



ARTIGO ORIGINAL

## **Efeito de um modelo de intervenção psicodinâmica ultrabreve para mulheres com transtorno de estresse agudo e transtorno de estresse pós-traumático: estudo naturalístico**

*Letícia Rosito Pinto Krue<sup>a</sup>*

*Simone Hauck<sup>b</sup>*

*Erico Moura Silveira Júnior<sup>c</sup>*

*Lúcia Helena Freitas Ceitlin<sup>d</sup>*

- <sup>a</sup> Psicóloga. Mestre em Ciências Médicas: Psiquiatria UFRGS (especialista em Psicologia Clínica) - Porto Alegre - RS - Brasil.
- <sup>b</sup> Doutora em Ciências Médicas: Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Médica psiquiatra. Especialista em Psicoterapia (editora da Revista Brasileira de Psicoterapia).
- <sup>c</sup> Mestre em Ciências Médicas: Psiquiatria UFRGS. - Médico psiquiatra. Especialista em Psicoterapia (editor junior da Revista Brasileira de Psicoterapia).
- <sup>d</sup> Doutora em Medicina: Ciências Médicas. - Médica psiquiatra (professora adjunta, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, UFRGS. Coordenadora, NET-TRAUMA, HCPA. Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria: UFRGS).

**Instituição:** NÚCLEO DE ESTUDOS E TRATAMENTO DO TRAUMA (NET-TRAUMA), Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, Brasil.

**Suporte financeiro:** Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Fundo de Incentivo à Pesquisa e Ensino do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (FIPE-HCPA).

## Resumo

O objetivo deste estudo foi avaliar o efeito de um modelo de psicoterapia psicodinâmica ultrabreve em mulheres com transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e transtorno de estresse agudo (TEA). Método: 27 mulheres que completaram 4-6 sessões de tratamento foram avaliadas antes e após a intervenção por meio de um protocolo padrão: Davidson Trauma Scale (DTS), Inventário Beck de Depressão (Beck), Defesa Style Questionnaire (DSQ-40), Clinical Global Impression (CGI) e Avaliação Global do Funcionamento (GAF). Resultados: Após o tratamento, verificou-se redução dos sintomas de acordo com o DTS, BECK, CGI e escalas de GAF, mesmo controlando para o uso de psicofármacos, com tamanho de efeito elevado  $n$ : CGI  $d = 1,18$ , GAF  $d = 1,03$ , DTS  $d = 0,95$  e BDI  $d = 0,9$ . Houve redução na utilização de projeção e aumento da defesa humor após o tratamento. A redução dos sintomas do TEPT foi correlacionada com a diminuição do escore do fator imaturo. Conclusões: Embora estudos controlados sejam necessários para confirmar esses resultados, este estudo sugere que uma intervenção psicodinâmica ultra-breve pode ser uma alternativa interessante no tratamento para TEPT e TEA, principalmente no âmbito da saúde pública.

**Palavras-chave:** Psicoterapia; Resultado de Tratamento; Transtornos de Estresse Pós-Traumático.

## Abstract

The aim of this study was to evaluate the effect of an ultra-brief psychodynamic intervention (UBPI) for women with post-traumatic stress disorder (PTSD) and acute stress disorder (ASD). Methods: 27 women who completed 4-6 treatment sessions were assessed before and after the intervention by means of a standard protocol, Davidson Trauma Scale (DTS), Beck Depression Inventory (BECK), Defense Style Questionnaire (DSQ- 40), Clinical Global Impression (CGI) and the Global Assessment of Functioning (GAF). Results: After treatment, there was a reduction in symptoms according to DTS, BECK, CGI and GAF scales, even controlling for the use of psychotropic drugs. The Cohen's effect size was large CGI  $d = 1,18$ , GAF  $d = 1,03$ , DTS  $d = 0,95$  e BDI  $d = 0,9$ . There was a reduction in the use of projection and an increase in the humour defense, after treatment. The reduction in PTSD symptoms was correlated with immature factor score decreasing. Conclusions: Although, controlled studies are required to confirm these findings, this study suggest that an ultra-brief psychotherapy intervention could be an interesting treatment alternative for PTSD and ASD patients especially in public health settings.

