



ARTIGO ORIGINAL

## Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD-2) e estilos defensivos em mulheres com Transtorno de estresse pós-traumático: um estudo comparativo

Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2) and defensive styles in women with Post traumatic stress disorder: a comparative study

Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD-2) y estilos defensivos en mujeres con Trastorno de estrés postraumático: un estudio comparativo

Taís Cristina Favaretto <sup>a</sup>, Luciane Maria Both <sup>a</sup>, Cleonice Zatti <sup>a</sup>, Lúcia Helena Freitas <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento – Porto Alegre/RS – Brasil.

DOI 10.5935/2318-0404.20230004

### Resumo

**Introdução:** O Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é diagnosticado após a exposição a um ou mais eventos traumáticos de ameaça à vida, lesão grave ou violência, desencadeando sintomas que causam problemas no funcionamento mental, social e laboral. **Objetivo:** Descrever as características do funcionamento psicodinâmico em pacientes com TEPT, sob uma perspectiva dimensional operacionalizada, e uso de mecanismos de defesa (MD) e estilos defensivos avaliando a linha de base (T0) e possíveis alterações após três meses de tratamento (T1). **Método:** Quantitativo, exploratório e comparativo. Utilizou-se: Questionário sociodemográfico e clínico, Entrevista Clínica para avaliação do TEPT e Entrevista Clínica do OPD-2. A amostra foi composta por 27 pacientes, com média de idade 39.07 (SD = 13.73). A confiabilidade entre juízes foi superior a 73%. **Resultados:** História pregressa de traumas e doenças psiquiátricas. Sintomas ocasionaram perdas no funcionamento geral. Abandono terapêutico de cerca de 50% em três meses. Houve diminuição significativa dos sintomas quando comparados T0 e T1. Estrutura, com nível moderado de integração, e Conflito, Necessidade de Cuidado x Autossuficiência, e Relações Interpessoais, baseadas na necessidade de cuidado/isolamento, mantiveram-se nos dois tempos. Uso variado de MD maduro, neurótico e imaturo ocorrendo aumento significativo baixo no uso de Agressão Passiva, no T1. **Conclusão:** Este estudo fornece evidências empíricas sobre características psicodinâmicas de pacientes com TEPT. O OPD-2 foi capaz de avaliar diferentes tempos do tratamento. Observa-

se a necessidade de psicoterapias voltadas para danos ao *Self*, possibilitando maior integração de personalidade, regulação emocional e melhorando a capacidade relacional, indispensáveis para melhor qualidade de vida.

**Palavras-chaves:** Estresse; Transtorno de estresse pós-traumáticos; Psicoterapia psicodinâmica

## Abstract

**Introduction:** Post-traumatic stress disorder (PTSD) is diagnosed after exposure to one or more life-threatening traumatic events, serious injury or violence, triggering symptoms that cause disorders in mental, social and work functioning. **Aim:** To describe the characteristics of psychodynamic functioning in patients with PTSD from an operationalized dimensional perspective, and the use of defense mechanisms (DM) and defensive styles evaluated at baseline (T0) and possible changes after three months of treatment (T1). **Method:** This is a quantitative, exploratory and comparative study. Sociodemographic and Clinical Questionnaire, Clinical Interview for PTSD assessment and OPD-2 Clinical Interview were used. The sample consisted of 27 patients with mean age of 39.07 years (SD = 13.73). Inter-judge reliability was higher than 73%. **Results:** Past history of trauma and psychiatric diseases. Symptoms caused losses in general functioning. Therapeutic abandonment of about 50% in three months. Significant decrease in symptoms was observed when comparing T0 and T1. Structure, with moderate level of integration, and Conflict, Need for Care x Self-sufficiency, and Interpersonal Relationships, based on the need for care/isolation, remained at both times. Varied use of mature, neurotic and immature DM, with significant low increase in the use of Passive Aggression at T1. **Conclusion:** This study provides empirical evidence on the psychodynamic characteristics of patients with PTSD. OPD-2 was able to assess different treatment times. There is a need for psychotherapies aimed at damages to the Self, enabling greater integration of personality and emotional regulation, improving relational capacity, indispensable for better quality of life.

**Keywords:** Stress; Post-traumatic stress disorder; Psychodynamic psychotherapy

## Resumen

**Introducción:** El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se diagnostica después de la exposición a uno o más eventos traumáticos que amenazan la vida, lesiones graves o violencia, desencadenando síntomas que causan problemas en el funcionamiento mental, social y laboral. **Objetivo:** Describir las características del funcionamiento psicodinámico en pacientes con TEPT, desde una perspectiva dimensional operacionalizada, y el uso de mecanismos de defensa (DM) y estilos defensivos evaluando la línea de base (T0) y los posibles cambios después de tres meses de tratamiento (T1). **Método:** Cuantitativo, exploratorio y comparativo. Se utilizaron: Cuestionario Sociodemográfico y Clínico, Entrevista Clínica para valoración del TEPT y Entrevista Clínica para OPD-2. La muestra estuvo compuesta por 27 pacientes, con una edad media de 39,07 (DE = 13,73). La confiabilidad entre jueces fue superior al 73%. **Resultados:** Historia pasada de trauma y enfermedad psiquiátrica. Los síntomas causaron pérdidas en el funcionamiento general. Abandono terapéutico de alrededor del 50% en tres meses. Hubo una disminución significativa de los síntomas al comparar T0 y T1. En ambos momentos se mantuvo

la Estructura, con un nivel moderado de integración, y el Conflicto, Necesidad de Cuidado x Autosuficiencia y Relaciones Interpersonales, basado en la necesidad de cuidado/aislamiento. Uso variado de MD maduro, neurótico e inmaduro con un aumento bajo significativo en el uso de Agresión Pasiva en T1. **Conclusión:** Este estudio proporciona evidencia empírica sobre las características psicodinámicas de los pacientes con TEPT. El OPD-2 pudo evaluar diferentes tiempos de tratamiento. Existe la necesidad de psicoterapias dirigidas al daño al Yo, posibilitando una mayor integración de la personalidad, la regulación emocional y mejorando la capacidad relacional, indispensable para una mejor calidad de vida.

**Palabras clave:** Estrés psicológico; Trastornos por estrés postraumático; Psicoterapia psicodinámica

## Introdução

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é diagnosticado após a exposição a um ou mais eventos traumáticos de ameaça à vida, lesão grave ou violência e surgimento de sintomas como lembranças intrusivas angustiantes, medo, alterações negativas em cognições e no humor, estado emocional negativo persistente e dissociações<sup>1</sup>. As causas mais comuns para o seu desenvolvimento são a exposição ao combate militar, violência sexual, negligência e violência urbana<sup>2</sup>.

