse objetivo utilizou-se do instrumento Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado-2 (OPD-2) (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, OPD) que realiza um diagnóstico multiaxial diante da compreensão de cinco eixos: I- Vivência da doença e pré-requisitos para o tratamento; II- Relações interpessoais; III- Conflito psíquico; IV- Estrutura psíquica; V- Diagnóstico nosológico (DSM-5 ou CID-10).

O primeiro artigo procurou levantar informações a cerca do TEPT-C, diagnóstico incluído na CID-11, em 2018, e ainda como explorado na literatura. Através de um estudo de caso de uma paciente do sexo feminino a qual foi reavaliada após três meses de tratamento observou-se que o OPD-2 foi capaz de identificar vivências importantes em sua história, incluindo traumas precoces. Em suas características psíquicas constatou-se sofrimento subjetivo importante, uso de defesas imaturas como acting out, negação, deslocamento e projeção, o que dificultava sua relação com o mundo. Após três meses de tratamento, ocorreu a diminuição dos sintomas de TEPT-C e mudança em seu Diagnóstico inicial, em que o TDM não foi mais diagnosticado, permanecendo o TAG. Também, houve diminuição na pontuação dos TMC no decorrer do tratamento e uso mais variado de MD, incluindo defesas maduras, como antecipação e humor. No entanto, manteve-se o intenso sofrimento subjetivo, dependência e isolamento.

Importante ressaltar a mudança de Conflito intrapsíquico de Necessidade de ser cuidado x Autossuficiência, em modo passivo, para Submissão x Controle, com modo misto mas passivo, além de uma alteração em sua Estrutura psíquica, passando de nível médio baixo para médio. Esses fatores favoreceram a ampliação da capacidade de compreensão de seus estados mentais, melhor controle de impulsos e maior estabilidade na regulação na relação com o objeto.

Com os dados levantados no Artigo 1, viu-se a necessidade de buscar avaliar possíveis diferenças nas características psicodinâmicas de pacientes com TEPT e TEPT-C, podendo auxiliar na avaliação de tais pacientes e direcionar seus tratamentos clínicos. Dessa forma, no Artigo 2, foi encontrado em todas as pacientes baixa organização psíquica com fragilidades graves do Self e principalmente, diferenças no Conflito psíquico, sendo que as mulheres com TEPT apresentavam o Conflito de Necessidade de ser cuidado x Autossuficiência e mulheres com TEPT-C o Conflito

de Individualização x Dependência, ocorrendo nessas, maior angústia de aniquilamento e sensação de não existir por si mesmas, provocando maior prejuízo para seus funcionamentos, maior gravidade de sintomas e pior qualidade de vida.

No Artigo 3, 53 pacientes foram avaliados procurando compreender de forma mais abrangente o funcionamento psicológico de pacientes com TEPT. Levantou-se, além dos dados sociodemográficos, que a maioria era do sexo feminino, com baixa escolaridade e renda, além de informações sobre suas características psicodinâmicas identificando gravidade moderada no funcionamento geral e baixa qualidade de vida causada pela doença. Observou-se histórias permeadas por traumas relacionados a diversos tipos de violência levando a dificuldades na organização psíquica, com maior desorganização em suas Estruturas da personalidade, nível médio a baixo. O Conflito psíquico identificado foi o de Necessidade de cuidado x Autossuficiência, com exigências constantes do outro, refletindo em seus Relacionamentos interpessoais permeados por dependência e dificuldades em se aproximar pelo medo de contato, o que os levava ao isolamento. Também, apresentaram outros transtornos mentais, TDM e TAG. O instrumento ainda foi capaz de diferenciar peculiaridades entre os pacientes diagnosticados com o mesmo transtorno, uma vez que aqueles com uma Estrutura de personalidade mais integrada tiveram melhor funcionamento global, melhor qualidade de vida e menos sintomas. Os anos de escolaridade foram destacados como possível fator protetor frente à gravidade dos sintomas.

O Artigo 4, com 60 pacientes, ampliou os dados do artigo anterior em relação a características de funcionamento psíquico de sujeitos diagnosticados com TEPT, explorando sua relação com características sociodemográficas, estilos e mecanismos defensivos. A violência sexual foi a mais comumente encontrada, porém a maioria, já havia sofrido outros traumas durante a vida. Descobriu-se gravidade dos sintomas de moderada a alta, com significativo sofrimento subjetivo e transtornos mentais associados, TDM e TAG. O principal Conflito psíquico foi a Necessidade de cuidado x Autossuficiência e o nível Estrutural foi moderado a baixo. Utilizavam estilos defensivos imaturos, neuróticos e maduros, sendo o principal MD a somatização. Através das análises desse artigo confirmou-se o que havia sido assinalado anteriormente, em Estruturas de personalidade mais organizadas, os sujeitos não haviam experienciado traumas em seus desenvolvimentos e possuíam defesas mais flexíveis, como neuróticas e maduras, de tal modo, sendo capazes de controlar impulsos e regular afetos. Mesmo com diagnóstico de TEPT possuíam melhor funcionamento global, melhor qualidade de vida e não haviam tentado suicídio, contrariamente daqueles que passaram por traumas anteriores ao evento traumático índice.

Já o Artigo 5 buscou identificar possíveis alterações nas características do funcionamento psicodinâmico, uso de mecanismos de defesa e estilos defensivos, avaliando 27 pacientes em dois

momentos, na linha de base (T0) e após três meses de tratamento (T1). Averiguou-se que o evento traumático índice mais apontado foi a perda de familiar significativamente afetivo, que as pacientes possuíam histórias progressas de traumas e doença psiquiátricas associadas, TDM, TAG e TB. Após 3 meses de tratamento, levantou-se diminuição significativa dos sintomas de TEPT, no entanto, a Estrutura de personalidade, com nível moderado de integração, o Conflito psíquico, com Necessidade de Cuidado x Autossuficiência, e as Relações interpessoais, baseadas na necessidade de cuidado/isolamento, mantiveram-se nos dois tempos. Essas características refletem na dificuldade de adesão ao tratamento, com alta perda amostral em três meses. Verificou-se um uso variado de MD maduros, neuróticos e imaturos, destacando-se o MD de Somatização, no T0 e o MD de Deslocamento, no T1.

Diante desses achados, observa-se que pacientes com TEPT apresentam sintomas que lhes trazem grande sofrimento subjetivo ocasionando baixo funcionamento global e qualidade de vida (Eixo I). Os níveis de resposta ao estresse, diante dos mais variados tipos de eventos traumáticos, divergem de acordo com suas características psíquicas. Estruturas de personalidade (Eixo IV) com maior desintegração, encontradas em pacientes com nível moderado a baixo, apresentam suas funções com limitações, autopercepção difusa, com fragilidade do Self e percepção do objeto de modo parcial, ocasionando problemas relacionados à regulação do afeto e à regulação da relação com o objeto. Ao sofrerem um trauma, vivência que desestabiliza ainda mais suas organizações psíquicas, não conseguem recorrer de modo satisfatório a seus objetos internalizados, já que se apresentam instáveis e frágeis, elevando o nível de excitação em seus aparelhos psíquicos e criando, ainda mais, obstáculos em relação à capacidade de reflexão e ao contato com o mundo externo.

Tais características apontam uma dependência excessiva e exigência de cuidados, como identificadas nos principais Conflitos psíquicos (Eixo III) levantados, Necessidade de ser cuidado x Autossuficiência, Individuação x Dependência e Submissão x Controle. No entanto, diante de impulsos agressivos, medo de perder o objeto ou de perder-se, fundindo-se com o objeto, acabam isolando-se e fechando-se para o mundo externo. Tal questão fica evidente nos modos de Relação interpessoais (Eixo II) disfuncionais que estabelecem com os outros, dificuldades em estabelecer um equilíbrio entre aproximação, dependência, exigência e distanciamento, também experienciada pelos outros em relação a esses pacientes.

Esse modo de funcionamento psicodinâmico evidencia o alto índice de exposição a eventos traumáticos, negligência e violência, em seus desenvolvimentos, sem que figuras primárias de cuidado conseguissem proteger, acolher e traduzir os sentimentos mobilizados, gerando estruturas psíquicas com maior desorganização (Eizirik et al., 2015). Sendo assim, frente

a todas essas questões, há obstáculos em procurar e aceitar tratamento, muitas vezes cronificando os sintomas e fazendo com que se acomodem em torno das queixas. Tais especificidades devem ser consideradas, uma vez que tendem a não aderir a tratamentos ou manifestar, no campo psicoterápico, questões transferenciais/contratranferências intensas (Kehle-Forbes et al., 2016).

7.2 IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

7.2.1 Avaliação, tratamento e aplicabilidade do OPD-2 no TEPT

Diferentes recomendações internacionais, baseadas em *guidelines*, orientam a avaliação e tratamento do TEPT, geralmente, combinando farmacoterapia e psicoterapia (Kudler, 2019; Ursano et al., 2004). Ao mesmo tempo, diferentes tipos de tratamentos psicoterápicos são considerados eficazes para a evolução dos sintomas em adultos (Cusack et al., 2016).

Na primeira linha de tratamento as pesquisas apontam a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) Focada no Trauma, Terapia de Exposição, Terapia Cognitiva (TC), Treinamento de Inoculação do Estresse, Terapia de Eye Movement Dessensitization and Reprocessing (EMDR) e a Terapia do Processamento Cognitivo como principais opções. Na segunda linha sugere-se a Psicoterapia Psicodinâmica (Bisson et al., 2013; Watts et al., 2013).

Essas recomendações devem, porém, estar associadas ao contexto específico de cada paciente. O setting terapêutico deve facilitar um ambiente que, pacientes com sintomas relacionados a traumas, sintam-se à vontade e protegidos para demonstrar seus sentimentos e angústias, permitindo ao médico ou psicoterapeuta uma avaliação ampla de sintomas e da história de vida do paciente, considerando as características individuais para a escolha mais adequada (Favaretto et al., 2022).

Uma revisão sobre a indicação de tratamento psicoterápico individual no TEPT apontou que em seu manejo crônico o Treinamento de Inoculação do Estresse e TCC Focada no Trauma se mostram eficazes. Já pacientes com TEPT-C e o subtipo Dissociativo necessitam de técnicas mais abrangentes, com manejo da ansiedade e ressimbolização de memórias traumáticas, facilitando a regulação do afeto e melhorando as relações interpessoais (Teche & Lima, 2016).

Diante de um transtorno tão complexo como o TEPT, os dados obtidos nessa Tese demonstraram a importância de reconhecer e diferenciar aspectos comportamentais e de personalidade no contexto saúde-doença desses pacientes. Através dessa avaliação, com uso do OPD-2, também foi possível apontar o foco de tratamento e verificar o processo de mudança em um período de tratamento de 3 meses. De tal modo, avaliou-se que pacientes com TEPT possuem

disfunções estruturais de personalidade de moderada a intensa, o que provoca pior funcionamento global, necessitando de tratamentos psicoterápicos centrados na Estrutura Psíquica, geralmente com duração mais prolongada.

Assinala-se que, frente a essas características, o psicoterapeuta deve estar atento ao contato relacional desde o início do tratamento para o desenvolvimento de uma aliança terapêutica positiva, além de se mostrar cuidadoso ao analisar a transferência e contraferência (OPD Task Force, 2016), já que se observa alto índice de abandono terapêutico nos momentos iniciais do tratamento (Kehle-Forbes et al., 2016), o que foi confirmado nesse estudo. Conseqüentemente, um agravamento de sintomas é manifestado e ocorre a cronicidade da doença (Kehle-Forbes et al., 2016; Mott et al., 2014). Informações da literatura evidenciam ainda desenvolvimento de outras doenças mentais como TAG e TDM (Lima et al., 2020) e maior risco de suicídio (Conner et al., 2014; Gradus et al., 2010). Ademais, deve-se considerar que o cuidado e a dependência que um paciente com TEPT demonstra e exige torna-se algo fatigante para aqueles com quem convive, os quais passam a reagir, muitas vezes, de forma similar, exigindo, isolando-se e afastando-se (OPD Task Force, 2016), o que dificulta o apoio e o incentivo à procura e retomada do processo terapêutico.

Nessa linha de trabalho, além de questões específicas do trauma índice devem-se trabalhar as limitações do desenvolvimento, visando a construção de elementos ausentes na história do paciente e buscando, através de recursos das relações externas, novas conexões e a nomeação de processos não verbais. Também, ao lançar um olhar sobre as vulnerabilidades básicas, identificar e manejar os mecanismos de defesas predominantes e os mecanismos psicodinâmicos subjacentes aos seus comportamentos uma vez que, tendem a permitir muito espaço, protegendo-se insuficientemente e envolvendo-se em relacionamentos perigosos. Ao se internalizar novos registros e refletir sobre suas vivências o paciente torna-se capaz de regular emoções e assumir a responsabilidade por usar o conhecimento sobre si mesmo para compreender os efeitos e conseqüências de suas ações nas relações com os outros, melhorando de forma geral o contato com o mundo (OPD Task Force, 2016).

De maneira mais abrangente, observou-se que a avaliação multiaxial pode ser utilizada no espaço acadêmico, para comunicação entre a comunidade científica, mas também seu reconhecimento e utilização no ambiente clínico deve difundido, sendo para avaliação, indicação de foco e possíveis mudanças em tratamento, já que apresenta critérios e indicadores adequados para padronizar as informações da avaliação diagnóstica. Inclusive pesquisas assinalam coerência entre o OPD-2 e outros instrumentos já validados nacionalmente, The World Health Organization Quality of Life- brief version (WHOQOL-BREF, Symptom Check- List-90-Revised (SCL-90) e

Inventário de Depressão de Beck (BDI) (Rebouças et al., 2020) e na avaliação no contexto da violência doméstica (Both, Favaretto, Freitas, et al., 2019)

Igualmente, sugere-se que os espaços de saúde possuam diferentes profissionais aptos a receber, avaliar, tratar ou encaminhar pacientes traumatizados diante de suas individualidades, não apenas psicólogos e médicos psiquiatras. De tal modo, com intervenções mais precoces, mais ativas e eficazes, ocorre uma proteção às vítimas, evitando a piora da doença (Santana et al., 2017). No caso de traumas por violência que as vítimas possam ser escutadas em local adequado, ter informações claras sobre seus direitos de segurança e proteção de acordo com a legislação vigente.

Ainda, é recomendado para aqueles que sofrem que existam locais de atendimento relacionados a terapias mente-corpo como meditação, ioga e exercícios aeróbicos, já que se verifica sua eficácia como fator agregador e protetor na redução de sintomas e prevenção a TS (Laird et al., 2019). Ao mesmo tempo, que os centros religiosos, local em que muitos sujeitos que apresentam sofrimento emocional buscam auxílio, possam direcionar o olhar e a escuta para pessoas que passaram por traumas oferecendo suporte e auxílio no caso de encaminhamentos com profissionais especializados (Vasconcelos Neto et al., 2020). Finalmente, que os ambientes de pesquisa e saúde similarmente preocupem-se com avaliação e tratamento dos agressores tendo em vista a não reprodução da violência.

Sendo assim, enfatiza-se que a vivência de traumas, o desenvolvimento do transtorno traumático, a não avaliação adequada e a demora na indicação de tratamento específico para cada caso implicam em prejuízos no funcionamento pessoal e de relacionamento social para esses pacientes, contudo, também trazem preocupações para toda a conjuntura social e econômica do país. Ao apresentarem intenso sofrimento subjetivo, problemas na autoimagem, na reflexão, perda de interesse em atividades e isolamento, ocorre concomitantemente, um afastamento das atividades de lazer e laborais e conseqüentemente, aumento de custos a saúde e previdência social. De tal maneira, o TEPT é considerado um problema à saúde pública (Organização Mundial da Saúde, 2008).

7.2.2 Prevenção no TEPT

Os índices de TEPT podem ser reduzidos por meio de estratégias eficazes de prevenção (Romagnoli, 2015). Já é sabido que fatores individuais como histórico de traumas precoces, pobreza de respostas parentais na infância, outras doenças mentais (Wilson & Reagan, 2016), baixa escolaridade (World Health Organization, 2018) e características de personalidade (Both et al., 2019; Favaretto et al., 2022; Organização Mundial da Saúde, 2008), fatores biológicos como

genes específicos e fatores ambientais como a interação entre gene e ambiente, vulnerabilidade socioeconômica (Stein et al., 2016) e com baixo apoio social (Moreno, 2012), são aspectos que elevam o risco para o desenvolvimento de TEPT após um trauma.

De tal maneira, diante do estudo realizado para esta pesquisa, orienta-se que fatores de vulnerabilidade devam ser identificados e trabalhados, dentro da realidade e possibilidade do ambiente em que os sujeitos estão inseridos, visando reforçar suas capacidades em superar eventuais vivências traumáticas. Precocemente torna-se importante que órgãos públicos relacionados aos direitos humanos de crianças e adolescentes e a sociedade, como um todo, desenvolvam ações voltadas à orientação de pais e cuidadores visando a desconstrução cultural e social da naturalização da violência física como método de educação de crianças. E da mesma forma, organizações de direito das mulheres e minorias em relação a papéis estereotipados de gênero, ocorrendo a fiscalização, orientação e punição contra tais atos.

Igualmente, estimular a escolarização, vista como um fator protetor ao trauma, e o treinamento comportamental em escolas para o gerenciamento da ansiedade, reflexão e resolução de problemas interpessoais e desenvolvimento de habilidades pessoais para melhor enfrentamento de traumas ao longo da vida (Feder et al., 2013) devem ser pontos primordiais no trabalho social e educacional. No meio laboral, as organizações necessitam ser capazes de promover ambientes de trabalho adequados e espaços para atenção à saúde física e mental de seus colaboradores procurando identificar fontes de exposição a riscos ou conflitos relacionais, além de afastamentos e abandono de trabalho diante de questões de saúde mental, dando atenção àqueles que necessitam.

Observa-se também a importância de disseminar informações sobre os sintomas de TEPT para toda a população criando uma rede de proteção ao trauma no caso da vivência de qualquer evento traumático, violência emocional, física, sexual ou perda de familiares emocionalmente próximos. Calegare et al. (2019) apontaram que a identificação precoce e o apoio àquele que sofre, encorajando-o a procurar auxílio médico ou psicoterápico podem aliviar sintomas e impedir a cronificação do transtorno, uma vez que trabalhos relacionados à prevenção de danos aumentam a capacidade de resiliência. Destarte, através da prevenção e do conhecimento adquirido maior a chance de atuação frente ao trauma e suas repercussões.

8 LIMITAÇÕES E FUTUROS ESTUDOS

Os instrumentos de autorrelato podem ser limitadores devido às questões da desajustabilidade social. No entanto, para minimizar possíveis vieses, utilizou-se questionários reconhecidos cientificamente por possuírem propriedades psicométricas adequadas e que já são utilizados na verificação da saúde-doença mental.

É sabido que, diante de um trauma, cada sujeito reage conforme sua história pregressa e funcionamento psíquico, não usando necessariamente defesas patológicas, e que diferentes defesas podem ser mobilizadas pela angústia do evento traumático (Eizirik et al., 2015). Buscou-se, todavia, identificar as características de funcionamento que se repetiam no decorrer da vida dos pacientes e não apenas questões manifestadas no momento de sofrimento pela ocorrência do trauma índice (OPD Task Force, 2016) obtendo-se assim, evidências importantes sobre o tema investigado.

Aponta-se que todas as entrevistas foram realizadas pela mesma pesquisadora que não tinha vínculo anterior com os pacientes e possuía treinamento específico para utilização do protocolo e condução da Entrevista do OPD-2. Outro juiz, também treinado, foi utilizado como balizador para assegurar a fidedignidade e confiabilidade na avaliação psicodinâmica. As análises foram realizadas pelos dois juízes a partir da transcrição do áudio, em que o comportamento não verbal do paciente nem sempre era perceptível. Para tanto, manteve-se a expressividade em relatório transcrito, como observações de silêncios, choro, agitação, embotamento, expressão de dor, tristeza, raiva, entre outros (OPD Task Force, 2016). Para o artigo 2, estudo qualitativo, os dados foram baseados nas diretrizes COREQ (Tong et al., 2007) para maior consistência entre metodologias.

Os pacientes avaliados neste estudo fazem parte de uma amostra clínica pertencente a um serviço de saúde. Torna-se interessante comparar os resultados obtidos com pacientes da população geral diagnosticados com esse transtorno. Todos os estudos são transversais fornecendo informações sobre um momento específico, não sendo possível estabelecer causalidade. De tal modo, investigações longitudinais podem acrescentar novos elementos frente à persistência de sintomas e crescimento pós-traumático.

Observa-se que no Artigo 3 não foi possível explicar, pelas variáveis em estudo, aspectos mais desintegrados da personalidade relacionados aos pacientes de maior renda, o que deve ser melhor investigado. Também, no Artigo 5, houve uma perda amostral elevada, ocasionando a participação apenas de pacientes do sexo feminino. Registra-se que, de maneira geral, ocorreu a participação de um número maior de mulheres com o transtorno. Marca-se interessante avaliar e

comparar as características da doença em relação ao sexo, uma vez que, existem controvérsias na literatura vigente (Vogt et al., 2011; Wingo et al., 2014).

No Artigo 1 utilizou-se o instrumento Self-Report Questionnaire (SRQ-20) visando levantar sintomas que muitas vezes, não preenchem critérios formais suficientes para um diagnóstico segundo as classificações do DSM-5 e CID-11. Adaptado e validado para utilização no Brasil o SRQ-20 possui 20 questões para detecção de distúrbios menores como ansiedade, depressão, sintomas psicossomáticos, irritação e cansaço mental (Santos et al., 2011). Ao iniciar a pesquisa optou-se por utilizá-lo uma vez que, levantou-se a possibilidade de um número elevado de pacientes entrevistados não fecharem os critérios para TEPT, o que não foi confirmado. Apesar de ter sido aplicado em todos os pacientes, nesse estudo, avaliou-se apenas instrumentos reconhecidos pela linha de pesquisa psicanalítica. Posteriormente, o material levantado por esse instrumento será analisado sendo apresentado em outro artigo ou evento científico, dando visibilidade ao mesmo.

Uma expansão da amostra, ainda, pode auxiliar e confirmar achados sobre fatores de vulnerabilidade e fatores protetivos ao desenvolvimento do TEPT. Além do mais, é interessante direcionar a análise sobre pacientes que sofreram um evento traumático, manifestaram sintomas iniciais e recuperaram-se levantando assim, características de resiliência. Estudos genéticos poderão ampliar os conhecimentos sobre essa questão e da mesma forma, sobre vulnerabilidade compartilhada.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência de qualquer estresse e traumas, durante o desenvolvimento, provoca diferentes intensidades de sofrimento, que fazem parte de uma reação adequada do ser humano. Quando o sofrimento subjetivo é temporário, pode fazer com que os sujeitos consigam sentir, pensar, adaptar-se e enfrentar a adversidade, crescendo com a experiência. No entanto, há situações e sujeitos que acabam por enfrentar uma variabilidade e profusão de sintomas, não conseguindo se recuperar (Calegari et al., 2019). Dessa forma, muitas teorias foram construídas com o esforço de explicar o trauma e suas repercussões visando o tratamento e prevenção da doença (Both et al., 2020).

Ao observar os pacientes desse estudo, oriundos de um serviço de Estudos e Tratamento do Trauma, em um Hospital do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, os resultados obtidos demonstraram o nível de gravidade e complexidade na atenção ofertada aos pacientes, evidenciando o alto número de sujeitos que haviam passado por traumas anteriores (86.6%) ao evento traumático que os fez procurar auxílio, com problemas psiquiátricos preexistentes (80%) e com alta taxa de tentativas de suicídio (80%).

Nesse contexto, avaliar, oferecer um acompanhamento psicoterápico que se adeque às características específicas de cada sujeito e ponderar suas evoluções, ao longo do tratamento, serve como um fator de promoção de saúde. De tal maneira, os estudos desenvolvidos durante o período de estudo forneceram evidências empíricas inéditas sobre observações clínicas em relação ao funcionamento psicodinâmico dessa população e questões que podem influenciar na prevenção, tratamento, cronicidade da doença e até mesmo, na transgeracionalidade do trauma.

Clínicos e psicoterapeutas devem levar em consideração características do funcionamento psicodinâmico no planejamento da terapia. A compreensão de padrões internalizados, organização de identidade, disfunções estruturais e conflitos, é fundamental para identificar resistências e motivações ao tratamento estabelecendo novos mecanismos de enfrentamento, ampliando a qualidade de vida e prevenindo a revitimização. Ainda, intervenções preventivas do TEPT podem ser desenvolvidas de acordo com a vulnerabilidade, reforçando a resiliência.

10 FONTE DE FINANCIAMENTO

Este estudo foi parcialmente financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)- Brasil- Código Financeiro 001.