**Keywords:** Psychotherapy; Treatment Outcome; Post-Traumatic Stress Disorders.

## Introdução

Estudos epidemiológicos mostraram que mais de 50% da população mundial foi exposta a pelo menos um evento traumático durante a sua vida e que a prevalência ao longo da vida de estresse pós-traumático (TEPT) foi de 8-12%<sup>1,2</sup>. No Marrocos, verificou-se uma prevalência de TEPT de 3,4% na população em geral<sup>3</sup>, enquanto que na Índia, depois do tsunami de 2004, houve uma prevalência de 12,7%<sup>4</sup>. Embora a prevalência possa variar em diferentes estudos, a maioria dos achados aponta que ela pode variar de 10,3% nos homens e 18,3% nas mulheres em algum momento de suas vidas<sup>5</sup>.

Diferentes eventos podem desencadear o TEPT, como assaltos, sequestros, guerras, catástrofes naturais, entre outros<sup>6</sup>. Além do sofrimento psicológico e do risco de desenvolver TEPT<sup>7</sup>, os sobreviventes de trauma têm um risco maior de desenvolver outros transtornos psiquiátricos, como depressão, síndrome do pânico, transtorno de ansiedade generalizada e abuso de substâncias<sup>8,9</sup>. No Brasil, a violência é um grave problema de saúde pública e está associada com importante morbidade psiquiátrica, impondo a necessidade de desenvolver estratégias públicas relativas à prevenção da violência e das consequências de os indivíduos serem expostos a ela<sup>10,11</sup>.

Foa & Street<sup>12</sup> verificaram que os tratamentos mais estudados para o TEPT são as intervenções cognitivo-comportamentais. Independentemente da modalidade de tratamento ser grupal ou individual, essa terapia tem demonstrado altos índices de eficácia para o tratamento do TEPT<sup>13</sup>, enquanto outros tipos, ou são ineficientes, ou não foram ainda suficientemente estudados<sup>14</sup>. Revisões sistemáticas mostram que há uma falta de evidências a favor da eficácia do “debriefing”, podendo ter efeitos negativos. O “debriefing” trata-se de uma técnica de psicoterapia individual ou de grupo que tem como um dos seus objetivos principais que os participantes falem sobre suas vivências e emoções causadas pelo evento traumático que acabou de ocorrer. Foi utilizado como um procedimento para a prevenção do TEPT<sup>15-17</sup>. No que diz respeito à farmacoterapia para o TEPT, os antidepressivos parecem ser mais eficazes e eles são os medicamentos de primeira escolha no momento<sup>18</sup>. Pesquisas com os benzodiazepínicos sugerem que essa intervenção, além de ser ineficiente, pode ser iatrogênica<sup>19</sup>. Por não haver estudos na literatura que tenham avaliado o efeito de intervenções psicodinâmicas ultrabreves (IPUB) para TEA e TEPT, o objetivo deste estudo é avaliar os efeitos de um modelo de psicoterapia psicodinâmica ultrabreve (IPUB) em mulheres com TEPT e TEA.

## Método

Este foi um estudo de intervenção pré e pós. A amostra foi composta por 27 mulheres que foram tratadas de maio de 2008 a novembro de 2009 no Centro de Estudos e Tratamento do Estresse Traumático (NET-TRAUMA) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil.

Os critérios de inclusão foram: ser mulher com idade entre 14 e 62 anos, com o diagnóstico de TEA ou TEPT, realizar de 4 a 6 sessões de tratamento com a intervenção ultra-breve psicodinâmica (IPUB). Os critérios de exclusão foram: ter sintomas psicóticos, retardo mental ou indicação de internação psiquiátrica. Para fins de validade interna, restringimos o nosso estudo a pacientes do sexo feminino.

O NET-TRAUMA recebe pacientes que sofreram grandes eventos traumáticos, encaminhados da atenção primária, secundária e terciária. O tratamento consiste em uma entrevista de avaliação, seguida por um protocolo de tratamento de 4-6 semanas. A primeira sessão de avaliação é realizada por um psiquiatra experiente para fins de rastreio. Verifica-se se a psicopatologia primária é TEA/TEPT e se o paciente tem os critérios psicológicos para entrar na abordagem de psicoterapia ultra-breve. Após a indicação do tratamento, o residente-chefe explica os objetivos do tratamento e dá uma breve explicação (psico-educação) sobre TEA e sintomas do TEPT e os fatores cognitivos e neurobiológicos relacionados com a desordem.

