

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

**CAROLINE ELIZABETH KONRADT**

**Trauma na infância, resiliência e psicoterapias breves para  
depressão**

Pelotas  
2016

**CAROLINE ELIZABETH KONRADT**

**Trauma na infância, resiliência e psicoterapias breves para  
depressão**

Projeto de pesquisa elaborado para o Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento, à nível de doutorado, da Universidade Católica de Pelotas sob a orientação da Profa. Dra. Karen Jansen.

Pelotas

2016

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da UCPel e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES pela oportunidade de ingressar no Doutorado.

A Orientadora Karen Jansen que acompanha a minha trajetória desde o início e foi uma das motivadoras para que eu pudesse seguir neste caminho o qual me orgulho.

Aos Professores Ricardo Azevedo da Silva e Luciano Dias Mattos de Souza por todo conhecimento, companheirismo e confiança que tiver em mim desde a graduação.

Aos meus colegas de pesquisa, mestrado e doutorado em especial a Renata Peters Carret por ter passado por todos os momentos comigo, não deixando que desista dos meus objetivos.

Aos alunos e bolsistas do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da UCPel que participaram do estudo.

Ao meu pai que hoje não está mais entre nós, mas que tenho certeza que está acompanhando esta conquista e enquanto esteve por perto, me incentivou a estudar e ir atrás dos meus sonhos.

A minha mãe que sempre me ajudou e aturou meus momentos de stress e mau humor enquanto me dedicava a tese.

A minha irmã Anelise Konradt pelo apoio e preocupação dentro desta jornada.

Ao meu companheiro Ciro Krause por todo apoio e incentivo desde a graduação.

**Trauma na infância, resiliência e psicoterapias breves para depressão**

Conceito final: \_\_\_\_\_

Aprovado em: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva

---

Profa. Dra. Mariane Lopez Molina

---

Profa. Dra. Taiane de Azevedo Cardoso

---

Orientador– Profa. Dra. Karen Jansen

## RESUMO

O trauma na infância é um tema que vem sendo estudado ao longo dos anos devido as consequências que ele pode trazer no futuro, como sintomas de depressão e ansiedade. Desta forma, a resiliência surge como um conceito de prevenção nesses casos, já que pacientes mais resilientes tendem a enfrentar esses problemas de uma forma mais positiva. Assim, o objetivo deste estudo é avaliar o efeito do trauma na infância nos sintomas depressivos e ansiosos em seis meses de acompanhamento após psicoterapias cognitivas breves para transtorno depressivo maior (TDM), bem como, verificar o efeito da resiliência na resposta terapêutica após psicoterapia cognitiva breve para depressão. Neste estudo de intervenção e acompanhamento terapêutico, verificou-se que a severidade do trauma na infância tem um impacto negativo na resposta ao tratamento para TDM aos seis meses de follow-up. Além disso, indivíduos mais resilientes apresentam maior resposta terapêutica no que se refere à redução de sintomas depressivos e ansiosos, tanto no término da intervenção quanto no acompanhamento de seis meses. Os resultados desse estudo mostram que o trauma parece ter um efeito negativo, enquanto a resiliência tem um efeito positivo sob a resposta terapêutica em intervenções breves para depressão.

**Palavras-chave:** Trauma na infância, resiliência, depressão, ansiedade e intervenções breves.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### ARTIGO 1

Figura 1: The effect of early childhood trauma (CTQ score) in the severity of depressive (HDRS score) and anxious (HARS score) symptoms at six-month follow-up. **44**

### ARTIGO 2

Figura 1: Correlation between resilience at baseline and depressive symptoms post intervention and at six month follow-up **56**

Figura 2: Correlation between resilience at baseline and anxiety symptoms post intervention and at six-month follow-up **57**

