

## Reações pós-traumáticas em adultos: como, por que e quais aspectos avaliar?

Luiziana Souto Schaefer  
Beatriz de Oliveira Meneguelo Lobo  
Christian Haag Kristensen

*Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – Porto Alegre, RS, Brasil*

### Resumo

A exposição a uma situação traumática vulnerabiliza o indivíduo ao desenvolvimento de diferentes psicopatologias, incluindo o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Entretanto, outras reações ou transtornos podem ser desencadeados após a vivência de um evento traumático. Este artigo objetivou apresentar uma revisão crítica da literatura sobre aspectos a serem considerados na avaliação clínica de reações pós-traumáticas em adultos, com ênfase no TEPT. Foi realizada uma revisão sobre as possíveis consequências psicológicas decorrentes de um trauma, bem como os fatores de risco para o TEPT e os transtornos psiquiátricos comumente associados. Por fim, foram apresentadas sugestões sobre métodos e instrumentos para a avaliação de reações pós-traumáticas em adultos. Concluiu-se que, a partir do processo de avaliação, deverá ser possível identificar os sintomas e transtornos desencadeados pela situação traumática vivenciada, assim como os possíveis fatores de risco e de proteção, para que tais aspectos possam ser trabalhados em termos de prevenção e tratamento.

**Palavras-chave:** Avaliação, Reações pós-traumáticas, Transtornos de estresse pós-traumáticos, Fatores de risco.

### Post-traumatic reactions in adults: How, why and which aspects evaluate?

#### Abstract

Exposure to a traumatic situation makes the individual vulnerable to the development of several psychopathologies, including the Post-traumatic Stress Disorder (PTSD). However, other reactions and disorders may be developed after a traumatic event. This article aims to provide a review of the aspects that should be considered in clinical assessment of post-traumatic reactions in adults, with emphasis on PTSD. The psychological consequences for victims who experience a trauma were revised, as well as risk factors for PTSD and comorbidities commonly associated. Finally, suggestions have been made on methods and tools for assessment of post-traumatic reactions in adults. From the evaluation process, it was concluded that it should be possible to identify symptoms and disorders caused by traumatic situation experienced, as well as possible risk and protective factors, so that these aspects can be worked in terms of prevention and/or treatment.

**Keywords:** Evaluation, Post-traumatic reactions, Post-traumatic stress disorders, Risk factors.

---

Endereço para correspondência: Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Av. Ipiranga, 6681, Prédio 11, Sala 933. Porto Alegre/RS, Brasil. CEP: 90619-900. Telefone: +55 51 3320.3500 ext. 7741. E-mail: christian.kristensen@pucrs.br.

Apoio Financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

#### Sobre os autores:

Luiziana Souto Schaefer – Psicóloga (PUCRS). Mestre em Psicologia/Cognição Humana (PUCRS). Doutoranda em Psicologia (PUCRS). Pesquisadora do Grupo de Pesquisa “Cognição, Emoção e Comportamento” do PPG em Psicologia da PUCRS.

Beatriz de Oliveira Meneguelo Lobo – Psicóloga (PUCRS). Mestranda em Psicologia/Cognição. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa “Cognição, Emoção e Comportamento” do PPG em Psicologia da PUCRS.

Christian Haag Kristensen - Psicólogo (PUCRS). Doutor em Psicologia (UFRGS). Coordenador do Grupo de Pesquisa “Cognição, Emoção e Comportamento” e Professor do PPG em Psicologia da PUCRS.

## Reacciones postraumáticas en los adultos: ¿cómo, por qué y qué aspectos a evaluar?

### Resumen

La exposición a una situación traumática deja vulnerable al individuo al desarrollo de distintas psicopatologías, incluyendo el Trastorno de estrés postraumático (TEPT). Sin embargo, otras reacciones o trastornos pueden desencadenarse después de vivir un evento traumático. Este artículo tiene como objetivo revisar la literatura sobre los aspectos a ser considerados en la evaluación clínica de reacciones postraumáticas en los adultos, con énfasis en el TEPT. Fue realizada una revisión sobre las posibles consecuencias psicológicas resultantes de traumas, así como los factores de riesgo para el TEPT y los trastornos psiquiátricos comúnmente asociados. Por último, fueron presentadas sugerencias sobre los métodos e instrumentos para la evaluación de reacciones postraumáticas en los adultos. Se concluyó que, a partir del proceso de evaluación, debería ser posible identificar los síntomas y los trastornos provocados por la experiencia traumática vivida, así como posibles factores de riesgo y de protección, de modo que estos aspectos se puedan trabajar en términos de prevención y tratamiento.

**Palabras clave:** Evaluación, Reacciones postraumáticas, Trastorno de estrés postraumático, Factores de riesgo.

### Introdução

As altas taxas de exposição a eventos traumáticos são consideradas fenômenos mundiais que perpassam fronteiras nacionais, geográficas, culturais e étnicas (Keane, Brief, Pratt, & Miller, 2007). Em virtude disso, percebe-se um interesse crescente no entendimento do impacto do trauma no funcionamento psíquico, visto que a exposição a uma situação traumática vulnerabiliza o indivíduo ao desenvolvimento de diferentes psicopatologias, entre as quais o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é a mais prevalente (Breslau, Peterson, & Schultz, 2008; Keane, Marshall, & Taft, 2006; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995). Entretanto, outras reações e/ou transtornos podem ser desencadeados após um trauma, contribuindo, inclusive, para o desenvolvimento, a manutenção ou a exacerbação dos sintomas do TEPT (Follette & Naugle, 2006).

Apesar da alta prevalência do TEPT na população geral, por que nem todas as pessoas que experienciam um mesmo evento traumático desenvolvem o transtorno? Como é possível identificar as repercussões de um trauma na vida do indivíduo? Diante disso, uma avaliação clínica adequada das reações pós-traumáticas revela-se imprescindível, tanto para mensurar os efeitos provocados pelo trauma, quanto para

determinar a intervenção terapêutica mais específica para o quadro diagnóstico avaliado ou elaborar programas de prevenção e intervenção para aqueles que apresentam risco de desenvolver alguma psicopatologia pós-traumática (Taylor, 2006).

No contexto da avaliação das reações pós-traumáticas, uma das questões centrais refere-se à elaboração do plano de avaliação, incluindo quais os instrumentos mais adequados para se abarcar a ampla gama de fatores que possam contribuir para a manifestação sintomática (Taylor, 2006). Consequentemente, um conhecimento teórico aprofundado sobre os fatores predisponentes, desencadeantes, mantenedores e protetores imbricados na manifestação dos sintomas pós-traumáticos demonstra ser o primeiro passo para o estabelecimento do plano de avaliação, visto que entender o transtorno viabiliza tanto a elaboração de aspectos diagnósticos a serem considerados, como os principais pontos a serem trabalhados, posteriormente, no processo terapêutico (Pratt, Brief, & Keane, 2006; Taylor, 2006).

Este artigo teve como objetivo central apresentar uma revisão crítica da literatura sobre os aspectos que devem ser considerados na avaliação clínica das reações pós-traumáticas em adultos, com ênfase no TEPT. Convém ressaltar que a presente revisão teve como embasamento teórico os principais

avanços científicos que vêm sendo realizados em âmbito internacional. Ainda que aspectos associados à neurobiologia dos quadros pós-traumáticos venham recebendo a devida importância em diversos estudos (Delahanty, Raimonde, Spoonster, & Cullado, 2003; Gilbertson et al., 2002), neste artigo, optou-se por discorrer apenas sobre questões voltadas para a avaliação clínica do TEPT, não incluindo, também, variáveis associadas a intervenções terapêuticas.

### **Eventos Estressores Traumáticos e Reações Pós-traumáticas: O que avaliar?**

Na primeira vez em que foram descritos os eventos estressores traumáticos no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM), na sua terceira edição, estes foram definidos como estressores de vida extremos, que estavam fora da cadeia normal de experiências dos seres humanos (American Psychiatric Association [APA], 1980). Entretanto, após a realização de estudos epidemiológicos, foi constatado que o TEPT poderia ser desencadeado após uma ampla variedade de estressores de vida, comumente experienciados pelos indivíduos (Keane et al., 2006). Assim, a definição de eventos estressores traumáticos foi sendo modificada ao longo das edições do DSM e, na edição vigente (DSM-IV-TR), o termo abrange situações que envolvem morte, sério ferimento ou ameaça à integridade física própria ou de outra pessoa. Entre os exemplos mais comuns, incluem-se: violência, sequestro, assaltos, ataques de animais, agressões, desastres naturais ou causados pelo homem, acidentes graves ou mesmo receber o diagnóstico de uma doença (APA, 2002).

Estima-se que a prevalência de exposição a eventos estressores traumáticos ao longo da vida seja entre 40 a 90% (Breslau, 2002; Breslau et al., 1998; Creamer, Burgess, & McFarlane, 2001; Kessler et al., 1995). Essa variação ocorreu devido à inclusão dos critérios para eventos estressores traumáticos nas diferentes versões do DSM, conforme visto anteriormente. Por exemplo, Breslau e Kessler (2001) investigaram a prevalência de eventos estressores traumáticos segundo a quarta edição do manual, na qual a descrição dos eventos levou em consideração a resposta emocional do indivíduo, ao contrário da edição anterior, que

definia o evento de forma apenas objetiva (APA, 1980). Foi observado um impacto, a partir dessa revisão, na prevalência de eventos estressores traumáticos ao longo da vida, a qual passou de 68,1 para 89,6% (Breslau & Kessler, 2001).