11 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, DPM. Desafíos en Psicoterapia: Trauma complejo, apego y disociación. Av. en *Psicol Latinoam*. 2018 Dec; 26(2): 135–144. doi:10.33539/avpsicol.2018.v26n2.1186.
- Almeira-Prado M do CC, Féres-Carneiro T. Abuso sexual e traumatismo psíquico. *Interações*. 2005 Jul Dez; X(20): 11–34.
- Andersen SL, Teicher MH. Desperately driven and no brakes: developmental stress exposure and subsequent risk for substance abuse. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2009;33(4), 516–524. doi:10.1016/j.neubiorev.2008.09.009.
- Andreoli SB, Blay SL, Almeida Filho N de, Mari J de J, Miranda CT de, Coutinho E da SF, França et al. Confiabilidade de instrumentos diagnósticos: estudo do inventário de sintomas psiquiátricos do DSM-III aplicado em amostra populacional. *Cad Saúde Pública*. 2001; 17(6), 1393–1402. doi:10.1590/S0102-311X2001000600010
- Andrews G, Singh M, Bond M. The Defense Style Questionnaire. *J Nerv Ment Dis*. 1991; 181(4), 246–256. <https://doi.org/10.1097/00005053-199304000-00006>.
- Ansseau M, Dierick M, Buntinx F, Cnockaert, P, De Smedt J, Van Den Haute M et al. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord*. 2004; 78(1): 49–55. doi:10.1016/S0165-0327(02)00219-7.
- Anzurez, MIER, Espinoza, IGL, Gutiérrez, AAA, Baltazar, CAJ. Estudio comparativo del Trastorno de Estrés Postraumático en familiares de fallecidos por muerte esperada vs muerte inesperada. *Revista Mexicana de Medicina Forense Y Ciencias de La Salud*. 2017. <https://doi.org/10.25009/revmedforense.v2i2.2526>
- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais Porto Alegre: Médicas A; 1980.
- American Psychiatric Association. DSM-IV Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais. Porto Alegre: Médicas A; 2013.
- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Porto Alegre: Artmed; 2014.
- Baie L, Hucklenbroich K, Hampel N, Ehrental JC, Heuft G, Burgmer M. Steht das strukturelle integrationsniveau nach OPD-2 in Zusammenhang mit der symptomschwere einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)? – Eine kohortenstudie bei patienten einer trauma-ambulanz. *Z Psychosom Med Psychother*. 2020; 66(1):5–19. doi: 10.13109/zptm.2020.66.1.5.
- Bajor LA, Ticlea AN, Osser DN. The Psychopharmacology Algorithm Project at the Harvard South Shore Program: An Update on Posttraumatic Stress Disorder. *Harv Rev Psychiatry* [Internet]. 2011 Sep;19(5):240–58. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00023727-201109200-00003>.
- Barbosa, LNF, Melo, MCB de, Cunha, M do CV da, Albuquerque, EN, Costa, JM, Silva, EFF da. Brazilian's frequency of anxiety, depression and stress symptoms in the COVID-19 pandemic. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2021; 21(suppl 2):413–419. doi:10.1590/1806-9304202100s200005.
- Bardeen JR, Kumpula MJ, Orcutt HK. Emotion regulation difficulties as a prospective predictor of posttraumatic stress symptoms following a mass shooting. *J Anxiety Disord*. 2013 Mar;27(2):188-96. doi: 10.1016/j.janxdis.2013.01.003. Epub 2013 Feb 13. PMID: 23454838; PMCID: PMC3628280.
- Barlow DH, Allen LB, Choate ML. Toward a Unified Treatment for Emotional Disorders - Republished Article. *Behav Ther*. 2016 Nov;47(6):838-853. doi: 10.1016/j.beth.2016.11.005. Epub 2016 Nov 10. PMID: 27993336.

- Bateman A, Fonagy P. *Mentalization-based treatment for personality disorders*. Oxford University Press; 2016. Available from: <http://oxfordclinicalpsych.com/view/10.1093/med:psych/9780199680375.001.0001/m-ed-9780199680375>.
- Benyakar, M. *Lo disruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales*. Buenos Aires: Biblos; 2003.
- Bergeret, J, Becáche, A, Boulanger, J-J, Chartier, J-P, Dubor, P, Houser, M, & Lustin, J-J *Psicopatologia: Teoria e Clínica*. Porto Alegre: Médicas A; 2006.
- Bernardi, R. DSM-5, OPD-2 y PDM: Convergencias y divergencias entre los nuevos sistemas diagnósticos psiquiátrico y psicoanalítico. *Rev Psiquiatr Urug*. 2010; 2:179–205. Available from: https://www.researchgate.net/publication/216190975_DSM-5_OPD-2_y_PDM_Convergencias_y_divergencias_entre_los_nuevos_sistemas_diagnosticos_psiquiatrico_y psicoanaliticos
- Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, Cooper R, Lewis C. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Dec 13;2013(12):CD003388. doi: 10.1002/14651858.CD003388.pub4. PMID: 24338345; PMCID: PMC6991463.
- Blaya C, Kipper L, Heldt E, Isolan L, Ceitlin LH, Bond M, Manfro GG. Versão em português do Defense Style Questionnaire (DSQ-40) para avaliação dos mecanismos de defesa: um estudo preliminar [Brazilian-Portuguese version of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40) for defense mechanisms measure: a preliminary study]. *Braz J Psychiatry*. 2004 Dec; 26(4):255-8. Portuguese. doi: 10.1590/s1516-44462004000400010. Epub 2005 Feb 23. PMID: 15729460.
- Boeker H, Himmighoffen H, Straub M, Schopper C, Endrass J, Kuechenhoff B, Weber S, Hell D. Deliberate self-harm in female patients with affective disorders: investigation of personality structure and affect regulation by means of operationalized psychodynamic diagnostics. *J Nerv Ment Dis*. 2008 Oct;196(10):743-51. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181879daf. PMID: 18852618.
- Bokanowski T. Variations on the concept of traumatism: Traumatism, traumatic, trauma. *Int J Psychoanal [Internet]*. 2005 [cited 2022 May 05]. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1516/PPLT-H9DR-DW3A-X1XU>.
- Bond M. Empirical studies of defense style: relationships with psychopathology and change. *Harv Rev Psychiatry*. 2004 Sep-Oct;12(5):263-78. doi: 10.1080/10673220490886167. PMID: 15590575.
- Borges JL. *Abuso sexual e infantil: Consequências cognitivas e emocionais*. Porto Alegre. Dissertação de Mestrado [Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento]- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.
- Borloti E, Haydu VB, Kienen, N, Zacarin MRJ. Saúde mental e intervenções psicológicas durante a pandemia da COVID-19: um panorama. *Rev. Bras. Anál. Comport*. 2020; 16(1). doi:10.18542/rebac.v16i1.8885.
- Both LM, Favaretto TC, Freitas LHM. Cycle of violence in women victims of domestic violence: Qualitative analysis of OPD 2 interview. *Brain Behav*. 2019; 9(11). doi: 10.1002/brb3.1430.
- Both LM, Favaretto TC, Freitas LHM, Crempien C. Cross-cultural adaptation of the Module for Assessment of Domestic Violence, adapted from Axis I of the Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2), with a sample of Brazilian women, victims of domestic violence. *Trends Psychiatry Psychother*. 2019 Oct 17; 41(3):283-291. doi: 10.1590/2237-6089-2018-0075. PMID: 31644694.

- Both LM, Favaretto TC, Freitas LHM, Benetti SPDC, Crempien C. Intimate partner violence against women: Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2). *PLoS One*. 2020 Oct 1;15(10):e0239708. doi: 10.1371/journal.pone.0239708. PMID: 33002042; PMCID: PMC7529253. doi: 10.33208/PC1980-5438v0030n03A09.
- Both LM, Malgarim BG, Freitas LH. Avaliação psicodinâmica de pacientes com transtorno de estresse agudo e pós-traumático em uma instituição pública. *Psicol Clínica*. 2018;30(3):579–93. doi: 10.33208/PC1980-5438v0030n03A09
- Brasil, Ministério da Saúde. Resolução 466/2012. [Internet]. 2022. (Acesso em 2022 nov 28). Available from: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/ensino-e-pesquisa/pesquisa-clinica/resolucao-466.pdf>
- Brasil, Ministério da Saúde. Resolução 510/2016. [Internet]. 2022. (Acesso em 2022 dec 20). Available from: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- Brasil, Ministério da Saúde. Coronavírus Brasil. [Internet]. 2022. (Acesso em 2022 dec 18) Available from: covid.saude.gov.br
- Breslau N, Kessler RC. The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: an empirical investigation. *Biol Psychiatry*. 2001 Nov 1; 50(9):699-704. doi: 10.1016/s0006-3223(01)01167-2. PMID: 11704077.
- Breuer J, Freud S. Estudos sobre histeria. In Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1893-1895/1996, 10203 p.
- Brum, EHM de, Frizzo, GB, Gomes, AG, Silva, M da R, Souza, DD de, Piccinini, CA. Evolução dos modelos de pesquisa em psicoterapia. *Estud. psicol.* 2012 Jun; 29(2), 259–269. doi:10.1590/S0103-166X2012000200012
- Bryant RA, Creamer M, O'Donnell M, Silove D, McFarlane AC. The capacity of acute stress disorder to predict posttraumatic psychiatric disorders. *J Psychiatr Res*. 2012 Feb; 46(2):168-73. doi: 10.1016/j.jpsychires.2011.10.007. PMID: 22088925.
- Bunting BP, Ferry FR, Murphy SD, O'Neill SM, Bolton D. Trauma associated with civil conflict and posttraumatic stress disorder: Evidence from the Northern Ireland Study of health and stress. *J Trauma Stress*. 2013. doi:10.1002/jts.21766.
- Calegari VC, Mosele PHC, Negretto BL, Zatti C, Batista M da C, Freitas LHM. The role of personality in posttraumatic stress disorder, trait resilience, and quality of life in people exposed to the Kiss nightclub fire. *PLoS One*. 2019 Jul 29;14(7):e0220472. doi: 10.1371/journal.pone.0220472. PMID: 31356601; PMCID: PMC6663027.
- Callegari-Jacques, SM. Bioestatística: Princípios e Aplicações. Porto Alegre: Artmed; 2003, 264 p.
- Campos, R. Do processo de avaliação da personalidade em contextos clínicos ao diagnóstico psicodinâmico: contributos para uma avaliação psicológica psicodinâmica. *Rev. Iberoam. de Diagnostico y Evaluacion Psicol.* 2017;44(2):44–56. doi:10.21865/RIDEP44.2.04
- Carmo MB, Santos LM, Feitosa CA, Fiaccone RL, Silva NB, Santos DN, Barreto ML, Amorim LD. Screening for common mental disorders using the SRQ-20 in Brazil: what are the alternative strategies for analysis? *Braz J Psychiatry*. 2017 Aug 30;40(2):115-122. doi: 10.1590/1516-4446-2016-2139. PMID: 28876378; PMCID: PMC6900763.
- Clarkin JF, Fonagy P, Gabbard GO. Psicoterapia psicodinâmica para transtornos da personalidade um manual clínico. 1 ed. Porto Alegre: Artmed; 2013. 496 p.

- Clarkin, JF, Yeomans Frank E, Kernberg OF. Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing on Object Relations. *Amer J of Psychiatry*. 2006 Mai; 163(5):944–944. doi:10.1176/ajp.2006.163.5.944.
- Cloitre M, Garvert DW, Brewin CR, Bryant RA, Maercker A. Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. *Eur J Psychotraumatol*. 2013 May 15;4. doi: 10.3402/ejpt.v4i0.20706. PMID: 23687563; PMCID: PMC3656217.
- Colovic O, Lecic Tosevski D, Perunicic Mladenovic I, Milosavljevic M, Munjiza A. Defense mechanisms in “pure” anxiety and “pure” depressive disorders. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 2016. <https://journals.lww.com/00005053-201610000-00005>.
- Conner KR, Bossarte RM, He H, Arora J, Lu N, Tu XM, Katz IR. Posttraumatic stress disorder and suicide in 5.9 million individuals receiving care in the veterans health administration health system. *J Affect Disord*. 2014 Sep;166:1-5. doi: 10.1016/j.jad.2014.04.067. Epub 2014 May 5. PMID: 25012403.
- Connolly D, McClowry S, Hayman L, Mahony L, Artman M. Posttraumatic stress disorder in children after cardiac surgery. *J Pediatr*. 2004 Apr; 144(4):480-484. doi: 10.1016/j.jpeds.2003.12.048. PMID: 15069396
- Cook A, Spinazzola J, Ford J, Lanktree C, Blaustein M, Cloitre M, DeRosa R, et al. Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatr Ann*. 2005; 35(5), 390–398. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-05>.
- Costa, JF. Memória e trauma. *Cad. psicanal*. jul. dez 2019; 41(41):103–123. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-62952019000200006&lng=n
- Crempien, C. Adaptación específica del Eje I OPD para la evaluación de mujeres que sufren violencia en la pareja. Módulo de Evaluación de Violencia Doméstica. 2009. No Press.
- Crempien, C. Psychological and relational functioning in Chilean women victims of domestic violence, with different levels of childhood relational adversity. Santiago. Tese de Doutorado [Philosophy and Psychology]- Heidelberg University and Pontificia Universidad Católica de Chile and the Universidad de Chile, 2012. Available from: <https://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/19877/>.
- Crempien C, Grez M, Valdés C, López MJ, de la Parra G, Krause M. Role of Personality Functioning in the Quality of Life of Patients with Depression. *J Nerv Ment Dis*. 2017 Sep;205(9):705-713. doi: 10.1097/NMD.0000000000000676. PMID: 28350562.
- Creswell JW. Projeto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto. *Porto Alegre: Artmed*; 2010, 296 p.
- Cromberg RU. *Cena incestuosa: Abuso e violência sexual*. 1. ed. Belo Horizonte: Artesã; 2001, 368 p.
- Cusack K, Jonas DE, Forneris CA, Wines C, Sonis J, Middleton JC, Feltner C, Brownley KA, Olmsted KR, Greenblatt A, Weil A, Gaynes BN. Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2016 Feb;43:128-41. doi: 10.1016/j.cpr.2015.10.003. Epub 2015 Nov 2. PMID: 26574151.
- Cyrulnik B. *Falar de amor à beira do abismo*. São Paulo: Martins Fo; 2006. 182 p.

- Da Costa, JM. On irritable heart. *The Amer J of Med.* 1951. 11(5):559–567.
doi:10.1016/0002-9343(51)90038-1.
- de la Rie SM, Duijsens IJ, Cloninger CR. Temperament, character, and personality disorders. *J Pers Disord.* 1998 Winter;12(4):362-72. doi: 10.1521/pedi.1998.12.4.362. PMID: 9891290.
- Díaz Bonilla, PA. El abuso sexual infantil en el entramado de las representaciones sociales del ser niña. *Trab Soc.* 2020. 22(1):127–151. doi: 10.15446/ts.v22n1.79237.
- Doering S, Burgmer M, Heuft G, Menke D, Bäumer B, Lübking M, Feldmann M, Schneider G. Assessment of personality functioning: validity of the operationalized psychodynamic diagnosis axis IV (structure). *Psychopathology.* 2014;47(3):185-93. doi: 10.1159/000355062. Epub 2013 Oct 26. PMID: 24192300.
- Drozd, JF, Goldfried, M.R. A critical evaluation of the state-of-the-art in psychotherapy outcome research. *Psychotherapy (Chic).* 1996. 33(2), 171–180.
<https://doi.org/10.1037/0033-3204.33.2.171>.
- Eizirik CL, Aguiar RW de, Schestasky SS. *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos.* Porto Alegre: Artmed; 2015.
- Eizirik, M, Schestatsky, S., Knijnik, L, Terra, L, Ceitlin, LHF. (2006). Contratransferência e trauma psíquico. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul.* 2006.28(3): 314–320.
doi:10.1590/S0101-81082006000300010
- Emygdio, NB, Fuso, S., Mozzambani, AC, Acedo, NA, Rodrigues, CC, Mello, MF de. Efeitos do Transtorno de Estresse Pós-Traumático na Memória. *Psicol., Ciênc. Prof.* (2019). 39:1–13. doi:10.1590/1982-3703003174817.
- Epstein D, Andrawis W, Lipsky AM, Ziad HA, Matan M. Anxiety and Suicidality in a Hospitalized Patient with COVID-19 Infection. *Eur J Case Rep Intern Med.* 2020 Apr 9;7(5):001651. doi: 10.12890/2020_001651. PMID: 32399450; PMCID: PMC7213822.
- Falcone EM de O, Oliveira M da S (org). *Terapia Cognitivo-Comportamental - Transtorno de Estresse Pós-Traumático.* 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2013, 99 p.
- Favaretto TC, Both LM, da Cruz Benetti SP, Freitas LHM. Understanding the psychodynamic functioning of patients with PTSD and CPTSD: qualitative analysis from the OPD 2 interview. *Psicol Reflexão e Crítica [Internet].* 2022 Dec 18;35(1):9. Available from: <https://prc.springeropen.com/articles/10.1186/s41155-022-00211-5>.
- Feder A, Ahmad S, Lee EJ, Morgan JE, Singh R, Smith BW et al. Coping and PTSD symptoms in Pakistani earthquake survivors: purpose in life, religious coping and social support. *J Affect Disord.* 2013 May;147(1-3):156-63. doi: 10.1016/j.jad.2012.10.027. Epub 2012 Nov 27. PMID: 23196198.
- Feder A, Nestler EJ, Charney DS. Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nat Rev Neurosci.* 2009 Jun;10(6):446-57. doi: 10.1038/nrn2649. PMID: 19455174; PMCID: PMC2833107.
- Ferenzi, S. Confusão de línguas entre os adultos e as crianças. (In) *Escritos Psicanalíticos.* Rio de Janeiro: Taurus, 1933.
- Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Schafer, WD. Affect regulation, mentalization, and the development of the self. New York: Other Press; 2002, 577 p.

- Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self. Press O, editor. Nova Iorque; 2005.
- Fortes, S, Villano, LAB, & Lopes, CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. *Braz. J. Psychiatry*. 2007. 30(1), 32–37. doi:10.1590/S1516-44462006005000066
- Freud A. O ego e os mecanismos de defesa. 1. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005, 124 p.
- Freud S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud Rio de Janeiro: Imago; 2019, 10203 p. Available from: <https://www.netmundi.org/home/wp-content/uploads/2019/04/FREUD-Sigmund.-Obras-Completas-Imago-Vol.-03-1893-1899.pdf>.
- Freud S. Hereditariedade e etiologia das neuroses. In Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1893-1899/1996, 10203 p.
- Freud S. Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1020/1996, 10203 p.
- Freud S. Uma neurose infantil e outros trabalhos In Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1917-1919/1996, 10203 p.
- Gabbard GO. Psiquiatria psicodinâmica. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2016, 652 p.
- Galatzer-Levy IR, Madan A, Neylan TC, Henn-Haase C, Marmar CR. (2011). Peritraumatic and trait dissociation differentiate police officers with resilient versus symptomatic trajectories of posttraumatic stress symptoms. *J. Traum. Stress*. 24(5), 557–565. <https://doi.org/10.1002/jts.20684>.
- Galor S, Hentschel U. El uso de los mecanismos de defensa como herramientas de afrontamiento por veteranos israelíes deprimidos y con TEPT. 2013; Available from: <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/2166>.
- Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. Barueri: Atlas; 2002, 192 p.
- Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 7.ed. Barueri: Atlas; 2008, 248 p.
- Giovazolias T, Karagiannopoulou E, Mitsopoulou E. Can the Factor Structure of Defense Style Questionnaire (DSQ-40) Contribute to Our Understanding of Parental Acceptance/Rejection, Bullying, Victimization and Perceived Well-Being in Greek Early Adolescents? *Eur J Psychol*. 2017 May 31;13(2):269-285. doi: 10.5964/ejop.v13i2.1090. PMID: 28580026; PMCID: PMC5450984.
- Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. Inglaterra: Tavistock/Routledge, 1992, 224 p.
- Gonçalves, DM, Stein, AT, Kapczinski, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: Um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad Saúde Pública*. 2008 Fev; 24(2):380–390. doi: 10.1590/S0102-311X2008000200017.
- Gradus JL, Antonsen S, Svensson E, Lash TL, Resick PA, Hansen JG. Trauma, comorbidity, and mortality following diagnoses of severe stress and adjustment disorders: a nationwide cohort study. *Am J Epidemiol*. 2015 Sep 1;182(5):451-8. doi: 10.1093/aje/kwv066. Epub 2015 Aug 4. PMID: 26243737; PMCID: PMC4552266.

- Gradus JL, Qin P, Lincoln AK, Miller M, Lawler E, Sørensen HT et al. Posttraumatic stress disorder and completed suicide. *Am J Epidemiol*. 2010 Mar 15;171(6):721-7. doi: 10.1093/aje/kwp456. Epub 2010 Feb 16. PMID: 20160171.
- Grande T, Rudolf G, Oberbracht C, Pauli-Magnus C. Progressive changes in patients' lives after psychotherapy: which treatment effects support them? *Psychother Res*. 2003 Mar;13(1):43-58. doi: 10.1093/ptr/kpg006. PMID: 22475162.
- Grossman R, Yehuda R. Treating survivors of the World Trade Center terrorist attacks of September 11, 2001. *CNS Spectr*. 2002 Aug;7(8):611-5. doi: 10.1017/s1092852900018228. PMID: 15094698.
- Habibović M, van den Broek KC, Alings M, Van der Voort PH, Denollet J. Posttraumatic stress 18 months following cardioverter defibrillator implantation: Shocks, anxiety, and personality. *Heal Psychol [Internet]*. 2012 [cited 2022 Jun 18]. <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0024701>
- Hébert M, Lavoie F, Blais M. Post traumatic stress disorder/PTSD in adolescent victims of sexual abuse: resilience and social support as protection factors. *Cien Saude Colet [Internet]*. 2014 [cited 2022 Jul 01]. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300685&lng=en&tlng=en.
- Hendrickson RC, Raskind MA. Noradrenergic dysregulation in the pathophysiology of PTSD. *Exp Neurol*. 2016 Oct;284(Pt B):181-195. doi: 10.1016/j.expneurol.2016.05.014. Epub 2016 May 21. PMID: 27222130.
- Herman J. CPTSD is a distinct entity: comment on Resick et al. (2012). *J Trauma Stress*. 2012 Jun;25(3):256-7; discussion on 260-3. doi: 10.1002/jts.21697. PMID: 22729977.
- Holi MM, Sammallahti PR, Aalberg VA. Defense styles explain psychiatric symptoms: an empirical study. *J Nerv Ment Dis*. 1999 Nov;187(11):654-60. doi: 10.1097/00005053-199911000-00002. PMID: 10579593.
- Horn SR, Feder A. Understanding Resilience and Preventing and Treating PTSD. *Harv Rev Psychiatry [Internet]*. 2018 [cited 2022 may 21]. <https://journals.lww.com/00023727-201805000-00006>
- Horwitz, AV. DSM - I and DSM - II . In *The Encyclopedia of Clinical Psychology*. 2014. <https://doi.org/10.1002/9781118625392.wbecp012>
- IBM. *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*. 2014.
- Jiménez JP. Can research influence clinical practice? *Int J Psychoanal*. 2007 Jun;88(Pt 3):661-79. doi: 10.1516/p447-7027-116w-2362. PMID: 17537698.
- Jun JY, Lee Y-JG, Lee S-H, Yoo SY, Song J, Kim SJ. Association between defense mechanisms and psychiatric symptoms in North Korean Refugees. *Compr Psychiatry [Internet]*. 2015 [cited 2022 Jun 06]. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010440X14002910>
- Kardiner, A. *The traumatic neuroses of war*. National Research Council. Martino Fine Books; 1941.
- Karg K, Burmeister M, Shedden K, Sen S. The serotonin transporter promoter variant (5-HTTLPR), stress, and depression meta-analysis revisited: evidence of genetic moderation. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 May;68(5):444-54. doi:

- 10.1001/archgenpsychiatry.2010.189. Epub 2011 Jan 3. PMID: 21199959; PMCID: PMC3740203.
- Kehle-Forbes SM, Meis LA, Spont MR, Polusny MA. Treatment initiation and dropout from prolonged exposure and cognitive processing therapy in a VA outpatient clinic. *Psychol Trauma Theory, Res Pract Policy* [Internet]. 2016 Jan;8(1):107–14. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/tra0000065>
- Kernberg PF, Bardenstein KK, Weiner AS. Transtorno de personalidade em crianças e adolescentes: Uma visão geral. 1. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004, 288p.
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995 Dec;52(12):1048-60. doi: 10.1001/archpsyc.1995.03950240066012. PMID: 7492257.
- Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1999 Jul;56(7):617-26. doi: 10.1001/archpsyc.56.7.617. PMID: 10401507.
- Kilaru, V, Iyer, SV, Almli, LM, Stevens, JS, Lori, A, Jovanovic, T, Ely, TD, Bradley, B, Binder, EB, Koen, N, Stein, DJ, Conneely, KN, Wingo, AP, Smith, AK, Ressler, KJ. Genome-wide gene-based analysis suggests an association between Neurologlin 1 (NLGN1) and post-traumatic stress disorder. *Transl Psychiatry*. 2016 may 24;6(5):e820. doi:10.1038/tp.2016.69.
- Kilpatrick DG, Edmunds CN, Seymour AK. Rape in America: A report to the nation. National Victim Center and Medical University of South Carolina. Virginia: National Victim Center; 1992. Available from: <https://pt.scribd.com/document/230600474/Rape-in-America-1992-A-report-to-the-nation#>.
- Kipper L, Blaya C, Teruchkin B, Heldt E, Isolan L, Mezzomo K, Bond M, Manfro GG. Brazilian patients with panic disorder: the use of defense mechanisms and their association with severity. *J Nerv Ment Dis*. 2004 Jan;192(1):58-64. doi: 10.1097/01.nmd.0000106001.84359.0f. PMID: 14718777.
- Knobloch F. O tempo do traumático. Santos: Percurso; 1998.
- Krieger DV. Operationalized Psychodynamic diagnosis 2 : apresentação da versão brasileira e dissertação de Mestrado Operationalized Psychodynamic Diagnosis 2. Porto Alegre. Dissertação de Mestrado [Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria]- Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013. Available from: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/143052/000992030.pdf>
- Kudler H. Clinical practice guidelines for posttraumatic stress disorder: Are they still clinical? *Psychotherapy (Chic)*. 2019 Sep;56(3):383-390. doi: 10.1037/pst0000236. PMID: 31282714.
- Laird KT, Krause B, Funes C, Lavretsky H. Psychobiological factors of resilience and depression in late life. *Transl Psychiatry*. 2019 Feb 14; 9(1):88. doi: 10.1038/s41398-019-0424-7. PMID: 30765686; PMCID: PMC6375932.
- Laplanche J, Pontalis J-BL. Vocabulário de Psicanálise. 4th ed. Martins Fontes, editor. 1991.
- Lifton RJ. Home from the War: Vietnam Veterans: Neither Victims Nor Executioners . *International Journal on World Peace*, 1973 Oct-dec;2 (4): 132-134 .