Nas sessões posteriores, ao longo da IPUB, seguem-se, consistentemente, os seguintes objetivos: 1) uma atitude empática; 2) foco no trauma; 3) foco sobre a relação do trauma atual (medos e fantasias) e sintomas de problemas de infância (conflitos primários, padrões de objeto de relação e mecanismos de defesa). No que diz respeito ao tratamento farmacológico, quando indicado, os inibidores da recaptação de serotonina foram utilizados como tratamento de primeira escolha, evitando prescrição de benzodiazepínicos. As sessões posteriores foram realizadas por médicos residentes em psiquiatria do HCPA. Além disso, cabe ressaltar que todos os atendimentos foram discutidos com o médico contratado e com os professores responsáveis pelo ambulatório.

Todos os indivíduos assinaram termo de consentimento. Os procedimentos descritos neste estudo receberam a aprovação do Comitê Local de Ética em Pesquisa HCPA (07-378).

## **Instrumentos**

As escalas de avaliação clínica utilizadas foram a Davidson Trauma Scale (DTS)<sup>20,21</sup>, que mede sintomas do TEPT, o Inventário de Depressão de Beck (BECK)<sup>22,23</sup>, que mede os sintomas depressivos, e a Defense Style Questionnaire (DSQ-40), que mede os 20 mecanismos de defesa, fornecendo os resultados individuais das defesas e as pontuações por três fatores relativos a diferentes estilos (de defesa): maduro, imaturo e neurótico<sup>24</sup>. A Impressão Clínica Global (CGI) e a Avaliação Global do Funcionamento (GAF) foram inferidas pelo clínico após a entrevista de admissão e no final do tratamento. Os dados sociodemográficos foram avaliados por meio de um protocolo padrão.

## Análise estatística

As variáveis contínuas foram descritas por média e desvio padrão (distribuição simétrica) ou mediana e intervalo interquartil (distribuição assimétrica). As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências absolutas e relativas. A diferença entre as médias foi avaliada pelo teste t de Student para variáveis independentes. A correlação de variáveis quantitativas foi avaliada pelos métodos Pearson ou Spearman. O tamanho de efeito de Cohen foi utilizado para avaliar a magnitude da melhoria clínica após o tratamento<sup>25</sup>.

Para controlar o efeito de uso de psicofármacos, as análises foram feitas considerando apenas os pacientes que não usaram medicamentos psicofármacos durante o estudo com o objetivo de verificar se as descobertas persistiam. A análise estatística foi realizada utilizando o Statistical Package for Social Sciences (SPSS) software estatístico 17,0 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA). Foram considerados significativos resultados com valor de  $p = 0,05$ .

## Resultados

As características sociodemográficas encontram-se resumidas na Tabela 1. As características clínicas da amostra (pré e pós-tratamento) e do tamanho do efeito de Cohen são mostradas na Tabela 2. Após o

**Tabela 1.** Dados sociodemográficos

Variáveis	F	%
	(N = 27)	
<b>Sexo Feminino</b>	27	100
<b>Idade<sup>a</sup></b>	35 ± 13	-
<b>Anos de estudo<sup>a</sup></b>	10.2 ± 11	-
<b>Etnia branca</b>	18	66.7
<b>Casada ou morando com companheiro</b>	11	40.7
<b>Presença de comorbidade</b>	4	14.8
<b>História de doença psiquiátrica</b>	3	11.1
<b>Tipo de trauma</b>		
Sexual	12	44.4
Roubo	7	25.9
Acidente de carro	1	3.7
Morte de familiar	2	7.4
Violência física	5	18.5
<b>Uso de psicofármacos</b>	16	59.2
<b>Único episódio de trauma</b>	18	66.7
<b>Diagnósticos</b>		
TEA	4	14.8
TEPT	23	85.2

<sup>a</sup>Resultados com médias ( $\pm$  desvio padrão); TEA: estresse agudo; TEPT: estresse pós-traumático

tratamento, verificou-se redução dos sintomas de acordo com o DTS, BECK, CGI e GAF, com um tamanho grande de efeito de Cohen para todos os parâmetros clínicos (Tabela 2). Os resultados permaneceram significativos mesmo controlando para uso de psicofármacos.

**Tabela 2.** Pré e pós-tratamento: parâmetros clínicos

Variáveis	Pré-tratamento		p	Cohen's <i>d</i>
	(média ± DP)	(média ± DP)		
Total Davidson Scores	92.6 ± 27.8	63.4 ± 34	0.001	0.95
BECK	28.7 ± 8.8	19.3 ± 1.9	0.001	0.90
GAF	60.9 ± 7.9	70.1 ± 9.8	0.001	1.03
CGI	4.44 ± 0.9	3.19 ± 1.1	0.001	1.18

DP: desvio padrão BECK: Inventário Beck de depressão; GAF: Avaliação Global do Funcionamento; CGI: Impressão clínica global; *d*: Cohen's.