A exposição a um evento estressor traumático pode trazer inúmeras consequências para as vítimas (Briere & Spinazzola, 2009). Entre as respostas relacionadas a um trauma, além do TEPT, mais frequentemente encontradas na literatura, destacam-se: perturbação cognitiva como baixa autoestima, autculpa, desesperança, expectativas de rejeição, preocupação com o perigo (Foa, Ehlers, Clark, Tolin, & Orsillo, 1999), alterações de humor e ansiedade, como pânico, fobias, depressão, raiva ou agressividade (Foa, Keane, & Friedman, 2000; Heim & Nemeroff, 2001), distúrbios de identidade (Briere & Rickards, 2007), dificuldades na regulação emocional, somatização (van der Kolk et al., 1996; Waldinger, Schulz, Barsky, & Ahern, 2006), dificuldades interpessoais crônicas (Cloitre, Miranda, Stovall-McClough, & Han, 2005), dissociação (Brown, Schrag, & Trimble, 2005; Dietrich, 2003), uso de substâncias (Brady, Back, & Coffey, 2004; Read, Brown, & Kahler, 2004), comportamento sexual compulsivo, suicídio, autoagressão, comportamento alimentar compulsivo e purgativo (Bradley, Jenei, & Western, 2005), entre outras.

O estressor traumático é o fator causador primário para o desenvolvimento do TEPT (APA, 2002; critério A1), sendo este, portanto, um dos únicos transtornos mentais que permitem estabelecer uma relação de causalidade direta com o trauma vivenciado (Dorigo & Lima, 2007). No entanto, ter experienciado, testemunhado ou ter sido confrontado com um evento traumático não necessariamente levará um indivíduo a desenvolver o transtorno (Yehuda, 1999b; Yehuda & LeDoux, 2007). Para o estabelecimento do seu diagnóstico, outros quesitos devem ser preenchidos, conforme descrito no DSM-IV-TR (APA, 2002). Assim, esse transtorno de ansiedade tem seus sintomas classificados em três grupos: revivência contínua da situação traumática (critério B), evitação e entorpecimento (critério C) e excitabilidade aumentada (critério D). A duração mínima de tais sintomas é um mês (critério E) e o transtorno causa sofrimento

cl clinicamente significativo ou prejuízo em áreas importantes da vida do indivíduo (critério F). É importante diferenciar o TEPT de outros transtornos possíveis, como o Transtorno de Adaptação, por exemplo (APA, 2002). Nesse caso, a resposta do indivíduo ao evento não satisfaz critérios para o TEPT ou a sintomatologia ocorre em resposta a um estressor não considerado extremo, como separação conjugal, perda do emprego, entre outros. No Transtorno de Estresse Agudo (TEA), a sintomatologia deve ocorrer dentro de 4 semanas após o evento e não persistir por mais de um mês. O *DSM* ressalta, ainda, para a diferença entre TEPT e Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), pois, neste último, apesar da presença de pensamentos intrusivos recorrentes, estes não são relacionados com a vivência de uma situação traumática e são percebidos, na maioria das vezes, como inadequados pelo indivíduo (APA, 2002). Além disso, caso haja a presença de outros sintomas anteriormente à vivência do evento traumático ou que não são contemplados nos critérios de TEPT, deve-se considerar outros diagnósticos adicionais.

Apesar de grande parte da população estar exposta a situações traumáticas, achados consistentes indicam que a maioria dos indivíduos não desenvolve TEPT (Keane et al., 2006). Estudos epidemiológicos estimam que cerca de 6,8% da população geral irá desenvolver TEPT ao longo da vida, sendo que as mulheres apresentam um risco maior do que os homens (Kessler, Chiu, Demler, & Walters, 2005; Norris, 1992). Uma das prováveis explicações para o desenvolvimento ou não do transtorno, conforme Yehuda (1999a), diz respeito à própria percepção sobre o que é traumático ou estressante. A autora pontua que a questão fundamental que surgiu na tentativa de entender a origem do TEPT era se os eventos traumáticos deveriam ser definidos tomando como base as características objetivas do evento ou na própria resposta do indivíduo de perigo, terror e/ou desesperança. Em decorrência disso, a partir da 4ª edição do *DSM*, ambos os aspectos foram considerados (critérios A1 e A2; APA, 1994). Para o *DSM-V*, algumas modificações estão sendo propostas (APA, 2010), como o conceito de trauma, que sofreu alterações no critério A1, que era tido como ambíguo e amplo em algumas situações e restrito em outras (Friedman, 2010; McNally, 2009). Na nova proposta, tal critério vem com a

intenção de facilitar a distinção entre evento traumático e evento estressor sem características traumáticas (APA, 2010). Além disso, o critério A2 (que caracteriza a resposta do indivíduo no momento do evento traumático como uma reação de intenso medo, impotência ou horror) foi excluído após estudos que mostraram que ele era dispensável para o diagnóstico de TEPT (Brewin, Lanius, Novac, Schnyder, & Galea, 2009; McNally, 2009; O'Donnell, Creamer, McFarlane, Silove, & Bryant, 2010; Shalev, 2009). Outras propostas de modificações importantes dizem respeito à divisão do critério C, que incluía sintomas de esquiva e entorpecimento (APA, 2010) em dois diferentes critérios, após estudos demonstrando que esses sintomas não devem ser considerados conjuntamente em um único agrupamento de sintomas (Asmundson, Stapleton, & Taylor, 2004).

### Fatores de Risco para o TEPT

Apesar das consequências psicológicas da experiência de uma situação traumática serem bem reconhecidas ao longo da história, as origens exatas do TEPT ainda geram controvérsias entre os pesquisadores (Keane et al., 2006). Entretanto, considerando que diferentes pessoas podem vivenciar um mesmo evento traumático simultaneamente e algumas desenvolverem TEPT e outras não, é consenso na literatura que existe uma série de fatores que tornam o indivíduo mais vulnerável para desenvolver o transtorno (Delahanty et al., 2003; Duke & Vasterlig, 2005; Shalev, Peri, Canetti, & Schreiber, 1996).

Entre esses estudos, destacam-se, sobretudo, as meta-análises desenvolvidas por Ozer, Best, Lipsey e Weiss (2003) e por Brewin, Andrews e Valentine (2000). Os achados dessas e de outras pesquisas possibilitam um entendimento profundo sobre os fatores de risco que predisõem ao TEPT, os quais podem ser categorizados basicamente em: fatores pré-existentes, preditores diretamente relacionados à experiência traumática, características particulares do processamento psicológico durante e após o trauma e, finalmente, fatores que ocorrem após o trauma (Keane et al., 2006; Ozer & Weiss, 2004). Segundo Yehuda (1999b), a consideração dos fatores de risco para o entendimento do TEPT tem se tornado cada vez mais frequente, incluindo fatores demográficos e ambientais,

dissociação, características da personalidade e histórico psiquiátrico, condições cognitivas e biológicas, predisposição genética e familiar.

### Fatores Pré-traumáticos

Em relação aos fatores pré-existent, ainda não há discriminação se eles são predisponentes ao desenvolvimento do TEPT, ou se dispõem à exposição a eventos potencialmente traumáticos, sendo esse ainda um desafio metodológico (Keane et al., 2006; Keane et al., 2007). Pesquisas indicam que os fatores genéticos influenciam em aproximadamente 30% a variância nos sintomas de TEPT (Amstadter, Nugent, & Koenen, 2009; Koenen, 2007; Stein, Jang, Taylor, Vernon, & Livesly, 2002). Também foi encontrada relação entre fatores genéticos e a exposição a algumas formas de trauma, como por exemplo, a participação em combate militar, o que poderia ser explicado por diferenças individuais na personalidade que influenciariam escolhas ambientais (Stein et al., 2002). Apesar de ainda existirem limitações nos estudos genéticos do TEPT, a compreensão dessa variável é fundamental para o desenvolvimento e a adequação de tratamentos farmacológicos para o transtorno (Koenen, 2007).

Algumas variáveis demográficas têm sido associadas ao desenvolvimento do TEPT e à exposição a traumas, dentre elas, o sexo. É descrito na literatura que mulheres possuem risco aumentado para o desenvolvimento do TEPT, apesar de serem menos expostas a eventos estressores traumáticos que os homens (Breslau, 2009; Breslau et al., 1998; Kessler et al., 1995). O risco de TEPT associado a qualquer trauma foi de 13,0% em mulheres e 6,2% em homens (Breslau, 2009). A prevalência de TEPT aumentada no sexo feminino pode ocorrer em função dos tipos de eventos traumáticos aos quais as mulheres são expostas, como, por exemplo, abuso sexual (Breslau et al., 1998; Creamer et al., 2001). Pessoas muito jovens ou idosas apresentam riscos maiores para desenvolver TEPT, e o período de maior risco de exposição à violência interpessoal é entre o final da adolescência e o início da vida adulta (Breslau et al., 1998; Keane et al., 2006; Kessler et al., 1995). Com relação ao estado civil, no estudo do National Comorbidity Survey (NCS), os indivíduos separados, divorciados ou viúvos, tanto

homens, quanto mulheres, foram os que apresentaram as maiores taxas de TEPT, em comparação aos indivíduos casados ou solteiros (Kessler et al., 1995). Por outro lado, ao controlar outras variáveis, como o tipo do evento traumático, não foram encontradas diferenças quanto ao estado civil dos participantes e a presença de TEPT (Breslau, Peterson, Poisson, Schultz, & Lucia, 2004).