**LISTA DE TABELAS****ARTIGO 1**

Tabela1: Sample sociodemographic and clinical characteristics. **43**

**ARTIGO 2**

Tabela1: Sample sociodemographic and clinical characteristics. **55**

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APA	Associação de Psiquiatria Americana
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CTQ	Questionário de Trauma na Infância
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
HAM-D	Escala de Depressão de Hamilton
OMS	Organização Mundial de Saúde
SCID	<i>Structured Clinical Interview for DSM</i>
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
TCN	Terapia Cognitiva Narrativa
TDM	Transtorno Depressivo Maior
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>Parte I – Apresentação da tese</b>	<b>11</b>
<b>Parte II – Projeto de pesquisa</b>	<b>13</b>
<b>1. IDENTIFICAÇÃO</b>	<b>14</b>
<b>2. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>3. OBJETIVOS E HIPÓTESES</b> .....	<b>17</b>
<b>4. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>19</b>
4.1 Estratégias de busca .....	19
4.2 Descrição dos achados. ....	19
<b>5. MÉTODO</b> .....	<b>21</b>
5.1. Delineamento .....	21
5.2. Participantes .....	21
5.3. Medidas e instrumentos.....	21
5.4. Randomização .....	23
5.5. Modelos de Intervenção .....	23
5.6. Seleção e Treinamento de Pessoal .....	25
5.7. Estudo Piloto .....	25
5.8. Processamento e Análise de Dados .....	25
5.9. Aspectos Éticos .....	26
5.10. Cronograma .....	26
5.11. Orçamento .....	27
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>28</b>
<b>Parte III – Artigos</b>	<b>32</b>
<b>Artigo 1:</b> Persistence of symptoms after cognitive therapies is associated with childhood trauma: a six months follow-up study.....	<b>33</b>

<b>Artigo 2: Impact of resilience in cognitive therapies for depression.....</b>	<b>45</b>
<b>Parte IV – Considerações finais.....</b>	<b>58</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>61</b>
Anexo A – Quadro de Revisão.....	62
Anexo B – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	63
Anexo C – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	64
Anexo D – <i>Hamilton Depression Scale</i> .....	67
Anexo E – <i>Hamilton Anxiety Rating Scale</i> .....	71
Anexo F – <i>Resilience Scale</i> .....	72
Anexo G – <i>Childhood Trauma Questionnaire</i> .....	75
Anexo H – <i>Structured Clinical Interview for DSM</i> .....	77

## **PARTE I – APRESENTAÇÃO**

## APRESENTAÇÃO

A presente tese tem por objetivo avaliar o efeito do trauma na infância e da resiliência nos sintomas depressivos e ansiosos após psicoterapias cognitivas breves para a depressão, bem como, um acompanhamento de seis meses. Mostrando desta forma, os resultados terapêuticos de terapias cognitivas breves, considerando o trauma como um preditor de pobre desfecho terapêutico e a resiliência como fator de promoção de saúde no que se refere a sintomatologia depressiva.

Este trabalho foi elaborado como requisito parcial para a obtenção do grau de doutor em Saúde e Comportamento pela Universidade Católica de Pelotas. Este é dividido em três partes, a primeira referente ao projeto de pesquisa, a segunda aos artigos elaborados durante o curso de doutorado e por último, a terceira parte referente às considerações finais.

O projeto de estudo, inclui uma revisão de literatura científica sobre estudos que avaliam o trauma na infância e a resiliência. Além disso, o projeto tem por finalidade apresentar a metodologia utilizada na elaboração de todas as fases dos dois estudos. Na segunda parte, encontram-se dois artigos. O primeiro artigo tem como objetivo principal, avaliar o efeito do trauma na infância nos sintomas depressivos e ansiosos em um acompanhamento de seis meses de acompanhamento após psicoterapias cognitivas breves para TDM. Já o segundo artigo verificou o efeito da resiliência na resposta terapêutica após psicoterapia cognitiva breve para depressão. Após a apresentação dos dois artigos que compõem a tese de doutorado, foram incluídas algumas considerações finais, que estão presentes na parte IV, com a finalidade de retornar as hipóteses do projeto e artigos, levando em consideração os principais achados deste trabalho.

**PARTE II – PROJETO DE PESQUISA**

## **1. IDENTIFICAÇÃO**

**Título:** Trauma na infância, resiliência e psicoterapias breves para depressão

**Doutoranda:** Caroline Elizabeth Konradt

**Orientadora:** Karen Jansen

**Instituição:** Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

**Curso:** Doutorado em Saúde e Comportamento

**Linha de Pesquisa:** Psicologia da saúde

**Data da Qualificação:** 14 de junho de 2016

**Membros da banca de avaliação:** Ricardo Azevedo da Silva e Luciano Dias de Mattos Souza

## 2. INTRODUÇÃO

A prevalência do transtorno depressivo maior (TDM) varia de em torno de 10 a 20%<sup>1,2</sup>, sendo maior entre as mulheres do que os homens<sup>2</sup>. Segundo estimativa da Organização Mundial de saúde (OMS) até 2020 a depressão ocupará o segundo lugar no ranque de doenças que mais causam incapacidade nos indivíduos<sup>3</sup>.