No que diz respeito aos mecanismos de defesa, houve uma redução na defesa “projeção” ( $p = 0,036$ ) e um aumento da defesa “humor” ( $p = 0,024$ ) após o tratamento. Foi encontrada uma associação positiva entre a redução de sintomas do TEPT e a diminuição na pontuação do fator imaturo ( $r = 0,43$ ,  $p = 0,032$ ).

Houve melhora dos sintomas do TEPT em pacientes que buscaram tratamento até um ano após o evento traumático ( $\Delta$ DTS =  $-46,8 \pm 24,06$   $\Delta$ DTS contra =  $-17,1 \pm 30,5$ ,  $p = 0,01$ ).

## Discussão

Embora estudos controlados sejam necessários para confirmar os nossos resultados, este estudo sugere que a IPUB poderia ser uma abordagem interessante para o tratamento TEA/TEPT, pois ela levou a redução em todos os parâmetros clínicos nesta amostra, com grandes tamanhos de efeito<sup>26</sup>.

Considerando-se que a IPUB é focada nas variáveis psicodinâmicas relacionadas com o trauma e na sintomatologia atual, a associação entre a redução dos sintomas TEA/TEPT e a redução do uso de defesas imaturas, mesmo dentro de um curto período de tempo, sugere uma possível eficácia da IPUB nessa população.

Além disso, houve uma diminuição na projeção de defesa e um aumento da utilização da defesa humor. Cabe ressaltar que este tratamento foi realizado num período de tratamento de 4-6 semanas. Novos estudos devem abordar se esses resultados persistem ao longo do tempo. Apenas um estudo utilizou a IPUB para o tratamento de distúrbios da personalidade e verificou-nos acompanhamentos que os resultados se mantiveram mesmo depois de 3 meses e 6 meses após o término do tratamento<sup>27</sup>.

Outra descoberta clinicamente relevante é que o tratamento IPUB foi mais eficaz para os pacientes que procuraram ajuda até um ano após o trauma.

Pode-se dizer que a melhora dos sintomas pode estar relacionada com o uso de psicofármacos e não com a IPUB. No entanto, a eficácia permaneceu significativa mesmo considerando apenas os pacientes que não fizeram uso de psicofármacos<sup>28</sup>. Também deve ser levado em conta que, em função da duração do tratamento (4-6 semanas), dificilmente os antidepressivos poderiam ter um efeito completo, constatação que favorece a hipótese de efetividade da IPUB. Esse fato deve ser abordado em futuros estudos, como em ensaios clínicos controlados, para avaliar o impacto do tratamento combinado.

Nosso estudo apresenta limitações, principalmente por ser um estudo naturalístico e pelo pequeno tamanho da amostra. No entanto, é uma avaliação inicial do efeito da intervenção ulbra-breve para mulheres com TEA/TEPT. Por isso, é necessário que ele seja replicado e que a IPUB seja comparada com os outros tratamentos controlados utilizando amostras maiores. Além disso, novos estudos são necessários para avaliar somente um tipo de trauma.

## **Conclusão**

Este estudo sugere que um modelo de psicoterapia psicodinâmica ultrabreve pode ser uma alternativa interessante de tratamento para o TEPT e o TEA, principalmente no âmbito da saúde pública.