Uma baixa capacidade cognitiva é considerada um fator de risco para o TEPT (Kremen et al., 2007). Dentro desse aspecto, incluem-se a baixa escolaridade (Brewin et al., 2000), bem como um baixo QI, possivelmente porque esses indivíduos empregam estratégias desadaptativas para lidar com situações adversas e tendem a superestimar as ameaças impostas pelos eventos traumáticos (Buckley, Blanchard, & Neill, 2000). Além disso, crianças com baixas capacidades intelectuais estão mais propensas a testemunhar ou experienciar situações perigosas, possivelmente por uma incapacidade verbal de mediar essas ocasiões ou de prever e evitar situações de violência (Breslau, Lucia, & Alvarado, 2006; Delaney-Black et al., 2002; Saltzman, Weems, & Carrion, 2006).

Diferenças culturais também podem influenciar a resposta ao trauma (Taylor, 2006). Por exemplo, em países em desenvolvimento como o Brasil, a possibilidade de se vivenciar um evento traumático ao longo da vida é ainda mais alta, bem como as taxas de transtornos psiquiátricos (Belfer & Rhode, 2005; Keane et al., 2006).

Histórico familiar psiquiátrico, bem como diagnóstico de psicopatologias prévias e vivência de adversidades são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de TEPT em diversas populações (Brewin et al., 2000). Em relação às vulnerabilidades individuais, elevados níveis de neuroticismo, depressão e ansiedade elevam o risco para o transtorno e podem ser maiores preditores de resposta não adaptativa ao trauma do que a severidade do evento traumático (Breslau, 2009). O histórico familiar de transtornos de humor, ansiedade e uso de substâncias pode prever direta e indiretamente a sintomatologia pós-traumática, o que pode ser explicado por fatores genéticos e socioculturais (Inslicht et al., 2010). Ainda, a vivência de eventos traumáticos prévios e adversidades durante a vida não apenas aumentam o risco para o TEPT (Delahanty et al., 2003; Green et al., 2010;

O'Donnell et al., 2009), como são associados a uma sintomatologia pós-traumática mais severa (de Jong et al., 2001; Green et al., 2010).

### Fatores Peritraumáticos

As características diretamente relacionadas ao evento traumático em si, denominadas de fatores peritraumáticos, incluem variáveis como o tipo e a severidade da situação traumática experienciada, as emoções, cognições, reações fisiológicas e dissociações peritraumáticas vivenciadas durante o trauma (Keane et al., 2006). A literatura aponta que o tipo, a intensidade e a duração da situação traumática são fortes preditores para o TEPT (Maercker, Beauducel, & Schützwohl, 2000). Autores apontam que, entre os diferentes tipos de eventos traumáticos, o estupro parece ser o que mais vulnerabiliza ao TEPT (Breslau, Davis, Andreski, & Peterson, 1991; Breslau et al., 1998).

Ainda, sabe-se que, durante o evento traumático, pessoas que processam o significado e as implicações do trauma sofrido como um senso de ameaça atual à vida estão mais propensas a desenvolver o TEPT (Ehlers & Clark, 2000; Ehlers, Mayou, & Bryant, 1998). Outros fatores peritraumáticos incluem incapacidade de estabelecer uma perspectiva autorreferencial durante a vivência do trauma, entorpecimento emocional e falta de capacidade cognitiva para avaliar aspectos sobre o evento de maneira acurada (Brewin & Holmes, 2003).

A dissociação peritraumática diz respeito a experiências incomuns vivenciadas durante ou imediatamente após a vivência do trauma, como a sensação de estar distanciado de si mesmo, de que as coisas não são reais ou mesmo sensação de um futuro abreviado (APA, 2002). Tal aspecto foi apontado, no estudo de Ozer et al. (2003), como o preditor mais fortemente associado ao surgimento do TEPT. A dissociação peritraumática também demonstrou ser um fator que pode auxiliar na identificação de indivíduos que estão em risco de desenvolverem TEPT (Shalev et al., 1996). Ademais, os sintomas dissociativos inerentes ao TEA predizem o TEPT, na medida em que dificultam a recuperação de memórias do trauma, impedindo uma integração bem sucedida dessas memórias (Koopman, Classen, & Spiegel, 1994). Em virtude disso, é comum a discussão sobre TEA e TEPT como construtos

similares - cuja única diferença é temporal - ou diferentes, já que pessoas podem desenvolver TEPT sem necessariamente terem sido diagnosticadas com TEA (Ballenger, Davidson, Lecrubier, Nutt, & Marshall, 2004; Birmes et al., 2003; Brooks et al., 2008; Bryant, 2003; Harvey & Bryant, 2000; Harvey & Bryant, 2002).

### Fatores Pós-traumáticos

Nos estudos sobre o TEPT, tem-se dado cada vez mais ênfase aos fatores que ocorrem após o trauma, como a percepção de apoio social, as estratégias de *coping* empregadas (ou seja, os recursos que o indivíduo utiliza para enfrentar situações adversas) e a vivência de estressores de vida adicionais, os quais podem contribuir para o agravamento e a manutenção dos sintomas, embora não possam ser considerados como fatores causais para o TEPT. Além disso, tais aspectos são maiores preditores de TEPT do que os fatores pré-traumáticos (Brewin et al., 2000; Taylor, 2006).

A percepção de apoio social recebido após o trauma é um fator de risco fortemente relacionado ao desenvolvimento do TEPT (Brewin et al., 2000). A força dessa relação difere de acordo com o período de tempo decorrido após o trauma, tendo aparecido como maior preditor em estudos em que o evento ocorreu há mais de três anos. Essa variável pode, ainda, atuar como uma forma de prevenção secundária ao transtorno, pois age de forma cumulativa ao longo do tempo (Ozer et al., 2003). O senso de autoeficácia exerce forte influência sobre a percepção de apoio social recebida pelo indivíduo, podendo configurar-se como um preditor para o TEPT (Johansen, Wahl, Eilertsen, & Weisaeth, 2007). Ademais, os estressores de vida adicionais que ocorrem logo após o trauma podem ter influência na manifestação do TEPT, aumentando a severidade do transtorno (Fontana, Litz, & Rosenheck, 2000; Taylor, 2006).

Sabe-se que o modo como a pessoa lida com o evento estressor é tão ou mais importante que o trauma em si. As estratégias de *coping* são recursos cognitivos, emocionais e comportamentais que o indivíduo emprega para lidar com situações adversas, objetivando, conseqüentemente, reduzir os efeitos do estresse (Antoniazzi, Dell'Aglio, & Bandeira, 1998; Folkman & Lazarus, 1980, 1985; Lazarus & Folkman, 1984). As variáveis de *coping*

cognitivo demonstram correlação negativa com as reações pós-traumáticas (Stallard & Smith, 2007), enquanto os indivíduos que frequentemente empregam estratégias de fuga e esquiva estão mais propensos a apresentar reações agudas de estresse após a ocorrência de eventos traumáticos (Johnsen, Eid, Laberg, & Thayer, 2002; Johnsen, Laberg, & Eid, 1998).

Autores têm incluído o processamento cognitivo da experiência traumática para o entendimento do TEPT, atribuindo-lhe importante papel para o desencadeamento, manutenção e agravamento dos sintomas pós-traumáticos (Bryant & Guthrie, 2005; Calhoun & Resick, 1999; Dalgleish, 2004; Dunmore, Clark, & Ehlers, 1999; Ehlers & Clark, 2000; Ehlers et al., 1998, 2003; Hageman, Andersen, & Jorgensen, 2001; Koenen et al., 2002; Solomon & Johnson, 2002; Stallard & Smith, 2007). As teorias empregadas para o entendimento do processamento cognitivo do trauma ressaltam, basicamente, a importância das cognições pós-traumáticas, alegando, inclusive, que o processamento da experiência traumática pode acarretar num rompimento de crenças prévias, tanto negativas quanto positivas, sobre o *self* e o mundo (Foa & Riggs, 1993; Foa & Rothbaum, 1998; Horowitz, 1986; Janoff-Bulman, 1992; Resick & Schnicke, 1992; Solomon & Johnson, 2002). Após a experiência do trauma, há um aumento geral de crenças negativas sobre o *self*, sobre o mundo e sobre os outros, ficando evidenciadas diferenças significativas nas crenças de indivíduos com TEPT em comparação àqueles que não desenvolvem o transtorno (Foa et al., 1999; Foa, Steketee, & Rothbaum, 1989). A rigidez das crenças sobre *self* e mundo, sejam elas positivas ou negativas, parece prever a intensidade do impacto sobre as crenças dos indivíduos após um trauma (Foa & Rothbaum, 1998), já que indivíduos com crenças mais flexíveis sobre o *self* e o mundo não sofrem maiores implicações às crenças formadas até então e apresentam mais recursos para lidar com a experiência traumática, uma vez que processam o trauma apenas como uma experiência incomum (Brewin & Holmes, 2003; Foa et al., 1989; Taylor, 2006).

Além das cognições sobre *self* e mundo, cognições de raiva, culpa ou vergonha relacionadas ao trauma são frequentes em indivíduos com TEPT. As cognições associadas com raiva envolvem o pensamento de ter sido prejudicado por outras pessoas, apresentando

fortes correlações com a severidade do TEPT. Cognições relacionadas à culpa são igualmente comuns, sendo geralmente exageradas ou distorcidas, principalmente no que diz respeito à importância dos atos dos indivíduos nas situações traumáticas. Além disso, a pessoa com TEPT pode experimentar vergonha, seja externa ou interna, que pode ocasionar padrões de comportamento evitativos (Taylor, 2006). Ainda, as cognições em relação aos próprios sintomas devem ser levadas em consideração, já que a sensibilidade à ansiedade, ou seja, a tendência a mostrar-se mais assustado e o pensamento de que sensações ansiosas são perigosas, apresenta fortes correlações com a severidade da sintomatologia pós-traumática (Fedoroff, Taylor, Asmundson, & Koch, 2000).