- Lima G de O. Psicoterapia analítica funcional como tratamento de transtorno de estresse pós-traumático: Delineamento experimental de caso único. São Paulo [Dissertação de Mestrado] Psicologia Clínica- Universidade de São Paulo, 2018. Available from: <https://doi.org/10.11606/D.47.2018.tde-06022018-162328>.
- Lima, SO, Silva, MA da, Santos, MLD, Moura, AMM, Sales, LGD, Menezes, LHS de, Nascimento, GHB, Oliveira, CC da C, Reis, FP, & Jesus, CVF de. Impactos no comportamento e na saúde mental de grupos vulneráveis em época de enfrentamento da infecção COVID-19: revisão narrativa. *Electronic Journal Collection Health*. 2020;46, e4006. doi:10.25248/reas.e4006.2020.
- Liu Y, Cao L, Li X, Jia Y, Xia H. Awareness of mental health problems in patients with coronavirus disease 19 (COVID-19): A lesson from an adult man attempting suicide. *Asian J Psychiatr*. 2020 Jun;51:102106. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102106. Epub 2020 Apr 18. PMID: 32334411; PMCID: PMC7166100.
- Maia, ÂC, Moreira, SH, Fernandes, E. Adaptação para a língua portuguesa do Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas (QEDP) numa amostra de bombeiros. *Arch of Clin Psychiatry*. 2009; 36(1):1–9. doi10.1590/S0101-60832009000100001
- Malgarim BG. Resiliência, entre o trauma e o tratamento: um estudo qualitativo. Porto Alegre. Tese de Doutorado [Psiquiatria e Ciências do Comportamento]-Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2017. Available from <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/179042/001056479.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Maragno, L, Goldbaum, M, Gianini, RJ, Novaes, HMD, César, CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(8):1639–1648. doi:10.1590/S0102-311X2006000800012
- Marques, ES, Moraes, CL de, Hasselmann, MH, Deslandes, SF, & Reichenheim, ME A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cad Saúde Pública*. 2020; 36(4).doi:10.1590/0102-311x00074420.
- Matos AC. Mais amor menos doença. A psicossomática revisitada. 2.ed. Rio de Janeiro: Climepsi; 2012, 274, 274 p .
- Maul S, Giegling I, Fabbri C, Corponi F, Serretti A, Rujescu D. Genetics of resilience: Implications from genome-wide association studies and candidate genes of the stress response system in posttraumatic stress disorder and depression. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2020 Mar;183(2):77-94. doi: 10.1002/ajmg.b.32763. Epub 2019 Oct 4. PMID: 31583809.
- McFarlane AC, Papay P. Multiple diagnoses in posttraumatic stress disorder in the victims of a natural disaster. *J Nerv Ment Dis*. 1992 Aug;180(8):498-504. doi: 10.1097/00005053-199208000-00004. PMID: 1500931.
- Meshulam-Werebe D, Andrade MG de O, Delouya D. Transtorno de estresse pós-traumático: o enfoque psicanalítico. *Rev Bras Psiquiatr [Internet]*. 2003 Jun;25(suppl 1):37–40. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462003000500009&lng=pt&tlng=pt

- Michaelis. (2016). *Dicionário escolar da Língua Portuguesa*. 4.ed. São Paulo: Melhoramentos, 992 p.
- Michopoulos V, Vester A, Neigh G. Posttraumatic stress disorder: A metabolic disorder in disguise? *Exp Neurol*. 2016 Oct;284(Pt B):220-229. doi: 10.1016/j.expneurol.2016.05.038. Epub 2016 May 28. PMID: 27246996; PMCID: PMC5056806.
- Miskowiak KW, Kjaerstad HL, Støttrup MM, Svendsen AM, Demant KM, Hoeffding LK, et al. The catechol-O-methyltransferase (COMT) Val158Met genotype modulates working memory-related dorsolateral prefrontal response and performance in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2017 May;19(3):214-224. doi: 10.1111/bdi.12497. Epub 2017 May 23. PMID: 28544426.
- Mlotek, AE, Paivio, SC. Emotion-focused therapy for complex trauma. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*. 2017;16(3): 198–214. doi:10.1080/14779757.2017.1330704
- Moreira, WC, Sousa, AR de, Nóbrega, M do OS de S. Mental illness in the general population and health professionals during COVID-19: a scoping review. *Texto & Contexto – Enferm*. 2020; 29. doi:10.1590/1980-265x-tce-2020-0215
- Moreno EAC. Fatores associados ao risco de transtorno mental comum. Recife. Dissertação de Mestrado [Pós-Graduação em Enfermagem]- Universidade Federal de Pernambuco; 2012. Available from: [https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/10719/1/Mestre Emilly Moreno - Dissertação.pdf](https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/10719/1/Mestre%20Emilly%20Moreno%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf).
- Mott JM, Mondragon S, Hundt NE, Beason-Smith M, Grady RH, Teng EJ. Characteristics of U.S. veterans who begin and complete prolonged exposure and cognitive processing therapy for PTSD. *J Trauma Stress [Internet]*. 2014 Jun;27(3):265–73. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jts.21927>
- Moura, FF, Zimmer, M, Tavares, MG, Almeida, GB, & Santos, DB. Prevalência de sintomas de transtornos mentais comuns em pacientes internados em um Hospital Geral do Sul do Brasil. *Rev. SBPH*. 2020; 23(2). <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v23n2/13.pdf>
- Murphy SA, Johnson LC, Wu L, Fan JJ, Lohan J. Bereaved parents' outcomes 4 to 60 months after their children's deaths by accident, suicide, or homicide: a comparative study demonstrating differences. *Death Stud*. 2003 Jan;27(1):39-61. doi: 10.1080/07481180302871. PMID: 12508827.
- Myers, CS. A contribution to the study of shell shock. Being an account of three cases of loss of memory, vision, smell, and taste, admitted into the duchess of westminster's war hospital, le Touquet. *The Lancet*. 1915; 185(4772), 316–320. doi:10.1016/S0140-6736(00)52916-X.
- Nemčić-Moro, I, Frančičković, T, Britvić, D, Klarić, M, & Zečević, I. Disorder of extreme stress not otherwise specified (DESNOS) in Croatian war veterans with posttraumatic stress disorder: case-control study. *Croatian Medical J*. 2011; 52(4), 505–512. doi:10.3325/cmj.2011.52.505.
- Vasconcelos Neto PJA, Moreira RDS, Oliveira Júnior FJM, Ludermir AB. Suicide attempt, Post-traumatic stress disorder and associated factors in women of Recife. *Rev Bras*

- Epidemiol. 2020 Mar 9;23:e200010. Portuguese, English. doi: 10.1590/1980-549720200010. PMID: 32159623.
- Nishi D, Kawashima Y, Noguchi H, Usuki M, Yamashita A, Koido Y, Matsuoka YJ. Resilience, post-traumatic growth, and work engagement among health care professionals after the Great East Japan Earthquake: A 4-year prospective follow-up study. *J Occup Health*. 2016 Jul 22;58(4):347-53. doi: 10.1539/joh.16-0002-OA. Epub 2016 Jun 6. PMID: 27265533; PMCID: PMC5356942.
- Norris FH, Tracy M, Galea S. Looking for resilience: Understanding the longitudinal trajectories of responses to stress. *Soc Sci Med [Internet]*. 2009 [cited 2022 Jun 11]. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953609001816>.
- Nunes MA, Pinheiro AP, Bessel M, Brunoni AR, Kemp AH, Benseñor IM, Chor D, Barreto S, Schmidt MI. Common mental disorders and sociodemographic characteristics: baseline findings of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Braz J Psychiatry*. 2016 Apr-Jun;38(2):91-7. doi: 10.1590/1516-4446-2015-1714. PMID: 27304755; PMCID: PMC7111374.
- Oliveira-Watanabe TT, Ramos-Lima LF, Santos RC, Mello MF, Mello AF. The Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS-5): Adaptation to Brazilian Portuguese. *Brazilian J Psychiatry [Internet]*. 2019 Feb;41(1):92–3. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462019000100092&tlng=en
- Organização Mundial da Saúde. OMS. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. 1. ed. Porto Alegre: Artmed; 1993, 352 p.
- Organização Mundial da Saúde. OMS. *CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 7. ed. São Paulo: Edusp; 2008, 1056 p.
- Organização Mundial da Saúde. OMS. *Comprehensive mental health action 2013-2030*. World Health Organization. 2019. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
- OPD Task Force. *Diagnóstico psicodinâmico operacionalizado: Manual de diagnóstico e plano de tratamento (OPD-2)*. Hogrefe, editor. São Paulo; 2016.
- Parra G de, Gómez-Barris PE, Dagnino PP. Conflicto y estructura en psicoterapia dinámica : el diagnóstico psicodinâmico operacionalizado (OPD-2). *Mentalización. Rev psicoanálisis y psicoterapia*. 2016 Abril 6. Available from: <http://midap.org/wp-content/uploads/2015/04/Delaparra-et-al.-Conflicto-y-estructura-en-psicoterapia-din%C3%A1mica.pdf>
- Pérez C,F, Alvarado P,L, de la Parra C,G, Dagnino R,P. (2009). *Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD- 2): Evaluación preliminar de la validez y confiabilidad inter-evaluador*. *Rev. chil. neuro-psiquiatr*. 2009; 47(4). doi:10.4067/S0717-92272009000400003.
- Perroca MG, Gaidzinski RR. Avaliando a confiabilidade interavaliadores de um instrumento para classificação de pacientes: coeficiente Kappa. *Rev da Esc Enferm da USP [Internet]*. 2003 Mar;37(1):72–80. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342003000100009&lng=pt&tlng=pt

- Pietrzak RH, Tracy M, Galea S, Kilpatrick DG, Ruggiero KJ, Hamblen JL, et al. Resilience in the face of disaster: prevalence and longitudinal course of mental disorders following Hurricane Ike. Fontenelle L, editor. *PLoS One* [Internet]. 2012 Jun 26;7(6):e38964. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0038964>
- Pole, N, Ablon, J., O'Connor, L, Weiss, J. Ideal control mastery technique correlates with change in a single case. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2002. 39(1): 88–96. doi:10.1037/0033-3204.39.1.88
- Pollock C, Andrews G. Defense styles associated with specific anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 1989 Nov;146(11):1500-2. doi: 10.1176/ajp.146.11.1500. PMID: 2817128.
- Raony Í, de Figueiredo CS, Pandolfo P, Giestal-de-Araujo E, Oliveira-Silva Bomfim P, Savino W. Psycho-Neuroendocrine-Immune Interactions in COVID-19: Potential Impacts on Mental Health. *Front Immunol*. 2020 May 27;11:1170. doi: 10.3389/fimmu.2020.01170. PMID: 32574266; PMCID: PMC7267025.
- Rebouças CDAV, Bastos AG, Barbisan GK, Gonçalves L, Carniel BP, Rocha NS da. Propriedades psicométricas do protocolo de sistema diagnóstico Operationalization of Psychodynamic Diagnosis 2 (OPD-2) em pacientes com transtorno mental grave em psicoterapia. *Rev Bras Psicoter* [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 10]. <http://rbp.celg.org.br/default.asp>.
- Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, Saunders BE, Best CL. Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *J Consult Clin Psychol*. 1993 Dec;61(6):984-91. doi: 10.1037//0022-006x.61.6.984. PMID: 8113499.
- Ribeiro WS, Mari Jde J, Quintana MI, Dewey ME, Evans-Lacko S, Vilete LM, Figueira I, Bressan RA, de Mello MF, Prince M, Ferri CP, Coutinho ES, Andreoli SB. The impact of epidemic violence on the prevalence of psychiatric disorders in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil. *PLoS One*. 2013 May 8;8(5):e63545. doi: 10.1371/journal.pone.0063545. PMID: 23667636; PMCID: PMC3648507.
- Robles-García R, Fresán A, Yoldi M. Posttraumatic stress disorder in urban women. *Curr Opin Psychiatry*. 2020 May;33(3):245-249. doi: 10.1097/YCO.0000000000000585. PMID: 32040042.
- Romagnoli, RC. A violência contra a mulher em Montes Claros. *Barbarói*. 2015;43: 27-47. doi:10.17058/barbaroi.v0i0.4815
- Rosa, MD. A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. *Rev. Mal-Estar Subj*. 2004; 4(2):329–348. doi:10.5020/23590777.4.2.329.
- Rothbaum, BO, Foa, EB, Riggs, DS, Murdock, T, & Walsh, W. A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *J Trauma Stress*. 1992; 5(3): 455–475. doi:10.1002/jts.2490050309.
- Rutter M. Resilience, competence, and coping. *Child Abuse Negl*. 2007 Mar;31(3):205-9. doi: 10.1016/j.chiabu.2007.02.001. Epub 2007 Apr 3. PMID: 17408738.
- Sáinz CO. El apego desorganizado y su relación con diferentes patologías infantiles. Madrid. *Graduação em Psicologia [Facultad de Ciencias Humanas y Sociales]*

- Universidad Pontificia Comillas; 2019. Available from:
<https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/41341>
- Santana MRM. Transtorno de estresse agudo : um estudo sobre as características de personalidade e estilos defensivos em pacientes vítimas de trauma físico [Internet]. [Porto Alegre]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.; 2015. Available from: <http://hdl.handle.net/10183/116790>
- Santana MRM, Zatti C, Spader ML, Malgarim BG, Salle E, Piltcher R, et al. Acute stress disorder and defense mechanisms: A study of physical trauma patients admitted to an emergency hospital. *Trends Psychiatry Psychother.* 2017;39(4):247–56.
- Santiago J, Pescio N, Gómes MJP, Roussos A. La conceptualización de um caso de transtorno de ansiedade generalizada (TAG) propuesta por terapeutas psicoanalíticos. Análisis mediante los criterios del Psicodiagnóstico Psicodinámico Operacionalizado 2 (OPD-2): Resultados preliminares. *Anu investigaciones* [Internet]. 2013 [cited 2022 May 10]. <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139949037.pdf>.
- Santos, OB, Kionna, Araújo, TM de, Sousa Pinho, P de, Conceição Silva, AC. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). *Rev Baiana Saúde Pública.* 2010; 34(3). doi:10.22278/2318-2660.2010.v34.n3.a54.
- Santos VM. O Trauma complexo e a sua relação com os traços de personalidade. Lisboa. Dissertação de Mestrado. [Mestrado em Psicologia] Universidade de Lisboa; 2018. Available from: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/37563>
- Şar V. The many faces of dissociation: opportunities for innovative research in psychiatry. *Clin Psychopharmacol Neurosci.* 2014 Dec;12(3):171-9. doi: 10.9758/cpn.2014.12.3.171. Epub 2014 Dec 26. PMID: 25598819; PMCID: PMC4293161.
- Schestatsky, S., Shansis, F., Ceitlin, L. H., Abreu, P. B. S., & Hauck, S. (2003). A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático. *Braz. J. Psychiatry.* 2003 Jun 25 (suppl 1): 8–11. doi:10.1590/S1516-44462003000500003.
- Schneider G, Tiemann M, Stumpf A, Heuft G. Dimensions of the operationalized psychodynamic diagnosis system that predict long-term outcome after inpatient psychotherapy. *Psychopathology.* 2015;48(2):101-13. doi: 10.1159/000368311. Epub 2014 Dec 11. PMID: 25501867.
- Schottenbauer MA, Glass CR, Arnkoff DB, Tendick V, Gray SH. Nonresponse and Dropout Rates in Outcome Studies on PTSD: review and Methodological Considerations. *Psychiatry Interpers Biol Process* [Internet]. 2008 [cited 2022 Jul 15]. <http://guilfordjournals.com/doi/10.1521/psyc.2008.71.2.134>.
- Serralta FB, Nunes MLT, Eizirik CL. Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na pesquisa em psicoterapia. *Estud Psicol* [Internet]. 2011 Dec;28(4):501–10. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2011000400010&lng=pt&tlng=pt
- Sharbafshaaer, M, Kord, M. Adaptation of the Defensive Style Questionnaire 60 (DSQ-60) within a Iranian Cancer Patients Sample. *Internat J of Humanities and Social Science.* 2017 Mrch to April; 4(2):13–16. doi:10.14445/23942703/IJHSS-V4I2P103.

- Sher L. Recognizing post-traumatic stress disorder. *QJM*. 2004 Jan;97(1):1-5. doi: 10.1093/qjmed/hch003. PMID: 14702505.
- Silverstein, R. Combat-related trauma as measured by ego developmental indices of defenses and identity achievement. *J Genetic Psychology*. 1996; 157(2):169–179. doi:10.1080/00221325.1996.9914855.
- Steel, Z, Marnane, C, Iranpour, C, Chey, T, Jackson, JW, Patel, V, Silove, D. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *Int J Epidemiol*. 2014 Apr; 43(2):476-93. doi: 10.1093/ije/dyu038.
- Stein, MB, Campbell-Sills, L, Gelernter, J. (2009). Genetic variation in 5HTTLPR is associated with emotional resilience. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2009 Oct 5; 150B(7):900–906. doi: 10.1002/ajmg.b.30916.
- Stein MB, Chen CY, Ursano RJ, Cai T, Gelernter J, Heeringa SG et al. Genome-wide Association Studies of Posttraumatic Stress Disorder in 2 Cohorts of US Army Soldiers. *JAMA Psychiatry*. 2016; 73(7):695-704. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.0350
- Steinert C, Hofmann M, Leichsenring F, Kruse J. The course of PTSD in naturalistic long-term studies: High variability of outcomes. A systematic review. *Nord J Psychiatry [Internet]*. 2015 Oct 3;69(7):483–96. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/08039488.2015.1005023>
- Teche SP, Barros AJS, Rosa RG, Guimarães LP, Cordini KL, Goi JD et al. Association between resilience and posttraumatic stress disorder among Brazilian victims of urban violence: a cross-sectional case-control study. *Trends Psychiatry Psychother*. 2017 Apr-Jun;39(2):116-123. doi: 10.1590/2237-6089-2016-0070. PMID: 28700041.
- Teche S, Ramos-Lima LF . Indicações de tratamento psicoterápico individual no transtorno de estresse pós-traumático. *Rev Brasileira de Psicoterapia*. 2016; 18(2):134–144. Available from: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/201458/001104949.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007 Dec;19(6):349-57. doi: 10.1093/intqhc/mzm042. Epub 2007 Sep 14. PMID: 17872937.
- Uchitel, M. Neurose traumática: Uma revisão crítica do conceito de trauma. São Paulo: C. do Psicólogo; 2001, 216p .
- Ursano RJ, Bell C, Eth S, Friedman M, Norwood A, Pfefferbaum B, Pynoos JD, Zatzick DF, Benedek DM, McIntyre JS, Charles SC, Altshuler K, Cook I, Cross CD, Mellman L, Moench LA, Norquist G, Twemlow SW, Woods S, Yager J; Work Group on ASD and PTSD; Steering Committee on Practice Guidelines. Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 2004 Nov;161(11 Suppl):3-31. PMID: 15617511.
- US Department of Veterans Affairs V. Clinical Practice Guideline for the Management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder [Internet]. 2017. Available from: healthquality.va.gov/guidelines/mh/ptsd

- van Rooij, SJH, Stevens, JS., Ely, TD., Fani, N, Smith, AK, Kerley, KA, Lori, A, Ressler, KJ, Jovanovic, T. Childhood trauma and COMT genotype interact to increase hippocampal activation in resilient individuals. *Front. Psychiatry*. 2016 September 16; 7(12):156-156.doi:10.3389/fpsy.2016.00156
- Viana, MC, Teixeira, MG, Beraldi, F, Bassani, I de S, Andrade, LH. (2009). São Paulo Megacity Mental Health Survey - a population-based epidemiological study of psychiatric morbidity in the São Paulo metropolitan area: aims, design and field implementation. *Braz. J. Psychiatry*. 2009 Dec; 31(4): 375–386. doi:10.1590/S1516-44462009000400016
- Vicente CS, Oliveira RA, Silva F, Ferrajão P, Augusto S, Oliveira S, Senra H, Oliveira R, Krieger D. Cross-cultural adaptation of the Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2) in Portugal. *Trends Psychiatry Psychother*. 2012 Sep;34(3):129-38. doi: 10.1590/s2237-60892012000300004. PMID: 25923004.
- Vieira, PR, Garcia, LP, Maciel, ELN. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? *Rev. bras. epidemiol*. 2020 Abr. 23 doi:10.1590/1980-549720200033.
- Vogt D, Vaughn R, Glickman ME, Schultz M, Drainoni M-L, Elwy R, et al. Gender differences in combat-related stressors and their association with postdeployment mental health in a nationally representative sample of U.S. OEF/OIF veterans. *J Abnorm Psychol* [Internet]. 2011 [cited 2022 Jun 10]. <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0023452>
- Vranceanu A-M, Hobfoll SE, Johnson RJ. Child multi-type maltreatment and associated depression and PTSD symptoms: the role of social support and stress. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2007 Jan;31(1):71–84. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014521340600336X>
- Waikamp V, Serralta F, Ramos-Lima LF, Zatti C, Freitas L. Relationship between childhood trauma, parental bonding and defensive styles with psychiatric symptoms in the adult life. *Trends Psychiatry Psychother* [Internet]. 2021 [cited 2022 May 15]. https://docs.google.com/document/d/1_dFz1quitowu6Ra6Ddf5kFxtsj677-jaRf3IDRruaJ4/edit.
- Waiselfisz, J. J. Mapa da violência 2015: homicídio de mulheres do Brasil. 1. ed. Brasília: Flasco. 2015; 79 p.
- Wang J, Langille DB, Patten SB. Mental health services received by depressed persons who visited general practitioners and family doctors. *Psychiatr Serv*. 2003 Jun;54(6):878-83. doi: 10.1176/appi.ps.54.6.878. Erratum in: *Psychiatr Serv*. 2003 Jul;54(7):980. PMID: 12773604.
- Wang Z, Young MR. PTSD, a Disorder with an Immunological Component. *Front Immunol*. 2016 Jun 6;7:219. doi: 10.3389/fimmu.2016.00219. PMID: 27375619; PMCID: PMC4893499.
- Watts BV, Schnurr PP, Mayo L, Young-Xu Y, Weeks WB, Friedman MJ. Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. 2013 Jun;74(6):e541-50. doi: 10.4088/JCP.12r08225. PMID: 23842024.
- Weathers FW, Bovin MJ, Lee DJ, Sloan DM, Schnurr PP, Kaloupek DG, Keane TM, Marx BP. The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5): Development and

- initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychol Assess*. 2018 Mar;30(3):383-395. doi: 10.1037/pas0000486. Epub 2017 May 11. PMID: 28493729; PMCID: PMC5805662.
- Wilson MA, Reagan LP. Special Issue: New perspectives in PTSD. *Exp Neurol* [Internet]. 2016 Oct;284:115–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0014488616302813>
- Wingo AP, Ressler KJ, Bradley B. Resilience characteristics mitigate tendency for harmful alcohol and illicit drug use in adults with a history of childhood abuse: A cross-sectional study of 2024 inner-city men and women. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2014 Apr;51:93–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022395614000168>
- Winnicott DW. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. 4 ed. São Paulo: F. Alves; 1993.
- World Health Organization. WHO. The ICD-11 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. [Internet]. 2018. (cited 2022 dec 22). Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.
- World Health Organization. WHO. Mental Health & COVID-19. [Internet]. 2020. (cited 2022 dec 15). Available from <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/covid-19>
- Yen S, Shea MT, Battle CL, Johnson DM, Zlotnick C, Dolan-Sewell R, et al. Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 2002 (cited 2022 Jun 05). <http://journals.lww.com/00005053-200208000-00003>.
- Zanatta, D, Benetti, SP da C. Representação mental e mudança terapêutica: uma contribuição da perspectiva psicanalítica da teoria das relações objetais. *Psic.: Teor. e Pesq*. 2012 Mar; 28(1):93–100. doi:10.1590/S0102-37722012000100012.
- Zannas AS, Provençal N, Binder EB. Epigenetics of Posttraumatic Stress Disorder: Current Evidence, Challenges, and Future Directions. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2015 [cited 2022 Jul 01]. [https://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223\(15\)00281-4/fulltext](https://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223(15)00281-4/fulltext)
- Zatti C, Both LM, Bastos AG, Oliveira SES de, Favaretto TC, Guimarães LSP, et al. Características psicodinâmicas de pacientes com tentativa de suicídio. *Rev Bras Psicoter* [Internet]. 2022;24(2). Available from: https://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=424
- Zatti C, Rosa V, Barros A, Valdivia L, Calegari VC, Freitas LH, et al. Childhood trauma and suicide attempt: A meta-analysis of longitudinal studies from the last decade. *Psychiatry Res* [Internet]. 2017 Oct;256:353–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165178117300069>
- Zayfert C, DeViva JC, Becker CB, Pike JL, Gillock KL, Hayes SA. Exposure utilization and completion of cognitive behavioral therapy for PTSD in a “real world” clinical practice. *J Trauma Stress* [Internet]. 2005 Dec;18(6):637–45. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jts.20072>

Zimerman, DE. 2008. Vocabulário Contemporâneo de Psicanálise. ArteMed, Porto Alegre; 2008. 459 p.

