

Psicoterapia Cognitivo-comportamental para o Transtorno de Estresse Agudo: Uma Revisão Sistemática

Cognitive-behavioral Psychotherapy for Acute Stress Disorder:
A Systematic Review

Aline Romani-Sponchiado ✉
Cristiane Ribeiro da Silva
Christian Haag Kristensen

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

RESUMO

A Psicoterapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem sido considerada a terapia de escolha para o tratamento do Transtorno de Estresse Agudo (TEA), sendo empregada como forma de prevenção ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). No entanto, não há um consenso sobre as estratégias mais eficazes dentro desta abordagem. O presente artigo teve por objetivo identificar, por meio de uma revisão sistemática de estudos clínicos controlados, as estratégias que apresentam maior eficácia dentro da abordagem cognitivo-comportamental. Foram consultadas as bases de dados Scielo, LILACS, MedLine/PubMed, Web of Science e PsychInfo em Junho de 2012. Foram inicialmente identificados 1103 estudos. Após a adoção dos critérios de exclusão, cinco estudos foram incluídos no processo de revisão. A partir dos estudos encontrados e da análise destes, conclui-se que a terapia de exposição apresenta resultados promissores para tratamento do TEA. A revisão indicou ainda a necessidade de estudos com melhor qualidade metodológica e amostras mais abrangentes.

Palavras-chave: Trauma; Terapia de Exposição; Terapia Cognitivo-Comportamental; Efetividade

✉ alineromani@gmail.com

ABSTRACT

Cognitive Behavioral Therapy (CBT) has been considered the gold-standard treatment to Acute Stress Disorder (ASD), with its use in ASD course mainly focusing the prevention of the development of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). However, there is no consensus about effective strategies into CBT approaches for ASD treatment. Thus, this article aims to identify the most efficient strategies in the CBT approach. In order to attend this purpose, a systematic review was conducted, looking for randomized clinical trials addressing ASD treatment, on the following databases: Scielo, LILACS, MedLine / PubMed, Web of Science and PsychInfo in June 2012. Initially, 1103 studies were identified. After the adoption of the exclusion criteria, five studies were included in the review process. The results of the review point that exposure therapy have the most promising outcomes in ASD treatment. Furthermore, the review also indicates the need for studies with better methodological quality, as well as the use of broader samples.

Keywords: Trauma; Exposure Therapy; Cognitive-Behavioral Therapy; Effectiveness

INTRODUÇÃO

A proposição do Transtorno de Estresse Agudo (TEA) foi uma inovação diagnóstica introduzida no DSM-IV, visando ao reconhecimento do caráter patológico das reações de curto prazo que sucedem à exposição a um evento estressor traumático, bem como a possibilidade de verificar o valor preditivo desta condição para o desenvolvimento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) (McNally, 2003). Um dos principais benefícios do diagnóstico precoce nos quadros pós-traumáticos é a possibilidade de adoção de intervenções que busquem não apenas minimizar o sofrimento atual, mas ainda prevenir o estabelecimento de TEPT. Atualmente, há evidências indicativas de que a terapia cognitivo-comportamental (TCC) é eficaz neste sentido (Bryant et al., 2011). Entretanto, os estudos ainda divergem sobre os procedimentos e especificidades do tratamento do TEA (Forbes et al., 2007). Assim, o objetivo deste trabalho é revi-

sar as técnicas cognitivo-comportamentais quanto à sua eficácia na intervenção no TEA.

O TEA é descrito no DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2002) como uma perturbação que dure de 2 dias a 4 semanas após a experiência de um evento traumático. O indivíduo acometido por este transtorno passa a exibir sintomas de revivência da situação traumática (flashbacks, sonhos, recordações recorrentes), esquiva a estímulos associados ao trauma (pessoas, atividades, locais), dificuldade de concentração, sintomas de maior excitabilidade e hipervigilância (resposta de sobressalto exagerada) e inquietação motora, e ademais as manifestações da doença afetam suas relações sociais e ocupacionais. O diagnóstico de TEA diferencia-se do TEPT essencialmente por causa do período de tempo transcorrido desde o evento traumático. No caso da transcorrência inferior a um mês, caracteriza-se o TEA; no caso de o período ser superior a 30 dias, o diagnóstico cor-