As interpretações negativas são importantes no entendimento da manutenção tanto de recordações intrusivas, quanto do TEPT de maneira geral. Além disso, as estratégias cognitivas e/ou comportamentais utilizadas pelos indivíduos com TEPT para controlar tais pensamentos intrusivos podem contribuir para a manutenção do transtorno (Ehlers & Steil, 1995). Portanto, o TEPT está diretamente relacionado a uma sensação presente de ameaça, na qual as interpretações negativas sobre os pensamentos intrusivos e a raiva impedem que o indivíduo entenda aquele trauma como um acontecimento negativo isolado do passado (Ehlers & Clark, 2000).

## Comorbidades

Após a exposição a um trauma, o TEPT pode ser o único diagnóstico identificado, como também pode vir acompanhado de um ou mais transtornos mentais, presentes anteriormente ao trauma ou desencadeados em virtude deste (Briere, 1997). A existência de um único transtorno psiquiátrico em um quadro clínico é mais frequentemente uma exceção do que uma regra (McFarlane, 2004). Dados do NCS (Kessler et al., 1995) demonstram que aproximadamente 83,6% dos indivíduos com TEPT da população geral apresentaram outro diagnóstico em comorbidade, sendo que a depressão maior e o uso de substâncias foram os mais frequentes. Kar e Bastia (2006) observaram a prevalência de 48,3% de depressão maior e 76,9% de transtorno de ansiedade generalizada em comorbidade com TEPT em indivíduos que experienciaram a passagem de um ciclone na área rural de uma

cidade asiática. Em relação ao TEPT e à depressão, sabe-se que o TEPT aumenta o risco para o aparecimento de um primeiro episódio depressivo maior e, por outro lado, a depressão aumenta o risco para a exposição a eventos traumáticos (Breslau, Davis, Peterson, & Schultz, 2000). Em um estudo com usuários de substâncias internados em um hospital psiquiátrico, 41% preencheram critérios diagnósticos para o TEPT (Read et al., 2004). Essa alta taxa de comorbidade pode ser justificada pelas seguintes hipóteses: o uso de substâncias pode atuar como uma automedicação em relação aos sintomas do TEPT, ou ainda, usuários de substâncias estão em risco elevado de exposição a eventos traumáticos e, por outro lado, o abuso de substâncias aumenta suscetibilidades individuais para o desenvolvimento do TEPT frente a um trauma (Brady et al., 2004).

A possibilidade da existência de mais de um diagnóstico implica na importância de uma observação cautelosa dos sintomas apresentados pelo paciente, bem como a compreensão do fenômeno psicopatológico e um correto diagnóstico (Knapp & Caminha, 2003; Margis, 2003). É bem estabelecido que as associações entre psicopatologias são capazes de alterar a expressão, o curso e o prognóstico, além de implicar em dificuldades em termos de tratamento (Dantas & Andrade, 2008; Keane et al., 2006; Margis, 2003; Zaleski et al., 2006). Indivíduos com TEPT e outro transtorno em comorbidade representam um desafio em termos de diagnóstico e tratamento (Dansky, Roitzsch, Brady, & Saladin, 1997; McFarlane, 2004). Esses pacientes com comorbidades têm, provavelmente, uma piora de sintomatologia a longo prazo, sintomas de TEPT mais severos, um maior prejuízo no funcionamento e requerem mais atenção terapêutica que indivíduos diagnosticados apenas com TEPT (Dantas & Andrade, 2008; McFarlane, 2004; Knapp & Caminha, 2003).

### Quando avaliar?

Existe um interesse crescente dos pesquisadores em abordagens que enfatizam a prevenção, a identificação de fatores de risco, a detecção precoce de TEPT e intervenções imediatas, devido à noção de que o transtorno apresenta um melhor prognóstico se intervenções clínicas são empregadas precocemente (Foa et al., 2000). Logo após um

evento catastrófico, a grande maioria dos sobreviventes ficará muito abalada, tornando-se difícil diferenciar aqueles que mais provavelmente vão se recuperar sozinhos dos que apresentam maior risco de desencadear um transtorno psiquiátrico crônico, baseando-se somente nos sintomas manifestados (Friedman, 2009). No entanto, é possível estimar aqueles indivíduos que apresentam fatores de risco para o desenvolvimento de psicopatologia pós-traumática e, a partir disso, empregar intervenções que fortaleçam os fatores de proteção, servindo, dessa forma, como fonte de prevenção secundária e/ou aliviando o sofrimento normal. Em virtude disso, a detecção precoce é fundamental, pois, dependendo do grau de vulnerabilidade ou resiliência do indivíduo, diferentes intervenções podem ser indicadas (Friedman, 2009).

Após a vivência de uma situação traumática, espera-se que a maioria das pessoas apresente um conjunto de reações agudas de estresse ao longo das primeiras 48 horas. Logo, deverão ser foco de atenção clínica aqueles sintomas que persistirem após esse período (Litz & Maguen, 2007). Imediatamente após o trauma, é usualmente empregada uma intervenção de apoio denominada *psychological first aid*, que não possui o caráter de tratamento, mas tem por objetivo responder às necessidades agudas dos indivíduos que vivenciaram a situação traumática, além de estimular a rede de apoio social, estabelecendo uma conexão humana e não intrusiva (Litz, Gray, Bryant, & Adler, 2002; Litz & Maguen, 2007; National Center of PTSD, 2010b).

O diagnóstico de TEA poderá ser feito transcorridos dois dias após o trauma e cuja duração dos sintomas não poderá exceder um mês após a experiência traumática (APA, 2002). Posteriormente a esse período, o clínico deverá considerar o diagnóstico de TEPT (APA, 2002). Portanto, uma avaliação clínica das reações pós-traumáticas deverá ser feita a partir do segundo dia seguinte à vivência do trauma e, idealmente, nas primeiras duas semanas após o evento, pois, embora o TEA seja um diagnóstico transitório, as intervenções nessa fase aguda já podem servir como prevenção secundária para o TEPT, tendo em vista que, conforme descrito em seções anteriores, o diagnóstico de TEA pode prever o TEPT (Classen, Koopman, Hales, & Spiegel, 1998; Ehlers & Clark, 2003; Forbes et al., 2007; Litz & Maguen, 2007). É conveniente



ressaltar que a avaliação clínica continua durante o processo terapêutico, a fim de monitorar o progresso do tratamento e para coletar informações adicionais, revisando a formulação do caso quando demonstrar-se necessário (Taylor, 2006).

Também é comum que o profissional receba pacientes que passaram por situações traumáticas já há algum tempo. Nesses casos, várias situações podem ter ocorrido: o paciente desenvolveu TEPT com início tardio (ou seja, após seis meses da experiência traumática); o paciente está com TEPT crônico e, em virtude de características peculiares do próprio transtorno, como por exemplo, os sintomas de evitação, resistiu a buscar ajuda; o paciente já passou por diversos profissionais e um diagnóstico clínico preciso não foi encontrado ou, até mesmo em virtude da frequente presença de comorbidades, o diagnóstico de TEPT ficou mascarado, entre outras (Bisson et al., 2007; Foa et al., 2000; Knapp & Caminha, 2003; Margis, 2003). O primeiro aspecto que deve ser especialmente considerado é avaliar se o evento traumático está em curso, bem como assegurar que foram tomadas todas as providências e encaminhamentos necessários, considerando as peculiaridades de cada caso, a fim de que sejam garantidos os cuidados básicos de saúde e proteção, evitando, também a revitimização (Orcutt, Erickson, & Wolfe, 2002; Sandberg, Matorin, & Lynn, 1999).

### Como avaliar?

A partir da revisão da literatura apresentada anteriormente, não restam dúvidas de que a avaliação clínica das reações possíveis de serem desencadeadas após uma experiência traumática não é tarefa fácil. A seleção dos instrumentos de investigação deve considerar inúmeros fatores, como os objetivos da avaliação, o modelo teórico através do qual o terapeuta conceitualiza os problemas do paciente e os tipos de tratamento disponíveis (Taylor, 2006). De maneira geral, o objetivo de muitas avaliações na área da saúde mental é a constatação diagnóstica que inclui um diagnóstico diferencial e outras informações que sejam úteis para o planejamento do tratamento (Pratt et al., 2006).

Na avaliação psicológica, podem ser incluídas entrevistas estruturadas e instrumentos psicométricos (Friedman, 2009). Especificamente na avaliação das reações pós-

traumáticas, a elaboração do plano de avaliação requer a consideração de que sejam incluídos instrumentos que englobem os fatores pré-existentes, desencadeadores, mantenedores e protetores envolvidos no TEPT. Apesar disso, uma avaliação compreensiva também deve abarcar informações sobre a história familiar do indivíduo, o contexto de vida, sintomas, crenças, capacidades, fraquezas, sistemas de suporte e estratégias de *coping*, além de indicadores do funcionamento social e ocupacional (Briere, 1997; Keane, Weathers, & Foa, 2000). Ferramentas clinicamente importantes incluem entrevistas e medidas de autorrelato, como instrumentos que avaliem as crenças disfuncionais associadas ao TEPT (Taylor, 2006). Tal procedimento possibilita um conhecimento mais aprofundado sobre o indivíduo, seu transtorno e, conseqüentemente, seu sofrimento, fornecendo uma maior gama de subsídios para o profissional elaborar intervenções terapêuticas que abarquem as peculiaridades de cada caso.