Zygouris R. O vínculo inédito. Editora Es. São Paulo, SP; 2003. 80 p.

12 ANEXOS

ANEXO A- CAPS-5

CAPS-5 Page 1

Centro Nacional para TEPT
ESCALA DE TEPT ADMINISTRADA PELO CLÍNICO PARA DSM-5
VERSÃO MÊS PASSADO

Nome: _____ ID#: _____
Entrevistador: _____ Data: _____
Estado: _____

Frank W. Weathers, Dudley D. Blake, Paula P. Schnurr,
Danny G. Kaloupek, Brian P. Marx, & Terence M. Keane

Centro Nacional para Transtorno de Estresse Pós-Traumático
28 de Outubro, 2013

Instruções

A administração e pontuação padronizadas da CAPS-5 são essenciais para produção de escores válidos e confiáveis e para decisões diagnósticas. A CAPS-5 deve ser administrada apenas por entrevistadores qualificados que tenham treinamento formal em entrevista clínica estruturada e diagnósticos diferenciais, uma profunda compreensão das bases conceituais do TEPT e de seus vários sintomas, e conhecimento detalhado das características e convenções da própria CAPS-5.

Administração

1. Identificar um evento traumático índice para servir de base na investigação dos sintomas. Administrar a Lista de Eventos de Vida – Checklist e o Critério A fornecido na p. 5 ou utilizar algum outro método estruturado, baseado em evidências. O evento índice pode envolver um único incidente (por exemplo: "o acidente") ou vários incidentes, estreitamente relacionados (por exemplo: "as piores partes de suas experiências de combate").
2. Leia o que se pede literalmente, uma pergunta de cada vez e na ordem apresentada, EXCETO:
 - a. Use as palavras do próprio entrevistado para rotular o evento índice ou descrever os sintomas específicos.
 - b. Reformule as perguntas padronizadas para confirmar a informação previamente relatada, mas retorne a frase literal assim que possível. Por exemplo, a investigação do item 20 pode começar com: "Você já mencionou que tem problemas para dormir. Quais tipos de problemas?"
 - c. Se você não tiver informações suficientes após esgotar todas as perguntas padronizadas, improvise o prosseguimento. Neste caso repetir a instrução inicial muitas vezes ajuda o entrevistado a retomar o foco.
 - d. Conforme necessário, peça exemplos específicos ou ajude o entrevistado a elaborar, mesmo quando essas alternativas não são fornecidas de forma explícita.
3. Em geral, NÃO sugira respostas. Se o entrevistado informou dificuldade em entender a instrução, pode ser necessário fornecer um breve exemplo para esclarecer ou ilustrar. No entanto, isso deve ser feito raramente e somente após o entrevistado ter tido a ampla oportunidade de responder espontaneamente.
4. **NÃO leia as escalas de classificação âncoras para o entrevistado. Elas são destinadas apenas para você, o entrevistador, pois o uso apropriado requer julgamento clínico e uma compreensão completa das convenções de pontuação da CAPS-5.**
5. Percorra pela entrevista da forma mais eficiente possível à fim de minimizar a carga imposta ao entrevistado. Algumas estratégias úteis são:
 - a. Esteja bem familiarizado com a CAPS-5 para que as questões fluam com suavidade.
 - b. Faça o menor número de perguntas necessárias para obter informações suficientes para garantir uma classificação válida.
 - c. Minimizar as anotações e a escrita enquanto o entrevistado estiver falando para evitar longas pausas.
 - d. Assuma o controle da entrevista. Seja respeitoso, porém firme em manter o entrevistado na tarefa, transitando entre as perguntas, pressionando por exemplos ou apontando contradições.

Pontuando

1. Como nas versões anteriores da CAPS, a classificação da gravidade dos sintomas da CAPS-5 é baseada na frequência e intensidade do sintoma, exceto para os itens 8 (amnesia) e 12 (interesse diminuído), que são baseados na quantidade e intensidade. No entanto, os itens da CAPS-5 são classificados com um único escore de gravidade, em contraste com as versões anteriores da CAPS, que exigia os escores de frequência e intensidade separados para cada item, que eram somados para criar um escore de gravidade dos sintomas ou combinados em várias regras de pontuação para criar um escore dos sintomas dicotômicos (presente/ausente). Assim, na CAPS-5 o clínico combina informações sobre a frequência e intensidade antes de fazer uma única classificação de gravidade. Dependendo do item, a frequência é classificada com o número de ocorrências (quantas vezes no mês passado) ou o percentual de tempo (por quanto tempo no mês passado). A intensidade é classificada em uma escala ordinal de quatro pontos com classificação de *Mínima*, *Claramente Presente*, *Pronunciada* e *Extrema*. Intensidade e gravidade são relacionadas, porém distintas. Intensidade refere-se à força de uma ocorrência típica de um sintoma. Gravidade refere-se à carga total do sintoma durante um determinado período de tempo e é uma combinação da intensidade e frequência. Isto é semelhante à abordagem de avaliação de quantidade/frequência para o consumo de álcool. Em geral as âncoras (referências) de avaliação da intensidade correspondem às âncoras das escalas de gravidade abaixo descritas e devem ser interpretadas e usadas da mesma maneira, exceto as classificações de gravidade que requerem consideração conjunta da intensidade e da frequência. Assim, antes de considerar a frequência, uma classificação de intensidade como *Mínima* corresponde à classificação de gravidade *Leve / sublimiar*, *Claramente Presente* corresponde ao *Moderado/ limiar*, *Pronunciado* corresponde ao *Grave / marcadamente elevado*, e *Extremo* corresponde ao *Extremo / incapacitante*.

2. A escala de classificação de gravidade do sintoma de cinco pontos CAPS-5 é utilizada para todos os sintomas. As âncoras da escala de classificação devem ser interpretadas e usadas como segue:
 - 0 Ausente** O entrevistado negou o problema ou o relato do entrevistado não se encaixou nos critérios de sintomas do DSM-5.
 - 1 Leve / sublimiar** O entrevistado descreveu um problema que é consistente com o critério do sintoma, mas não é grave o suficiente para ser considerado clinicamente significativo. O problema não satisfaz o critério do sintoma do DSM-5 e, portanto, não pontua para diagnóstico de TEPT.
 - 2 Moderado / limiar** O entrevistado descreveu um problema clinicamente significativo. O problema satisfaz o critério do sintoma do DSM-5 e, portanto, pontua para diagnóstico de TEPT. O problema seria um alvo para intervenção. Esta classificação requer uma frequência mínima de *2 X mês* ou *alguma parte do tempo (20-30%)* MAIS um mínimo de intensidade *Claramente Presente*.
 - 3 Grave / marcadamente elevado** O entrevistado descreveu o problema que está bem acima do limiar. O problema é difícil de gerir e, por vezes, angustiante, e seria um alvo proeminente para a intervenção. Esta classificação requer uma frequência mínima de *2 X semana* ou *a maior parte do tempo (50-60%)* MAIS um mínimo de intensidade *Pronunciado*.
 - 4 Extremo / incapacitante** O entrevistado descreveu um sintoma dramático, muito acima do limiar. O problema é generalizado, incontrolável e angustiante, e seria um alvo de alta prioridade para a intervenção.
3. Em geral, faça determinada classificação de gravidade somente se a frequência mínima e a intensidade para aquela classificação forem de encontro. No entanto, você pode exercer o julgamento clínico em fazer uma determinada classificação de gravidade se a frequência relatada é um pouco menor do que o necessário, mas a intensidade é maior. Por exemplo, você pode classificar gravidade *Moderado/limiar* se um sintoma ocorrer *1 X mês* (ao invés do requerido *2 X mês*), desde que a intensidade seja classificada *Pronunciado* ou *Extremo* (ao invés do requerido *Claramente Presente*). Da mesma forma, você pode classificar a gravidade como *Grave / marcadamente elevado* se um sintoma que ocorre *1 X semana* (ao invés do requerido *2 X semana*), contanto que a intensidade seja classificada como *Extremo* (ao invés do requerido *Pronunciado*). Se você encontrar dificuldade para decidir entre duas classificações de gravidade, opte pela classificação mais baixa.
4. Você precisa estabelecer que um sintoma não satisfaz apenas ao critério do DSM-5 fenomenologicamente, mas também está relacionado funcionalmente ao evento traumático índice, ou seja, iniciou ou piorou como resultado do evento. Os itens 1-8 e 10 da CAPS-5 (revivescência, evitação, amnesia e culpa) são inerentes ao evento. Avalie a relação com o trauma (RT) para os itens restantes, utilizando o inventário e a escala de classificação de RT. As três classificações de RT são:
 - a. **Definida** = o sintoma pode ser claramente atribuído ao trauma índice, porque (1) há uma mudança evidente do nível de funcionamento pré-trauma e/ou (2) o entrevistado faz a atribuição ao trauma índice com confiança.
 - b. **Provável** = o sintoma está provavelmente relacionado com o trauma, mas uma conexão inequívoca não pode ser feita. As situações nas quais essa classificação será atribuída incluem o seguinte: (1) parece haver uma mudança no nível de funcionamento pré-trauma, mas não é tão claro e explícito como seria para a classificação "Definida"; (2) o entrevistado atribui uma ligação casual entre o sintoma e o trauma, porém não tão confiante como para uma classificação "Definida"; (3) parece haver uma relação funcional entre o sintoma e sintomas inerentes ligados ao trauma tais como os sintomas de revivescência (p.ex.: entorpecimento ou distanciamento aumentados quando a revivescência aumenta).
 - c. **Improvável** = o sintoma pode ser atribuído a outra causa além do trauma índice, porque (1) há uma ligação funcional óbvia com essa outra causa e/ou (2) o entrevistado faz uma atribuição confiante para esta outra causa e nega uma ligação com o trauma índice. Por ser difícil excluir uma ligação funcional entre um sintoma e o trauma índice, uma classificação *Improvável* deve ser usada somente quando a evidência aponta fortemente para uma outra causa além do trauma índice. NOTA: Sintomas com um RT classificando *Improvável* não devem ser considerados como diagnóstico de TEPT ou incluídos na pontuação total de gravidade da CAPS-5.
5. **Escore(Pontuação) total de gravidade dos sintomas da CAPS-5** é calculado através da soma da pontuação de gravidade dos itens 1-20. NOTA: a pontuação de gravidade para os dois itens de dissociação (29 e 30) NÃO deve ser incluído no cálculo total de pontuação da gravidade da CAPS-5.
6. **A pontuação total de gravidade dos grupos de sintomas da CAPS-5** são calculados através da soma dos itens que pontuam gravidade para os sintomas contidos em dados agrupamentos do DSM-5. Assim, o escore de gravidade do Critério B (revivescência) é a soma individual dos escores de gravidade dos itens 1-5; o escore de gravidade do Critério C (evitação) é a soma dos itens 6 e 7; o escore de gravidade do Critério D (alterações negativas da cognição e humor) é a soma dos itens 8-14; e o escore de gravidade do Critério E (hiperexcitação) é a soma dos itens 15-20. Também se pode calcular o escore de gravidade dos agrupamentos de sintomas dissociativos pela soma dos itens 29 e 30.
7. **O status do diagnóstico do TEPT** é determinado primeiramente pela dicotomização dos sintomas individualmente em "presente" ou "ausente", assim seguindo a diretriz diagnóstica do DSM-5. Um sintoma é considerado presente somente se o item correspondente à pontuação de gravidade for classificado como 2=*Moderado/limiar* ou maior. Os itens 9 e 11-20 possuem o requisito adicional de classificação da relação com o trauma como *Definida* ou *Provável*. Diferente disso, o sintoma é considerado ausente. Os critérios diagnósticos do DSM-5 requerem a presença de ao menos um sintoma do Critério B, um sintoma do Critério C, dois sintomas do Critério D e dois sintomas do Critério E. Somado a isso, os Critérios Fe G devem

ir de encontro. O Critério F requer a duração mínima de um mês da perturbação. O Critério G requer que a perturbação tenha causado sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo funcional, como indicado pela classificação de 2=moderado ou maior nos itens 23-25.

Critério A: Exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual em uma (ou mais) das seguintes formas:

1. Vivenciar diretamente o(s) evento(s) traumático(s).
2. Testemunhar pessoalmente o evento ocorrido com outras pessoas.
3. Saber que o evento ocorreu com algum membro da família próximo, ou a algum amigo próximo. Nos casos de ameaça real de morte de um membro da família ou amigo, o(s) evento(s) deve ter sido violento ou accidental.
4. Ser exposto de forma repetida ou extrema à detalhes aversivos do evento traumático (p.ex., socorristas coletando restos mortais; policiais repetidamente expostos à detalhes de abuso infantil).

Nota: O Critério A4 não se aplica à exposição por meio de mídia eletrônica, televisão, filmes ou fotografias, a menos que tal exposição esteja relacionada ao trabalho.

[Aplicar a Lista de Eventos de Vida ou outro instrumento estruturado de rastreamento de trauma]

Vou lhe perguntar sobre o questionário de experiências estressantes que você preencheu. Primeiro vou pedir para me contar um pouco sobre o evento que você disse que foi o pior para você. Então vou perguntar como esse evento pode ter afetado você durante o mês passado. Em geral não vou precisar de muitas informações – apenas o suficiente para entender qualquer problema que você possa ter tido. Por favor, me avise se você sentir que está se aborrecendo conforme forem feitas as perguntas, para que possamos ir com calma e falar a respeito delas. Também me avise se você tiver alguma dúvida ou não entender algo. Você tem alguma pergunta antes de iniciarmos?

O evento que você disse ter sido o pior foi (EVENTO). Eu gostaria que você descrevesse brevemente o que aconteceu.

Evento índice(principal/traumático) (especifique):

<p>O que aconteceu? (Quantos anos você tinha? Como você se envolveu? Quem mais estava envolvido? Alguém foi seriamente ferido ou morto? A vida de alguém estava em perigo? Quantas vezes isso aconteceu?)</p>	<p><i>Tipo de Exposição:</i></p> <p>Experienciou ___</p> <p>Testemunhou ___</p> <p>Ficou sabendo ___</p> <p>Exposto a detalhes aversivos ___</p> <p>Ameaça à vida? NÃO SIM [de si ___ do outro ___]</p> <p>Lesão grave? NÃO SIM [de si ___ do outro ___]</p> <p>Violência sexual? NÃO SIM [de si ___ do outro ___]</p> <p>Preenche o Critério A? NÃO PROVÁVEL SIM</p>
--	---

Para o restante da entrevista, gostaria que você mantivesse em mente o (EVENTO) enquanto pergunto sobre os diferentes problemas que pode ter causado a você. Você pode ter tido algum desses problemas antes, mas para esta entrevista iremos focar apenas no mês passado. Para cada problema irei perguntar se ocorreu durante o mês passado, e caso afirmativo, o quanto e com que frequência isso incomodou você.

Critério B: Presença de um (ou mais) dos seguintes sintomas intrusivos associados ao(s) evento(s) traumático(s), começando depois de sua ocorrência:

1. (B1) Lembranças intrusivas angustiantes, recorrentes e involuntárias do(s) evento(s) traumático(s). Nota: Em crianças acima de 6 anos de idade, pode ocorrer brincadeira repetitiva na qual temas ou aspectos do evento traumático são expressos.

<p>No mês passado você teve quaisquer memórias indesejadas do (EVENTO), enquanto você estava acordado(a), por isso, sem contar os sonhos? [Classifique 0=Ausente, se apenas durante os sonhos]</p> <p>Como acontece de você começar a lembrar do (EVENTO)?</p> <p>[Se não estiver claro:] (Estas memórias são indesejadas ou você pensa sobre (EVENTO) propositalmente?) [Classifique 0=Ausente, a menos que percebido de forma involuntária e intrusiva]</p> <p>O quanto essas memórias incomodam você?</p> <p>Você é capaz de deixá-las de lado e pensar em outra coisa?</p> <p><u>Circule:</u> Angústia = <i>Mínima</i> <i>Claramente Presente</i> <i>Pronunciada</i> <i>Extrema</i></p> <p>Quantas vezes você já teve essas lembranças no mês passado? # de vezes _____</p>	<p>0 Ausente</p> <p>1 Leve / sublimiar</p> <p>2 Moderado / limiar</p> <p>3 Grave / marcadamente elevado</p> <p>4 Extremo / incapacitante</p>
<p>Dimensões chave para classificação = frequência / intensidade da angústia Moderado = ao menos 2 X mês / angústia claramente presente, alguma dificuldade em dispensar as memórias. Grave = ao menos 2 X semana / angústia pronunciada, dificuldade considerável em dispensar as memórias.</p>	

2. (B2) Sonhos angustiantes recorrentes nos quais o conteúdo e/ou sentimento do sonho estão relacionados com o evento traumático. Nota: Em crianças, pode haver pesadelos sem conteúdo identificável.

<p>No mês passado, você teve algum sonho angustiante sobre (EVENTO)?</p> <p>Descreva um sonho típico. <i>(O que acontece?)</i></p> <p>[Se não estiver claro:] (Esses sonhos acordam você?)</p> <p>[Se sim:] (O que você sentiu ao acordar? Quanto tempo você levou para voltar a dormir?)</p> <p>[Se a resposta for não voltar a dormir:] (Quanto tempo de sono você perde?)</p> <p>O quanto esses sonhos incomodam a você?</p> <p><u>Circule:</u> Angústia = <i>Mínima</i> <i>Claramente Presente</i> <i>Pronunciada</i> <i>Extrema</i></p> <p>Com que frequência você teve esses sonhos no último mês? # de vezes _____</p>	<p>0 Ausente</p> <p>1 Leve / sublimiar</p> <p>2 Moderado / limiar</p> <p>3 Grave / marcadamente elevado</p> <p>4 Extremo / incapacitante</p>
<p>Dimensões chave para classificação = frequência / intensidade da angústia Moderado = ao menos 2 X mês / angústia claramente presente, menos de 1 hora de sono perdido Grave = ao menos 2 X semana / angústia pronunciada, mais de 1 hora de sono perdido</p>	

3. (B3) Reações dissociativas (p. ex.: flashbacks) nas quais o indivíduo sente ou age como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente. (Essas reações podem ocorrer em um continuum, com a expressão mais extrema na forma de uma perda completa de percepção do ambiente ao redor.)
Nota: Em crianças a reencenação específica do trauma pode ocorrer na brincadeira.

<p>No mês passado houve vezes em que você de repente agiu ou sentiu como se o (EVENTO) estivesse realmente acontecendo de novo?</p>	<p>0 Ausente</p>
--	-------------------------

<p>[Se não estiver claro:] <i>(Isto é diferente do que pensar ou sonhar à respeito – agora estamos perguntando sobre flashbacks, quando você se sente como se estivesse realmente de volta a hora do (EVENTO), realmente revivendo o acontecido.)</i></p> <p>O quanto parece como se (EVENTO) estivesse acontecendo novamente? <i>(Você está confuso sobre onde realmente você está?)</i></p> <p>O que você faz enquanto isso está acontecendo? <i>(Outras pessoas percebem o seu comportamento? O que eles dizem?)</i></p> <p>Quanto tempo isso dura?</p> <p><i>Circule: Dissociação = Mínima Claramente Presente Pronunciada Extrema</i></p> <p>Com que frequência isso aconteceu no último mês? # de vezes _____</p> <hr/> <p>Dimensões chave para classificação = frequência / intensidade da dissociação Moderado = ao menos 2 X mês / qualidade dissociativa claramente presente, pode manter alguma percepção do ambiente ao redor mas revive o evento de maneira distinta dos pensamentos e memórias. Grave = ao menos 2 X semana / qualidade dissociativa pronunciada, relata vívido reviver, e.x., com imagens, sons e cheiros.</p>	<p>1 <i>Leve / sublimiar</i></p> <p>2 <i>Moderado / limiar</i></p> <p>3 <i>Grave / marcadamente elevado</i></p> <p>4 <i>Extremo / incapacitante</i></p>
--	---

4. (B4) Sofrimento psicológico intenso ou prolongado ante a exposição a sinais internos ou externos que simbolizam ou se assemelham a algum aspecto do evento traumático.

<p>No mês passado, você ficou <u>emocionalmente abalado</u> quando <u>algo lhe lembrou</u> (EVENTO)?</p> <p>Quais os tipos de lembranças que deixaram você chateado?</p> <p>O quanto essas lembranças incomodaram você?</p> <p>Você é capaz de se acalmar quando isso acontece? <i>(Quanto tempo leva?)</i></p> <p><i>Circule: Angústia = Mínima Claramente Presente Pronunciada Extrema</i></p> <p>Com que frequência isso aconteceu no último mês? # de vezes _____</p> <hr/> <p>Dimensões chave para classificação = frequência / intensidade da angústia Moderado = ao menos 2 X mês / angústia claramente presente, alguma dificuldade de recuperação . Grave = ao menos 2 X semana / angústia pronunciada, dificuldade considerável de recuperação</p>	<p>0 <i>Ausente</i></p> <p>1 <i>Leve / sublimiar</i></p> <p>2 <i>Moderado / limiar</i></p> <p>3 <i>Grave / marcadamente elevado</i></p> <p>4 <i>Extremo / incapacitante</i></p>
--	---

5. (B5) Reações fisiológicas intensas a sinais internos ou externos que simbolizam ou se assemelham a algum aspecto do evento traumático.

<p>No mês passado você teve alguma <u>reação física</u> quando <u>algo o fez lembrar</u> o (EVENTO)?</p>	<p>0 <i>Ausente</i></p>
---	-------------------------

<p>Você pode dar alguns exemplos? <i>(Seu coração dispara ou sua respiração muda? E quanto a suar ou sentir-se realmente tenso ou tremulo?)</i></p> <p>Quais os tipos de recordação que desencadearam essas reações?</p> <p>Quanto tempo você levou para se recuperar?</p> <p><i>Circule: Reação fisiológica = Mínima Claramente Presente Pronunciada Extrema</i></p> <p>Com que frequência isso aconteceu no último mês? # de vezes _____</p> <hr/> <p>Dimensões chave para classificação = frequência / intensidade de excitação fisiológica Moderado = ao menos 2 X mês / reação claramente presente, alguma dificuldade de recuperação. Grave = ao menos 2 X semana / reação pronunciada, dificuldade considerável de recuperação.</p>	<p>1 <i>Leve / sublimiar</i></p> <p>2 <i>Moderado / limiar</i></p> <p>3 <i>Grave / marcadamente elevado</i></p> <p>4 <i>Extremo / incapacitante</i></p>
---	---

Critério C: Evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático, começando após a ocorrência do evento, conforme evidenciado por um ou ambos dos seguintes aspectos:

6. (C1) Evitação ou esforços para evitar recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto com o evento traumático.

<p>No mês passado você tentou evitar pensamentos ou sentimentos sobre (EVENTO)?</p> <p>Quais tipos de pensamentos ou sentimentos você evita?</p> <p>Quanto esforço você faz para tentar evitar esses pensamentos ou sentimentos? (Que tipo de coisas você faz?)</p> <p><i>Circule: Evitação = Mínima Claramente Presente Pronunciada Extrema</i></p> <p>Com que frequência isso aconteceu no último mês? # de vezes _____</p> <hr/> <p>Dimensões chave para classificação = frequência / intensidade da evitação Moderado = ao menos 2 X mês / evitação claramente presente. Grave = ao menos 2 X semana / evitação pronunciada.</p>	<p>0 Ausente</p> <p>1 Leve / sublimiar</p> <p>2 Moderado / limiar</p> <p>3 Grave / marcadamente elevado</p> <p>4 Extremo / incapacitante</p>
---	---

7. (C2) Evitação ou esforços para evitar lembranças externas (pessoas, lugares, atividades, objetos, situações) que despertem recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático.

<p>No mês passado, você tentou evitar coisas que lembrem você do (EVENTO), como certas pessoas, lugares ou situações?</p> <p>Quais tipos de coisas você evitou?</p> <p>Quanto esforço você fez para evitar essas lembranças? (Você tem que se planejar ou mudar suas atividades para evita-las?)</p> <p>[Se não estiver claro.] (De forma geral, o quanto isso representa um problema para você? Como as coisas seriam diferentes se você não tivesse que evitar essas recordações?)</p> <p><i>Circule: Evitação = Mínima Claramente Presente Pronunciada Extrema</i></p> <p>Com que frequência isso aconteceu no último mês? # de vezes _____</p> <hr/> <p>Dimensões chave para classificação = frequência / intensidade da evitação Moderado = ao menos 2 X mês / evitação claramente presente. Grave = ao menos 2 X semana / evitação pronunciada.</p>	<p>0 Ausente</p> <p>1 Leve / sublimiar</p> <p>2 Moderado / limiar</p> <p>3 Grave / marcadamente elevado</p> <p>4 Extremo / incapacitante</p>
--	---

Critério D: Alterações negativas em cognições e humor associadas ao evento traumático, começando ou piorando depois da ocorrência de tal evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspectos:

8. (D1) Incapacidade de recordar um aspecto importante do evento traumático (geralmente em decorrência a amnésia dissociativa, e não a outros fatores, como traumatismo craniano, álcool ou drogas).