Observa-se, no entanto, que apesar de índices altos de exposição a traumas apenas parte dos sujeitos apresentam o transtorno<sup>3</sup> demonstrando vulnerabilidades referentes ao evento traumático, gravidade da exposição, proximidade, duração e frequência, além de histórico de traumas anteriores, pobreza de respostas parentais na infância, antecedentes psicopatológicos<sup>4</sup> e baixo suporte social<sup>5</sup>. Por outro lado, capacidades individuais como características psicodinâmicas de maior integração da personalidade<sup>6,7</sup>, capacidade da modulação de resposta ao estresse<sup>8</sup>, estilos de defesas<sup>9</sup> e resiliência<sup>10,11</sup> são fatores favoráveis a menor intensidade de sintomas, adesão ao tratamento e recuperação do trauma<sup>12,13</sup>.

De tal modo, diferentes pesquisas em psicoterapia têm buscado avaliar os tratamentos voltados à saúde mental, a partir da compreensão da subjetividade humana, as diferentes direções que a instauração processo terapêutico pode adotar e a eficácia e eficiência nos diferentes transtornos<sup>14</sup>. Nesse sentido, foi criado o instrumento Diagnóstico Operacionalizado Psicodinâmico 2 (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik- OPD) procurando integrar a sintomatologia descritiva e a dimensão psicodinâmica. Para tanto, utiliza-se de uma entrevista semiestruturada baseada em cinco Eixos: Vivências da doença e pré-requisitos para o tratamento, Relações interpessoais, Conflito, Estrutura e Diagnóstico nosológico. A partir da integração desses Eixos é possível realizar a indicação, o foco e o planejamento terapêuticos<sup>15</sup>.

Ainda, destaca-se a importância de identificar os diferentes níveis de maturidade no uso de Mecanismos Defensivos (MD) do Ego, capazes de mediar o mundo interno e o mundo externo<sup>16</sup>, visando à compreensão mais ampla dos sujeitos. Em pacientes com TEPT essa peculiaridade pode distinguir entre as manifestações de defesas específicas mobilizadas diante do trauma ou de modelos continuados que são repetidos durante a vida, importantes para o planejamento e a condução do tratamento psicoterápico<sup>11</sup>.

Assim, considerando a grande quantidade de sintomas manifestados por pacientes traumatizados, o elevado risco do desenvolvimento de comorbidades<sup>17</sup> e tentativas de suicídio (TS)<sup>7</sup>, a baixa adesão ao tratamento, em torno de 50%<sup>18</sup>, e a dificuldade de manejo da carga emocional significativa que refletem no tratamento<sup>19</sup>, este estudo busca descrever as características do funcionamento psicodinâmico em pacientes com TEPT, sob uma perspectiva dimensional operacionalizada, e uso de mecanismos e estilos defensivos avaliando possíveis alterações após três meses de tratamento.

## **Materiais e métodos**

### **Delineamento**

Tratou-se de um estudo quantitativo, exploratório e comparativo realizado em um hospital público especializado em avaliação e tratamento de vítimas de trauma na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Esse estudo faz parte de uma pesquisa maior intitulada “Um estudo do funcionamento psíquico de sujeitos com transtorno de estresse pós-traumático sob a perspectiva do diagnóstico operacionalizado psicodinâmico”.

### **Participantes**

Participaram 27 mulheres que foram avaliadas e diagnosticadas com TEPT (F43.10)<sup>1</sup>, entre os anos de 2020 e 2021. Possuíam idade entre 18 a 60 anos (M=39,07; DP=13,73) e média de 10,3 anos de estudo (DP=3,64) e escolaridade entre 3 a 15 anos de estudo (M= 10,04; DP= 3,64). Quanto ao estado civil, 48% (n=13) das mulheres eram casadas, 33% (n=9) solteiras e 19% (n=5) separadas. Quanto à renda, 44% (n=12) das participantes não possuíam nenhuma renda, 44% (n=12) tinham uma renda de um a dois salários mínimos e 11% (n=3) renda de três ou mais salários mínimos.

### **Instrumentos**

**Questionário Sociodemográfico e Clínico:** Questionário semiestruturado produzido a partir de dados da literatura sobre pacientes com PTSD, visando levantar características pertinentes ao estudo como idade, educação, estado civil, entre outros.

**Entrevista clínica para avaliação do TEPT- CAPS-5** (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5, versão mensal)<sup>20</sup>: Questionário com 30 itens para diagnóstico de PTSD, englobando os 20 critérios de diagnóstico do DSM-5. O ponto de corte para o diagnóstico está entre 23 a 26 pontos dos 80 possíveis<sup>21</sup>.

**Diagnóstico Operacionalizado Psicodinâmico 2** (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, OPD-2): Entrevista semiestruturada que permite a formulação de um diagnóstico psicodinâmico multiaxial, planejamento e foco terapêuticos. Avalia-se no Eixo I- Vivência da Doença e Pré-requisitos para o Tratamento, Eixo II- Relações Interpessoais, Eixo III- Conflito, Eixo IV- Estrutura e Eixo V- Transtornos Mentais e Psicossomáticos. Para a codificação dos Eixos I, III e IV utilizam-se critérios que induzem a pontuação: “0- ausente, 1- leve/ insignificante, 2- moderado, 3- elevado/significativo, 4- muito grave/muito significativo e 9- não-avaliável”. Para

o Eixo II pontuam-se os padrões de relacionamento disfuncionais mais apontados pelos juízes avaliadores<sup>15</sup>.

**Defensive Style Questionnaire (DSQ-40):** versão em português desenvolvida para avaliar derivativos conscientes dos mecanismos de defesa. Composto por 40 itens relacionados às defesas descritas no DSM-III-R, que correspondem a 20 defesas individuais, divididas em três fatores ou estilos defensivos, maduro, neurótico e imaturo. Quatro defesas estão relacionadas ao fator maduro (sublimação, humor, antecipação e supressão); quatro ao fator neurótico (anulação, pseudoaltruísmo, idealização e formação reativa) e doze ao fator imaturo (projeção, agressão passiva, atuação, isolamento, desvalorização, fantasia autística, negação, deslocamento, dissociação, clivagem, racionalização e somatização). Cada item é pontuado em uma escala *Likert* que varia de 1 a 9, com “1- Discordo Fortemente”, “5- Nem Concordo Nem Discordo” da afirmativa e “9- Concordo Fortemente”. As somas dos escores de cada defesa podem chegar a 10 pontos. Quanto mais elevado o valor, maior é o uso da defesa. Os escores dos Fatores Imaturo, Neurótico e Maduro são calculados pela média dos escores das defesas que pertencem àquele fator<sup>22</sup>.