Antes da avaliação ter início, é imprescindível informar o paciente sobre os limites da confidencialidade, como nos casos de risco de suicídio ou de agressões a outras pessoas, ressaltando que todos os procedimentos serão adotados a fim de assegurar seu próprio bem-estar e de outros (Taylor, 2006). Especialmente nos casos judiciais, o avaliador deve deixar claro o seu papel e a limitação do sigilo, tendo em vista que as informações prestadas pelo examinado serão encaminhadas à autoridade requerente (Anache & Reppold, 2010; Echeburúa & Subijana, 2008). A seguir, serão descritos métodos e apresentados exemplos de instrumentos (Tabela 1) que podem ser empregados na avaliação das reações pós-traumáticas, considerando os fatores descritos anteriormente.

Uma entrevista acerca dos dados sociodemográficos gerais sobre o paciente, como: sexo, escolaridade, estado civil, ocupação, renda familiar, entre outros, deve ser considerada. A partir destas informações, já é possível estimar prováveis fatores de risco, bem como avaliar recursos cognitivos, emocionais e socioeconômicos do indivíduo para dar seguimento a futuros encaminhamentos, caso seja constatada a necessidade de alguma modalidade de intervenção (Ozer & Weiss, 2004).

Tabela 1 – Exemplos de instrumentos de avaliação de reações pós-traumáticas

Domínios de		Exemplos de Instrumentos Disponíveis		
Avaliação	Autoaplicação	Entrevistas; Administrado pelo Clínico	Adaptado para o português	
Exposição a eventos traumáticos	TSS; TAA; PSEI; TEQ; TLEQ; ELS-Q; THQ; SLESQ; LSC-R; THS; LEC; CTQ;	ELS-I	CTQ (QUESI)	
Diagnóstico de TEA, TEPT e Rastreo de sintomas pós-traumáticos	Davison Self Rating PTSD Scale; ASDI; ASDS; SPTSS; TSQ; DTS; DEQ; IES-R; PCL; PSS; SCL-PTSD; TSI; TSC-40	SCID; MINI; CAPS; PTSD-Interview; SASRQ; SPTSS	SCID; MINI; SPTSS	
Sintomas Dissociativos	PDEQ; QEDP; DES			
Culpa/Vergonha/Raiva	TRGI; GI; STAEI			
Estratégias de <i>Coping</i>	Inventário de Estratégias de <i>Coping</i>			
Cognições traumáticas	pós- PTCI		PTCI	
Sintomatologia Diagnósticos Psiquiátricos	e BAI; BDI (BDI-II); BHS; BSI; ASI	SCID; MINI; DIS-IV	BAI*; BDI*; BHS; BSI; SCID; MINI	
Personalidade		Rorschach; MMPI; PAI	MMPI; Rorschach*	
Apoio social	CSQ; SPS			
Capacidade Cognitiva e QI		WAIS-III*	WAIS-III*	

*Nota.* TSS = Traumatic Stress Schedule; TAA = Trauma Assessment for Adults; PSEI = Potencial Stressful Events Interview; TEQ = Events Questionnaire; TLEQ = Traumatic Life Events Questionnaire; ELS = Evaluation of Lifetime Stressors; ELS-Q = ELS self-report questionnaire; ELS-I = ELS interview; THQ = Trauma History Questionnaire; SLESQ = Stressful Live Events Screening Questionnaire; LSC-R = Life Stressor Checklist – Revised; THS = Trauma History Screen; LEC = Life Events Checklist; CTQ = Childhood Trauma Questionnaire; ASDI = Acute Stress Disorder Interview; ASDS = Acute Stress Disorder Scale; SASRQ = Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire; SPTSS = Screen for Posttraumatic Stress Symptoms; CAPS = Clinician Administered PTSD Scale; PTSD-Interview; SCID = Structured Clinical Interview for DSM-III-R; MINI = Mini International Neuropsychiatric Interview; DIS-IV = Diagnostic Interview Schedule IV; MMPI = Minnesota Multiphasic Personality Inventory; CSQ = Crisis Support Questionnaire; SPS = Social Provisions Scale; PAI = Personality Assessment Inventory; WAIS-III = Escala de Inteligência Wechsler para Adultos. Referências sobre os instrumentos podem ser consultadas em: Brewin, 2005; Briere, 1997; Friedman, 2009; Keane, 2010; National Center of PTSD, 2010a; Norris & Hamblen, 2004; Orsillo, 2001; Pratt, Brief, & Keane, 2006; Taylor, 2006.

\* Testes Psicológicos com Parecer Favorável pelo Conselho Federal de Psicologia (2011), devendo, portanto, serem administrados somente por psicólogos (Conselho Federal de Psicologia, 2003).

A avaliação da exposição a eventos traumáticos tem como objetivo verificar se o indivíduo foi exposto a algum estressor traumático enquadrado no critério A1 do DSM-IV-TR (APA, 2002) e deve ser feita, sempre que possível, a partir da combinação entre instrumentos objetivos e autorrelatos. Além desses instrumentos, existem outros que averiguam exposições a situações traumáticas específicas, como: tortura, abuso sexual na infância, guerras, etc. (Friedman, 2009). É comum que indivíduos tenham sido expostos a mais de um tipo de situações traumáticas enquadradas no critério A1, ou que a exposição a um determinado evento tenha ocorrido de maneira repetida, como nos casos de veteranos de guerra ou vítimas de violência doméstica. Nesses casos, é importante que a avaliação e, posteriormente, o tratamento, se detenham, principalmente, naquele evento que o paciente avalia como sendo o mais traumático, com maior impacto para a sua vida (Breslau et al., 2004; Friedman, 2009; Weathers, Keane, & Foa, 2009).

A constatação diagnóstica de sintomas ou de transtornos psiquiátricos é fundamental para iniciar a formulação do caso e o plano de tratamento, embora o diagnóstico em si seja insuficiente para estes objetivos (Taylor, 2006; Weathers et al., 2009). Entre os instrumentos disponíveis para a constatação diagnóstica e rastreamento de sintomas de TEA e TEPT, encontram-se entrevistas diagnósticas estruturadas administradas pelo clínico, que são consideradas ferramentas extremamente válidas para acessar a sintomatologia pós-traumática, e também questionários autoaplicáveis, utilizados principalmente para mensurar a severidade dos sintomas (Friedman, 2009; Pratt et al., 2006). O foco principal da avaliação clínica não deve centrar-se, exclusivamente, na presença ou não do diagnóstico de TEPT, mas sobretudo, na intensidade e na frequência dos sintomas pós-traumáticos, tendo em vista que estas avaliam a sintomatologia num *continuum*, possibilitando maior precisão e dimensionamento com relação ao funcionamento, sofrimento e prejuízos sociais e ocupacionais do paciente (Brown & Barlow, 2009).

Naifeh e Elhai (2010) ressaltam que, apesar dos significativos avanços no estudo do TEPT, existe um aspecto do processo de avaliação que ainda tem sido pouco enfatizado, que é a maneira pela qual a história individual do trauma é relacionada com os sintomas do

TEPT, visto que muitos instrumentos acessam ou a exposição a situações traumáticas ou os sintomas de TEPT, nunca ambos, dificultando que a relação causal entre eles seja estabelecida. Portanto, é imprescindível incluir o relato detalhado do trauma vivenciado e de seu contexto, acessando, também, outros estressores circunscritos ao trauma. Além desse procedimento auxiliar a entender inteiramente as experiências do paciente relacionadas ao trauma, também fornece informações importantes sobre os aspectos que funcionam como gatilhos para reações pós-traumáticas, sendo, portanto, necessário para o planejamento de futuras intervenções, como por exemplo, nas sessões de exposição (Carlson & Dutton, 2003; Taylor, 2006).

É indispensável que a entrevista diagnóstica proporcione um ambiente seguro, confiável e sensível, já que se solicita aos pacientes com um possível diagnóstico pós-traumático que relatem eventos dolorosos de sua vida, abandonando suas estratégias cognitivas e comportamentais de evitação que os afastam de memórias e sensações intoleráveis relacionadas à situação traumática experienciada (Friedman, 2009; Weathers et al., 2009). Também é possível que os pacientes percebam o processo de avaliação com receio, desconfiança e, até mesmo, experienciem as entrevistas como um estressor adicional (Briere, 1997). Portanto, é essencial conduzir a entrevista clínica sobre o trauma, sobretudo nos casos de TEPT crônico, num ritmo tolerável e empático para o paciente, encorajando-o a apontar os momentos em que a investigação tornar-se desgastante, retrocedendo imediatamente quando ele assinalar (Friedman, 2009; Taylor, 2006). Durante o processo de avaliação, pode ser conveniente solicitar ao paciente permissão para conversar com pessoas significativas da sua vida, a fim de se obter outra perspectiva sobre o seu funcionamento e seus sintomas (Taylor, 2006). Em alguns casos, é pertinente certificar se o paciente está em segurança, não apresentando riscos de se colocar em situações que favoreçam a revitimização (Cougale, Resnik, & Kilpatrick, 2009; Taylor, 2006).

Para avaliação de outros sintomas pós-traumáticos possíveis, bem como de comorbidades, é necessária a utilização de entrevistas que avaliem uma variedade de transtornos (Friedman, 2009; Taylor, 2006; Weathers et al., 2009), a partir dos critérios

diagnósticos vigentes (APA, 2002; Organização Mundial da Saúde, 1997). Embora tais instrumentos possibilitem a avaliação de uma grande variedade de transtornos, eles não foram desenvolvidos para mensurar a severidade dos sintomas, por isso, outras medidas podem ser empregadas com este propósito a fim de serem posteriormente utilizadas para monitorar mudanças sintomáticas ao longo do tratamento, sejam estas pós-traumáticas, de ansiedade, depressão ou outras (Taylor, 2006).