<p>No mês passado, você teve dificuldade para se lembrar de alguma parte importante do (EVENTO)? (Você sente que há lacunas na sua memória sobre o [EVENTO]?)</p> <p>Quais partes você teve dificuldade em se lembrar?</p> <p>Você sente que você deveria ser capaz de lembrar dessas coisas?</p> <p>[Se não estiver claro:] (Por que você acha que não pode? Você sofreu traumatismo craniano durante [EVENTO]? Você estava inconsciente? Você estava sob o efeito de álcool ou drogas?) [Classifique 0=Ausente se devido ao traumatismo craniano ou perda de consciência ou intoxicação durante o evento]</p> <p>[Se não estiver claro:] (Este esquecimento é normal? Ou você acha que possa ter bloqueado porque seria doloroso demais se lembrar?) [Classifique 0=Ausente se devido apenas ao esquecimento normal]</p> <p><u>Circule:</u> Dificuldade de lembrar = <i>Mínima</i> <i>Claramente Presente</i> <i>Pronunciada</i> <i>Extrema</i></p> <p>No mês passado, quantas partes importantes do (EVENTO) você teve dificuldade em se lembrar? (Quais partes você ainda se lembra?) # dos aspectos importantes _____</p> <p>Você seria capaz de se lembrar dessas coisas se você tentar?</p> <hr/> <p>Dimensões chave para classificação = quantidade de eventos que não lembrou / intensidade da incapacidade de recordar</p> <p>Moderado = ao menos um aspecto importante/ incapacidade de recordar claramente presente, alguma recordação é possível com esforço.</p> <p>Grave = vários aspectos importantes/ incapacidade de recordar marcada, pouca recordação mesmo com esforço.</p>	<p>0 Ausente</p> <p>1 Leve / sublimiar</p> <p>2 Moderado / limiar</p> <p>3 Grave / marcadamente elevado</p> <p>4 Extremo / incapacitante</p>
--	---

9. (D2) Crenças ou expectativas negativas persistentes e exageradas a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo (p.ex., "Sou mau", "Não se deve confiar em ninguém", "O mundo é completamente perigoso", "Todo meu Sistema nervoso está arruinado para sempre".

<p>No mês passado, você teve fortes crenças negativas sobre si mesmo(a), outras pessoas ou sobre o mundo?</p> <p>Você pode me dar alguns exemplos? (E quanto a acreditar que em coisas como: "Eu sou mau", "há algo muito errado comigo", "não se pode confiar em ninguém", "o mundo é completamente perigoso"?)</p> <p>O quão fortes são essas crenças? (O quão convencido você está de que essas crenças são realmente verdade? Você pode ver formas alternativas de pensar sobre isso?)</p> <p><u>Circule:</u> Convicção = <i>Mínima</i> <i>Claramente Presente</i> <i>Pronunciada</i> <i>Extrema</i></p> <p>Com que frequência no último mês você se sentiu assim? % de tempo _____</p> <p>Essas crenças começaram ou ficaram piores depois (EVENTO)? (Você acha que elas são relacionadas ao [EVENTO]? Como?) <u>Circule:</u> Relação com o trauma = <i>Definitiva</i> <i>Provável</i> <i>Improvável</i></p> <hr/> <p>Dimensões chave para classificação = frequência / intensidade das crenças</p> <p>Moderado = parte do tempo (20-30%) / expectativas negativas exageradas claramente presentes, alguma dificuldade em considerar crenças mais realistas.</p> <p>Grave = grande parte do tempo (50-60%) / expectativas negativas exageradas pronunciadas, considerável dificuldade em considerar crenças mais realistas.</p>	<p>0 Ausente</p> <p>1 Leve / sublimiar</p> <p>2 Moderado / limiar</p> <p>3 Grave / marcadamente elevado</p> <p>4 Extremo / incapacitante</p>
--	---

10. (D3) Cognições distorcidas persistentes a respeito das causas ou consequências do evento traumático que levam o indivíduo a culpar a si mesmo ou a outros.

<p>No mês passado você se culpou pelo (EVENTO) ou pelo que aconteceu com o resultado dele? Me corte mais sobre isso. (Em que sentido você se considera causador [EVENTO]? É por causa de alguma coisa que você fez? Ou alguma coisa que você acha que você deveria ter feito e não fez? É por causa de alguma coisa sobre você em geral?)</p>	<p>0 Ausente</p> <p>1 Leve / sublimiar</p>
--	--

<p>E quanto a <u>culpar alguém mais</u> pelo (EVENTO) ou pelo que aconteceu como resultado disso? Me conte mais sobre isso. (Em que sentido você considera [OUTROS] como causadores [EVENTO]? É por causa de algo que eles fizeram? Ou alguma coisa que você acha que eles deveriam ter feito, mas não fizeram?)</p> <p>Quanto você culpa (SI MESMO OU OS OUTROS)?</p> <p>O quão convencido você está de que (VOCÊ OU OS OUTROS) são realmente responsáveis pelo o que aconteceu? (Outras pessoas concordam com você? Você consegue ver outra maneira de pensar sobre isso?)</p> <p>[Classificação 0=Ausente se culpa somente o perpetrador, por exemplo: alguém que causou deliberadamente o evento e tinha a intenção de prejudicar]</p> <p><u>Circule:</u> Convicção = <i>Mínima</i> <i>Claramente Presente</i> <i>Pronunciada</i> <i>Extrema</i></p> <p>Com que frequência no último mês você se sentiu assim? % de tempo _____</p>	<p>2 Moderado / limiar</p> <p>3 Grave / marcadamente elevado</p> <p>4 Extremo / incapacitante</p>
<p>Dimensões chave para classificação = frequência / intensidade do sentimento de culpa Moderado = parte do tempo (20-30%) / culpa distorcida claramente presente, alguma dificuldade em considerar crenças mais realistas. Grave = grande parte do tempo (50-60%) / culpa distorcida pronunciada, grande dificuldade em considerar crenças mais realistas</p>	

11. (D4) Estado emocional negativo persistente (p. ex., medo, pavor, raiva, culpa ou vergonha).

<p>No mês passado, você teve algum forte sentimento negativo com o: medo, horror, raiva, culpa ou vergonha?</p> <p>Você pode dar alguns exemplos? (Quais sentimentos negativos você teve?)</p> <p>Quão fortes são esses sentimentos negativos?</p> <p>Quão bem você é capaz de lidar com eles?</p> <p><u>Circule:</u> Emoções negativas = <i>Mínima</i> <i>Claramente Presente</i> <i>Pronunciada</i> <i>Extrema</i></p> <p>Com que frequência no último mês você se sentiu assim? % de tempo _____</p> <p>Esses sentimentos negativos começaram ou ficaram piores depois (EVENTO)? (Você acha que eles são relacionados ao [EVENTO]? Como?) <u>Circule:</u> Relação com o trauma = <i>Definitiva</i> <i>Provável</i> <i>Improvável</i></p>	<p>0 Ausente</p> <p>1 Leve / sublimiar</p> <p>2 Moderado / limiar</p> <p>3 Grave / marcadamente elevado</p> <p>4 Extremo / incapacitante</p>
<p>Dimensões chave para classificação = frequência / intensidade das emoções negativas Moderado = parte do tempo (20-30%) / emoções negativas claramente presentes, alguma dificuldade em lidar com elas. Grave = grande parte do tempo (50-60%) / emoções negativas pronunciadas, considerável dificuldade em lidar com elas.</p>	

12. (D5) Interesse ou participação bastante diminuída em atividades significativas.

<p>No mês passado, você se interessou menos por atividades que você costumava gostar?</p> <p>Por quais tipos de coisas você perdeu interesse ou não faz mais com a frequência que costumava fazer? (Algo mais?)</p>	<p>0 Ausente</p> <p>1 Leve / sublimiar</p>
---	--

<p>Por quê? [Classifique 0=Ausente se diminuiu a participação devido à falta de oportunidade, incapacidade física ou mudança do desenvolvimento apropriado nas atividades preferidas]</p> <p>Quão forte é a sua perda de interesse? (Você ainda apreciaria [ATIVIDADES] uma vez começada?)</p> <p><u>Circule:</u> Perda de interesse = <i>Mínima</i> <i>Claramente Presente</i> <i>Pronunciada</i> <i>Extrema</i></p> <p>Em geral, no mês passado, por quantas das suas atividades habituais você esteve menos interessado(a)? % das atividades _____</p> <p>Quais tipos de coisas você ainda gosta de fazer?</p> <p>Essa perda de interesse começou ou ficou pior depois [EVENTO]? (Você acha que está relacionado ao [EVENTO]? Como?) <u>Circule:</u> Relação com o trauma = <i>Definitiva</i> <i>Provável</i> <i>Improvável</i></p>	<p>2 Moderado / limiar</p> <p>3 Grave / marcadamente elevado</p> <p>4 Extremo / incapacitante</p>
<p>Dimensões chave para classificação = frequência / intensidade da perda de interesse Moderado = algumas atividades (20-30%) / perda de interesse claramente presente, mas ainda algum prazer nas atividades. Grave = muitas atividades (50-60%) / perda de interesse pronunciada, pouco interesse em participar de atividades.</p>	

13. (D6) Sentimentos de distanciamento e alienação em relação aos outros.

<p>No mês passado você se sentiu <u>distante</u> ou <u>isolado(a)</u> das outras pessoas?</p> <p>Conte mais sobre isso.</p> <p>Quão forte são esses sentimentos de distanciamento ou isolamento dos outros? (De quem você se sente mais próximo? Com quantas pessoas você se sente confortável em falar sobre questões pessoais?)</p> <p><u>Circule:</u> Perda de interesse = <i>Mínima</i> <i>Claramente Presente</i> <i>Pronunciada</i> <i>Extrema</i></p> <p>Durante quanto tempo você se sentiu assim no mês passado? % de tempo _____</p> <p>Essa sensação de estar distante ou isolado começou ou piorou após o (EVENTO)? (Você acha que tem relação com [EVENTO]? Como?) <u>Circule:</u> Relação com trauma = <i>Definitiva</i> <i>Provável</i> <i>Improvável</i></p> <hr/> <p>Dimensões chave para classificação = frequência / intensidade de alienação ou distanciamento Moderado = parte do tempo (20-30%) / sensação de distanciamento claramente presente, mas ainda sente alguma conexão interpessoal. Grave = grande parte do tempo (50-60%) / pronunciada sensação de distanciamento ou alienação da maior parte das pessoas, pode sentir-se próximo a apenas uma ou duas pessoas</p>	<p>0 Ausente</p> <p>1 Leve / sublimiar</p> <p>2 Moderado / limiar</p> <p>3 Grave / marcadamente elevado</p> <p>4 Extremo / incapacitante</p>
---	---

14. (D7) Incapacidade persistente de sentir emoções positivas (p.ex., incapacidade de vivenciar sentimentos de felicidade, satisfação ou amor).

<p>No mês passado, houve momentos em que você teve <u>dificuldades</u> em <u>experimentar sentimentos positivos</u> como amor ou felicidade?</p> <p>Corte-me mais sobre isso. (Quais sentimentos são difíceis de experimentar?)</p>	<p>0 Ausente</p> <p>1 Leve / sublimiar</p>
---	--

<p>Qual tem sido sua dificuldade em experimentar sentimentos positivos? (Você ainda é capaz de experimentar algum sentimento positivo?)</p> <p><u>Circule:</u> Redução de emoções positivas = <i>Mínima</i> <i>Claramente Presente</i> <i>Pronunciada</i> <i>Extrema</i></p> <p>Durante quanto tempo você se sentiu assim no mês passado? % de tempo _____</p> <p>Essa dificuldade de experimentar sentimentos positivos começou ou ficou pior depois (EVENTO)? (Você acha que isso está relacionado ao [EVENTO]? Como?) <u>Circule:</u> Relação com o Trauma = <i>Definitiva</i> <i>Provável</i> <i>Improvável</i></p> <hr/> <p>Dimensões chave para classificação = frequência / intensidade da redução de emoções positivas Moderado = parte do tempo (20-30%) / redução de experiências emocionais positivas claramente presente, mas ainda capaz de vivenciar algumas emoções positivas. Grave = grande parte do tempo (50-60%) / redução pronunciada da experiência em toda gama de emoções positivas.</p>	<p>2 Moderado / limiar</p> <p>3 Grave / marcadamente elevado</p> <p>4 Extremo / incapacitante</p>
--	--

Critério E: Alterações marcantes na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático, começando ou piorando após o evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspectos:

15. (E1) Comportamento irritado ou surtos de raiva (com pouca ou nenhuma provocação) geralmente expressos sob a forma de agressão verbal ou física em relação a pessoas e objetos.

<p>No mês passado houve momentos em que você se sentiu especialmente irritado ou com raiva e demonstrou isso em seu comportamento?</p> <p>Você pode dar alguns exemplos? (Como você demonstra isso? Você levanta a voz ou grita? Atira ou bate coisas? Empurra ou acerta outras pessoas?)</p> <p><u>Circule:</u> Agressão = <i>Mínima</i> <i>Claramente Presente</i> <i>Pronunciada</i> <i>Extrema</i></p> <p>Quantas vezes no mês passado? # de vezes _____</p> <p>Esse comportamento começou ou ficou pior depois (EVENTO)? (Você acha que está relacionado ao [EVENTO]? Como?) <u>Circule:</u> Relação com o trauma = <i>Definitiva</i> <i>Provável</i> <i>Improvável</i></p> <hr/> <p>Dimensões chave para classificação = frequência / intensidade do comportamento agressivo Moderado = ao menos 2 X mês / agressividade claramente presente, principalmente verbal. Grave = ao menos 2 X semana / agressividade pronunciada, ao menos alguma agressão física.</p>	<p>0 Ausente</p> <p>1 Leve / sublimiar</p> <p>2 Moderado / limiar</p> <p>3 Grave / marcadamente elevado</p> <p>4 Extremo / incapacitante</p>
---	---

16.(E2) Comportamento imprudente ou autodestrutivo.

<p>No mês passado houve vezes em que você tenha se colocado em risco ou feito coisas que poderiam te prejudicar?</p>	<p>0 Ausente</p>
<p>Você pode dar alguns exemplos?</p>	<p>1 Leve / sublimiar</p>

<p>Quanto risco você correu? (O quão perigosos são esses comportamentos? Você se feriu ou se prejudicou de alguma forma?)</p>	<p>2 Moderado / limiar</p>
<p><u>Circule:</u> Risco = <i>Mínimo</i> <i>Claramente Presente</i> <i>Pronunciado</i> <i>Extremo</i></p>	<p>3 Grave / marcadamente elevado</p>
<p>Com que frequência você tem assumido esse tipo de risco no último mês? # de vezes _____</p>	<p>4 Extremo / incapacitante</p>
<p>Esse comportamento começou ou ficou pior depois [EVENTO]? (Você acha que isso está relacionado ao [EVENTO]? Como?) <u>Circule:</u> Relação com o trauma = <i>Definitiva</i> <i>Provável</i> <i>Improvável</i></p>	
<p>Dimensões chave para classificação = frequência / grau do risco Moderado = ao menos 2 X mês / risco claramente presente, pode ter se prejudicado. Grave = ao menos 2 X semana / risco pronunciado, dano real ou alta probabilidade de dano.</p>	

17. (E3) Hipervigilância.

<p>No mês passado, você ficou especialmente em alerta ou vigilante, mesmo quando não havia ameaça ou perigo específico? (Você se sente como se tivesse que ficar em constante alerta?)</p>	<p>0 Ausente</p>
<p>Você pode dar alguns exemplos? (Que tipo de coisas você faz quando esta em alerta ou vigilante?)</p>	<p>1 Leve / sublimiar</p>
<p>[Se não estiver claro:] (O que faz você reagir assim? Você sente que está em perigo ou ameaçado de alguma forma? Você se sente dessa forma mais do que a maioria das pessoas se sentiriam na mesma situação?)</p>	<p>2 Moderado / limiar</p>
<p><u>Circule:</u> Hipervigilância = <i>Mínima</i> <i>Claramente Presente</i> <i>Pronunciada</i> <i>Extrema</i></p>	<p>3 Grave / marcadamente elevado</p>
<p>Durante quanto tempo você se sentiu assim no mês passado? % de tempo _____</p>	<p>4 Extremo / incapacitante</p>
<p>Ficar muito alerta ou vigilante começou ou ficou pior depois (EVENTO)? (Você acha que está relacionado ao [EVENTO]? Como?) <u>Circule:</u> Relação com o trauma = <i>Definitiva</i> <i>Provável</i> <i>Improvável</i></p>	
<p>Dimensões chave para classificação = frequência / intensidade da hipervigilância Moderado = alguns momentos (20-30%) / hipervigilância claramente presente, p.ex., estar vigilante em público, atenção altamente voltada para ameaças. Grave = grande parte do tempo (50-60%) / pronunciada hipervigilância, p.ex., procurar por perigo no ambiente, fazer rituais de segurança, exagerada preocupação com a segurança de si/familiares/casa.</p>	

18. (E4) Resposta de sobressalto exagerada.

<p>No mês passado você teve qualquer reação de forte sobressalto?</p>	<p>0 Ausente</p>
<p>Quais tipos de coisas assustou você?</p>	<p>1 Leve / sublimiar</p>
<p>Quão fortes são essas reações de sobressalto? (Quão fortes são se comparado a como a maioria das pessoas reagiriam? Você faz algo que outras pessoas percebem?)</p>	<p>2 Moderado / limiar</p>
<p>Quanto tempo leva para você se recuperar?</p>	<p>3 Grave / marcadamente elevado</p>
<p><u>Circule:</u> Sobressalto = <i>Mínimo</i> <i>Claramente Presente</i> <i>Pronunciado</i> <i>Extremo</i></p>	<p>4 Extremo / incapacitante</p>
<p>Quantas vezes isso aconteceu no mês passado? # de vezes _____</p>	
<p>Essas reações de sobressalto começaram ou ficaram piores depois (EVENTO)? (Você acha que elas estão relacionadas ao [EVENTO]? Como?) <u>Circule:</u> Relação com o trauma = <i>Definitiva</i> <i>Provável</i> <i>Improvável</i></p>	
<p>Dimensões chave para classificação = frequência / intensidade do sobressalto Moderado = ao menos 2 X mês / sobressalto claramente presente, recuperação com alguma dificuldade. Grave = ao menos 2 X semana / sobressalto pronunciado, excitação mantida, dificuldade considerável de recuperação.</p>	

19. (E5) Problemas com a concentração.

<p>No mês passado você teve qualquer problema de concentração?</p> <p>Você poderia me dar alguns exemplos?</p> <p>Você é capaz de se concentrar se você realmente tentar?</p> <p><u>Circule:</u> Problema de concentração = <i>Mínimo</i> <i>Claramente Presente</i> <i>Pronunciado</i> <i>Extremo</i></p> <p>Durante quanto tempo no mês passado você teve problemas de concentração?</p> <p>% de tempo _____</p> <p>Esses problemas de concentração começaram ou ficaram piores depois (EVENTO)? (Você acha que eles estão relacionados ao [EVENTO]? Como?) <u>Circule:</u> Relação com o trauma = <i>Definitiva</i> <i>Provável</i> <i>Improável</i></p> <hr/> <p>Dimensões chave para classificação = frequência / intensidade dos problemas de concentração Moderado = parte do tempo (20-30%) / problema de concentração claramente presente, alguma dificuldade, mas consegue se concentrar com esforço. Grave = grande parte do tempo (50-60%) / pronunciado problema de concentração, dificuldade considerável mesmo com esforço.</p>	<p>0 Ausente</p> <p>1 Leve / sublimiar</p> <p>2 Moderado / limiar</p> <p>3 Grave / marcadamente elevado</p> <p>4 Extremo / incapacitante</p>
--	---

20. (E6) Perturbação do sono (p.ex., dificuldade para iniciar ou manter o sono, ou sono agitado).

<p>Durante o mês passado, você teve problemas para começar a dormir ou manter o sono?</p> <p>Quais tipos de problemas? (Quanto tempo você levou para dormir? Quantas vezes você acordou durante a noite? Você acordou mais cedo do que pretendia?)</p> <p>Qual o total de horas que você dorme em cada noite?</p> <p>Quantas horas você acha que você deveria estar dormindo?</p> <p><u>Circule:</u> Perturbação do sono = <i>Mínima</i> <i>Claramente Presente</i> <i>Pronunciada</i> <i>Extrema</i></p> <p>Quantas vezes no mês passado você teve problemas para dormir? # de vezes _____</p> <p>Esses problemas para dormir começaram ou ficaram piores após (EVENTO)? (Você acha que eles estão relacionados ao [EVENTO]? Como?) <u>Circule:</u> Relação com o trauma = <i>Definitiva</i> <i>Provável</i> <i>Improável</i></p> <hr/> <p>Dimensões chave para classificação = frequência / intensidade da perturbação do sono Moderado = ao menos 2 X mês / perturbação do sono claramente presente, latência claramente maior ou clara dificuldade em continuar dormindo, 30-90 minutos perdidos de sono. Grave = ao menos 2 X semana / pronunciada perturbação do sono, latência consideravelmente maior ou marcada dificuldade em continuar dormindo, 90 min a 3 horas de sono perdido</p>	<p>0 Ausente</p> <p>1 Leve / sublimiar</p> <p>2 Moderado / limiar</p> <p>3 Grave / marcadamente elevado</p> <p>4 Extremo / incapacitante</p>
---	---

Critério F: A perturbação (Critérios B, C, D e E) dura mais de um mês.

21. Início dos sintomas

<p>[Se não estiver claro:] Quando você começou a apresentar (SINTOMAS DE TEPT) que você me contou? (Quanto tempo após o trauma os sintomas começaram? Mais de seis meses?)</p>	<p>Total # meses de atraso do início _____</p> <p>Com início tardio (≥ 6 meses)? NÃO SIM</p>
---	--

22. Duração dos sintomas

<p>[Se não estiver claro:] Por quanto tempo no total duraram (SINTOMAS DE TEPT)?</p>	<p>Total # meses de duração _____</p> <p>Mais de 1 mês de duração? NÃO SIM</p>
---	--

23. Sofrimento subjetivo

<p>No geral, no mês passado, o quanto você ficou incomodado com esses (SINTOMAS DE TEPT) que você narrou? [Considere angústia relatada nos itens anteriores]</p>	0	<i>Nenhum pouco</i>
	1	<i>Leve, angústia mínima</i>
	2	<i>Moderado, angústia claramente presente, mas ainda administrável</i>
	3	<i>Grave, angústia considerável</i>
	4	<i>Extremo, angústia incapacitante</i>

24. Prejuízo no funcionamento social

<p>No mês passado, esses (SINTOMAS DE TEPT) afetaram suas relações com as outras pessoas? Como? [Considere prejuízo no funcionamento social relatado nos itens anteriores]</p>	0	<i>Nenhum impacto negativo</i>
	1	<i>Impacto leve, prejuízo mínimo no funcionamento social</i>
	2	<i>Impacto moderado, comprometimento definitivo, mas muitos dos aspectos do funcionamento social ainda intactos</i>
	3	<i>Impacto grave, prejuízo acentuado, alguns aspectos do funcionamento social ainda intactos</i>
	4	<i>Impacto extremo, pouco ou nenhum funcionamento social</i>

25. Prejuízo ocupacional ou em outra importante área do funcionamento

<p>[Se não estiver claro:] Você está trabalhando atualmente?</p> <p>[Se sim:] No mês passado, ter esses (SINTOMAS DE TEPT) afetaram seu trabalho ou sua capacidade de trabalhar? Como? [Considere história relatada de trabalho, incluindo número e duração dos trabalhos, bem como a qualidade das relações de trabalho. Se o funcionamento pré-mórbido não estiver claro, pergunte sobre as experiências antes do trauma. Para trauma em crianças ou adolescentes, avalie o desempenho escolar pré-trauma e a possível presença de problemas de comportamento]</p> <p>[Se não:] Esses (SINTOMAS DE TEPT) afetaram qualquer outra parte importante da sua vida? [Se for apropriado sugira exemplos como familiar, trabalhos domésticos, escolares, voluntários, etc.] Como?</p>	0	<i>Nenhum impacto negativo</i>
	1	<i>Impacto leve, prejuízo mínimo no funcionamento ocupacional / outra importante área de funcionamento</i>
	2	<i>Impacto moderado, comprometimento definitivo, mas com muitos aspectos ainda intactos do funcionamento ocupacional / outra importante área de funcionamento</i>
	3	<i>Impacto grave, prejuízo acentuado, poucos aspectos ainda intactos do funcionamento ocupacional / outra importante área de funcionamento</i>
	4	<i>Impacto extremo, pouco ou nenhum funcionamento ocupacional / outra importante área de funcionamento</i>

Classificação Global

26. Validade Global

Estima a validade total de respostas. Considere fatores como o cumprimento da entrevista, o estado mental (por exemplo: problemas de concentração, compreensão dos itens, dissociação), e evidência de esforços para exagerar ou minimizar sintomas.	0	<i>Excelente, não há razão para suspeitar de respostas inválidas</i>
	1	<i>Boa, presença de fatores que podem afetar negativamente a validade</i>
	2	<i>Justa, presença de fatores que definitivamente reduzem a validade</i>
	3	<i>Pobre, validade substancialmente reduzida</i>
	4	<i>Respostas inválidas, gravemente prejudicado pelo estado mental ou possível esforço para exagerar ou minimizar sintomas deliberadamente</i>

27. Gravidade Global

Estima a gravidade geral de sintomas do TEPT. Considere o grau de sofrimento subjetivo, o grau de comprometimento funcional, observações do comportamento na entrevista e juízo em relação ao estilo de informação.	0	<i>Nenhum sintoma clinicamente significativo, nenhuma angústia e sem comprometimento funcional</i>
	1	<i>Leve, angústia ou comprometimento funcional mínimo</i>
	2	<i>Moderado, angústia definitiva ou prejuízo funcional, mas funções satisfatórias com esforço</i>
	3	<i>Grave, angústia considerável ou incapacidade funcional, funcionamento limitado mesmo com esforço</i>
	4	<i>Extremo, sofrimento ou angústia acentuada em duas ou mais áreas importantes do funcionamento</i>

28. Melhora Global

Avalie a melhora global total desde a classificação anterior. Classifique o grau de mudança e, segundo seu julgamento, se foi ou não, devido ao tratamento.	0	<i>Assintomático</i>
	1	<i>Melhora considerável</i>
	2	<i>Melhora moderada</i>
	3	<i>Leve melhora</i>
	4	<i>Nenhuma melhora</i>
	5	<i>Informação insuficiente</i>

Especifique se com sintomas dissociativos (subtipo): Os sintomas do indivíduo satisfazem os critérios de transtorno de estresse pós-traumático, e, além disso, em resposta ao estressor, o indivíduo tem sintomas persistentes ou recorrentes de:

29. (1) Despersonalização: Experiências persistentes ou recorrentes de sentir-se separado e como se fosse um observador externo dos processos mentais ou do corpo (p.ex., sensação de estar em um sonho, sensação de irrealidade de si mesmo ou do corpo ou como se estivesse em câmera lenta).