### Procedimentos de coleta e análise dos dados

As pacientes foram convidadas a participar da pesquisa após primeira consulta psiquiátrica que entaleceu diagnóstico de TEPT. Após procedimentos de aceite responderam aos instrumentos e a Entrevista Clínica do OPD-2. A avaliação da linha de base correspondeu ao Tempo 0 (T0). As pacientes mantiveram acompanhamento clínico ambulatorial em frequência semanal, com tratamento psicoterápico direcionado para linha psicanalítica e tratamento medicamentoso de acordo com os *guidelines* atuais<sup>23,24</sup>. Após três meses de tratamento, entre 90 e 105 dias, as participantes passaram por nova coleta de dados, correspondendo ao Tempo 1 (T1). Apenas uma pesquisadora, profissional com experiência em psicoterapia psicodinâmica de 15 anos e com treinamento específico no OPD-2, realizou as entrevistas que foram gravadas em áudio e transcritas. Observou-se uma perda amostral de cerca de 50% referente à linha de base (53 pacientes). O abandono terapêutico correspondeu a 28% (n=15), não aceite em participar da segunda etapa do estudo, 5,66% (n=3), troca de número de telefone, não conseguindo localizar o paciente em tempo hábil, 15,09% (n= 8). Totalizou-se 27 pacientes com T0 e T1 para o estudo.

### Procedimentos de análise de dados

As entrevistas clínicas foram codificadas em planilhas do OPD-2 por dois juízes independentes. O coeficiente Kappa<sup>25</sup> de cada eixo foi calculado de forma independente para cada entrevista. Neste estudo, a concordância entre os juízes foi substancial em cada eixo; 73% no Eixo I, 78% no Eixo III, 83% no Eixo IV e 100% no Eixo V. Para o Eixo II, foram selecionados e agrupados em temas de relacionamentos mais pontuados. As variáveis categóricas foram descritas pelas frequências absoluta e relativa e as variáveis contínuas foram descritas por média, mediana e desvio-padrão, conforme orientação dos instrumentos. Análises comparativas do T0 e do T1 foram realizadas pelo teste Wilcoxon Signed Rank. Esse teste foi selecionado devido ao tamanho amostral reduzido (n< 30), o que dificulta a ação do teorema central do limite e, portanto, o acato do pressuposto de

normalidade. As estatísticas de teste foram consideradas significativas se  $p < 0,05$ . Tamanhos de efeito ( $r$ ) de 0,2 a 0,5 foram considerados baixos, de 0,5 a 0,8 médios e acima de 0,8 altos. A análise estatística foi realizada utilizando-se o IBM SPSS Statistics versão 26.0 para Windows.

### Procedimentos éticos

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (68271917.7.0000.5347) e teve permissão pelo Centro Especializado onde os dados foram coletados. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em relação ao instrumento, houve a autorização para a utilização do Operationalized Psychodynamic Diagnosis no Brasil pelo presidente do OPD Group.

### Resultados

O objetivo deste estudo foi descrever as características do funcionamento psicodinâmico em pacientes com TEPT, sob uma perspectiva dimensional operacionalizada, e uso de mecanismos e estilos defensivos avaliando possíveis alterações após três meses de tratamento. Para contextualizar os resultados, as características clínicas das participantes são descritas na Tabela 1. Dessa forma, o Evento Traumático Índice desencadeante dos sintomas que motivaram a procura de atendimento foram à perda de familiar afetivamente importante, seguido pela violência sexual e violência emocional. A maioria havia passado por traumas anteriores, possuíam doença psiquiátrica prévia e cerca de  $\frac{1}{4}$  haviam efetuado tentativas de suicídio.

**Table 1.** Características clínicas das pacientes com TEPT

Variável	n (%)
<b>Evento traumático índice (ETI)</b>	
Violência física	2 (7.41)
Violência sexual	9 (33.33)
Violência emocional	5 (18.52)
Violência urbana	1 (3.70)
Perda de familiar	10 (37.04)
<b>História prévia de trauma</b>	
Sim	20 (74)
Não	7 (25.9)
<b>História prévia de doença psiquiátrica</b>	
Sim	19 (70.4)
Não	8 (29.6)
<b>Tentativa de Suicídio (TS)</b>	
Sim	10 (37)
Não	17 (63)
<b>Número de tentativas de suicídio</b>	
Nenhuma	17 (62.9)
Uma	7 (25,9)

Variável	n (%)
Duas	2 (7.4)
Três	1 (3.7)

*Nota:* Os resultados foram expressos em frequências absolutas (porcentagens).

a= Um salário é uma remuneração básica para o trabalhador. Um salário mínimo equivale a R\$ 1212,00.

As características do funcionamento psicodinâmico das pacientes mensuradas pelos instrumentos são apresentadas na Tabela 2. Em relação à CAPS-5<sup>20</sup> todas as participantes pontuaram para a presença de evento traumático, critério “A” do TEPT, onde também se apresentaram os sintomas dos critérios “B” a “E”. A pontuação total média de gravidade, nos tempos 0 e 1, fez com que os diagnósticos de TEPT se mantivessem. No entanto, os resultados indicaram um efeito significativo e moderado na redução da gravidade dos sintomas nos diferentes tempos.

Na avaliação multiaxial do OPD-2<sup>15</sup> pode-se identificar como as pacientes com TEPT organizam seus funcionamentos psicodinâmicos. No Eixo I, Tabela 2, é possível levantar na Avaliação Global de Funcionamento (GAF), que representa um contínuo da saúde mental à doença, que as pacientes tiveram nível de funcionamento mental, social e laboral com pontuação demonstrando sintomas ou enfraquecimento significativos, tanto no T0 quanto no T1. Da mesma forma, a Qualidade de Vida (EQ-5D), que descreve o estado de saúde do paciente não se alterou nos dois tempos analisados, uma vez que os pacientes continuaram a manifestar dificuldades na realização de suas atividades cotidianas, dor ou desconforto e ansiedade ou sintomas depressivos. Ainda, o Sofrimento Subjetivo manteve-se como Moderado representando gravidade dos sintomas, déficits no contato social e atitudes de resistência ao tratamento.

As Relações Interpessoais são identificadas, no Eixo II, pelos padrões de interação entre as pacientes e as pessoas próximas. Observou-se no T0 que as pacientes: a) experienciavam a si mesmas como isoladas, retirando-se das relações devido a dificuldades em estabelecer limites ou por medo de ataques externos; b); experienciaram os outros como negligentes, restringindo espaço e impondo-se de forma grosseira; c) os outros experienciaram as pacientes como isolados, fugindo de afetos ou permitindo muito espaço, protegendo-se insuficientemente; d) os outros experienciaram a si mesmo, na relação com as pacientes, como distanciados ou tentando harmonizar a relação, evitando agressividade. No T1 mantiveram-se as posições “a” e “d”. Houve modificação em relação à posição “b” e “c”, sendo: b) as pacientes experienciaram os outros como cuidando e preocupando-se em demasia, permitindo muito espaço para que atuem ou isolando-se; c) os outros experienciaram as pacientes como tentando evitar agressividade, resignando-se e isolando-se<sup>15</sup>.