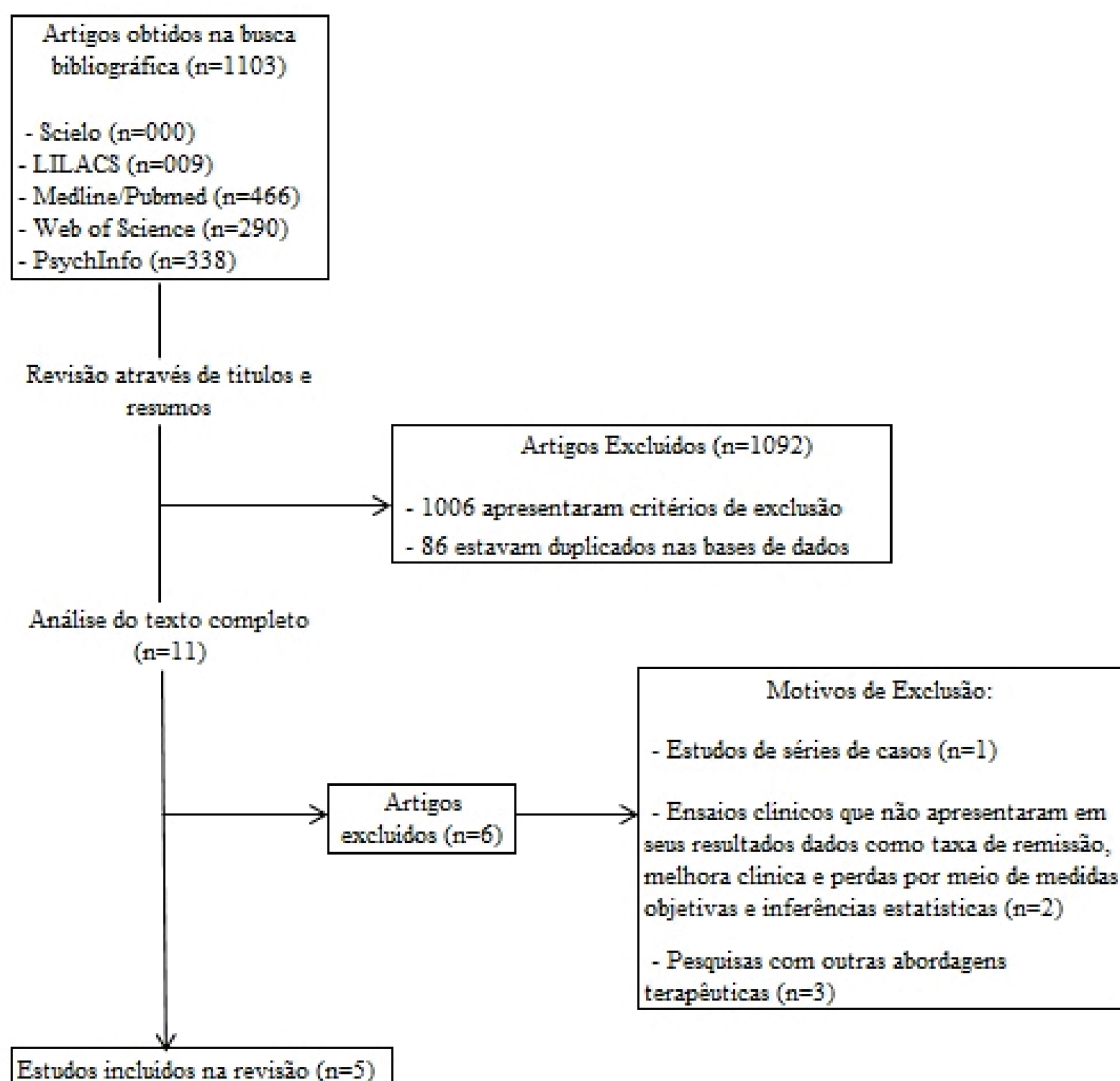
reto é o de TEPT. No TEA também há uma ênfase na experiência de sintomas dissociativos (Forbes, Creamer, Phelps & Couineau, 2007, Dalgleish et al., 2008), como desrealização, despersonalização e amnésia dissociativa. Entretanto, há também autores que salientam a controvérsia a respeito do diagnóstico de TEA, no que diz respeito à ênfase na dissociação nos sintomas agudos pós-trauma (Bryant, 2011). As controvérsias motivaram uma proposta de revisão para os critérios do TEA no DSM-5 por Bryant e colegas (2011). A nova proposta agrupa os sintomas de revivência, esquiva, excitabilidade e sintomas dissociativos em um único *cluster*, diferentemente do modo descrito no DSM-IV. Ainda, sugere-se alteração da duração mínima (critério A) de dois para três dias com o objetivo de reduzir diagnósticos incorretos.