Convém destacar a importância de se averiguar o histórico de psicopatologias na família. Além disso, a avaliação do funcionamento pré-traumático (ou pré-mórbido) do paciente pode auxiliar o clínico a estimar o risco para problemas futuros, se há interações entre os transtornos ou problemas, bem como providenciar indicadores dos prováveis benefícios do tratamento, e se outras intervenções são necessárias (Taylor, 2006; Weathers et al., 2009). Também é interessante acessar a história prévia de tratamento, os resultados deste e os motivos pelos quais a sua resposta foi incompleta (Taylor, 2006).

A avaliação clínica pós-traumática não deve focalizar somente nos sintomas, mas também incluir instrumentos que avaliem, por exemplo, as cognições pós-traumáticas sobre *self*, mundo e autorresponsabilização, e as estratégias de *coping*, pois se sabe que tão ou mais importante que a experiência em si, é a maneira como o indivíduo interpreta a situação e o repertório de estratégias que emprega para lidar com estas experiências (Brewin & Holmes, 2003; Brewin et al., 2000; Ehlers & Steil, 1995; Foa et al., 1999; Foa & Rothbaum, 1998; Foa et al., 1989; Johnsen et al., 1998; Johnsen et al., 2002; Keane et al., 2000; Stallard & Smith, 2007; Taylor, 2006). Ainda, conforme justificado anteriormente, é necessário incluir a avaliação de sentimentos em relação ao trauma, como raiva, culpa e vergonha, bem como a avaliação de crenças em relação aos sintomas de ansiedade. A presença de sintomas dissociativos durante o trauma deve ser considerada e avaliada, já que pode contribuir para o desencadeamento, a manutenção e o agravamento do TEPT, interferindo no processamento cognitivo e emocional da situação traumática (Halligan, Clark, & Ehlers, 2002; Taylor, 2006).

É recomendável uma avaliação das capacidades cognitivas e do QI, já que estes

configuram-se como fatores de risco para o TEPT, conforme descrito anteriormente (Briere, 1997). Também sugere-se a avaliação da personalidade do indivíduo, a fim de que seja incluída uma avaliação compreensiva do seu funcionamento (Keane, 2010), bem como a avaliação da percepção de apoio social (Briere, 1997), que pode ser feita através de entrevista clínica que investigue o número e a qualidade das relações familiares e contatos sociais com amigos, e o quanto estas relações são de fato percebidas como apoio, além de instrumentos específicos que avaliam estes aspectos. Se existe a suspeita de que o paciente esteja subestimando ou superestimando sintomas, pode ser empregado o MMPI-2, instrumento frequentemente utilizado no âmbito internacional para auxiliar na detecção da simulação/dissimulação (Gray, Elhai, & Briere, 2010; Merten, Lorenz, & Schlatow, 2010; Taylor, 2006; Taylor, Frueh, & Asmundson, 2007).

### Considerações Finais

A identificação dos fatores de risco pode auxiliar tanto no entendimento da etiologia do TEPT, como no desenvolvimento de ações preventivas para aquelas pessoas consideradas propensas a desenvolver o transtorno (Keane et al., 2006). Portanto, parece haver um consenso de que o TEPT tem uma etiologia multifatorial (Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003; Ozer & Weiss, 2004; Yehuda & McFarlane, 1995).

A utilização de instrumentos psicométricos também é essencial no decorrer do processo terapêutico, como ferramenta para mensurar os efeitos do tratamento (seja este farmacológico, psicológico ou a combinação de ambos) e, por conseguinte, para motivar os pacientes a seguir em terapia (Pratt et al., 2006; Taylor, 2006). No âmbito científico, os questionários e testes psicológicos frequentemente são bastante valiosos, pois possibilitam a constatação da confiabilidade teste-reteste, consistência interna, indicadores de validade, além de apresentarem informações individuais que podem ser comparadas tanto com a população geral quanto com populações de interesse específico (Pratt et al., 2006).

Também é fundamental que o examinador tenha claro que os instrumentos empregados no processo de avaliação devem ser escolhidos conforme as peculiaridades do paciente, sendo que uma avaliação compreensiva é

indispensável para uma correta constatação diagnóstica, para a formulação do caso e do plano de tratamento, além de monitorar o progresso deste (Taylor, 2006). A partir dos procedimentos utilizados na avaliação, deverá ser possível identificar não somente os sintomas e transtornos desencadeados pela situação traumática vivenciada, como também os possíveis fatores de risco e de proteção, a fim de que tais aspectos possam ser trabalhados em termos de prevenção e/ou tratamento. Para isso, é fundamental que, durante a avaliação clínica, se atente para relações causais ou temporais entre as variáveis, como por exemplo, a análise da interligação entre sintomas, comportamentos, pensamentos, etc. (Taylor, 2006). Também é necessário que se priorize a utilização de instrumentos válidos para aquela população, tendo em vista que diferenças culturais podem repercutir na resposta do indivíduo aos eventos traumáticos (Briere, 1997; de Jong et al., 2001; Keane et al., 2006; Pratt et al., 2006).

Durante a avaliação, uma intervenção terapêutica é iniciada, na medida em que permite ao paciente entender melhor a natureza de seus problemas e a pensar possíveis soluções para eles. Apesar de estratégias terapêuticas não serem, *a priori*, implementadas durante a avaliação, o clínico pode oferecer comentários tranquilizadores para os pacientes, especialmente para aqueles que se culpam pela situação traumática vivenciada. Ao final da sessão de avaliação, é extremamente benéfico, para o clínico e para o paciente, que compartilhem esta experiência, descrevendo tanto os momentos úteis como aqueles mais difíceis (Taylor, 2006). Portanto, é importante que, ao término da avaliação, ocorra a integração dos achados, julgamento clínico, síntese do caso e recomendações, incluindo os encaminhamentos necessários (Keane, 2010).

Por fim, convém ressaltar que as estratégias de avaliação variam de acordo com os seus propósitos, ou seja, para as avaliações com finalidade clínica, forense ou de pesquisa, é importante considerar as peculiaridades com relação aos instrumentos e métodos de entrevista (Carlson & Dutton, 2003). Ao mesmo tempo, é necessário que a metodologia empregada seja condizente com o referencial teórico adotado pelo examinador (Anache & Reppold, 2010). No Brasil, os testes psicológicos são de uso privativo dos psicólogos e, para fins clínicos ou forenses,

devem ser utilizados somente aqueles instrumentos que possuem parecer favorável do Conselho Federal de Psicologia (Conselho Federal de Psicologia, 2003).

Ainda são poucos os instrumentos disponíveis no Brasil para a avaliação das reações pós-traumáticas e suas repercussões na vida dos indivíduos. Em virtude disso, enfatiza-se que esforços devam ser feitos no desenvolvimento e/ou na adaptação de instrumentos adicionais, pois de nada adianta um entendimento profundo sobre o trauma e seus efeitos se estes achados não puderem ser replicados na prática profissional e empregados em outros contextos de avaliação.

## Referências

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3a. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4a. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4a. ed.; Texto Revisado). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association. (2010). *DSM-5 Development*. Recuperado em 21 de setembro, 2010, de <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
- Amstadter, A., Nugent, N., & Koenen, K. (2009). Genetics of PTSD: Fear conditioning as a model for future research. *Psychiatric Annals*, 39, 358-367.
- Anache, A. A., & Reppold, C. T. (2010). Avaliação Psicológica: Implicações éticas. In A. P. A Santos, A. A. Anache, A. E. Villemor-Amaral, B. S. G. Werlang, C. T. Reppold, C. H. S. S. Nunes et al. (Orgs.), *Avaliação psicológica: Diretrizes na regulamentação da profissão* (pp. 57-85). Brasília: CFP.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3, 273-294.

- Asmundson, G. J. G., Stapleton, J. A., & Taylor, S. (2004). Are avoidance and numbing distinct PTSD symptom clusters? *Journal of Traumatic Stress, 17*, 467-475.
- Ballenger, J. C., Davidson, J. R. T., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., & Marshall, R. D. (2004). Consensus statement update on posttraumatic stress disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry, 65*, 55-62.
- Belfer, M. L., & Rohde, L. A. (2005). Child and adolescent mental health in Latin America and the Caribbean: Problems, progress, and policy research. *Revista Panamericana de Salud Publica, 18*, 359-365.
- Birmes, P., Brunet, A., Carreras, D., Ducassé, J., Charlet, J., Lauque, D., et al. (2003). The predictive power of peritraumatic dissociation and acute stress symptoms for posttraumatic stress symptoms: A three-month prospective study. *American Journal of Psychiatry, 160*, 1337-1339.
- Bisson, J., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry, 190*, 97-104.
- Bradley, R., Jenei, J., & Western, D. (2005). Etiology of borderline personality disorder disentangling the contributions of intercorrelated antecedents. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 193*, 24-31.
- Brady, K. T., Back, S. E., & Coffey, S. F. (2004). Substance Abuse and Posttraumatic Stress Disorder. *Current Directions in Psychological Science, 13*, 206-209.
- Breslau, N. (2002). Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatry, 47*, 923-929.
- Breslau, N. (2009). The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma, Violence, & Abuse, 20*, 1-13.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry, 48*, 216-222.
- Breslau, N., Davis, G. C., Peterson, E. L., & Schultz, L. R. (2000). A second look at comorbidity in victims of trauma: The posttraumatic stress disorder-major depression connection. *Biological Psychiatry, 48*, 902-909.
- Breslau, N., & Kessler, R. C. (2001). The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: An empirical investigation. *Biological Psychiatry, 50*, 699-704.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry, 55*, 626-632.
- Breslau, N., Lucia, V. C., & Alvarado, G. F. (2006). IQ and posttraumatic stress symptoms in children intelligence and other predisposing factors in exposure to trauma and posttraumatic stress disorder: A follow-up study at age 17 years. *Archives of General Psychiatry, 63*, 1238-1245.
- Breslau, N., Peterson, E. L., Poisson, L. M., Schultz, L. R., & Lucia, V. C. (2004). Estimating posttraumatic stress disorder in the community: Lifetime perspective and the impact of typical traumatic events. *Psychological Medicine, 34*, 889-898.
- Breslau, N., Peterson, E. L., & Schultz, L. R. (2008). Second look at prior trauma and the posttraumatic stress disorder effects of subsequent trauma: A prospective epidemiological study. *Archives of General Psychiatry, 65*, 431-437.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 748-766.
- Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 23*, 339-376.