No Eixo III, o Conflito identifica motivações ou desejos opostos, internos ou externos, conscientes ou inconscientes, que culminaram no aparecimento de padrões internalizados de relacionamento. O Conflito Principal manteve-se sendo a Necessidade de Cuidado x Autossuficiência onde há necessidade da busca de cuidado constante, gerando segurança e, como oposto a não necessidade de qualquer cuidado, isolamento. Tal característica é confirmada, no T0, pelo Modo com que o Conflito Principal se processa, Misto mas passivo,



onde ocorre a exigência, de forma inconsciente, pelo contato, cuidado e segurança. Já, no T1, o Modo com que o Conflito Principal se processa alterou-se para Misto mas ativo ocorrendo uma busca pela autossuficiência e insatisfação pelo cuidado recebido<sup>15</sup>.

O Conflito Secundário, Individualização x Dependência, manteve-se nos dois tempos. Esse Conflito centra-se na capacidade de estar consigo/estar com o outro, ter a capacidade de “ser sozinho”, acalmar-se, ou como oposto, possuir uma necessidade existencial do outro<sup>15</sup>.

O Eixo IV, Estrutura, traz o grau de integração ou limitações das capacidades da personalidade. O *Self* e suas relações objetais, são as funções mentais capazes de regular a si e a relação estabelecida com objetos internos e externos. Em ambos os tempos às funções e Estrutura Total se mantiveram com gravidade Moderada onde se apresentam disponíveis, mas de modo reduzido, com impulsividade, “superego imaturo”, normas e ideais exagerados, incapazes de regular a situação geradora de estresse. Aponta-se maior gravidade em relação à Autopercepção e Autorregulação no T0, ocorrendo dificuldade das pacientes em manter sua autoimagem diferenciada, com ameaça constante de perder o objeto ou fusão com o mesmo, sendo assim, aniquiladas<sup>15</sup>. Dados completos na Tabela 2.

E por fim, no Eixo V, estabeleceu-se o diagnóstico nosológico de TEPT em todas as pacientes. No entanto, 19 (70,37%) participantes apresentavam outro transtorno mental associado que se manteve durante os dois tempos da avaliação, sendo 17 (63%) Transtorno Depressivo Maior (TDM), 1 (3,7%) Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) e 1 (3,7%) Transtorno Bipolar (TB)<sup>1</sup>.

**Tabela 2.** Comparação de variáveis mensuradas do OPD-2 em pacientes com TEPT na linha de base (T0) e Tempo 1 (T1)

	Linha de base		Tempo 1		T	r
	M (DP)	Mdn	M (DP)	Mdn		
CAPS-5	38,57 (7,37)	40	29,44 (7,19)	28	10,50**	0,68
<b>Eixo I</b>						
AGF	54,63 (9,09)	55	56,85 (8,45)	55	175,00	0,14
EQ-5D	6,85 (1,29)	6	6,74 (0,59)	7	90,00	0,04
Sufrimento subjetivo	2,52 (0,64)	2	2,30 (0,54)	2	53,50	0,22
<b>Eixo III</b>						
Conflito Principal: Necessidade de cuidado x Autossuficiência	2,56 (0,58)	3	2,19 (0,48)	2	47,50*	0,41
Conflito Secundário: Individualização x Dependência	2,00 (0,62)	2	2,15 (0,77)	2	92,00	0,15
Modo de apresentação do conflito principal	2,70 (0,78)	3	2,33 (0,73)	2	31,50	0,33
<b>Eixo IV</b>						
Autopercepção	2,20 (0,29)	2	2,15 (0,27)	2	48,00	0,15
Percepção do objeto	2,22 (0,29)	2	2,15 (0,33)	2	22,00	0,21
Autorregulação	2,20 (0,25)	2	2,24 (0,26)	2	33,00	0,12
Regulação Objetal	2,24 (0,32)	2	2,13 (0,26)	2	27,50	0,26



	Linha de base		Tempo 1		T	r
	M (DP)	Mdn	M (DP)	Mdn		
Comunicação Interna	2,26 (0,26)	2,5	2,17 (0,28)	2	28,00	0,27
Comunicação Externa	2,17 (0,24)	2	2,19 (0,28)	2	81,00	0,05
Vinculação interna	2,26 (0,29)	2	2,17 (0,24)	2	48,00	0,22
Vinculação externa	2,17 (0,28)	2	2,19 (0,32)	2	35,50	0,05
Estrutura total	2,19 (0,25)	2	2,11 (0,25)	2	51,00	0,19

Nota: M(DP)= Os resultados são expressos em Média e Desvio padrão.

GAF= Avaliação Global do Funcionamento; Escala de 1 a 100 pontos. Quanto mais baixo o valor, maior a gravidade da doença.

EQ-5D= Qualidade de vida; Escala de 1 a 15 pontos. Valor de gravidade crescente.

A classificação dos demais níveis de sintomas possui escala de 0 a 4. Quanto maior a pontuação, maior a gravidade.

Teste Wilcoxon Signed Rank

r = 0,2-0,5 = efeito baixo; r = 0,5-0,8 = efeito moderado; r ≥ 0,8 = efeito alto.

\*p < 0,05, \*\*p < 0,01, \*\*\*p < 0,001

Já no DSQ-40, avaliaram-se os Mecanismos Defensivos e seus fatores como modelos continuados de reação do caráter. Ao ponderar a forma com que as pacientes com TEPT apresentavam-se defensivamente, pode-se observar o uso de diferentes mecanismos e seus fatores, em ambos os tempos do estudo. O fator Neurótico foi o mais utilizado onde alguns conteúdos, mesmo que indesejáveis, são percebidos pela consciência de forma disfarçada ou distorcida<sup>22</sup>. No T0, o MD Somatização que visa converter a dor emocional em dor física e preocupações somáticas e no T1, o MD Deslocamento que busca transferir o sentimento associado a uma ideia ou objeto a outro, foram os que mais pontuaram<sup>26</sup>. Comparando ambos os tempos, a única mudança significativa e baixa no uso dos MD foi em relação ao aumento do uso de Agressão Passiva na qual ocorre a descarga de sentimentos de hostilidade em relação aos outros. Os dados podem ser observados na Tabela 3.