Estudos epidemiológicos apresentam dificuldades em estabelecer uma prevalência para o TEA (Cohen, 2008), visto que a metodologia empregada nos estudos é diversa (ex. diferentes instrumentos; foco em determinado trauma) (Bryant et al., 2011). Em geral, encontra-se nos estudos com diversos traumas uma prevalência entre 7 e 28%. Unindo esses estudos com aqueles que consideraram o TEA subsindrômico (sem dissociação) apresenta-se uma taxa entre 10 e 32%, com uma média de 23% (Bryant, 2011). Fatores que podem aumentar a incidência do transtorno são: gravidade e persistência do trauma, grau de exposição a ele (APA, 2002), ser do sexo feminino, ser jovem, depressão, repertório de estratégias de *coping* restritos (Cohen, 2008), em especial com estratégias do tipo evitativo (Harvey & Bryant, 1998; Moulds & Bryant, 2008), exposição prévia a traumas, TEPT pré-existente e transtornos psiquiátricos prévios (Harvey & Bryant, 2000).

Um dos maiores focos das intervenções no TEA é evitar a evolução do quadro para um de TEPT, entre outros transtornos; e tratar os sintomas dessa fase aguda, trazendo de volta o bem-estar do paciente (Bryant et al., 2011). Neste sentido a TCC tem sido empregada, apresentando uma acelerada remissão dos sintomas agudos após o tratamento. Entretanto, a literatura ainda carece de pesquisas de alta qualidade que avaliem o tratamento psicológico combinado ao farmacológico para o TEA, embora se opte pela TCC sem o uso de medicações no primeiro momento pós-trauma como tratamento de escolha (Forbes et al., 2007). Os resultados encontrados até o momento descrevem a TCC como sendo mais eficaz do que lista de espera e intervenções de *counseling*, amenizando sintomas como revivência e esquiva (Bryant, Moulds, & Nixon, 2003; Roberts, Kitchiner, Kenardy, & Bisson, 2009). Um estudo que investigou os efeitos da TCC breve (4 a 5 sessões), no caso de TEA associado com Depressão, também descreveu que os efeitos da TCC foram favoráveis (Sijbrandij et al., 2007). Entre as estratégias terapêuticas utilizadas na abordagem cognitivo-comportamental, a terapia com exposição apresenta resultados eficazes para o TEPT e promissores para tratamento do TEA, embora ainda haja pouca sistematicidade nas pesquisas a respeito. (Forbes et al., 2007).

Apesar de a TCC se mostrar eficaz no tratamento do TEA, ainda não há um consenso sobre as estratégias mais eficazes para prevenção de TEPT dentro desta abordagem. Portanto, o objetivo deste artigo é investigar as técnicas cognitivo-comportamentais que apresentam maior eficácia para o tratamento do TEA por meio de uma revisão sistemática de estudos clínicos controlados que envolveram a TCC para o tratamento do TEA.