## Referências

1. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E: Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:216-222.
2. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB: Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:1048-1060.
3. Kadri N, Agoub M, El Gnaoui S, Berrada S, Moussaoui D: Prevalence of anxiety disorders: a population-based epidemiological study in metropolitan area of Casablanca, Morocco. *Ann Gen Psychiatry* 2007;6:6.
4. Kumar MS, Murhekar MV, Hutin Y, Subramanian T, Ramachandran V, Gupte MD: Prevalence of posttraumatic stress disorder in a coastal fishing village in Tamil Nadu, India, after the December 2004 tsunami. *Am J Public Health* 2007;97:99-101.
5. Yehuda R, Davidson J: *Clinician's Manual on Posttraumatic Stress Disorder*, ed 1. London, Science Press, 2000.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, ed 4. Washington (DC), American Psychiatric Association, 2002.
7. McFarlane AC: Traumatic stress in the 21st century. *Aust N Z J Psychiatry* 2008;34:896-902.
8. Shalev AY, Yehuda R: Longitudinal Development of Traumatic Stress Disorders. In: Yehuda R (ed): *Psychological Trauma*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1998,31-66.
9. Kapczinski F: [An update on posttraumatic stress disorder]. *Rev Bras Psiquiatr* 2003;25 Suppl 1:1-2.
10. Andreoli SB, Ribeiro WS, Quintana MI, Guindalini C, Breen G, Blay SL, Coutinho ES, Harpham T, Jorge MR, Lara DR, Moriyama TS, Quarantini LC, Gadelha A, Vilete LM, Yeh MS, Prince M, Figueira I, Bressan RA, Mello MF, Dewey ME, Ferri CP, Mari Jde J: Violence and post-traumatic stress disorder in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil: the protocol for an epidemiological and genetic survey. *BMC Psychiatry* 2009;9:34.
11. Bressan RA, Quarantini LC, Andreoli SB, Araujo C, Breen G, Guindalini C, Hoexter M, Jackowski AP, Jorge MR, Lacerda AL, Lara DR, Malta S, Moriyama TS, Quintana MI, Ribeiro WS, Ruiz J, Schoedl AF, Shih MC, Figueira I, Koenen KC, Mello MF, Mari JJ: The posttraumatic stress disorder project in Brazil: neuropsychological, structural and molecular neuroimaging studies in victims of urban violence. *BMC Psychiatry* 2009;9:30.
12. Foa EB, Street GP: Women and traumatic events. *J Clin Psychiatry* 2001;62 Suppl 17:29-34.



13. Knapp P, Caminha RM: [Cognitive therapy for posttraumatic stress disorder]. *Rev Bras Psiquiatr* 2003;25 Suppl 1:31-36.
14. Hetrick SE, Purcell R, Garner B, Parslow R: Combined pharmacotherapy and psychological therapies for posttraumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2010;7:CD007316.
15. Figueira I: [Post-traumatic stress in tsunami-affected areas]. *Rev Bras Psiquiatr* 2005;27:93-94.
16. Rose S, Bisson J, Wessely S: A systematic review of single-session psychological interventions ('debriefing') following trauma. *Psychother Psychosom* 2003;72:176-184.
17. Kapczinski F, Margis R: [Posttraumatic stress disorder: diagnostic criteria]. *Rev Bras Psiquiatr* 2003;25 Suppl 1:3-7.
18. Bernik M, Laranjeiras M, Corregiari F: [Pharmacological treatment of posttraumatic stress disorder]. *Rev Bras Psiquiatr* 2003;25 Suppl 1:46-50.
19. Pitman RK, Delahanty DL: Conceptually driven pharmacological approaches to acute trauma. *CNS Spectr* 2005;10:99-106.
20. Davidson JR: Long-term treatment and prevention of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2004;65 Suppl 1:44-48.
21. Davidson JR, Book SW, Colket JT, Tupler LA, Roth S, David D, Hertzberg M, Mellman T, Beckham JC, Smith RD, Davison RM, Katz R, Feldman ME: Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychol Med* 1997;27:153-160.
22. Beck AT, Steer RA, Brown GK: *Manual for the Beck Depression Inventory - II*, ed 2. San Antonio (TX), Psychological Corporation, 1996.
23. Beck AT, Steer RA, Garbin MG: Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev* 1988;8:77-100.
24. Blaya C, Dornelles M, Blaya R, Kipper L, Heldt E, Isolan L, Manfro GG, Bond M: Brazilian- Portuguese version of defensive style questionnaire-40 for the assessment of defense mechanisms: construct validity study. *Psychother Res* 2007;17:261- 272.
25. Cohen J: *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, ed 2. Hillsdale (NJ), Erlbaum, 1988.
- 26 Kevin EK., Kelly LS, Cecile AL, et al. Brief treatment of co-occurring posttraumatic stress and depressive symptoms by use of accelerated resolution therapy. *Front. Psychiatry*, 2013.

27. Beretta V, de Roten Y, Drapeau M, Kramer U, Favre N, Despland JN: Clinical significance and patients' perceived change in four sessions of brief psychodynamic intervention: characteristics of early responders. *Psychol Psychother* 2005;78:347-362.
28. Brian AS, Jacques PB. A Clinician's Guide to PTSD Treatments for Returning Veterans *Psychol Res Pr*. 2011, 1; 42(1): 8-15.

**Correspondência:**

Letícia Rosito Pinto Krueh  
Rua Cel. Bordini, 300, ap. 601  
90440-002 - Porto Alegre, RS, Brasil  
lekruel@yahoo.com.br

Submetido em 18/04/2013

Devolvido aos autores em 24/06/2013

Retorno dos autores em 21/07/2013

Aceito em 25/07/2013