**Tabela 3.** Comparação de variáveis mensuradas pelo DSQ-40 em pacientes com TEPT na linha de base (T0) e Tempo 1 (T1)

	Linha de base		Tempo 1		T
	M (DP)	Mdn	M (DP)	Mdn	
Fator Maduro	4,17 (0,85)	4	4,28 (0,77)	4,25	188,00
Sublimação	4,50 (1,35)	4,5	4,41 (1,19)	4,5	118,50
Humor	4,02 (1,24)	3,5	4,11 (1,27)	4	144,50
Antecipação	4,46 (0,91)	4,5	4,63 (0,55)	4,5	120,00
Supressão	3,70 (0,89)	4	3,80 (1,01)	3,5	129,00
Anulação	4,43 (0,79)	4,5	4,09 (0,65)	4	76,00
Fator Neurótico	4,37 (0,69)	4,37	4,29 (0,45)	4,37	138,00
Pseudoaltruísmo	4,39 (1,23)	4,5	4,43 (0,94)	4,5	133,50
Idealização	4,67 (0,96)	4,5	4,57 (0,55)	4,5	106,00
Formação reativa	4,00 (0,96)	4	4,06 (0,66)	4	151,00
Projeção	4,32 (1,10)	4	4,41 (0,79)	4,5	140,00

	Linha de base		Tempo 1		
	M (DP)	Mdn	M (DP)	Mdn	T
Fator Imaturo	4,24 (0,41)	4,25	4,21 (0,52)	4,29	183,50
Agressão passiva	3,85 (0,82)	3,5	4,24 (0,71)	4,5	167,00*
Atuação	4,33 (1,07)	4,5	4,39 (0,82)	4,5	117,00
Isolamento	4,07 (1,08)	4	4,19 (0,80)	4	161,50
Desvalorização	3,85 (0,99)	4	3,96 (0,80)	4	199,50
Fantasia autística	4,46 (1,01)	4,5	4,32 (0,99)	4,5	131,00
Negação	3,44 (0,84)	3,5	3,44 (1,08)	3,5	165,50
Deslocamento	4,72 (1,06)	4,5	5,04 (1,05)	5	202,50
Dissociação	3,56 (1,12)	3,5	3,82 (0,80)	4	162,00
Clivagem	4,41 (0,64)	4,5	4,32 (0,76)	4,5	79,00
Racionalização	4,69 (0,98)	5	4,44 (1,06)	5	60,50
Somatização	4,98 (1,01)	5	4,80 (0,79)	4,5	102,00

Nota: M(DP)= Os resultados são expressos em Média e Desvio padrão.

A pontuação varia de 0 a 10. Quanto maior a pontuação, maior o uso do Mecanismo Defensivo.

Teste Wilcoxon Signed Rank

r = 0,2-0,5 = efeito baixo; r = 0,5-0,8 = efeito moderado; r ≥ 0,8 = efeito alto.

\*p < 0,05, \*\*p < 0,01, \*\*\*p < 0,001

## Discussão

O estudo foi realizado com 27 participantes mulheres, diagnosticadas com TEPT, que procuraram um serviço público de atendimento especializado na avaliação e tratamento desse transtorno. Destacam-se como os principais achados: a) o ETI mais apontado foi a perda de familiar significativamente afetivo, apresentavam história pregressa de traumas e doença psiquiátricas associadas, bem como alto índice de TS; b) nos dois tempos da avaliação houve uma mudança significativa em relação à pontuação da CAPS, ocorrendo a redução na gravidade de sintomas; c) no OPD-2 não se identificou mudanças significativas nos Eixos I, em termos de GAF, EQ-5D e Sofrimento Subjetivo e Eixo IV, Estrutura Psíquica; d) no Eixo II, houve modificação em relação a como as pacientes experienciaram os outros e como os outros experienciaram as pacientes; e) no Eixo III, apesar de se manter o Conflito Necessidade de Cuidado x Autossuficiência, houve um efeito significativo baixo na redução de sua apresentação; f) no DSQ-40 ocorreu uso variado de MD de todos os fatores, Maduro, Neurótico e Imaturo, nos dois tempos de avaliação, destacando-se o MD de Somatização, no T0 e o MD de Deslocamento, no T1. Ocorreu um efeito significativo e baixo em relação ao aumento no uso do MD de Agressão Passiva na comparação dos dois tempos.

Os dados sociodemográficos de escolaridade e renda baixa confirmam os fatores de risco pré-traumáticos para pacientes que desenvolvem TEPT após evento traumático (1). Destaca-se que quase metade das participantes não possuíam renda frente à dificuldade em se manterem ativas pelos sintomas comportamentais e emocionais apresentados, acarretando perdas financeiras e de modo geral, impactando em suas qualidades de vida.

A maioria procurou atendimento devido aos sintomas desencadeados após perda de familiar afetivamente significativo ou por ter sofrido violência sexual. É sabido que a violência sexual está entre as causas mais conhecidas para o desenvolvimento do TEPT<sup>1</sup>, sendo as mulheres as maiores vítimas<sup>27</sup>, com maior probabilidade para desenvolvimento de TEPT crônico<sup>28</sup> e elevando o risco de TS durante a vida<sup>29</sup>. Tais fatores são motivo de estudos e busca de intervenção precoce pelas equipes de saúde. Porém, observa-se a necessidade de atenção em relação a apoio e suporte a sujeitos que perderam familiares uma vez que se tem identificado tal evento como desencadeador de doenças traumáticas levando ainda ao desenvolvimento de diferentes comorbidades, problemas relacionais e perdas na qualidade de vida<sup>7,17</sup>.

Identificou-se também a vivência de traumas durante o desenvolvimento das pacientes, confirmando o que é referido em outras pesquisas<sup>7,12,30</sup>. Sabe-se que quanto maior a intensidade/gravidade e precocidade do evento traumático mais influências terá no desenvolvimento dos sujeitos. A falta de um suporte de acolhimento e tradução pelos cuidadores primários, da grande quantidade de excitações produzidas no aparelho psíquico pode formar estruturas psíquicas com maior desintegração. Tais falhas nas relações precoces acarretam uma introjeção de representações de objeto instáveis dificultando a organização de um sentido de identidade, diferenciação do outro, regulação de sentimentos e capacidade de refletir/criar possibilidades<sup>30</sup>. Essas características destacam-se ao se observar o nível Moderado na organização de Estrutural Total da personalidade das pacientes (Tabela 2).

Nessa perspectiva, um novo trauma/ETI, perigo real e externo, acaba por desestabilizar a organização estabelecida rompendo o sentido de continuidade, reativando memórias da história de vida pessoal e distinta, despertando estados inconscientes profundos ligados a um conflito psicológico anterior. A experiência de reviver o trauma suspende a vida emocional atuando como um corpo estranho, dificultando a capacidade de descrever a experiência vivida e de manejar a experiência assustadora que escapa de toda a subjetivação<sup>31</sup>.