Figura 1



MÉTODO

Os estudos que compuseram a amostra desta revisão foram identificados através da busca nas bases de dados Scielo, LILACS, MedLine/PubMed, Web of Science e PsychInfo em Junho de 2012. Os termos de entrada nos bancos de dados foram: “acute stress disorder AND cognitive therapy”, “acute stress disorder AND behavioral therapy” e “acute stress disorder AND exposure therapy”. Foram incluídos apenas en-

saio clínicos randomizados publicados entre 1994 e 2012, realizados com indivíduos com diagnóstico de TEA de acordo com o DSM-IV tratados com psicoterapia de abordagem cognitivo-comportamental. Somente estudos publicados em inglês, espanhol e português foram avaliados. As buscas iniciais foram realizadas pelos autores de forma independente revisando os resumos e assim aplicando os seguintes critérios de exclusão: a) populações sem o diagnóstico de TEA; b) participantes crianças ou adolescentes na

amostra; c) com avaliação da eficácia da TCC apenas em pacientes com TEPT agudo (de um até três meses após o evento traumático) e TEPT crônico; d) sem TCC como intervenção; e e) estudos de caso, séries de casos, revisões de literatura, capítulos de livros, teses, dissertações, *brief reports* e cartas. Os artigos selecionados foram lidos de forma completa (resumo e texto completo) e examinados pelos autores. Foram realizadas buscas nas referências dos artigos selecionados para a revisão, a fim de se encontrar mais estudos para inclusão. Em todas as etapas do processo, os artigos foram analisados pelos autores de forma independente. Os achados independentes eram confrontados e deveria se chegar a um consenso baseado nos critérios pré-estabelecidos. Após a revisão independente, realizou-se reunião em que houve consenso quanto à inclusão e à exclusão de 100% de artigos.

RESULTADOS

Como se pode observar na Figura 1, na busca inicial foram encontrados 1103 artigos. Todos os resumos identificados desta primeira busca foram julgados. Eles foram submetidos à análise para aplicação dos critérios de exclusão. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, resultaram 11 estudos para análise do texto completo. Após esta análise, chegou-se ao número de 5 artigos para a análise final. A busca nas referências bibliográficas destes artigos não resultou na inclusão de novos estudos.

Fluxograma

Foram analisados cinco estudos, os quais se caracterizaram pela metodologia quasi-experimental, utilizando condições ativas (TCC, TCC/Hipnose, reestruturação cognitiva, exposição prolongada e *counseling*) e passivas (lista de espera) para o tratamento do TEA. Os ensaios clínicos controlados

localizados nesta busca encontram-se listados na Tabela 1.

Os traumas mais frequentes foram acidentes automobilísticos e agressão sem violência sexual. Um estudo incluiu ainda vítimas de abuso sexual (Freyth, Elsesser, Lohrmann, & Sartory, 2010). Os critérios de exclusão mais utilizados nos estudos foram: histórico de psicose, ideação suicida, dependência de substância e doenças mentais orgânicas. Os instrumentos mais empregados nos estudos foram: Acute Stress Disorder Interview (ASDI: Bryant, Harvey, Dang, & Sackville, 1998), Impact of Event Scale (IES: Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979), Beck Depression Inventory-2 (BDI-2: Beck, Steer, & Brown, 1996), State-Trait Anxiety Inventory (STAI: Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983) e Clinician Administered PTSD Scale-2 (CAPS-2: Blake et al., 1995). Os resultados de eficácia das intervenções estão descritos na Tabela 1.

Terapia Cognitivo-Comportamental

A TCC é descrita em três estudos (Bryant, Harvey, Sackville, Dang, & Basten, 1998b; Bryant, Sackville, Dang, Moulds & Guthrie, 1999; Bryant, Moulds, Guthrie, & Nixon, 2005), nos quais se utiliza o mesmo protocolo. O tratamento consiste em sessões semanais de 90 minutos de duração, sendo que pacientes com TEA e TEPT agudo receberam cinco sessões e, pacientes com TEPT crônico, dez sessões. No protocolo está presente a psicoeducação, exposição prolongada (exposição imagística e in vivo) e reestruturação cognitiva.

Terapia Cognitivo-Comportamental/Hipnose

A TCC em conjunto com hipnose utiliza o mesmo protocolo Bryant et al. (2005) com apenas uma exceção: antes de cada exercício de exposição imagística

Tabela 1

Síntese dos resultados. Apresenta-se o nome do estudo, com os instrumentos diagnósticos utilizados; as condições (controle ou intervenção) com o número de participantes que passaram pela condição. Após, estão apresentados os resultados de seguimento (porcentagem de participantes da condição que desenvolveram TEPT).