- Brewin, C. R., Lanius, R. A., Novac, A., Schnyder, A., & Galea, S. (2009). Reformulating PTSD for DSM-V: Life after criterion A. *Journal of Traumatic Stress, 22*, 366-373.
- Briere, J. (1997). *Psychological assessment of adult posttraumatic states*. Washington: American Psychological Association.
- Briere, J., & Rickards, S. (2007). Self-awareness, affect regulation, and relatedness differential sequels of childhood versus adult victimization experiences. *Journal of Nervous and Mental Disease, 195*, 497-503.
- Briere, J., & Spinazzola, J. (2009). Assessment of the sequelae of complex trauma. In C. Courtois, & J. Ford, *Treating Complex Traumatic Stress Disorders: An Evidence-Based Guide* (pp. 104-123). New York: Guilford Press.
- Brooks, R., Silove, D., Bryant, R., O'Donnell, M., Creamer, M., & McFarlane, A. (2008). A confirmatory factor analysis of the Acute Stress Disorder Interview. *Journal of Traumatic Stress, 21*, 352-355.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment, 21*, 256-271.
- Brown, R. J., Schrag, A., & Trimble, M. R. (2005). Dissociation, childhood interpersonal trauma, and family functioning in patients with somatization disorder. *American Journal of Psychiatry, 162*, 899-905.
- Bryant, R. A. (2003). Early predictors of posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry, 53*, 789-795.
- Bryant, R. A., & Guthrie, R. M. (2005). Maladaptive appraisals as a risk factor for posttraumatic stress: A study of trainee firefighters. *Psychological Science, 16*, 749-752.
- Buckley, T. D., Blanchard, E. B., & Neill, W. T. (2000). Information processing and PTSD: A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review, 28*, 1041-1065.
- Calhoun, K. S., & Resick, P. (1999). Transtorno de estresse pós-traumático. In D. H. Barlow (Org.), *Manual dos Transtornos Psicológicos* (2a. ed., pp. 63-118). Porto Alegre: Artmed.
- Carlson, E. B., & Dutton, M. A. (2003). Assessing experiences and responses of crime victims. *Journal of Traumatic Stress, 16*, 133-148.
- Classen, C., Koopman, C., Hales, R., & Spiegel, D. (1998). Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress symptoms. *American Journal of Psychiatry, 155*, 620-624.
- Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K. C., & Han, H. (2005). Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behavior Therapy, 36*, 119-124.
- Conselho Federal de Psicologia (2011). *Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos - SATEPSI*. Recuperado em 22 de março, 2011, de <http://www2.pol.org.br/satepsi/sistema/admin.cfm?lista1=sim>.
- Conselho Federal de Psicologia. (2003). *Resolução CFP 002/2003*.
- Cougle, J. R., Resnick, H., & Kilpatrick, D. G. (2009). A prospective examination of PTSD symptoms as risk factors for subsequent exposure to potentially traumatic events among women. *Journal of Abnormal Psychology, 118*, 405-411.
- Creamer, M., Burgess P., & McFarlane, A. C. (2001). Post-traumatic stress disorder: Findings from the Australian National Survey of mental health and well-being. *Psychological Medicine, 31*, 1237-1247.
- Dalgleish, T. (2004). Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: The evolution of multirepresentational theorizing. *Psychological Bulletin, 130*, 228-260.
- Dansky, B. S., Roitzsch, J. C., Brady K. T., & Saladin, M. E. (1997). Posttraumatic stress disorder and substance abuse: Use of research in a clinical setting. *Journal of Traumatic Stress, 10*, 141-148.

- Dantas, H. & Andrade, A. (2008). Comorbidade entre transtorno de estresse pós-traumático e abuso e dependência de álcool e drogas: Uma revisão da literatura. *Revista de Psiquiatria Clínica, 35*, 55-60.
- de Jong, J. T. V. M., Komproe, I. H., Ommeren, M. V., Masri, M. E., Araya, M., Khaled, N., et al. (2001). Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *JAMA, 286*, 555-562.
- Delahanty, D. L., Raimonde, A. J., Spoonster, E., & Cullado, M. (2003). Injury severity, prior trauma history, urinary cortisol levels, and acute PTSD in motor vehicle accident victims. *Anxiety Disorders, 17*, 149-164.
- Delaney-Black, V., Covington, C., Ondersma, S. J., Nordstrom-Klee, B., Templin, T., & Ager, J. (2002). Violence exposure, trauma, and IQ and/or reading deficits among urban children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 156*, 280-285.
- Dietrich, A. (2003). Characteristics of child maltreatment, psychological dissociation, and somatoform dissociation of canadian inmates. *Journal of Trauma and Dissociation, 4*, 81-100.
- Dorigo, J. N., & Lima, M. E. A. (2007). O transtorno de estresse pós-traumático nos contextos de trabalho: Reflexões em torno de um caso clínico. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, 10*, 55-73.
- Duke, L. M., & Vasterling, J. J. (2005). Epidemiological and methodological issues in neuropsychological research on PTSD. In J. J. Vasterling, & C. B. Brewin (Eds.), *Neuropsychology of PTSD: Biological, Cognitive and Clinical Perspectives* (pp. 3-24). New York: Guilford Press.
- Dunmore, E., Clark, D. M., & Ehlers, A. (1999). Cognitive factors involved in the onset and maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy, 37*, 809-829.
- Echeburúa, E., & Subijana, I. J. (2008). Guía de buena práctica psicológica en el tratamiento judicial de los niños abusados sexualmente. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 8*, 733-749.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 319-345.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2003). Early psychological interventions for adult survivors of trauma: A review. *Biological Psychiatry, 53*, 817-826.
- Ehlers, A., Mayou, R. A., & Bryant, B. (1998). Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 508-519.
- Ehlers, A., & Steil, R. (1995). Maintenance of intrusive memories in posttraumatic stress disorder: A cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23*, 217-249.
- Fedoroff, I. C., Taylor, S., Asmundson, G. J. G., & Koch, W. J. (2000). Cognitive factors in traumatic stress reactions: Predicting PTSD symptoms from anxiety sensitivity and beliefs about harmful events. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 28*, 5-15.
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment, 11*, 303-314.
- Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (2000). Introduction. In E. B. Foa, T. M. Keane, & M. J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (pp. 1-17). New York: Guilford Press.
- Foa, E. B., & Riggs, D. S. (1993). Post-traumatic stress disorder in rape victims. In J. Oldham, M. B. Riba, & A. Tasman (Eds.), *American Psychiatric Press review of psychiatry* (pp. 285-309). Washington (DC): American Psychiatric Press.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualization of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy, 20*, 155-176.



- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, *21*, 219-239.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, *48*, 150-170.
- Follette, W. C., & Naugle, A. E. (2006). Functional analytic clinical assessment in trauma treatment. In V. C. Follette & J. I. Ruzek (Eds), *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma* (pp. 17-33). New York: Guilford Press.
- Fontana, A., Litz, B., & Rosenheck, R. (2000). Impact of combat and sexual harassment on the severity of posttraumatic stress disorder among men and women peacekeepers in Somalia. *Journal of Nervous & Mental Disease*, *188*, 163-169.
- Forbes, D., Creamer, M. C., Phelps, A. J., Couineau, A., Cooper, J. A., Bryant, R. A., et al. (2007). Treating adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder in general practice: A clinical update. *MJA*, *187*, 120-123.
- Friedman, M. J. (2009). Transtorno de Estresse Agudo e Pós-traumático: As mais recentes estratégias de avaliação e tratamento. Porto Alegre: Artmed.
- Friedman, M. J. (2010). PTSD revisions proposed for DSM-5, with input from array of experts. *Psychiatric News*, *45*, 8-33.
- Gilbertson, M. W., Shenton, M. E., Ciszewski, A., Kasai, K., Lasko, N. B., Orr, S. P., & Pitman, R. K. (2002). Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma. *Nature Neuroscience*, *5*, 1242-1247.
- Gray, M. J., Elhai, J. D., & Briere, J. (2010). Evaluation of the atypical response scale of the Trauma Symptom Inventory-2 in detecting simulated posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *24*, 447-451.
- Green, J. G., McLaughlin, K. A., Berglund, p. A., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., et al. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) I: Associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry*, *67*, 113-123.
- Hageman, I., Andersen, H. S., & Jorgensen, M. B. (2001). Post-traumatic stress disorder: A review of psychobiology and pharmacotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *104*, 411-422.
- Halligan, S. L., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2002). Cognitive processing, memory, and the development of PTSD symptoms: Two experimental analogue studies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *33*, 73-89.
- Harvey, A. G., & Bryant, R. A. (2000). Two-year prospective evaluation of the relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 626-628.
- Harvey, A. G., & Bryant, R. A. (2002). Acute stress disorder: A synthesis and critique. *Psychological Bulletin*, *128*, 886-902.
- Heim, C., & Nemeroff, C. B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: Preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry*, *49*, 1023-1039.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes* (2a. ed). Northvale: Jason Aronson.
- Inslicht, S. S., McCaslin, S. E., Metzler, T. J., Henn-Haase, C., Hart, S. L., Maguen, D., et al. (2010). Family psychiatric history, peritraumatic reactivity, and posttraumatic stress symptoms: A prospective study of police. *Journal of Psychiatric Research*, *44*, 22-31.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.