De tal maneira, o evento traumático passa a ser revivido através de *flashbacks*, com reações comportamentais e psicológicas relacionadas a fases mais iniciais de constituição<sup>32</sup>. São desenvolvidos e intensificados sintomas de Sofrimento Subjetivo, com dificuldades em conter e simbolizar emoções, acarretando em problemas relacionais e perdas na Capacidade Global de Funcionamento, emocional, cognitivo e de relações sociais como amizades, trabalho e grupos de convivência (Eixo I, II e IV)<sup>15</sup>. Ainda, pontua-se que as estratégias defensivas mobilizadas pelas pacientes na busca de reestabelecer um equilíbrio entre Id e Superego, procurando evitar o retorno de conteúdos reprimidos intoleráveis à consciência e readequando a realidade, demonstravam-se seguir os modelos já estabelecidos e repetidos durante a vida e não apenas como algo transitório diante do trauma<sup>33</sup>.

Em vista disso, apesar de um uso variado de MD (DSQ 40), eles não se evidenciavam efetivos no controle da angústia. Destaca-se o uso da Somatização, no T0, em que as preocupações eram direcionadas para questões do corpo, afastando a “pressão” relacionada a demandas intrapsíquicas<sup>26</sup>. Ainda marca-se, o desenvolvimento ou intensificação de sintomas relacionados com comorbidades, como TDM, TAG e TB (Eixo V). O sofrimento e a busca por alívio se dava muitas vezes, através do Isolamento e Clivagem do afeto, separação

entre a imagem traumática e o afeto produzido que reativava impulsos primitivos, e da Atuação, descarga da angústia no externo em vez de tolerar e refletir sobre o que os instigavam, como observado pelo alto índice de tentativas de suicídio.

No estudo de Baie et al.<sup>6</sup> foi apontada a relação entre a maior gravidade dos sintomas de TEPT e o menor nível de funcionamento da personalidade. Favaretto et al.<sup>7</sup> confirmaram diferenças em nível estrutural (Eixo IV) em pacientes com TEPT e TEPT Complexo demonstrando que quanto maior o grau de desintegração, menor a capacidade de percepção de si, regulação emocional e capacidade relacional. Nesse estudo, nos dois tempos avaliados, não ocorreram mudanças significativas em nível estrutural nas pacientes. Elas apresentavam representações psíquicas inseguras, dificuldades na independência do *Self* e da percepção do objeto e, assim, problemas na comunicação com o mundo (Eixo IV)<sup>15</sup>.

Em ambas as avaliações observou-se também, a interligação entre Estrutura (Eixo IV), a manifestação dos Conflitos (Eixo III) e conseqüentemente, a forma com que as Relações Interpessoais foram estabelecidas (Eixo II). Apesar de ter ocorrido uma leve diminuição na pontuação entre o T0 e T1, O Conflito Principal manteve-se sendo a “Necessidade de ser cuidado versus Autossuficiência”, como também encontrado em outra pesquisa que avaliou o funcionamento psicodinâmico de pacientes que haviam tentado suicídio nos últimos três anos<sup>34</sup>. Observou-se no T0 que seu Modo de processamento, Misto mas passivo, traz a cobrança constante de atenção e segurança, por medo de perder o outro, já que há sentimentos de solidão e sensação de vazio constante. No Conflito Secundário, “Indivuação versus Dependência”, o desenvolvimento psíquico exibiu-se de forma mais primitiva, em que a ameaça da perda de objeto faz emergir o medo de não existir<sup>15</sup>. Tais questões, conforme mencionado, referem-se a vivências traumáticas precoces como violência familiar, maus-tratos e/ou internalização de relações frágeis determinando estruturas representacionais instáveis<sup>35</sup>.

De tal maneira, as Relações Interpessoais (Eixo II) posteriores passam a repetir o modelo psíquico (des) organizado<sup>35</sup> com comportamentos voltados ao distanciamento e isolamento. Ao evitar contato e fugir dos afetos nas inter-relações, suas dificuldades em estabelecer limites mantêm-se sob controle, ou seja, o risco de se “perderem” e “fundirem-se” com o objeto é menos intenso e menos ansiogênico. No entanto, sentimentos de vazio e necessidade de cuidado são exigências latentes e constantes, o que intensifica a angústia. Após três meses de tratamento (T1), foi possível detectar um movimento no qual as pacientes perceberam os outros buscando aproximarem-se e estabelecerem alguns cuidados. Porém, frente a sentimentos ambivalentes de amor e ódio, fruto de necessidades existenciais, os outros as perceberam como se resignando em suas condições e sintomas e, isolando-se, evitando contato e a mobilização de sentimentos com os quais não são capazes de lidar, podendo causar maior desorganização psíquica.

Observa-se então, que a mesma dinâmica conflito-relacional prevalece: necessidade de cuidado/dificuldade em estabelecer limites/isolamento/insatisfação com cuidados (Eixos II e III), característica também encontrada por Zatti et al.<sup>34</sup>. Assim, os sintomas produzem um ganho secundário imediato, em que as responsabilidades relacionais são transmitidas para os outros, com cobranças de cuidado, sentimentos de hostilidade, ressentimento e busca por obterem benefícios, comprovando a atenção, cuidado e finalmente,

segurança. Movimento confirmado também no T1 no Modo com que o Conflito Principal se processa, Misto mas ativo, e pelo aumento significativo do uso da Agressão Passiva (DSQ 40).

Todas essas características do funcionamento psicodinâmico das pacientes com TEPT, aliado à baixa percepção de redução de sintomas refletem, na dificuldade em estabelecer uma proximidade, desenvolver confiança e instituir uma aliança terapêutica necessária para adesão ao tratamento. Por conseguinte, culminou-se em uma perda amostral de cerca de 50% da linha de base (T0) até a segunda avaliação (T1). Esse dado corrobora com outros achados da literatura em que o abandono terapêutico variou de 18% a 72% (18,36) entre a 3ª e 12ª sessões demonstrando-se um problema importante no tratamento de pacientes com TEPT já que, esses pacientes experimentam níveis mais altos de sintomas ao descontinuar o tratamento<sup>18</sup> e são mais propensos a ter piores resultados em tratamentos posteriores<sup>37</sup>.

Acrescenta-se a isso, a necessidade de identificação e manejo dos transtornos mentais associados ao TEPT, TDM, TAG e TB, que se mantiveram nos dois tempos de avaliação. É sabido que pacientes com TEPT possuem maior incidência no desenvolvimento de outros transtornos mentais e que a história prévia de outra doença mental potencializa risco para a ocorrência de um transtorno traumático ao se vivenciar uma situação de estresse, além de elevar o risco de TS<sup>2</sup>. Tais questões necessitam de atenção, uma vez que a percepção do indivíduo sobre si mesmo, sua capacidade de estar só e a sensação de valor tendem a estar desreguladas prejudicando o contato relacional<sup>15</sup>. Novamente identifica-se negligência, traumas precoces e suporte social insatisfatório como potenciais fatores de risco, ocasionando menores recursos para lidar com as situações estressoras<sup>30</sup>.