Estudo	Critério Diagnóstico	Intervenção (n)	Diagnóstico de TEPT		
			Pós-tratamento	6 meses	3 anos +
Bryant et al, 1998	ASDI; BDI; IES; STAI; DES; CIDI	TCC (n=12)	8%	17%	FU de 4 anos: 14% EP vs 47% SC
		SC (n=12)	83%	67%	
Bryant et al, 1999	STAI; BDI; IES; CAPS-2; ASDI	EP (n=14)	14%	15%	
		EP/Manejo de ansiedade (n=15)	20%	23%	
		SC (n=16)	56%	67%	
Bryant et al, 2005	ASDI; STAI; IES; CAPS-2; BDI-2; BAI	TCC (n=24)	13%	21%	
		TCC + Hipnose (n=23)	9%	22%	22%
		SC (n=22)	46%	59%	63%
Bryant et al, 2008	ASDI; CAPS-2; BDI-2; BAI; IES; PTCI	EP (n=30)	12%	14%	NA
		RC (n=30)	52%	47%	
		Lista de espera (n=30)	NA	NA	
Freyth et al, 2010	ASDI; IES; PTCI; DQ; STAI; BDI; DIPS	EP (n=19)	28%	NA	NA
		SC (n=21)	38%		

Legenda: ASDI = Acute Stress Disorder Interview; BAI = Beck Anxiety Inventory; BDI = Beck Depression Inventory; CAPS = Clinician Administered PTSD Scale; IES = Impact of Event Scale; PTCI = Post-traumatic Cognitions Inventory; STAI = State Trait Anxiety Inventory; DQ = Dissociation Questionnaire; DES = Dissociative Experiences Scale; CIDI = Composite International Diagnostic Interview – PTSD Module; FU = Follow-up; SC = Supportive Counseling; TCC = Terapia Cognitivo-Comportamental; EP = Exposição Prolongada; RC = Reestruturação Cognitiva; NA = Não se aplica ou o estudo não apresenta o dado.

os participantes ouviam uma fita de áudio que descreve uma indução hipnótica de 15 minutos de duração (Bryant et al., 2005). Esta indução envolve sugestões de atenção focada e relaxamento muscular e é baseada no *Stanford Hypnotic Clinical Scale for Adults* (Morgan & Hilgard, 1978-1979, in Bryant et al., 2005).

Reestruturação Cognitiva

No estudo conduzido por Bryant et al. (2008), o protocolo de intervenção para grupo que recebeu Reestruturação Cognitiva foi composto por cinco sessões semanais estruturadas, com duração de 90 minutos. A primeira sessão do protocolo de Rees-

truturação Cognitiva é focada na psicoeducação e introdução à reestruturação cognitiva. Na segunda sessão, identificam-se as crenças desadaptativas e as respostas do paciente sobre o evento. O monitoramento de pensamentos é dado como tarefa de casa. Na sessão três, utiliza-se o monitoramento de pensamentos e técnicas como questionamento socrático, resolução de problemas e busca de evidências para a reestruturação cognitiva. As sessões quatro e cinco são idênticas à terceira, sendo que, na quinta, há também o trabalho de estratégias de prevenção à recaída (Bryant et al., 2008).

Terapia de Exposição Prolongada

A técnica de Exposição Prolongada (imagística/ in vivo) foi realizada em três sessões semanais de 90 minutos de duração. Na primeira sessão, realiza-se a psicoeducação, treinamento de relaxamento muscular progressivo e descrição do evento. Na segunda sessão, dá-se continuidade ao relaxamento muscular progressivo, seguido, desta vez, pela exposição imagística. Na sessão final, paciente e terapeuta vão ao local do evento estressor para a exposição in vivo. Em seguida, o paciente fica sozinho no local e depois reporta ao terapeuta sobre a remissão do medo (Freyth et al., 2010).