- Johansen, V. A., Wahl, A. K., Eilertsen, D. E., & Weisaeth, L. (2007). Prevalence and predictors of post-traumatic stress disorder (PTSD) in physically injured victims of non-domestic violence: A longitudinal study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42*, 583-593.
- Johnsen, B. H., Eid, J., Laberg, J. C., & Thayer, J. F. (2002). The effect of sensitization and coping style in post-traumatic stress symptoms and quality of life: Two longitudinal studies. *Scandinavian Journal of Psychology, 43*, 181-188.
- Johnsen, B. H., Laberg, J. C., & Eid, J. (1998). Coping strategies and mental health problems in a military unit. *Military Medicine, 163*, 599-602.
- Kar, N., & Bastia, B. K. (2006). Post-traumatic stress disorder, depression and generalised anxiety disorder in adolescents after a natural disaster: A study of Comorbidity. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 2*, 1-17.
- Keane, T. M. (2010). *PTSD Assessment*. Recuperado em 03 de novembro, 2010, de <http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/assessments/assessment.asp>
- Keane, T. M., Brief, D. J., Pratt, E. M., & Miller, M. W. (2007). Assessment of PTSD and Its Comorbidities in Adults. In M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (pp. 279-305). New York: The Guilford Press.
- Keane, T. M., Marshall, A. D., & Taft, C. T. (2006). Posttraumatic stress disorder: Etiology, epidemiology, and treatment outcome. *Annual Review of Clinical Psychology, 2*, 161-197.
- Keane, T. M., Weathers, F. W., & Foa, E. B. (2000). Diagnosis and assessment. In E. B. Foa, T. M. Keane, & M. J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (pp. 18-36). New York: Guilford Press.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 617-627.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52*, 1048-1060.
- Knapp, P., & Caminha, R. M. (2003). Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 25*, 31-36.
- Koenen, K. (2007). Genetics of Posttraumatic Stress Disorder: Review and recommendations for future studies. *Journal of Traumatic Stress, 20*, 737-750.
- Koenen, K. C., Harley, R., Lyons, M. J., Wolfe, J., Simpson, J. C., Goldberg, et al. (2002). A twin registry study of familial and individual risk factors for trauma exposure and posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 190*, 209-218.
- Koopman, C., Classen, C., & Spiegel, D. (1994). Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkely, California, Firestorm. *American Journal of Psychiatry, 151*, 888-894.
- Kremen, W. S., Koenen, K. C., Boake, C., Purcell, S., Eisen, S. A., Franz, C. E., et al. (2007). Pretrauma cognitive ability and risk for posttraumatic stress disorder: A twin study. *Archives of General Psychiatry, 64*, 361-368.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Litz, B. T., Gray, M. J., Bryant, R. A., & Adler, A. B. (2002). Early intervention for trauma: Current status and future directions. *Clinical Psychology Science and Practice, 9*, 112-134.
- Litz, B. T. & Maguen, S. (2007). Early intervention for trauma. In M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (pp. 306-329). New York: Guildford Press.

- Maercker, A., Beauducel, A., & Schützwohl, M. (2000). Trauma severity and initial reactions as precipitating factors for posttraumatic stress symptoms and chronic dissociation in former political prisoners. *Journal of Traumatic Stress, 13*, 651-660.
- Margis, R. (2003). Comorbidade no transtorno de estresse pós-traumático: Regra ou exceção? *Revista Brasileira de Psiquiatria, 25*, 17-20.
- McFarlane, A. C. (2004). Dual diagnosis and treatment of PTSD. In J. P. Wilson, M. J. Friedman, & J. D. Lindy (Eds.), *Treating psychological trauma & PTSD* (pp. 237-254). New York: Guilford Press.
- McNally, R. J. (2009). Can we fix PTSD in DSM-V? *Depression and Anxiety, 26*, 597-600.
- Merten, T., Lorenz, R., & Schlatow, S. (2010). Posttraumatic stress disorder can easily be faked, but faking can be detected in most cases. *German Journal of Psychiatry, 13*, 140-149.
- Naifeh, J. A., & Elhai, J. D. (2010). An experimental comparison of index traumatic event queries in PTSD assessment. *Journal of Anxiety Disorders, 24*, 155-160.
- National Center of PTSD. (2010a). Assessment. Recuperado em 19 de outubro, 2010, de <http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/assessments/assessment.asp>
- National Center of PTSD. (2010b). Psychological first aid: Field operations guide. Recuperado em 07 de outubro, 2010, de <http://www.ptsd.va.gov/professional/manual/s/psych-first-aid.asp>.
- Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 409-418.
- Norris, F. H., & Hamblen, J. L. (2004). Standardized self-report measures of civilian trauma and PTSD. In J. P. Wilson, T. M. Keane, & T. Martin (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 63-102). New York: Guilford Press.
- O'Donnell, M. L., Creamer, M., Elliott, P., Bryant, R., McFarlane, A., & Silove, D. (2009). Prior trauma and psychiatric history as risk factors for intentional and unintentional injury in Australia. *The Journal of Trauma, Injury, Infection, and Critical Care, 66*, 470-476.
- O'Donnell, M. L., Creamer, M., McFarlane, A. C., Silove, D., & Bryant, R. A. (2010). Should A2 be a diagnostic requirement for posttraumatic stress disorder in DSM-V? *Psychiatry Research, 176*, 257-260.
- Orcutt, H. K., Erickson, D. J., & Wolfe, J. (2002). A Prospective analysis of trauma exposure: The mediating role of PTSD symptomatology. *Journal of Traumatic Stress, 15*, 259-266.
- Organização Mundial da Saúde. (1997). *CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (10a. ed. rev). São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Orsillo, S. M. (2001). Measures for acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. In M. M. Antony, & S. M. Orsillo (Eds.), *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety* (pp. 255-307). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 129*, 52-73.
- Ozer, E. J., & Weiss, S. (2004). Who develops posttraumatic stress disorder? *Current Directions in Psychological Science, 13*, 169-172.
- Pratt, E. M., Brief, D. J., & Keane, T. M. (2006). Recent advances in psychological assessment of adults with posttraumatic stress disorder. In V. C. Follette & J. I. Ruzek (Eds.), *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma* (pp. 34-64) New York: Guilford Press.
- Read, J. P., Brown, P. J., & Kahler C. H. (2004). Substance use and posttraumatic stress disorders: Symptom interplay and effects on outcome. *Addictive Behaviors, 29*, 1665-1672.

- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 748-756.
- Saltzman, K. M., Weems, C. F., & Carrion, V. G. (2006). IQ and posttraumatic stress symptoms in children exposed to interpersonal violence. *Child Psychiatry and Human Development, 36*, 261-272.
- Sandberg, D. A., Matorin, A. I., & Lynn, S. J. (1999). Dissociation, posttraumatic symptomatology, and sexual revictimization: A prospective examination of mediator and moderator effects. *Journal of Traumatic Stress, 12*, 127-138.
- Shalev, A. Y. (2009). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and stress related disorders. *Psychiatric Clinics of North America, 32*, 687-704.
- Shalev, A. Y., Peri, T., Canetti, L., & Schreiber, S. (1996). Predictors of PTSD in injured trauma survivors: A prospective study. *The American Journal of Psychiatry, 153*, 219-226.
- Solomon, S. D., & Johnson, D. M. (2002). Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder: A practice-friendly review of outcome research. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 947-959.
- Stallard, P., & Smith, E. (2007). Appraisals and cognitive coping styles associated with chronic post-traumatic symptoms in child road traffic accident survivors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48*, 194-201.
- Stein, M., Jang, K., Taylor, S., Vernon, P., & Livesley, J. (2002). Genetic and environmental influences on trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms: A twin study. *American Journal of Psychiatry, 159*, 1675-1681.
- Taylor, S. (2006). *Clinician's guide to PTSD: A cognitive-behavioral approach*. New York: Guilford Press.
- van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A., & Herman, J. L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *The American Journal of Psychiatry, 153*, 83-93.
- Waldinger, R. J., Schulz, M. S., Barsky, A. J., & Ahern D. K. (2006). Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: The role of attachment. *Psychosomatic Medicine, 68*, 129-135.
- Weathers, F. W., Keane, T. M., & Foa, E. B. (2009). Assessment and diagnosis of PTSD. In E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman, & J. A. Cohen (Eds.), *Effective Treatments for PTSD* (2a. ed, pp. 23-61). New York: Guilford Press.
- Yehuda, R. (1999a). Biological factors associated with susceptibility to posttraumatic stress disorder. *Canadian Journal of Psychiatry, 44*, 34-39.
- Yehuda, R. (1999b). Risk factors for posttraumatic stress disorder. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Yehuda, R., & LeDoux, J. (2007). Response variation following trauma: A translational neuroscience approach to understanding PTSD. *Neuron, 56*, 19-32.
- Yehuda, R., & McFarlane, A. C. (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *American Journal of Psychiatry, 152*, 1705-1713.
- Zaleski, M., Lanjeira, R., Marques, A., Ratto, L., Romano, M. Alves, H. Soares, M., et al. (2006). Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 28*, 142-148.

Recebido em 30 de Setembro de 2011  
 Texto reformulado em 20 de Julho de 2012  
 Aceite em 22 de Setembro de 2012  
 Publicado em 31 de Dezembro de 2012