Diante desse conjunto de informações, médicos e psicoterapeutas devem estar atentos ao diagnosticarem pacientes com TEPT. A procura de atendimento e continuidade do tratamento impõe que o sujeito se responsabilize pelo seu sintoma, movimentando-se da posição de vítima traumatizada para buscar de subjetivação do trauma. Esse movimento exige o abandono da satisfação com a queixa e com a compulsão à repetição. De tal maneira, as condições internas de cada sujeito (estrutura de self e suas relações com objetos), recursos externos que possam sustentar esse movimento (apoio social, condições financeiras)<sup>15</sup> e a sensibilidade e habilidade do terapeuta em criar um ambiente acolhedor da demanda aparentemente sem-sentido, muitas vezes, combinado com terapia medicamentosa, podem potencializar recursos resilientes dos sujeitos<sup>41</sup>, auxiliando na adesão ao tratamento.

Ainda, a relação terapêutica deve ser capaz de instaurar um modelo de amor/troca totalmente inédito conseguindo ir além do alívio imediato de descarga da angústia e trazer um vislumbre de oportunidade para uma mudança psíquica<sup>38</sup> conquistada através do árduo trabalho que será produzido pela dupla. O terapeuta também deve estar atento à carga emocional intensa e significativa do trauma atual trazida por esses pacientes<sup>39</sup>, além de ansiedades primitivas que podem ser mobilizadas e que passam a agir dentro do binômio transferência-contratransferência. Enfatiza-se que foco de tratamento se centraria nos danos ao *Self* e as alterações em outros sistemas psicológicos, ainda que importantes, seriam secundárias<sup>15</sup>, uma vez que, a maior estabilidade do *Self* demonstrou-se fator protetivo, auxiliando na maior interação social e menor índice de tendências suicidas<sup>34</sup>.

Como limitações assinala-se a perda amostral elevada, reduzindo o número de pacientes avaliados nos dois momentos e a participação apenas de pacientes do sexo feminino. Diante dos achados, gravidade Moderada em relação à Estrutura de Personalidade, Conflito voltado a exigências de atenção e cuidado, o que dificulta a forma com que as Relações interpessoais são estabelecidas e o uso de MD com maior rigidez, sugere-se a ampliação da amostra e pesquisas longitudinais para descrever possíveis mudanças no funcionamento psicológico em tratamento e fatores de resiliência e crescimento emocional.

## Conclusão

Diante de um transtorno tão complexo torna-se importante a identificação precoce de eventos traumáticos e seus sintomas buscando a não consolidação do transtorno e o surgimento ou intensificação de outras doenças associadas<sup>12</sup>. Ainda, que os serviços de saúde possam oportunizar, além do auxílio medicamentoso, não apenas psicoterapias breves ou tratamentos com número limitado de sessões, mas atendimentos psicoterápicos com maior tempo de duração, como a psicoterapia de orientação analítica e psicanálise. Tais psicoterapias voltam-se para mudanças estruturais de personalidade, fundamentais para a maior estabilidade de *Self* e regulação emocional, melhorando a capacidade relacional, funcional e desse modo, a qualidade de vida de pacientes com TEPT. Salienta-se que esse transtorno além de impactar diretamente na vida dos sujeitos, acaba por afetar toda sociedade uma vez que traz perdas de produtividade nas atividades laborais, abstenção no trabalho e afastamento previdenciário. Também, deve-se estender informações e orientações a familiares, amigos próximos e comunidade sobre o TEPT, possibilitando apoio à pessoa traumatizada já que o suporte social destaca-se como fator importante para a recuperação do transtorno<sup>5,34</sup>.

## Apoio Financeiro

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

## Conflito de Interesses

Os autores declaram que não há conflito de interesses.

## Referências

01. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Médicas A, editor. Porto Alegre; 2014.
02. Kessler RC. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 1995 Dec 1;52(12):1048. Available from: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>
03. Pietrzak RH, Tracy M, Galea S, Kilpatrick DG, Ruggiero KJ, Hamblen JL, et al. Resilience in the face of disaster: prevalence and longitudinal course of mental disorders following Hurricane Ike. Fontenelle L, editor. PLoS One [Internet]. 2012 Jun 26;7(6):e38964. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0038964>



04. Wilson MA, Reagan LP. Special Issue: New perspectives in PTSD. *Exp Neurol* [Internet]. 2016 Oct;284:115–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0014488616302813>
05. Steinert C, Hofmann M, Leichsenring F, Kruse J. The course of PTSD in naturalistic long-term studies: High variability of outcomes. A systematic review. *Nord J Psychiatry* [Internet]. 2015 Oct 3;69(7):483–96. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/08039488.2015.1005023>
06. Baie L, Hucklenbroich K, Hampel N, Ehrental JC, Heuft G, Burgmer M. Steht das strukturelle integrationsniveau nach OPD-2 in Zusammenhang mit der symptomschwere einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)? – Eine kohortenstudie bei patienten einer trauma-ambulanz. *Z Psychosom Med Psychother*. 2020;66(1):5–19.
07. Favaretto TC, Both LM, da Cruz Benetti SP, Freitas LHM. Understanding the psychodynamic functioning of patients with PTSD and CPTSD: qualitative analysis from the OPD 2 interview. *Psicol Reflexão e Crítica* [Internet]. 2022 Dec 18;35(1):9. Available from: <https://prc.springeropen.com/articles/10.1186/s41155-022-00211-5>
08. Horn SR, Feder A. Understanding Resilience and Preventing and Treating PTSD. *Harv Rev Psychiatry* [Internet]. 2018 May;26(3):158–74. Available from: <https://journals.lww.com/00023727-201805000-00006>
09. Santana MRM. Transtorno de estresse agudo : um estudo sobre as características de personalidade e estilos defensivos em pacientes vítimas de trauma físico [Internet]. [Porto Alegre]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.; 2015. Available from: <http://hdl.handle.net/10183/116790>
10. Cyrulnik B. Falar de amor à beira do abismo. Martins Fo. São Paulo; 2006. 182 p.
11. Malgarim BG. Resiliência, entre o trauma e o tratamento: um estudo qualitativo [Internet]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2017. Available from: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/179042?locale-attribute=en>
12. Calegari VC, Mosele PHC, Negretto BL, Zatti C, Da Cunha ABM, Freitas LHM. The role of personality in posttraumatic stress disorder, trait resilience, and quality of life in people exposed to the Kiss nightclub fire. *PLoS One*. 2019;14(7):1–17.
13. Barlow DH, Allen LB, Choate ML. Toward a unified treatment for emotional disorders – republished article. *Behav Ther* [Internet]. 2016 Nov;47(6):838–53. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0005789416300934>
14. Serralta FB, Nunes MLT, Eizirik CL. Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na pesquisa em psicoterapia. *Estud Psicol* [Internet]. 2011 Dec;28(4):501–10. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2011000400010&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2011000400010&lng=pt&tlng=pt)
15. OPD Task Force. Diagnóstico psicodinâmico operacionalizado: Manual de diagnóstico e plano de tratamento (OPD-2). Hogrefe, editor. São Paulo; 2016.
16. Laplanche J, Pontalis J-BL. Vocabulário de Psicanálise. 4th ed. Martins Fontes, editor. 1991.
17. Anzures MIER, Espinoza IGL, Gutiérrez AAA, Baltazar CAJ. Estudio comparativo del Trastorno de Estrés Postraumático en familiares de fallecidos por muerte esperada vs muerte inesperada. *Rev Mex Med Forense Y Ciencias la Salud* [Internet]. 2017; Available from: <https://revmedforense.uv.mx/index.php/RevINMEFO/article/view/2526/4412>
18. Kehle-Forbes SM, Meis LA, Spont MR, Polusny MA. Treatment initiation and dropout from prolonged exposure and cognitive processing therapy in a VA outpatient clinic. *Psychol Trauma Theory, Res Pract Policy* [Internet]. 2016 Jan;8(1):107–14. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/tra0000065>
19. Crempien C, Grez M, Valdés C, López MJ, De La Parra G, Krause M. Role of personality functioning in the quality of life of patients with depression. *J Nerv Ment Dis*. 2017;205(9):705–13.