No segundo estudo analisado (Bryant et al., 2008), o protocolo de intervenção foi composto por cinco sessões semanais estruturadas, com duração de 90 minutos, assim como para o protocolo de reestruturação cognitiva. A primeira sessão foi focada em psicoeducação, treinamento do controle respiratório, na explicação sobre exposição, e iniciou-se a exposição imagística. O exercício de exposição ocorreu durante 50 minutos, quando os pacientes foram instruídos a verbalizar a experiência do trauma de forma vívida, envolvendo todos os detalhes

perceptuais e emocionais. As exposições não foram gravadas, mas os participantes receberam instruções explícitas sobre como completar o exercício em casa diariamente. A segunda sessão incluiu a revisão das tarefas de casa (exposição imagística diária), a introdução para exposição in vivo (início da construção da hierarquia de estímulos ansiogênicos), e uma sessão de 50 minutos de exposição imagística. A sessão três foi composta de revisão de tarefas e conclusão da hierarquia de exposição in vivo. Após esta sessão, os participantes realizaram a exposição imagística e exposição in vivo em casa diariamente. A quarta sessão incluiu revisão de trabalhos, exposição imagística e revisão de exposição in vivo. A última sessão era idêntica à sessão quatro, com a adição de estratégias de prevenção à recaída que instruíram os participantes a ensaiar as estratégias aprendidas durante a terapia quando perceberam aumentos nos sintomas pós-traumáticos (Bryant et al., 2008).

DISCUSSÃO

Tanto quanto sabemos, esta é a primeira revisão que se propõe a sistematicamente avaliar a eficácia dos resultados encontrados com a TCC no tratamento do TEA. Nossos resultados assinalam que a TCC, que já é apontada como o método de intervenção eletivo para diversos transtornos mentais (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006), também apresenta evidências empíricas que a tornam escolha terapêutica para o TEA (Bryant, et al., 1998; Bryant et al., 2006; Cohen, 2003; Forbes et al., 2007). Os estudos controlados analisados confirmam a eficácia da TCC e, em especial, da técnica de Exposição Prolongada. Outro importante resultado encontrado é que intervenções, quando utilizadas no primeiro mês após a exposição a um evento estressor traumático, são eficazes para a prevenção de TEPT.

A TCC está associada a uma melhor resposta frente aos grupos controle, tanto em condições de *counseling*, como de lista de espera (Bryant et al., 2008; Sijbrandij et al., 2007). As técnicas de exposição, entre os diferentes componentes da TCC nos transtornos de ansiedade, foram aquelas que mais se desenvolveram ao longo das últimas décadas (Caminha, Kristensen & Dornelles, 2007). As terapias de exposição visam a dessensibilizar o indivíduo para estímulos relacionados ao evento, estimulando e organizando a memória traumática, e assim reduzindo a resposta de ansiedade vinculada a esta (Richard & Lauterbach, 2007; Keane, Marschall & Taft, 2006). Segundo o modelo do Processamento Emocional proposto por Lang (1985, in Foa & Kozak, 1986), a exposição bem sucedida leva à formação de novas estruturas de memória neutras que prevalecem sobre as antigas memórias geradoras de ansiedade (Foa & Kozak, 1986). Deste modo, a memória traumática deixaria de dominar os sentimentos, pensamentos e comportamentos do indivíduo (Foa, Hearst-Ikeda & Perry, 1995).

Nos protocolos analisados que incluem a terapia de exposição (Bryant et al., 1998b; Bryant et al., 1999; Bryant et al., 2008; Freyth et al., 2010), observa-se que a exposição auxilia de maneira significativa na redução dos sintomas evitativos através da confrontação a estímulos ansiogênicos continuamente até que a ansiedade seja reduzida (Rothbaum, & Schwartz, 2002). A hipnose realizada em conjunto com a TCC se mostrou significativamente eficaz, porém deve-se considerar que a única diferença entre os protocolos era a inclusão de 15 minutos de hipnose antes da exposição. Nesse sentido, durante a hipnose, o sujeito era conduzido a um relaxamento e favorecimento do foco na técnica que seguiria, sendo assim, ela favorece a aderência à técnica da exposição prolongada, não

agindo nos sintomas e características do transtorno diretamente (Bryant et al., 2005).