<p>No mês passado houve vezes em que você sentiu como se você estivesse separado de si mesmo, como se você estivesse assistindo a si mesmo de fora ou observando seus pensamentos e sentimentos, como se você fosse outra pessoa?</p> <p>[Se não:] (E quanto a sensação de como se você estivesse em um sonho, mesmo acordado? Sensação como se algo em você não fosse real? Sentindo como se o tempo estivesse passando mais lentamente?)</p> <p>Conte mais sobre isso.</p> <p>Quão forte é essa sensação? <i>(Você perde a noção de onde você realmente está ou sobre o que está acontecendo?)</i></p> <p>O que você faz enquanto isso está acontecendo? <i>(Outras pessoas percebem o seu comportamento? O que eles dizem?)</i></p> <p>Por quanto tempo isso dura?</p> <p><u>Circule:</u> Dissociação = <i>Mínima</i> <i>Claramente Presente</i> <i>Pronunciada</i> <i>Extrema</i></p> <p>[Se não estiver claro:] (Isso foi devido a efeitos de álcool ou drogas? E quanto a alguma condição médica como: convulsões?) [Classifique 0=Ausente se devido aos efeitos de substância ou outra condição médica]</p> <p>Quantas vezes isso aconteceu no mês passado? # de vezes _____</p>	<p>0 Ausente</p> <p>1 Leve / sublimiar</p> <p>2 Moderado / limiar</p> <p>3 Grave / marcadamente elevado</p> <p>4 Extremo / incapacitante</p>
<p>Dimensões chave para classificação = frequência / intensidade da dissociação Moderado = ao menos 2 X mês / qualidade dissociativa claramente presente porém transitória, retém algum senso de realidade de si e consciência do ambiente. Grave = ao menos 2 X semana / qualidade dissociativa pronunciada, marcada sensação de distanciamento e irrealidade.</p>	

30. (2) Desrealização: Experiências persistentes ou recorrentes de irrealidade do ambiente ao redor (p.ex., o mundo ao redor do indivíduo é sentido como irreal, onírico, distante ou distorcido).

<p>No mês passado, houve vezes em que as coisas ao seu redor pareciam irrealis ou muito estranhas e desconhecidas?</p> <p>[Se não:] (As coisas acontecendo ao seu redor pareciam com um sonho ou uma cena de cinema? Pareciam distantes ou distorcidas?)</p> <p>Conte mais à respeito.</p> <p>Quão forte é essa sensação? <i>(Você perde a noção de onde você realmente está ou o que está realmente acontecendo?)</i></p> <p>O que você faz enquanto isso está acontecendo? <i>(Outras pessoas percebem o seu comportamento? O que eles dizem?)</i></p> <p>Quanto tempo isso dura?</p> <p><u>Circule:</u> Dissociação = <i>Mínima</i> <i>Claramente Presente</i> <i>Pronunciada</i> <i>Extrema</i></p> <p>[Se não estiver claro:] (Isso foi devido a efeitos de álcool ou drogas? E quanto a condição médica como: convulsões?) [Classifique 0=Ausente se devido aos efeitos de substância ou outra condição médica]</p> <p>Quantas vezes isso aconteceu no mês passado? # de vezes _____</p>	<p>0 Ausente</p> <p>1 Leve / sublimiar</p> <p>2 Moderado / limiar</p> <p>3 Grave / marcadamente elevado</p> <p>4 Extremo / incapacitante</p>
<p>Dimensões chave para classificação = frequência / intensidade da dissociação Moderado = ao menos 2 X mês / qualidade dissociativa claramente presente porém transitória, retém algum senso realista do ambiente. Grave = ao menos 2 X semana / qualidade dissociativa pronunciada, marcada sensação de irrealidade</p>	

CAPS-5 SUMÁRIO

Nome: _____ ID#: _____ Entrevistador: _____ Estudo: _____ Data: _____

A. Exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual	
Critério A atendido?	0 = NÃO 1 = SIM

B. Sintomas de intrusão (necessidade de 1 para o diagnóstico)	Mês Passado	
	Gravidade	Sx (Grv ≥ 2)?
(1) B1 – Memórias intrusivas		0 = NÃO 1 = SIM
(2) B2 – Sonhos angustiantes		0 = NÃO 1 = SIM
(3) B3 – Reações dissociativas		0 = NÃO 1 = SIM
(4) B4 – Sofrimento psicológico		0 = NÃO 1 = SIM
(5) B5 – Reações fisiológicas		0 = NÃO 1 = SIM
B subtotal	B Grv =	# B Sx =

C. Sintomas de evitação (necessidade 1 para o diagnóstico)	Mês Passado	
	Gravidade	Sx (Grv ≥ 2)?
(6) C1 – Evitação de memórias, pensamentos, sentimentos		0 = NÃO 1 = SIM
(7) C2 – Evitação de lembranças externas		0 = NÃO 1 = SIM
C subtotal	C Grv =	# C Sx =

D. Cognições e sintomas de humor (necessidade 2 para o diagnóstico)	Mês Passado	
	Gravidade	Sx (Sev ≥ 2)?
(8) D1 – Incapacidade de recordar aspecto importante do evento		0 = NÃO 1 = SIM
(9) D2 – Crenças negativas ou expectativas exageradas		0 = NÃO 1 = SIM
(10) D3 – Cognições distorcidas conduzindo para a culpa		0 = NÃO 1 = SIM
(11) D4 – Estado emocional negativo persistente		0 = NÃO 1 = SIM
(12) D5 – Diminuição do interesse ou participação em atividades		0 = NÃO 1 = SIM
(13) D6 – Distanciamento ou estranhamento dos outros		0 = NÃO 1 = SIM
(14) D7 – Incapacidade persistente de experimentar emoções positivas		0 = NÃO 1 = SIM
D subtotal	D Sev =	# D Sx =

E. Excitação e reatividade de sintomas (necessidade 2 para o diagnóstico)	Mês Passado	
	Gravidade	Sx (Sev ≥ 2)?
(15) E1 – Comportamento irritadiço ou surtos de raiva		0 = NÃO 1 = SIM
(16) E2 – Comportamento imprudente ou auto destrutivo		0 = NÃO 1 = SIM
(17) E3 – Hipervigilância		0 = NÃO 1 = SIM
(18) E4 – Resposta de sobressalto exagerada		0 = NÃO 1 = SIM
(19) E5 – Problemas de concentração		0 = NÃO 1 = SIM
(20) E6 – Perturbação do sono		0 = NÃO 1 = SIM
E subtotal	E Sev =	# E Sx =

<i>TEPT total</i>	<i>Mês Passado</i>	
	<i>Total Grav.</i>	<i>Total # Sx</i>
<i>Soma de subtotais (B+C+D+E)</i>		

<i>F. Duração do distúrbio</i>	<i>Atual</i>	
(22) Duração do distúrbio \geq 1 mês?	0 = NÃO	1 = SIM

<i>G. Sofrimento ou prejuízo (necessidade 1 para o diagnóstico)</i>	<i>Mês Passado</i>	
	<i>Gravidade</i>	<i>Cx (Sev \geq 2)?</i>
(23) Sofrimento subjetivo		0 = NÃO 1 = SIM
(24) Prejuízo no funcionamento social		0 = NÃO 1 = SIM
(25) Prejuízo no funcionamento ocupacional		0 = NÃO 1 = SIM
<i>G subtotal</i>	<i>G Grav. =</i>	<i># G Cx =</i>

<i>Classificação Global</i>	<i>Mês Passado</i>	
(26) Validade global		
(27) Gravidade global		
(28) Melhora global		

<i>Sintomas dissociativos (necessidade 1 para o subtipo)</i>	<i>Mês Passado</i>	
	<i>Gravidade</i>	<i>Sx (Sev \geq 2)?</i>
(29) 1 – Despersonalização		0 = NÃO 1 = SIM
(30) 2 – Desrealização		0 = NÃO 1 = SIM
<i>Subtotal Dissociativo</i>	<i>Diss Sev =</i>	<i># Diss Sx =</i>

<i>Diagnóstico de TEPT</i>	<i>Mês Passado</i>	
TEPT PRESENTE – TODOS CRITÉRIOS (A-G) ATENDIDOS?	0 = NÃO	1 = SIM
Com sintomas dissociativos	0 = NÃO	1 = SIM
(21) Com início tardio (\geq 6 meses)	0 = NÃO	1 = SIM

ANEXO B- QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

Questionário de Identificação

Data: ____/____/____

Aplicador:

Sexo

- feminino
- masculino

Identidade de gênero

- Mulher
- Homem
- Não se identifica

Cor/ Raça/Etnia

- Branco
- Preto
- Pardo
- Amarelo
- Indígena
- Outro

Idade

- 18 a 20 anos
- 21 a 25 anos
- 26 a 30 anos
- 31 a 35 anos
- 36 a 40 anos
- 41 a 45 anos
- 46 a 50 anos
- 51 a 55 anos
- 56 a 60 anos
- 61 a 65 anos
- Acima de 66 anos

Escolaridade

- Analfabeto
- Ensino Fundamental Incompleto
- Ensino Fundamental Completo
- Ensino Médio Incompleto
- Ensino Médio Completo
- Ensino Superior Incompleto
- Ensino Superior Completo
- Pós-graduação/Mestrado/ Doutorado

Renda individual mensal

- Nenhuma
- Menor que 1 salário mínimo
- Entre 1 e 2 salários mínimos
- Entre 3 e 6 salários mínimos
- Entre 7 e 12 salários mínimos
- Acima de 12 salários mínimos

Religião

- Católica
- Evangélica/Protestante
- Espírita
- Judaica
- Afro-brasileira
- Oriental/Budismo
- Não tem
- Outra: _____

Qual o número de pessoas que vive em sua casa contando com você?	Quem são essas pessoas que vivem com você? (marque um x em uma ou mais opções).	
<input type="checkbox"/> 1 Pessoa	<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Primo (a/os/as)
<input type="checkbox"/> Entre 2 e 5 pessoas	<input type="checkbox"/> Filho (a/os/as)	<input type="checkbox"/> Amigo
<input type="checkbox"/> Entre 6 e 10 pessoas	<input type="checkbox"/> Irmão(a/os/as)	<input type="checkbox"/> (a/os/as)
<input type="checkbox"/> Acima de 11 pessoas. Quantas? _____	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Sogro (a)
	<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Tio (a/os/as)
	<input type="checkbox"/> Avô (ó/ós)	<input type="checkbox"/> Outros. Qual? _____

Você faz uso de bebida alcoólica?		Você faz uso de algum tipo de substância psicoativa?	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Com que frequência?

- 1 ou 2 vezes por mês
- 3 ou 4 vezes por mês
- Fins de semana
- Todos os dias
- Outras. Quantas? _____

Qual? (Marque um x em uma ou mais opções)

- Tabaco
- Fármacos
- Maconha
- Cocaína
- Crack
- Outras. Qual? _____

Com que frequência?

- 1 ou 2 vezes por mês
- 3 ou 4 vezes por mês
- Fins de semana
- Todos os dias
- Outras Quantas?

Com que idade você começou a fazer uso de:

Bebida alcoólica: _____ Anos

Substâncias psicoativas: _____ Anos

Tipo de relacionamento	Tempo de relacionamento
<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> entre 6 meses e 1 ano
<input type="checkbox"/> Namoro	<input type="checkbox"/> entre 1 e 2 anos
<input type="checkbox"/> Casamento	<input type="checkbox"/> entre 3 e 5 anos
<input type="checkbox"/> União Estável	<input type="checkbox"/> entre 6 e 10 anos
<input type="checkbox"/> Viúvo	<input type="checkbox"/> entre 11 e 15 anos
<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> entre 16 e 20 anos
<input type="checkbox"/> Desquitado	<input type="checkbox"/> entre 21 e 30 anos
<input type="checkbox"/> Separados há menos de 6 meses	<input type="checkbox"/> entre 31 e 40 anos
<input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> outro: _____

Você tem ou já teve algum diagnóstico de problemas psiquiátricos?

Sim. Qual? _____ Não

Em relação a sua vida quando criança, você lembra-se dos seus pais tristes?	Em relação a sua vida quando criança, você lembra-se dos seus pais ou cuidadores brigando?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Com que frequência?

- Todos os dias
- Muito frequente
- Algumas vezes
- Poucas vezes
- Nunca
- Outras?

Com que frequência?

- Todos os dias
- Muito frequente
- Algumas vezes
- Poucas vezes
- Nunca
- ()

Outras? _____

Como você acredita que seus pais ou cuidadores cuidaram de você? (Marque um x em uma ou mais opções)	Você considera que viveu algum trauma ou evento que... (Marque um x em uma ou mais opções)
--	--

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Eram amorosos, carinhosos | <input type="checkbox"/> Sentiu-se muito triste |
| <input type="checkbox"/> Não eram próximos | <input type="checkbox"/> Sentiu-se abandonado |
| <input type="checkbox"/> As regras eram definidas | <input type="checkbox"/> Sentiu-se inseguro |
| <input type="checkbox"/> Não tinham regras | <input type="checkbox"/> Sentiu-se com muita raiva |
| <input type="checkbox"/> Falavam sobre a regra mas não faziam que eu as cumprisse | <input type="checkbox"/> Sentiu-se com muito medo |
| <input type="checkbox"/> Não me cuidavam como eu gostaria | <input type="checkbox"/> Sentiu-se correndo risco de vida |
| <input type="checkbox"/> Tinham pouco tempo para estarem comigo | <input type="checkbox"/> Outro _____ |
| <input type="checkbox"/> Não me davam carinho | |
| <input type="checkbox"/> Eram violentos verbalmente entre eles | |
| <input type="checkbox"/> Eram violentos verbalmente comigo | |
| <input type="checkbox"/> Eram violentos fisicamente entre eles | |
| <input type="checkbox"/> Eram violentos fisicamente comigo | |
| <input type="checkbox"/> Outros: _____ | |

Quais os sintomas que você sente hoje? (Marque um x em uma ou mais opções)	O que você acredita que despertou os sintomas que está sentindo? (Marque um x em uma ou mais opções)
---	---

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Memórias intrusivas (lembranças) | <input type="checkbox"/> Perda de pessoa importante |
| <input type="checkbox"/> Sonhos angustiantes | <input type="checkbox"/> Presenciou violência contra alguém |
| <input type="checkbox"/> Reações dissociativas (sente ou age como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente) | <input type="checkbox"/> Sofreu violência física |
| <input type="checkbox"/> Sofrimento psicológico | <input type="checkbox"/> Sofreu violência verbal |
| | <input type="checkbox"/> Sofreu violência sexual (abuso) |
| | <input type="checkbox"/> Sofreu assalto |

Reações fisiológicas (taquicardia, suor)

Evitação de memórias, pensamentos, sentimentos

Evitação de lembranças externas

Incapacidade de recordar do trauma

Crenças negativas (“Nada dá certo”; ‘O mundo é perigoso’)

Culpa

Estado emocional negativo persistente (medo, pavor, raiva)

Diminuição do interesse em atividade

Distanciamento ou estranhamento

Incapacidade persistente de sentir emoções positivas

Comportamento irritadiço

Comportamento imprudente (perigoso)

Hipervigilância (sempre alerta)

Sobressalto (susto)

Problemas de concentração

Perturbações do sono

Despersonalização (sentir-se separado de si como se tivesse observando)

Desrealização (sentir o mundo como irreal, distante)

Sofreu acidente de trânsito

Acúmulo de problemas

Outros:

ANEXO C- ENTREVISTA CLÍNICA DO OPD-2

Fase de abertura

Eixo I

- Vivência e apresentação da doença, sofrimento subjetivo

Fase de exploração de episódios relacionais

Eixo II

- Identifica descrições de interações relevantes com outras pessoas importantes (episódio de relação)

Fase de exploração da vivência a respeito dos objetos e dos modos vivenciados e concretos de configurar a vida

Eixo III

- Percepção e vivência dos objetos em diferentes contextos (familiar, laboral, social, amoroso)
- Explorar os conflitos determinantes de sua vida
- Em pacientes com baixo nível de integração estrutural é necessário um estilo mais dirigido.
- Negligencia os conflitos e têm dificuldade no reconhecimento de sentimentos e necessidades delas mesmas e dos outros?

- Conflito induzido por estresse
- Conflito 1: Individuação x dependência
- Conflito 2: Submissão x controle
- Conflito 3: necessidade de cuidado x autossuficiência

- Conflito 4: Conflito de autoestima
- Conflito 5: Conflito de culpa
- Conflito 6: Conflito edípico
- Conflito 7: Conflito de identidade

Fase de exploração das vivências pessoais do paciente – Características estruturais

Eixo IV

- Anamnese biográfica: autodescrição, descrição dos objetos, informações sobre as áreas da vida vivenciadas ou concretas (família de origem, família atual, trabalho);

- Competências cognitivas
 - Autopercepção
 - percepção do objeto
- Competência para autocontrole
 - Autorregulação
 - Regulação da relação com o objeto
- Competências emocionais
 - Comunicação interna
 - Comunicação com o mundo interno
- Capacidade para formar vínculo
 - Objetos internos
 - Objetos externos

Fase final

Eixo V

- Conceito de mudança do paciente, tipo de tratamento desejado
 - Recursos e impedimentos para a mudança, suporte social, ganho secundário
 - Motivação à psicoterapia, pré-requisitos para o tratamento e capacidade de introspecção.

A) Fase de abertura:

- Esclarecer o objetivo da entrevista (compreender contigo teu problema/enfermidade. Cerca de 1h);
- Avaliar o grau de complicação da enfermidade e o nível de sofrimento do paciente. Situação desencadeante
- Situação atual: relacionamentos, trabalho, estudos...

1) Eixo I

Compreende aspectos dos momentos iniciais da entrevista e finais do exame multiaxial.

Refere-se tanto a doença ou a situação atual (violência...).

- a) Vivência e apresentação da doença, sofrimento subjetivo
 - Por favor, descreva as suas queixas, os seus problemas e suas preocupações.

- Por que marcou a consulta agora?
- Até que grau a doença limita a tua vida?
- Que efeitos têm a doença especificamente sobre você? Socialmente?

Profissionalmente?

Obs: observar se as expressões e gestos são congruentes ao sofrimento relatado e qual o sentimento que provoca no terapeuta (contratransferência).

E) Fase final: Motivação à psicoterapia, pré-requisitos para o tratamento e capacidade de introspecção

- Fazer um resumo do conflito principal: “você deseja viver de forma mais autônoma...”, “tem guardado muita tristeza pela perda da sua mãe...” e estudar as reações do paciente frente a isso;

- Certificar-se se há uma boa impressão da estrutura, conflitos, relações e vivência da enfermidade para finalizar o exame;

- Analisar até que ponto é possível trabalhar com o paciente, com os pontos identificados a serem trabalhados, estabelecer uma indicação a psicoterapia e comunicá-la ao paciente.

b) Conceito de mudança do paciente, tipo de tratamento desejado

- O que você acha que poderia ajudá-lo(a)?
- Consegue imaginar a psicoterapia como um possível tratamento para você?

Obs: o paciente questiona diretamente certas formas de tratamento? Mostra interesse e faz perguntas? O desejo urgente de uma forma específica poderá esconder uma baixa motivação para a mudança.

c) Recursos e impedimentos para a mudança, suporte social, ganho secundário

- Quem ou o que está ajudando você a lidar com a sua doença?
- Pode descrever com mais detalhes como é que a sua família reage cada vez que a dor fica muito forte?

- Você se referiu que já sofreu sintomas semelhantes no passado. O que você fez então para sentir-se melhor?

- Você tem plano de saúde? Pediu benefícios sociais?

Obs: quem marcou a entrevista? Veio acompanhado? Demonstra resistência?

B) Fase de exploração de episódios relacionais

- Considerar a perspectiva transferencial/contratransferencial e facilitar a análise das experiências relacionais atuais ou biográficas (foco nas relações disfuncionais. Em primeiro lugar fixar-se nas relações neuróticas repetitivas que se generalizam, rupturas, contradições dos demais: padrões repetitivos);

- Obtenção de episódios relacionais, ao menos três. Perguntar por situações relacionais concretas baseadas em relatos anteriores, ou sobre reações dos demais ante sua enfermidade;

- Pode explorar de maneira mais exata a dinâmica relacional, perguntando sobre expectativas, medos, desejos em relação a si e aos demais: “poderia me relatar o que espera ou teme neste momento x?”.

2) Eixo II

a) Identifica descrições de interações relevantes com outras pessoas importantes (episódio de relação)

- Se o paciente já tiver mencionado pessoas importantes, pode ser estabelecido um seguimento direto: Eu não consigo imaginar como é a relação com X, talvez você consiga me esclarecer isso, descrevendo uma situação especialmente estressante, difícil e conflituosa com X?

- Se depois de algum tempo não estiver disponível a informação suficiente de relacionamentos relevantes, o terapeuta pode perguntar diretamente: Quem são as pessoas mais importantes na sua vida? Quem é essencialmente próximo de você?

- Ou: Poderia descrever uma situação atual que viveu com X e que tenha sido particularmente estressante, difícil e conflituosa para você?

- Consegue dizer-me o que é que esperou ou temeu de X naquele momento?

- ... o que é que X fez naquele momento, ou que poderá ter sentido e/ou pensado?

- ... o que é que você sentiu naquele momento e acabou por dizer ou fazer a X?

- Você acha que os outros reagem, a você sempre da mesma forma?

- Eu tenho a impressão de que você se comporta desta forma porque secretamente você teme que de outra forma...

Obs: É importante fazer a distinção entre o conflito atual e os padrões repetitivos e disfuncionais (Eixo III). Há discrepâncias entre a autopercepção do narrador e a percepção dos outros que participam da interação? (Eixo IV).

C) Fase de exploração da vivência a respeito dos objetos e dos modos vivenciados e concretos de configurar a vida

- Está relacionada com a fase anterior, mas concentra-se na percepção e vivência dos objetos em diferentes contextos (familiar, laboral, social, amoroso) “aqui e agora” e “lá e então”: “poderia me contar de maneira mais específica como vê a x?”; “poderia me explicar melhor como escolheu este trabalho e como se sente hoje em dia com ele?”;
- Explorar os conflitos determinantes de sua vida: “Você fez uma boa descrição de sua vida em família, mas ainda sinto falta de uma ideia de como você leva seu trabalho. Você pode me dar uma ideia acerca de como você é no seu trabalho?”;
- Em pacientes com baixo nível de integração estrutural é necessário um estilo mais dirigido.

3) Eixo III

- a) Pessoas que tendem a negligenciar os conflitos e têm dificuldade no reconhecimento de sentimentos e necessidades delas mesmas e dos outros
- Pode me falar de situações nas quais reagiu de forma emocionalmente intensa?
 - Eu tenho a impressão de que a sua vida corre de forma tranquila e sem problemas, sem grandes variações emocionais. É esta a forma como você a vê?
 - Alguém já lhe disse que é demasiado racional e/ou que mostra pouco o seu lado emocional?
 - Eu tenho a impressão de que você se esforça para eliminar as dificuldades e os problemas rapidamente com outros, em vez de permitir que surjam fortes sentimentos. Como é que você experencia isso?
 - Tenho a impressão de que é muito importante para você que as suas relações com os outros sejam as mais harmoniosas possível e sem conflitos. É verdade?
 - Você sabe, a partir das suas relações próximas, que tende a assumir o lado mais racional, deixando o mais emocional para os outros?
 - Você às vezes fica surpreendido quando os outros reagem de forma insensata, forte, ou emocional?
 - Fiquei com a impressão de que você está convencido de que há soluções razoáveis para todos os problemas e dificuldades, independentemente do que sejam. Como é que você experencia isso?