20. Oliveira-Watanabe TT, Ramos-Lima LF, Santos RC, Mello MF, Mello AF. The Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS-5): Adaptation to Brazilian Portuguese. *Brazilian J Psychiatry* [Internet]. 2019 Feb;41(1):92–3. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462019000100092&tIng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462019000100092&tIng=en)
21. Page C-, Weathers FW, Blake DD, Schnurr PP, Kaloupek DG, Marx BP, et al. CAPS-5 Page 1. 2013;1–19.
22. ANDREWS G, SINGH M, BOND M. The Defense Style Questionnaire. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 1993 Apr;181(4):246–56. Available from: <http://journals.lww.com/00005053-199304000-00006>
23. Bajor LA, Ticlea AN, Osser DN. The Psychopharmacology Algorithm Project at the Harvard South Shore Program: An Update on Posttraumatic Stress Disorder. *Harv Rev Psychiatry* [Internet]. 2011 Sep;19(5):240–58. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00023727-201109200-00003>
24. US Department of Veterans Affairs V. Clinical Practice Guideline for the Management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder [Internet]. 2017. Available from: [healthquality.va.gov/guidelines/mh/ptsd](http://healthquality.va.gov/guidelines/mh/ptsd)
25. Perroca MG, Gaidzinski RR. Avaliando a confiabilidade interavaliadores de um instrumento para classificação de pacientes: coeficiente Kappa. *Rev da Esc Enferm da USP* [Internet]. 2003 Mar;37(1):72–80. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342003000100009&lng=pt&tIng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342003000100009&lng=pt&tIng=pt)
26. Clarkin JF, Fonagy P, Gabbard GO. *Psicoterapia psicodinâmica para transtornos da personalidade um manual clínico*. 1st ed. Artes Médicas, editor. 2013. 496 p.
27. Wingo AP, Ressler KJ, Bradley B. Resilience characteristics mitigate tendency for harmful alcohol and illicit drug use in adults with a history of childhood abuse: A cross-sectional study of 2024 inner-city men and women. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2014 Apr;51:93–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022395614000168>
28. Breslau N, Kessler RC. The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: an empirical investigation. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2001 Nov;50(9):699–704. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0006322301011672>
29. Zatti C, Rosa V, Barros A, Valdivia L, Calegari VC, Freitas LH, et al. Childhood trauma and suicide attempt: A meta-analysis of longitudinal studies from the last decade. *Psychiatry Res* [Internet]. 2017 Oct;256:353–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165178117300069>
30. Vranceanu A-M, Hobfoll SE, Johnson RJ. Child multi-type maltreatment and associated depression and PTSD symptoms: the role of social support and stress. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2007 Jan;31(1):71–84. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014521340600336X>
31. Meshulam-Werebe D, Andrade MG de O, Delouya D. Transtorno de estresse pós-traumático: o enfoque psicanalítico. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2003 Jun;25(suppl 1):37–40. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462003000500009&lng=pt&tIng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462003000500009&lng=pt&tIng=pt)
32. American Psychiatric Association. *DSM-IV Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais*. Artes Médicas, editor. Porto Alegre; 2002.
33. Freud S. Uma neurose infantil e outros trabalhos (1917-1919). In: Imago, editor. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro; 1996.
34. Zatti C, Both LM, Bastos AG, Oliveira SES de, Favaretto TC, Guimarães LSP, et al. Características psicodinâmicas de pacientes com tentativa de suicídio. *Rev Bras Psicoter* [Internet]. 2022;24(2). Available from: [https://rbp.celg.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=424](https://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=424)

35. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self. Press O, editor. Nova Iorque; 2005.
36. Mott JM, Mondragon S, Hundt NE, Beason-Smith M, Grady RH, Teng EJ. Characteristics of U.S. veterans who begin and complete prolonged exposure and cognitive processing therapy for PTSD. *J Trauma Stress* [Internet]. 2014 Jun;27(3):265–73. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jts.21927>
37. Zayfert C, DeViva JC, Becker CB, Pike JL, Gillock KL, Hayes SA. Exposure utilization and completion of cognitive behavioral therapy for PTSD in a “real world” clinical practice. *J Trauma Stress* [Internet]. 2005 Dec;18(6):637–45. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jts.20072>
38. Zygouris R. O vínculo inédito. Editora Es. São Paulo, SP; 2003. 80 p.
39. Crempien C. Adaptación específica del Eje I OPD para la evaluación de mujeres que sufren violencia en la pareja. Módulo de Evaluación de Violencia Doméstica. No Press. 2009.

Contribuições: Taís Cristina Favaretto – Análise estatística, Coleta de Dados, Conceitualização, Gerenciamento de Recursos, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Metodologia, Redação – Preparação do original, Redação – Revisão e Edição, Validação, Visualização;

Luciane Maria Both – Aquisição de financiamento, Metodologia, Redação – Preparação do original, Redação – Revisão e Edição, Validação, Visualização;

Cleonice Zatti – Redação – Preparação do original, Redação – Revisão e Edição, Validação, Visualização;

Lúcia Helena Freitas – Aquisição de financiamento, Conceitualização, Gerenciamento de Recursos, Gerenciamento do Projeto, Redação – Preparação do original, Redação – Revisão e Edição, Supervisão, Validação, Visualização.

### **Autor correspondente**

*Taís Cristina Favaretto*

E-mail: [tais cristina f@ yahoo.com.br](mailto:tais cristina f@ yahoo.com.br) / E-mail alternativo, de preferência institucional: [tais favaretto@ gmail.com](mailto:tais favaretto@ gmail.com)

Submetido em: 04/11/2022

Aceito em: 25/04/2023