Os protocolos de TCC breve, incluindo tanto a reestruturação cognitiva quanto a terapia de exposição, são altamente eficazes no processo de remissão da sintomatologia pós-traumática (Bryant et al., 1998b; Bryant et al., 1999; Bryant et al., 2005). No estudo que avaliou dois componentes da terapia cognitivo-comportamental (exposição prolongada *versus* reestruturação cognitiva), a terapia de exposição prolongada levou à maior redução em sintomas subsequentes de TEPT. Estes dados proporcionam a primeira evidência de que a exposição prolongada é a intervenção de maior efetividade para a prevenção de TEPT nos indivíduos acometidos pelo TEA.

Uma das limitações dos estudos analisados nesta revisão foi a ausência de especificação da metodologia empregada, como período de início e duração do tratamento, apresentando apenas na descrição do protocolo o número de sessões realizadas, assim como a relação entre o tipo de trauma e a resposta às diferentes estratégias e técnicas de tratamento, já que esse dado pode variar significativamente. A variação entre amostras também demonstrou ser uma limitação, visto que alguns estudos apresentaram amostras pequenas, enquanto outros tinham uma amostra maior, o que pode gerar um viés para um resultado em específico.

Uma revisão sistemática qualitativa como a realizada neste artigo possui algumas limitações metodológicas intrínsecas que apenas podem ser solucionadas através de avaliações quantitativas (meta-análise). Por exemplo, parâmetros como razões de chances, intervalos de confiança e peso de cada ensaio clínico randomizado não foram descritos, o que compro-

mete uma avaliação mais precisa da eficácia de cada abordagem terapêutica aqui revisada.

CONCLUSÃO

Por ser uma categoria diagnóstica recente, o TEA é pouco estudado nos seus diversos aspectos, em especial quanto ao tratamento, tema de grande relevância clínica pelo fato de que um número significativo de casos evolui para TEPT. A análise dos estudos evidenciou que dentro das estratégias da abordagem cognitivo-comportamental, a terapia de exposição apresenta resultados promissores para tratamento do TEA, apesar do número reduzido de investigações sobre a eficácia das estratégias focalizadas no TEA.

Estudos futuros ainda devem ser realizados para investigar a eficácia e a durabilidade dos efeitos da TCC no TEA, e para isso pesquisas devem ser realizadas com amostras mais abrangentes e com resultados apresentados de forma mais detalhada. Também é fundamental que estudos avaliem os resultados obtidos a partir de um programa com número padronizado de sessões e assim promovam o desenvolvimento de protocolos de tratamento com descrições mais específicas e detalhadas, a fim de auxiliar profissionais a realizar intervenções mais rápidas e eficazes para prevenir evoluções dos quadros para TEPT. Finalmente, é necessário que o delineamento dos estudos contemple avaliações de seguimento com maior tempo transcorrido desde a intervenção, visto que apenas um estudo incluído nesta revisão fez avaliação de seguimento anos após a intervenção (Bryant, 2003). Considera-se de extrema importância que a TCC para o TEA seja objeto de mais investigações científicas com a população brasileira, contribuindo para elaboração das estratégias terapêuticas mais adequa-

das e eficazes, bem como a adaptação de instrumentos para avaliação do TEA nesta população.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2002). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (4a. ed.; Texto Revisado). Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory-Second Edition manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S. & Keane, T. M. (1995). The development of a clinician administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 75-90.
- Bryant, R. A., & Harvey, A. G. (1998). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(3), 507-12.
- Bryant, R. A., Harvey, A. G., Dang, S. & Sackville, T. (1998a). Assessing acute stress disorder: Psychometric properties of a structured clinical interview. *Psychological Assessment*, 10, 215-220.
- Bryant, R. A., Harvey, A. G., Sackville, T., Dang, S. & Basten, C. (1998b). Treatment of acute stress disorder: A comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 862-866.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., Guthrie R. M., & Nixon, R. D. V. (2005). The Additive Benefit of Hypnosis and Cognitive-Behavioral Therapy in Treating Acute Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 334-340.
- Bryant, R. A., Moulds, L. M., Nixon, D. V. R., Mastrodomenico, J., Felmingham, K., & Sally, H. (2006). Hypnotherapy