Obs: contratransferência: experencio o paciente como inerte, racional, harmonioso, que enfatiza soluções rápidas? Tendência a racionalizar e harmonizar?

a) **Conflito induzido por estresse:** nível de estresse moderado a severo que podem levar a uma constelação conflitual no sistema motivacional do paciente. O mais importante nessa situação é o significado subjetivo da situação estressante; verificar situação desencadeadora. Passivo: regressivo (relacionado com o próprio paciente) ou ativo: contrafóbico (relacionado com o objeto)

- Ocorreu algum episódio de vida muito estressante na mesma época em que surgiram as queixas?

Obs: os conflitos traumáticos que levam a uma perturbação de TEPT representam o nível mais extremo de estresse. Nesses casos, o estresse mental é tão acentuado (excessivas exigências sobre as funções do ego, capacidades de defesa...) que um conflito motivacional dificilmente consegue se desenvolver, mas em vez disso encontram-se sintomas típicos como intrusão, ausência de sentimentos e dissociação.

a) **Conflito 1:** Individuação x dependência: a relação oscila entre os extremos da ansiedade para uma relação próxima (proximidade simbiótica: dependência) e a luta pela independência explícita (individuação). Medo de solidão e perda de relação e apego e por outro lado, medo de fusão e sentimentos de sufocamento na relação.

- Você é uma pessoa que procura relações muito próximas ou, por outro lado, precisa de espaço e independência?

- De quanta proximidade de contato com outras pessoas você precisa e quanta distância e espaço para si mesmo?

- Consegue desfrutar quando está sozinho? Você sente-se melhor se estiver sozinho? Ou sente-se facilmente solitário quando está sozinho?

- Como você se sente quando está com outras pessoas o tempo todo?

- Como é que se sente durante as mudanças que tendem a acontecer na vida, tais como saída de casa, mudança de emprego, saída de colegas e/ou patrão, separação conjugal, saída dos filhos de casa?

- É mais importante para você ficar com colegas conhecidos e na mesma empresa do que mudar-se e avançar na sua carreira em um grupo diferente de colegas de trabalho ou em uma nova empresa?

- Para você, como é ter de enfrentar doenças em que depende dos outros?

- O fato de pertencer a associações ou outras comunidades sociais fazem você sentir-se bem?
- Você reconhece o sentimento, nos relacionamentos, de que os outros estão muito próximos de você, de que você está muito preso, ou que você está sufocando?
- A partir das suas descrições, eu fiquei com a impressão de que para você é muito importante ter o seu próprio espaço, não ter relações muito próximas e manter a sua independência. Isso é verdade?
- Tal como senti durante a entrevista, você sente-se mais feliz em relações de maior proximidade com os outros. Também vê isso dessa forma?

Diagnóstico diferencial:

- Submissão x controle: o esforço de individuação ou para a dependência tem como objetivo ganhar poder e controle dos outros?
- Necessidade de cuidado x autossuficiência: o esforço para a independência leva o paciente não precisar de nada dos outros e a ser autosuficiente? O esforço para satisfazer a dependência serve para satisfazer as necessidades de cuidado?
- Conflito de autoestima: esforço para a individuação serve para encenar a sua grandiosidade, para evitar ser magoado pelos outros por meio de estabelecimento de uma distância ou para evitar uma dependência prejudicial nos outros? O esforço para a dependência é usado para camuflar sentimentos de baixa autoestima ou compartilhar sua grandeza?
- Conflito edípico: o esforço para a individualização ou para a dependência por meio do estabelecimento de uma proximidade, ou grande distância, é usado para evitar competição e rivalidade? A individuação é uma máscara para esconder uma inabilidade promiscua para estabelecer apego? Como um reconhecimento como homem ou mulher ou para controlar as tendências sexuais?

Obs: o paciente esforça em responder exatamente às questões, há proximidade ou mal-entendidos criando distância entre outros. Contratransferência: o terapeuta sente medo de sufocação/ fusão ou da solidão/ abandono

b) Conflito 2: Submissão x controle: dominância/submissão, poder/desesperança, rigidez, regras, hierarquia, resistência passiva, necessidade de ser correto, complacência

- Quão importante são as regras e os comportamentos ordeiros na sua vida?
- Como você lida com ordens e regras? Gosta/não gosta de se submeter as regras?
- Você prefere definir o tom no contato com os outros?
- Na sua vida, costuma ter problemas com autoridades?

- Você experencia repetidamente diferenças de opiniões com os outros?
- As outras pessoas costumam dizer-lhe que você é inflexível ou que você assume

sempre “a linha de menor resistência”?

Diagnóstico diferencial:

- Individuação x dependência: função reguladora para estabelecer proximidade/distância nas relações

- Conflito de autoestima: protege o paciente contra o sofrimento ou para defender a própria autoestima

- Conflito de culpa: acalma/evita ou protege sentimento de culpa.

Obs: o paciente fica irritado, aborrecido ou protesta; gosta de controlar os outros

c) **Conflito 3: necessidade de cuidado x autossuficiência:** esforço extremo de ser cuidado, busca por segurança ou autossuficiência, altruísmo; cuidar de si mesmo, dar aos outros, defesa contra necessidade de cuidar e desilusão.

- Costuma sentir frequentemente que os outros não cuida de você o suficiente?

- Você é alguém que faz muito pelos outros mas que não reclama nada para si mesmo?

- Consegue pedir ajuda?

- Como é que você lida com o fato de alguém querer fazer algo por você, como cuidar ou cozinhar?

- É importante para você, acima de tudo, estar disponível para os outros, apoiá-los, sem ter em conta as suas necessidades?

- Você desejava ter mais apoio e segurança?

- Acha difícil deixar os outros partirem?

Diagnóstico diferencial:

- Individuação x dependência: é algo sobre obter algo do objeto ou se há objetos, existencialmente?

- Conflito de autoestima: desapontamentos são em decorrência de não conseguir o suficiente, sentimento de perda atual ou sente-se magoado, rejeitado, desvalorizado? O comportamento autossuficiente está sendo usado para se defender e compensar os desejos de ser cuidado pelos outros ou para exibir a própria grandeza e importância?

- Conflito de culpa: as exigências e censuras são usadas para culpar os outros ou elas expressam inveja de outra pessoa, o sentimento de ser tratado injustamente?

Obs: o paciente experencia desejo de ser cuidado ou fica desapontado quando os desejos de cuidar são frustrados?

d) Conflito 4: Conflito de autoestima: autoestima x estima pelo objeto, pode revelar peculiaridades da personalidade narcisista; falha, mágoa, inferioridade, idealização dos outros, grandiosidade própria, desvalorização dos outros

- Você sente-se muitas vezes inferior e malsucedido comparado com os outros?
- Experencia frequentemente situações/pensamentos/sentimentos de que tem vergonha?
- Já alguma vez lhe disseram que você tem uma opinião demasiado alta sobre si mesmo?
- Parece-me que você é uma pessoa particularmente autoconfiante. Existem situações em que você não se sinta tão seguro?
- Costuma sentir que as outras pessoas o admiram?
- Como se sente se for o centro das atenções?
- Existe alguma coisa que o magoe ou o aborreça muito?

Obs: paciente sente-se envergonhado? Parece superficialmente autoconfiante mas na realidade é muito inseguro? Contratransferência: eu sinto necessidade de apoiar ou ridicularizar? Ou de admirar?

Se “tudo” é desestabilizador, é mais provável que se esteja lidando com um problema de estrutura. Se as situações desencadeadoras são específicas, há conflito; se são generalizadas é um problema estrutural.

e) Conflito 5: Conflito de culpa: Culpar-se x culpar os outros. Tomada de responsabilidade excessiva ou transferência da culpa aos outros; autocensura, autoacusaçã, autojustificação, acusaçã dos outros

- Parece-me que você tende a procurar culpa/responsabilidade especialmente em si/nos outros por exemplo: no seu trabalho
- Você toma responsabilidade pelo seu parceiro, pelos pais, filhos, quando eles falham ou você pensa que o seu parceiro/pai/filhos são os culpados se você se sentir mal?
- Como é que você sente quando alguém o culpa por ter feito coisas malfeitas? Você defende-se ou aceita a culpa?
- Você é incomodado frequentemente por pensamentos de que você se comportou de forma errada com outras pessoas ou que os outros estavam errados sobre você?

- Você tende a aceitar doenças, negligenciar doenças sérias ou você é “um mau doente” e considera os médicos incapazes de ajudá-lo?

Diagnóstico diferencial:

- Submissão x controle: não que submeter-se ou dominar demasiadamente. As censuras servem para culpar os outros por erros?

- Necessidade de ser cuidado x autossuficiência: não cuida suficiente. Proibição do superego da ganância e inveja

- Conflito de autoestima: ter cometido erros causa sentimentos de vergonha e culpa?

- Conflito edípico: proibições do superego edípico.

f) Conflito 6: Conflito edípico: reconhecimento como homem e mulher, rivalidade x identificação com papéis de gênero; atração física/erótica; competir x concordar

- Poderia dar-me um exemplo da sua relação com os seus pais/irmãos/companheiro/colegas de trabalho/pessoas à sua volta?

- Explique, dando exemplos, o que seu relacionamento é para o seu corpo, erotismo e sexualidade/rivalidade. Como é que você lida com eles? O quanto é capaz de aproveitá-los?

- Pode dar-me exemplos do quanto você se sente realizada (o) como mulher/homem, se sente que atrai a atenção e em que grau você obtém prazer?

- Dê-me um exemplo que me ajude a compreender como é que você lida com a doença e como a enfrenta

- Será que percebi de modo correto que você em geral se experencia como fraco, desinteressante e pouco atraente como mulher/ homem, e que tende timidamente e modestamente a ficar para trás?

- Eu tenho a impressão de que você se esforça muito pela harmonia nas suas relações sociais, em especial na sua relação com os pais/irmãos/parceiro/colegas de trabalho – e por fazê-lo evita algumas tensões e discussões necessárias

- Sinto que você valoriza a segurança e o conforto em uma relação mais do que ser considerado especialmente atraente e desejado como homem/mulher. Você procura com frequência o reconhecimento e a confirmação do ser sexualmente atraente.

- Parece-me que você tende a excluir o erotismo e a sexualidade/rivalidade da sua vida, por exemplo, nas relações sociais, no seu emprego... talvez porque se preocupa em não ser adequadamente reconhecido e desejado como homem/mulher?

- Como é que você se sente no nível do pensamento e como você reage se alguém o deseja seriamente, ou pudesse desejar como homem/mulher?

- Será que compreendi corretamente que é muito importante para você estar emocionalmente próximo a sua mãe ou seu pai e que ainda hoje você compete com os seus irmãos pela posição de favorito?

- Eu tenho a impressão de que a forma e aparência do seu corpo são muito importantes e que você faz muito para cuidar dele, por exemplo, cuidado com o corpo/fitness/cirurgias estéticas, com o objetivo de ser fisicamente atraente e possivelmente superior aos outros.

- Tenho a impressão de que a doença é um acontecimento muito dramático para você e que você deseja toda a atenção e cuidado médico, mas que você fica muitas vezes desapontado pelos especialistas e sente-se incompreendido.

Diagnóstico diferencial:

- Conflito de autoestima: reconhecimento de estima ou de homem/mulher
- Conflito de culpa: culpa generalizada, sentimentos de culpa envolvida com a lealdade
- Conflito de identidade: compensação ou evitamento, não identificação com o papel de gênero

Obs: o paciente apresenta-se como tímido, infantil ou como um Don Juan; omissão ou ênfase no erótico, corpo é negligenciado ou erotizado

g) Conflito 7: Conflito de identidade: autorrepresentações contraditórias, dissimulação

- Você sente-se virtualmente dividido entre o seu papel como... e como...?
- Parece-me que existem situações em que as ideias que tem sobre si mesmo entram em conflito tão forte uma com as outras que você não tem certeza do que o caracteriza normalmente como pessoa, se você gosta disto ou daquilo?
- Você reconhece o sentimento de ter ideias em conflito sobre qual carreira ou que estilo de vida se adapta melhor a você?

D) Fase de exploração das vivências pessoais do paciente – Características estruturais (Eixo IV)

- Avaliação da vivência de si mesmo e das áreas vitais vivenciadas e reais;
- Anamnese biográfica: autodescrição, descrição dos objetos, informações sobre as áreas da vida vivenciadas ou concretas (família de origem, família atual, trabalho);

- Esta fase pode ser introduzida da seguinte maneira: “Você se referiu das suas moléstias e relações importantes, mas eu gostaria de compreender um pouco melhor como você se via antes e como se vê agora”.

b) Eixo IV: Estrutura

a) Competências cognitivas: autopercepção: competência para formar imagem de si mesmo e dos processos internos relacionados; autorreflexão, identidade

- Você já me falou um pouco sobre si mesmo. Talvez consiga descrever-me uma vez mais, de forma que eu possa ter uma ideia sobre quem você é.

- Consegue descrever para mim como se sentia nessa situação?

- Tenho dificuldade de imaginar esse lado do seu caráter. Pode me falar um pouco mais sobre isso?

- As vezes acontece de você não saber o que está sentindo?

- Consegue refletir sobre si mesmo? Existem situações em que você não consegue fazer isso?

- Você descreveu-se como... e agora como... como é que essas descrições podem coexistir?

- Percebi que você tem dificuldade em autodescrever-se.

- Será que você pede conselhos aos outros porque não sabe o que se passa dentro de si ou o que seria melhor para você?

- A forma como você se descreve a impressão de que você não se conhece.

- Eu tenho a impressão de que você se vê e se apresenta muito diferente em diferentes situações. Você faz isso para se equiparar aos outros?

- Estes sentimentos parecem totalmente insuportáveis para você, tanto que nem quer falar sobre eles comigo.

b) Competências cognitivas: percepção do objeto: competência de formar uma ideia real do outro em uma relação; percepção do objeto como um todo.

- Mencionou repetidas vezes X e Y. Descreve-os de forma que eu tenha uma boa ideia deles?... eles também tem outras qualidades?

- Não consigo imaginar bem esse lado de X e Y, pode dizer-me mais sobre eles?

- Como descreveria X e Y comparando-os consigo?

- Algumas pessoas tem bons conhecimentos sobre a sua natureza humana. Você também tem? Pode dar-me um exemplo?

- No episódio de relação com X e Y que acabou de descrever, fiquei com a impressão de que você não compreendeu bem o que eles queriam. Consegue reconhecer isso?

- Quando descreve X e Y, eu fico com a impressão de que a sua imagem sobre eles muda, dependendo do seu estado emocional. Será que isso é possível?

c) Competência para autocontrole: autorregulação: competência para regular as experiências internas; controle de impulso, tolerância afetiva, regulação de autoestima

- Como é que lida com a pressão quando produzida internamente?
- Consegue descrever para mim uma situação em que tenha tido dificuldade em lidar com sentimentos intensos? Que sentimentos eram esses, e como lidou com eles?

- Está familiarizado com a sua mudança repentina de humor?
- Como é que você lida quando é magoado por alguém?
- Gostaria de ser mais espontâneo?
- As vezes tem o sentimento de que todas as pessoas estão contra você?
- Algumas pessoas são capazes de se acalmarem internamente como, por exemplo, em situações embaraçosas. Como é com você? Leva muito tempo até conseguir ficar tranquilo outra vez?

- Tenho a impressão de que você está tão inundado de sentimentos que tudo o que você faz é manter-se com a cabeça fora d'água.

- As vezes você foge de mim para que eu não lhe pergunte sobre isso.
- Agora fiquei surpreso com a sua reação intensa, uma vez que não deu qualquer indicação em momento anterior de como isto o irritava.

- Estou com a sensação de que se sentiu magoado com o que eu disse a pouco. Será que a minha impressão está correta?

- Será que reagiu de forma tão impulsiva nesta situação porque não conseguia tolerar mais os seus sentimentos?

- Tenho a impressão de que você não tolera bem esse sentimento. Vamos pensar em conjunto sobre o que é tão difícil de tolerar neste sentimento.

- Se você se altera por qualquer coisa ou experiência sentimentos fortes, pode levar algum tempo até conseguir se acalmar outra vez?

- Às vezes se sente tão magoado que suspende o contato com a pessoa que fez sentir-se assim?

d) Competência para autocontrole: regulação da relação com o objeto:

competência de proteger a relação dos seus impulsos pessoais enquanto salvaguarda os seus interesses pessoais; proteção da relação, equilíbrio de interesses, antecipação.

- Como é que se comporta se estiver perante um conflito de interesses com alguém?
- Tem dificuldade em imaginar como é que outra pessoa qualquer poderá reagir com você?
- Como é que você reage se alguém o aborrece muito?
- Por vezes existem situações na vida em que temos que fazer opções que são difíceis.

Como são para você estas situações?

- Tenho a impressão de que as vezes você está tão sobrecarregado com os sentimentos que não consegue afastá-los da sua relação com X.

- Parece que as vezes você tem que se controlar para não se ver acidentalmente mais uma vez nas mesmas situações.

- Você sente que lhe foi feita alguma injustiça. Mas a forma como relata parece que o seu parceiro reagiu de forma tão violenta porque você foi muito agressiva com ele. O que você acha?

- Parece que você não está falando de si mesmo porque tenta não ser um fardo para os outros.

- Podemos imaginar que as vezes fazem-se acordos que todos perdem e ganham um pouco. Alguma vez já experienciou isso?

- Pode acontecer que, se alguém lhe faz uma exigência, você rapidamente sente que não há lugar para os seus direitos?

Obs: medo de errar, de fazer escolhas, paciente é exigente, se recuar, o mundo é hostil.

e) Competência emocional: comunicação interna: capacidade de ter

diálogos internos e de entender a si mesmo. Experienciar afetos, usar fantasias, *self* corporal.

- Lembra-se dos seus sonhos?
- É fácil você perceber o que ocorre dentro de você?
- Você acha que conhece bem as suas próprias necessidades?

- As vezes consegue-se ajudar a partir de imagens internas que lhe indicam o que fazer?
- Sente-se enriquecido e realizado pelos seus sentimentos ou, pelo contrário, um pouco irritado ou limitado por eles?
 - Como experencia o seu corpo?
 - O seu corpo e a forma como se sente acerca do seu corpo têm um papel importante por você?
 - A partir daquilo que me disse antes, fiquei com a impressão de que você não percebe realmente por que é que se comporta dessa forma.
 - A forma como descreve isso é como se não se sentisse confortável no seu corpo, mas de alguma forma bastante tenso dentro dele.
 - Tenho a impressão de que faz muito exercício físico, especialmente quando sente que preferia chorar.
 - Tenho a impressão de que você afasta as suas fantasias e os seus sonhos.

Obs: paciente sente inundado pelos seus sentimentos, parece não habitar seu corpo, comporta-se de maneira inapropriada em relação ao seu corpo, evita sentimentos.

f) Competência emocional: comunicação com o objeto externo:

competência para se envolver em uma troca emocional com outra pessoa; contato, comunicação de afeto, empatia.

- Acha difícil estabelecer contato com outros?
- Consegue imaginar o que a outra pessoa está sentindo em um momento particular?
- Tem dificuldade de expressar os seus sentimentos?
- Você falou sobre isso, mas ainda assim eu não consegui ficar com uma ideia clara de como se sentiu nesse momento.
 - Tenho a impressão de que as vezes você se sente incompreendido.
 - Tenho a impressão de que você foge da conversa quando você se sente muito pressionado internamente.
 - Talvez você evita falar sobre sentimentos para não se sentir rejeitado.
 - No seu trabalho, sente-se muitas vezes excluído ou rejeitado. Ao mesmo tempo parece que aprecia a sua posição de excluído, por que aprecia a sua posição de excluído, porque dessa forma não se sente tão pressionado pelas exigências dos outros.

Obs: paciente não parece envolvido, contato é difícil, não há interesse em empatizar com outros.

g) Capacidade para formar vínculos: objetos internos: capacidade para desenvolver imagens internas de pessoas importantes, de investi-las com afetos positivos, mantê-las e fazer-se valer delas quando precisar. Internalização, usar introjeções, variabilidade de vínculos.

- Como você lida com uma situação de estresse?
- O que faz quando enfrenta dificuldades? Consegue lembrar-se então o que alguém próximo de você lhe sugeriu?
- Já percebeu que nos seus relacionamentos os mesmos problemas continuam a surgir?
- Como se sente quando está sozinho?
- Existe a capacidade de lembrar-se de boas experiências precoces ou pessoas amadas. Você tem essa capacidade?
- Nessa situação particular assumiu que X teve sentimentos hostis em relação a você. Contudo, mais tarde percebeu-se que não era o caso. Quais os seus pensamentos hoje sobre isso?
- Tenho a impressão de que as vezes você se sente abandonado.
- Do que me disse, parece tratar a si mesmo de forma negligenciada e que negligencia os seus próprios interesses, tal como viveu no passado com os seus pais.

Obs: paciente parece perdido quando perde o apoio externo, assume postura defensiva.

h) Capacidade para formar vínculos: objetos externos: capacidade do sujeito de se vincular emocionalmente a outras pessoas em relação reais e depois desvincular-se delas outra vez. Capacidade de estabelecer vínculos, aceitação de ajuda, corte de vínculos.

- Sente facilidade em estabelecer vínculos?
- Como costuma viver as separações?
- Alguma vez já lhe aconteceu de não conseguir romper um relacionamento?
- É capaz de estabelecer relações de proximidade ou costuma falhar muitas vezes?
- É capaz de pedir ajuda aos outros quando está perante situações difíceis?
- Algumas pessoas conseguem relacionar-se bem com os outros, enquanto outras pessoas sentem dificuldade. A que grupo você pertence?

- Parece que você tem que deixar uma relação sempre que existem conflitos, porque não consegue lidar com um conflito.
- Percebi que você evita quaisquer sentimentos depois de uma separação, da mesma forma que não lhes era permitido falar sobre as coisas com a sua mãe após o divórcio com o seu pai.
- Parece-me que você tem que evitar relacionamentos íntimos às vezes porque, caso contrário, corre o risco de se perder?