- and cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: A 3-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy* 44, 1331–1335.
- Bryant, R. A., Mastrodomenico, J., Felmingham, K. L., Hopwood, S., Kenny, L., Kandris, E., Cahill, C., & Creamer, M. (2008). Treatment of acute stress disorder: a randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 65(6), 659-667.
- Bryant R. A. (2011) Acute stress disorder as a predictor of post-traumatic stress disorder: a systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry* 72(2), 233-239.
- Bryant, R. A., Friedman, M. J., Spiegel, D., Ursano, R., & Strain, J. (2011) A Review of Acute Stress Disorder in DSM-5. *Depression and Anxiety* 28, 802–817.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Caminha, R. M., Kristensen, C. H., & Dornelles, V. G. (2007). Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de estresse pós-traumático. Em A. V. Cordioli (Org.). *Psicoterapias: abordagens atuais* (3a. ed.) (pp. 486-509). Porto Alegre: Artmed.
- Classen, C., Koopan, C., Hales, R., & Spiegel, D. (1998). Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 155(35), 620-624.
- Cohen, J. A. (2003). Treating acute posttraumatic reactions in children and adolescents. *Biological Psychiatry*, 53, 827-833.
- Cohen, M. (2008) Acute Stress Disorder in older, middle-aged and younger adults in reaction to the second Lebanon war. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 23, 34–40.
- Dalgleish, T., Meiser-Stedman, R., Kassam-Adams, N., Ehlers, A., Winston, F., Smith, P., Bryant, B., Mayou, R. A., & Yule, W. (2008) Predictive validity of acute stress disorder in children and adolescent. *The British Journal of Psychiatry* 192, 392–393.
- Foa, E. B. & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, (1), pp.20-35.
- Foa, E. B., Hearst-Ikeda, D. & Perry, K. J. (1995). Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(6), 948-955.
- Forbes, D., Creamer, M. C., Phelps, A. J., Couineau, A., Cooper, J. A., Bryant, R. A., McFarlane, A. C., Devilly, G. J., Matthews, L. R., & Raphael, B. (2007). Treating adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder in general practice: a clinical update. *Medical Journal of Australia*, 187(2), 120-123.
- Freyth, C., Elsesser, K., Lohrmann, T., & Sartory, G. (2010). Effects of additional prolonged exposure to psychoeducation and relaxation in acute stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 909-917.
- Harvey, A. G., & Bryant, R. A. (1998). Relationship of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following motor vehicle accidents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(3):507-512.
- Harvey, A. G., & Bryant, R. A. (2000). A two-year prospective evaluation of the relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry*, 157(4):626-628.
- Horowitz, M. J., Wilner, N., & Alvarez W. (1979). The impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Keane, T. M., Marshall, A. D., & Taft, C. T. (2006). Posttraumatic stress disorder: etiology, epidemiology, and treatment out-

- come. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 161-197.
- McNally, R. J. (2003). *Remembering trauma*. Cambridge, MA: Belknap/Harvard.
- Moulds, M. L., & Bryant, R. A. (2008) Avoidant encoding in acute stress disorder: a prospective study. *Depression and Anxiety* 25, 195–198.
- Richard, D. C. S. & Lauterbach, D. L. (2007). *Comprehensive Handbook of Exposure Therapies*. Boston: Academic Press.
- Roberts, N P., Kitchiner, N J., Kenardy, J., & Bisson, J I. (2009). Systematic Review and Meta-Analysis of Multiple-Session Early Interventions Following Traumatic Events. *American Journal of Psychiatry*, 166, 293–301.
- Rothbaum, B. O., & Schwartz, M. D. (2002). *American Journal of Psychotherapy*, 56(1), 59-75.
- Sijbrandij, M. A., Olf, M., Reitsma, J. B., Carlier, I. V. E., Vries, M. H., & Gersons, B. P. R. (2007). Treatment of acute posttraumatic stress disorder with brief cognitive behavioral therapy: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 164(1),82-90.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R., L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Recebido em 20 de setembro de 2012
Revisado em 23 de novembro de 2012
Aceito em 11 de janeiro de 2013