ANEXO D- PLANILHA DE AVALIAÇÃO OPD-2

Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado 2
Formulários de avaliação de dados (KRIEGER, 2013)

Eixo I – Vivência da doença e pré-requisitos para o tratamento

	Eixo I – Vivência da doença e pré-requisitos para o tratamento Módulo Básico	Nada/ Raramente presente		Modera do		Elevado	Não classific ável
		①	①	②	③	④	⑨

Avaliação objetiva da doença/problema

1. Gravidade atual da doença/problema						
1.1. Gravidade dos sintomas	①	①	②	③	④	
1.2. GAF: máximo nos últimos 7 dias → _____						
1.3. EQ-5D: _____ Valores dos itens →	1.____	2.____	3.____	4.____	5.____	⑨
2. Duração da doença/problema						
2.1. Duração da doença	< 6 Meses	6-24 Meses	2-5 anos	5-10 anos	> 10 anos	
2.2. Idade na primeira manifestação da doença	Em anos → _____					

Vivência, forma de apresentação e conceptualização da doença por parte do paciente

3. Vivência e forma de apresentação da doença						
3.1. Sofrimento subjetivo	①	①	②	③	④	⑨
3.2. Presença de problemas e queixas físicas	①	①	②	③	④	⑨

3.3. Presença de problemas e queixas psicológicos	①	②	③	④	⑤	⑥
3.4 Presença de problemas sociais	①	②	③	④	⑤	⑥
4. Conceptualização o da doença por parte do paciente						
4.1. Concepção da doença baseada em fatores somáticos	①	②	③	④	⑤	⑥
4.2 Concepção da doença baseada em fatores psicológicos	①	②	③	④	⑤	⑥
4.3. Concepção da doença baseada em fatores sociais	①	②	③	④	⑤	⑥
5. Conceptualização da mudança por parte do paciente						
5.1. tipo de tratamento desejado: físico/médico	①	②	③	④	⑤	⑥
5.2. tipo de tratamento desejado: psicoterapêutico	①	②	③	④	⑤	⑥
5.3. tipo de tratamento desejado: apoio social	①	②	③	④	⑤	⑥

Recursos e resistência à mudança

6. Recursos para a mudança (últimos 6 meses)						
6.1. Recursos pessoais	①	②	③	④	⑤	⑥
6.2. Apoio (Psico)Social	①	②	③	④	⑤	⑥

Resistência à mudança

<i>7. Resistências à mudança</i>						
7.1. Resistências externas à mudança	①	②	③	④	⑤	⑥
7.2. Resistências internos à mudança	①	②	③	④	⑤	⑥

Eixo I - Módulo Psicoterapêutico (Opcional)

	Módulo Psicoterapêutico (Opcional)	Nada/ Rarame nte presente		Moder ado		levado	Não classifi cável
	(opcional)	①	①	②	③	④	⑨

Vivência, formas de apresentação e conceptualização da doença por parte do paciente

5. Concepção da mudança por parte do paciente						
5.P1. Redução de sintomas	①	①	②	③	④	⑨
5.P2. Predisposição para a clarificação e reflexão dos problemas/conflitos	①	①	②	③	④	⑨
5.P3. Intervenção de suporte emocional	①	①	②	③	④	⑨
5.P4. Intervenção directiva	①	①	②	③	④	⑨

Recursos e Resistências à mudança

6. Recursos para a mudança						
6.P1. Capacidade introspectiva	①	①	②	③	④	⑨
7. Resistências à mudança						
7.P1. Ganhos secundários com a doença / condições que mantêm o problema	①	①	②	③	④	⑨

Eixo II – Relações Interpessoais

Perspectiva A: Vivência por parte do paciente				
O paciente percebe-se a si próprio como...			O paciente percebe os outros como...	
	<i>Ítem N.º</i>	<i>Texto</i>		<i>Ítem N.º</i>
1.	_____		1.	_____
2.	_____		2.	_____
3.	_____		3.	_____

Perspectiva B: A percepção dos outros (incluindo a do investigador)				
Os outros percebem o paciente como...			Os outros percebem-se a si próprio como...	
	<i>Ítem N.º</i>	<i>Texto</i>		<i>Ítem N.º</i>
1.	_____		1.	_____
2.	_____		2.	_____
3.	_____		3.	_____

Eixo III – Conflito

Questões preliminares que permitam ao terapeuta classificar o conflito:

A) Os conflitos não podem ser classificados por falta de segurança diagnóstica.	sim = ①	não = ②
B) Devido a um baixo nível de integração estrutural, não se reconhece um padrão distinto conflitual, mas antes padrões conflituais ténues.	sim = ①	não = ②
C) Uma vez que a percepção dos conflitos e dos afetos está condicionada por questões defensivas, o eixo do conflito não pode ser classificado.	sim = ①	não = ②
D) Stress conflitual (conflito indutor de stress) sem nenhum padrão conflitual e disfuncional repetitivo.	sim = ①	não = ②

Conflitos disfuncionais repetitivos

Conflitos disfuncionais repetitivos	Ausente	Insignificante	Significativo	Muito significativo	Não classificável
1. Individuação versus Dependência	①	②	③	④	⑤
2. Submissão versus Controle	①	②	③	④	⑤
3. Necessidade de ser cuidado versus auto-suficiência	①	②	③	④	⑤
4. Conflito de Auto-estima	①	②	③	④	⑤
5. Conflito de culpa	①	②	③	④	⑤
6. Conflito edipiano	①	②	③	④	⑤
7. Conflito de identidade	①	②	③	④	⑤

Conflito principal: _____ **Seguido de (por ordem de importância):**

Modo como o conflito principal se processa	Predominantemente activo	Misto mas activo	Misto mas passivo	Predominantemente passivo	Não classificável
	①	②	③	④	⑤

Eixo IV – Estrutura

	Nível Alto	1,5	Nível Medio	2,5	Nível Baixo	3,5	Nível desintegrado	Não classificável
1a Auto-percepção	①		②		③		④	⑤
1b Percepção do objeto	①		②		③		④	⑤
2a Auto-regulação	①		②		③		④	⑤

	Nivel Alto	1,5	Nivel Medio	2,5	Nivel Baixo	3,5	Nivel desintegradado	Não classificável
2b Regulação da relação objetal	①		②		③		④	⑨
3a Comunicação Interna	①		②		③		④	⑨
3b Comunicação com o mundo externo	①		②		③		④	⑨
4a Capacidade de vinculação: objetos internos	①		②		③		④	⑨
4b Capacidade de vinculação: objetos Externos	①		②		③		④	⑨
5 Estrutura total	①		②		③		④	⑨

Eixo V – Transtornos mentais e psicossomáticos

Va: transtornos mentais:	CID-10 (criterios de investigação)	DSM-IV (opcional)
Diagnóstico principal:	F ____ . ____	____ . ____
Diagnóstico adicional 1:	F ____ . ____	____ . ____
Diagnóstico adicional 2:	F ____ . ____	____ . ____
Diagnóstico adicional 3:	F ____ . ____	____ . ____

Vb: transtornos de personalidade:	CID-10 (F60xx o F61.x)	DSM-IV (opcional)

Diagnóstico principal:	F _____. ____	____. ____
Diagnóstico adicional 1:	F _____. ____	____. ____

Para o diagnóstico dos eixos Va e Vb: Que transtorno é clinicamente predominante?	①= Eixo Va ②= Eixo Vb
---	--

ANEXO E- DEFENSIVE STYLE QUESTIONARE (DSQ-40)

DSQ-40

VERSÃO EM PORTUGUÊS DO DEFENSE STYLE QUESTIONNAIRE

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

	Discordo				Concordo				
	Plenamente				Plenamente				
1. Eu fico satisfeito em ajudar os outros e, se eu não puder fazer isso, eu fico deprimido.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. Eu consigo não me preocupar com um problema até que eu tenha tempo para lidar com ele.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. Eu alivio a minha ansiedade fazendo coisas construtivas e criativas, como pintura ou trabalho em madeira.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. Eu sou capaz de achar bons motivos para tudo que eu faço.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. Eu sou capaz de rir de mim mesmo com bastante facilidade.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. As pessoas tendem a me tratar mal.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7. Se alguém me assalta e rouba o meu dinheiro, eu prefiro que essa pessoa seja ajudada ao invés de punida.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. As pessoas dizem que eu costumo ignorar os fatos desagradáveis como se eles não existissem.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

	Discordo				Concordo				
	Plenamente				Plenamente				
9. Eu costumo ignorar o perigo como se eu fosse o Super-homem.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10. Eu me orgulho da minha capacidade de reduzir as pessoas aos seus devidos lugares.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11. Eu frequentemente ajo impulsivamente quando alguma coisa está me incomodando.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12. Eu fico fisicamente doente quando as coisas não estão indo bem para mim.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13. Eu sou uma pessoa muito inibida.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14. Eu fico mais satisfeito com minhas fantasias do que com a minha vida real.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15. Eu tenho qualidades especiais que me permitem levar a vida sem problemas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16. Há sempre boas razões quando as coisas não dão certo para mim.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
17. Eu resolvo mais as coisas sonhando acordado do que na vida real.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
18. Eu não tenho medo de nada.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
19. Às vezes, eu acho que sou um anjo e, outras vezes, acho que sou um demônio.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
20. Eu fico francamente agressivo quando me sinto magoado.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
21. Eu sempre acho que alguém que eu conheço é como um anjo da guarda.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
22. Tanto quanto eu sei, ou as pessoas são boas ou más.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
23. Se o meu chefe me repreendesse, eu poderia cometer um erro ou trabalhar mais devagar só para me vingar dele.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
24. Eu conheço alguém que é capaz de fazer qualquer coisa e é absolutamente justo e imparcial.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

	Discordo				Concordo				
	Plenamente				Plenamente				
25. Eu posso controlar os meus sentimentos se eles interferirem no que eu estiver fazendo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
26. Eu frequentemente sou capaz de ver o lado engraçado de uma situação apesar de ela ser desagradável.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
27. Eu sinto dor de cabeça quando tenho que fazer algo de que não gosto.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
28. Eu frequentemente me vejo sendo muito simpático com pessoas com quem, pelo certo, eu deveria estar muito bravo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
29. Eu tenho certeza de que a vida é injusta comigo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
30. Quando eu sei que vou ter que enfrentar uma situação difícil, eu tento imaginar como isso será e planejo um jeito de lidar com a situação.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
31. Os médicos nunca realmente entendem o que há de errado comigo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
32. Depois de lutar pelos meus direitos, eu tenho a tendência de me desculpar por ter sido tão firme.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
33. Quando estou deprimido ou ansioso, comer faz com que eu me sinta melhor.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
34. Frequentemente me dizem que eu não mostro os meus sentimentos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
35. Se eu puder prever que vou ficar triste mais adiante, eu poderei lidar melhor com a situação.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
36. Não importa o quanto eu reclame, eu nunca consigo uma resposta satisfatória.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
37. Frequentemente eu me dou conta de que eu não sinto nada em situações que deveriam me despertar fortes emoções.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

	Discordo				Concordo				
	Plenamente				Plenamente				
38. Manter-me muito ocupado evita que eu me sinta deprimido ou ansioso.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
39. Se eu estivesse passando por uma crise, eu me aproximaria de pessoas que tivessem o mesmo problema.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
40. Se eu tenho um pensamento agressivo, eu sinto a necessidade de fazer algo para compensá-lo.	1	2	3	4	5	6	7		

ANEXO F- SELF REPORT QUESTIONNAIRE (SRQ-20)

Teste que avalia o sofrimento mental. Por favor, leia estas instruções antes de preencher as questões.

Instruções: Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias, responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve a problema nos últimos dias, responda NÃO.

OBS: Lembre-se que o diagnóstico definitivo só pode ser fornecido por um profissional.

PERGUNTAS	RESPOSTAS	
1-Você tem dores de cabeça frequente?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
2- Você tem falta de apetite?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
3- Dorme mal?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
4-Assusta-se com facilidade?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
5- Tem tremores nas mãos?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
6- Sente-se nervoso(a), tenso(a), ou preocupado(a)?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não

7- Tem má digestão?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
8- Tem dificuldade de pensar com clareza?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
9- Tem se sentido triste ultimamente?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
10- Tem chorado mais do que o costume?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
12- Tem dificuldade de tomar decisões?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
13- Tem dificuldade no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento?)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
17- Tem tido ideia de acabar com a vida?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
18- Sente-se cansado(a) o tempo todo?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
19- Você se cansa com facilidade?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
20- Tem sensações desagradáveis no estômago?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não

ANEXO G- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TECLE)

Estamos realizando uma pesquisa para investigar as características de personalidade, estrutura psicológica, conflito psíquico, padrões de relacionamento interpessoal de pacientes vítimas de trauma. Esta pesquisa está sendo realizada no NET-Trauma do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e Departamento Médico-Legal (DML).

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: responder ao questionário sociodemográfico, dois questionários sobre a sua percepção de sintomas e de como você reage em diferentes situações e participar de uma entrevista clínica. Posteriormente, poderá se entrar em contato novamente para aplicação do instrumento buscando verificar como você está diante de seu tratamento. Para isso pedimos sua autorização para que sua sessão seja gravada e transcrita e que os dados possam ser utilizados.

A sua participação na pesquisa poderá causar algum desconforto emocional ou alguma sensibilização. Caso ocorra alguma intercorrência você receberá todo o atendimento necessário. Os benefícios para a participação da pesquisa serão diretos ao participante no que se refere a auxiliar na compreensão do trauma vivenciado. Os benefícios indiretos envolvem o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado, assim como contribuirá na compreensão psicodinâmica de futuros participantes.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição. A sua identidade será mantida em sigilo, devendo ser alterados quaisquer dados que possam identificá-lo. Os dados serão guardados por cinco anos, sob posse exclusivamente das pesquisadoras. Assim como, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética.

Eu _____ fui informado dos objetivos acima descritos e do por que estão sendo utilizadas as informações que vou fornecer de forma clara e detalhada. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos e que, a qualquer momento do estudo, terei liberdade de retirar meu consentimento de participar na pesquisa.

O pesquisador (a) _____ certificou-me do caráter confidencial dos dados e de que, a divulgação dos resultados será sem identificação e unicamente para fins de pesquisa.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com as pesquisadoras Profa. Dra. Lúcia Helena Freitas e Taís Cristina Favaretto pelo fone (54) 9-99690795, com o Comitê de Ética

da UFRGS localizado na Av. Paulo Gama, 110, sala 317 ou pelo telefone: (51) 3308 3738. Ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Porto Alegre, ____ de _____ de _____

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

ANEXO H- CERTIFICADO DE TREINAMENTO PARA USO DO OPD-2



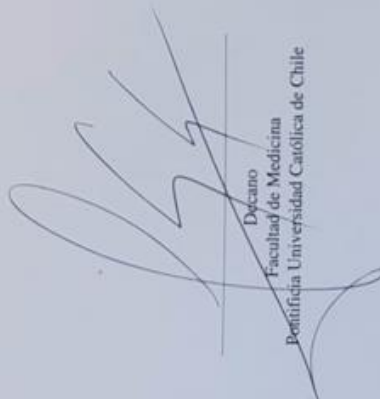
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

Por cuanto

Tais Cristina Favaretto

Ha aprobado el “**Diplomado en Diagnóstico, Indicación y Estrategias en Psicoterapia Psicodinámica**”
organizado por la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile,
entre el 01 de junio al 12 de diciembre de 2017.

Se otorga el presente diploma


Decano
Facultad de Medicina
Pontificia Universidad Católica de Chile


Secretario(a) General
Pontificia Universidad Católica de Chile



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

CERTIFICADO

Certifico que la Sra(ita). **Tais Cristina Favaretto**, DNI: 1062966963 aprobó el **Diplomado En Diagnóstico, Indicación Y Estrategias En Psicoterapia Psicodinámica**, organizado por la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Fecha de realización : Desde el 01 de junio hasta el 12 de diciembre de 2017

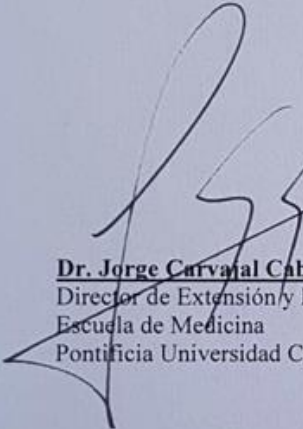
Duración : 168 horas lectivas

Créditos : 20 (veinte)

Nota final : 6,3 (seis coma tres)

Se extiende el presente certificado a petición de la interesada, para los fines que estime conveniente.

Santiago, 02 de Enero de 2018


Dr. Jorge Carvajal Cabre
Director de Extensión y Educación Continua
Escuela de Medicina
Pontificia Universidad Católica de Chile



APÊNDICES

APÊNDICE A- RELAÇÃO DAS PRODUÇÕES COMPLEMENTARES À PESQUISA

- Both LM, Favaretto TC, Freitas LHM. Cycle of violence in women victims of domestic violence: Qualitative analysis of OPD 2 interview. Brain Behav. 2019;9(11). doi: 10.1002/brb3.1430

ABSTRACT

Introduction: Domestic violence places woman as the victim and man as the aggressor in the family environment. There is limited consistent and clear information based on empirical evidence on the dynamic functioning of the victims. Objective: To further understand the psychodynamics of women in the cycle of violence taking into account the aspects of psychological trauma. It is transversal research design. The sample was composed of ten women victim of domestic violence. Data collection was based on the OPD-2 Clinical Interview. Content analysis was performed from categories created by a posteriori: (a) Previous history; (b) Behavioral aspects; (c) Emotional aspects; (d) Reason for being in the relationship; (e) Type of violence and explanation for the reason of violence; (f) Support network and daily activities; and (g) Clinical and legal referral. Results: Constant violence causes changes in the structural functioning and psychological conflict of the victims: difficulties in mentalization, instability in relationships, emotional dependence, abandonment of her own life for her partners, difficulty in having a sense of identity. Victims presented difficulties in making significant changes in daily life to break the cycle of violence. Conclusion: The research sought to collaborate with more evidence on the subject, suggesting a reformulation on forms of encounter to break the cycle of violence.

Keywords: cycle violence against women; domestic violence; psychodynamics; psychological trauma; qualitative research.

- Both LM, Favaretto TC, Freitas LHM, Crempien C. Cross-cultural adaptation of the module for assessment of domestic violence, adapted from axis I of the operationalized psychodynamic diagnosis (OPD-2), with a sample of brazilian women, victims of domestic violence. Trends Psychiatry Psychother. 2019;41(3). doi: 10.1590/2237-6089-2018-0075

ABSTRACT

Introduction: Intimate partner domestic violence against women causes physical and psychological harm to victims. The relevance of this topic is indisputable and there is a need to identify in greater detail how these women experience violence, since these factors have considerable clinical implications. **Objective:** To develop a Portuguese version of the Module for Assessment of Domestic Violence, adapted from Axis I of the Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2), considering content validity and psychometric characteristics. **Method:** Cross-cultural adaptation was based on guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. OPD clinical interviews were recorded and transcribed. These interviews were analyzed by two independent judges trained in the OPD-2. **Results:** The sample comprised 56 women who had been victims of domestic violence, with a mean age of 30.07 years (standard deviation = 9.65). The adapted version has content validity and good psychometric characteristics. Evaluation of semantic equivalence took into account the psychodynamic references, using the same ideas as the original instrument. Interexaminer reliability between the judges was substantial ($k = 0.63$) and Cronbach's alpha for the new version indicates good reliability. **Conclusion:** The OPD-2 offers a psychodynamic diagnosis of the victim that complements traditional nosological diagnosis, particularly in the context of domestic violence with the adaptation of Axis I. Certain biases could have been detrimental to aspects of this study, but they were controlled. The study objective was achieved and the Module was successfully adapted to Brazilian Portuguese. The results are in line with those of the original study.

- Both LM, Favaretto TC, Freitas LHM, Benetti SPdC, Crempien C. Intimate partner violence against women: Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2). PLoS One. 2020;15(10 October). doi:10.1371/journal.pone.0239708

ABSTRACT

Introduction: Intimate partner violence against women is one of the most common forms of violence. Different research fields are trying to understand the cycle of violence, such as the psychological field, to understand how these women's relational patterns and intrapsychic conflict function in the cycle of violence.

Objective: To investigate the operationalized psychodynamic diagnosis of women victims of domestic violence, exploring the severity and experience of violence, structural functions, dysfunctional interpersonal patterns, and intrapsychic conflicts.

Method: We conducted a cross-sectional quantitative study using the OPD-2 Clinical Interviews, which were recorded and transcribed. The sample was composed by 56 women victims of domestic violence, mean age 30.07 (SD = ± 9.65). Reliability was satisfactory for judges interviews ($k > 0,6$).

Results: According to the OPD-2 evaluation, we found that the severity of the violence was associated with the intensity of women's subjective suffering. In the relational pattern, they stay in the relationship, leaving themselves vulnerable; perceive the partner as controlling, aggressive, offensive, and fear abandonment. As a defensive mechanism to relational discomfort and suffering victims anticipate the aggressor's desire, resulting in submissive behavior. The main psychic conflict was the "need for care x self-sufficiency" (78.6%). And medium was the predominant structure level, in which they presented insecure internal objects, presenting difficulties in emotional regulation and perceiving reality in a distorted way. Hence, they do not recognize their limitations and needs. We found that 78.6% of the cases had some psychiatric disorder: MDD, PTSD.

Conclusion: This study provides empirical evidence on clinical observations on the psychological functioning of this population and the issues that make up the maintenance of domestic violence against women. The understanding of internalized patterns, structural functions, and motivational tensions are fundamental for the prevention of re-victimization and improving coping mechanisms, as well as promoting greater adherence to treatment.

- Both LM, Santi RS, Kerber N, Zoratto G, Favaretto TC, Zatti C, et al. Violent situations during the COVID-19 pandemic. *Rev Bras Psicoter* [Internet]. 2021;23(1). doi 10.5935/2318-0404.20210008.

ABSTRACT

Introduction: The pandemic caused by the novel coronavirus (SARS-CoV-2) has changed the lifestyle of the general population, mainly due to the distancing and isolation measures adopted to contain the spread of the disease. These measures generated a series of stressors, including an increase in domestic violence. **Objective:** To identify the occurrence of domestic violence during isolation resulting from the COVID-19 pandemic in Brazil, its association with issues related to mental health and poorly adaptive personality traits.

Method: Nonprobabilistic study, composed of a sample of 3625 participants who were assessed using the PCL-5, DASS-21, PID-5-BF and AUDIT-C. Instruments were administered on-line from April 22, 2020 to May 8, 2020.

Results: 379 (13%) of respondents experienced some type of adverse situation during social distancing. Participants who experienced violence had higher alcohol consumption ($p=0.004$), greater severity of symptoms related to a diagnosis of PTSD ($p < 0.001$), and greater prevalence of anxiety ($p < 0.001$) and depression ($p < 0.001$) symptoms in relation to those who had no such experiences. They also demonstrated higher PID-5 scores of maladaptive personality traits, such as negative affectivity ($p < 0.001$), distance ($p < 0.001$), antagonism ($p < 0.001$), disinhibition ($p < 0.001$) and psychoticism ($p < 0.001$).

Conclusion: Isolation due to the pandemic is having a great impact on people's mental health, specifically on those who have experienced violence. Together with public agencies and the private sector, strategies should be created aimed at scaling up interventions to mitigate this impact of the pandemic, especially by providing expanded listening spaces in the health and social care sectors.

Keywords: Violence; Depression; Anxiety; Coronavirus infections.

- Zatti C, Both LM, Bastos AG, Oliveira SES de, Favaretto TC, Guimarães LSP, et al. Características psicodinâmicas de pacientes com tentativa de suicídio. Rev Bras Psicoter [Internet]. 2022;24(2). doi: 10.5935/2318-0404.20220018. Available from: https://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=424

RESUMO

Objetivo: Avaliar o funcionamento psicodinâmico de pacientes pós-tentativa de suicídio através do Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD-2) e de outros instrumentos complementares.

Métodos: estudo de caso utilizando métodos mistos de análise (quali-quantitativa). Os pacientes foram avaliados em follow up 3 anos após a primeira entrevista (que ocorreu logo após a tentativa de suicídio), e dois deles concordaram em participar do follow up.

Resultados: observou-se nível moderado de funcionamento global nos pacientes. Os conflitos psíquicos com maior prevalência foram o de ‘autoestima’ e ‘necessidade de ser cuidado’x ‘autossuficiência’. Em suas relações, mostraram-se dependentes, impulsivos e exigentes, o que ocasiona sensação constante de abandono. Nessa perspectiva, o medo de ser abandonado faz com que se distancie e se isolem. Os fatores protetivos de tendências suicidas foram a qualidade da rede de apoio (MOS), a maior interação social, a maior estabilidade do self, o nível de defesas maduras e o tratamento em saúde mental posterior à alta hospitalar. **Conclusão:** o OPD-2 demonstrou-se um instrumento apropriado para uma ampla compreensão psicológica de pessoas que tiveram tentativas de suicídio.

Palavras-chaves: Tentativa de Suicídio, Apoio Social, Fatores Protetivos, Saúde Pública.

APÊNDICE B- ATIVIDADES CIENTÍFICAS

- IV Fórum Internacional de Novas Abordagens em Saúde Mental. Centro Educacional Novas Abordagens Terapêuticas com apoio da UFRGS e do International Mental Health Collaboration Network. 2019.
- Congresso Internacional de Psicologia: cenários atuais e perspectivas em Psicologia. Ibec-Instituto Brasileiro de Eventos Científicos. 2019.
 - Apresentação de pôster como coautora: “A função reflexiva em adolescentes escolares em conflito com a lei”;
 - Apresentação de pôster como autora: “Educação musical com adolescentes em conflito com a lei”;
 - Apresentação de pôster como autora: “Terapia baseada na mentalização: relato de caso de um adolescente em conflito com a lei”;
 - Apresentação de mesa redonda: “Perspectiva psicológica, familiar e farmacoterapêutica do suicídio e seus múltiplos aspectos”.
- Colóquio de Formação Humana Bildung e Educação no Programa de Pós-Graduação em Educação - Mestrado em Educação - da Universidade de Passo Fundo, RS. 2019.
- Simpósio 60 anos CELG- Bem-estar e saúde na vida profissional e acadêmica. 2019.
- V Congresso Internacional de Estudos do Envelhecimento Humano, promovido pela Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, RS. 2020.
 - Autora de Poster: “Compreensão psicodinâmica do transtorno de estresse pós-traumático em mulheres idosas através do OPD-2.
- I Fórum Latino-Americano sobre Saúde Mental na Pandemia promovido pelo Projeto COVODPsiq da Universidade Federal de Santa Maria e Faculdade de Psicologia da Universidad Nacional de Mar del Plata. 2020.
- Webinar “Estresse e resiliência na clínica do trabalho” pelo Projecto, RS. 2020.
- Revisão do artigo "Relationship between childhood trauma, parental bonding and defensive styles with psychiatric symptoms in the adult life of patients in psychoanalytic psychotherapy" para a Revista Trends Psychiatry Psychotherapy. 2020.
- “30ª Jornada CELG: Felicidade, Ciência e Psicoterapias”. 2021.
 - Curso “Psicanálise e neurociência”;
 - Apresentação oral do trabalho “Compreensão psicodinâmica de pacientes traumatizados: análise qualitativa da entrevista do OPD-2”.

- Conselho Regional de Psicologia “Roda de conversa Práticas da Psicologia na socioeducação: meio aberto e meio fechado”. 2021.
- “1º Encontro Internacional de Saúde Mental e as Reações Psicológicas e Neurológicas à Covid-19”, promovido pelo Laboratório Virtual de Neuropsicometria (LAVINACC), pela Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP) e pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), em parceria com a Athene Cursos, Inec, Ibneq, Utad Portugal e Unilasalle. 2021.
- “II Congresso Internacional de Psicologia”, realizado pelo IBEC- Instituto Brasileiro de Eventos Científicos. 2021.
 - Apresentação de mesa redonda: “COVID-19 e TEPT: uma análise integrativa da literatura”;
 - Apresentação de Poster: “Funcionamento psicodinâmico em trauma complexo: relato de caso”.
- “51 Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia”. 2021.
 - Apresentação de Paineis: "Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD-2): follow up de pacientes com comportamento suicida prévio".
- “31º Jornada CELG: Resiliência, desencontros e reencontros”. 2022.
 - Apresentação de Poster: “Compreensão do funcionamento psicodinâmico de pacientes com transtorno de estresse pós-traumático e transtornos de estresse pós-traumático complexo: análise qualitativa a partir da entrevista OPD-2”.
- Curso: “Resiliência no estresse pós-traumático: uma revisão de conceitos e propostas de tratamento” do Programa de Pós- Graduação em Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade Federal de São Paulo. 2022.