A prevalência de TDM é ainda maior quando se trata de jovens adultos que sofreram trauma na infância. Estudo relata que sujeitos que foram vítimas de trauma durante a infância apresentam um risco 50% maior de desenvolver depressão, em comparação com aqueles que não foram expostos a situações traumáticas<sup>4</sup>. Pacientes com depressão e trauma na infância apresentam maior probabilidade de apresentar transtornos mentais comórbidos em comparação a pacientes com depressão que não sofreram vivências traumáticas<sup>5,6</sup>.

O tratamento do TDM inclui intervenções psicoterapêuticas e farmacológicas. O impacto dos sintomas depressivo<sup>5</sup> sobre o funcionamento dos indivíduos pode ser amenizado por diversos modelos de intervenções psicoterapêuticas. Esses modelos são recomendados nos casos de depressão leve ou moderada, já em casos mais graves, é indicado o uso de intervenções farmacológicas ou tratamentos combinados<sup>7</sup>.

Dentre os modelos de intervenções psicoterapêuticas, os modelos breves de psicoterapia cognitiva têm se mostrado eficazes na redução de sintomas depressivos<sup>8</sup> e apresentam eficácia similar quando comparados com terapias cognitivas mais longas<sup>9</sup>. Além disso, esses modelos de intervenção breve apresentam um menor custo quando comparados a intervenções psicoterapêuticas de longa duração e não apresentam efeitos colaterais como as intervenções farmacológicas. Porém pacientes com histórico de trauma na infância que passam por esse processo de tratamento, tendem a apresentar uma pior resposta terapêutica<sup>10</sup>.

Poucos estudos descrevem medidas positivas para os desfechos clínicos, nesse contexto, a resiliência surge como um conceito importante pela promoção da saúde<sup>11</sup> já que esta é vista como um fator de proteção, que pode ser melhorada através de intervenções psicológicas. Pacientes mais resilientes tem uma melhor adesão ao

tratamento, da mesma forma, estes tendem a ter uma maior procura por cuidados de saúde mental<sup>12</sup>. Sendo assim, este projeto tem como finalidade verificar o efeito do trauma na infância e da resiliência na remissão dos sintomas depressivos após psicoterapias cognitivas breves, bem como na manutenção da resposta terapêutica.

### 3. OBJETIVOS E HIPÓTESES

#### **ARTIGO 1 – Persistence of symptoms after cognitive therapies is associated with childhood trauma: a six months follow-up study**

##### **Objetivo Geral**

Avaliar o efeito do trauma na infância nos sintomas depressivos e ansiosos em seis meses de acompanhamento após psicoterapias cognitivas breves para TDM.

##### **Específicos**

- Verificar se a frequência de vivencia traumáticas na infância tem um impacto negativo na resposta ao tratamento para depressão e na manutenção da resposta terapêutica;
- Descrever fatores associados ao abuso ou negligência na infância.

##### **Hipóteses**

- O trauma precoce afeta de forma negativa a resposta no tratamento para sintomas de depressão e aos seis meses de follow-up;
- Fatores como: menor classificação econômica, baixa escolaridade e histórico de doença psiquiátrica na família estão associados ao abuso ou negligência na infância.

#### **ARTIGO 2 – Impact of Resilience in Cognitive Therapies for Depression**

##### **Objetivo Geral**

Verificar o efeito da resiliência na resposta terapêutica após psicoterapia cognitiva breve para depressão.

##### **Específicos**

- Verificar a correlação entre a resiliência e a severidade dos sintomas depressivos;
- Descrever a correlação entre a resiliência no *baseline* e a remissão de sintomas depressivos;
- Verificar o efeito da resiliência na manutenção da resposta terapêutica.

### **Hipóteses**

- Quanto menor a resiliência, maior a frequência de vivências traumática e sintomas depressivos no *baseline*;
- Quanto maior a resiliência no *baseline*, maior a remissão dos sintomas depressivos após a intervenção;
- Os jovens mais resilientes no início do tratamento apresentaram melhor manutenção da remissão dos sintomas.

## 4. REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1. Estratégias de busca

Busca realizada no PubMed no período de março de 2013 a junho de 2016\*

- *Trauma in childhood AND depression* = 10 resumos
- *Treatment of depression in adolescents* = 3 resumos
- *Brief psychotherapy for depression* = 5 resumos
- *Resilience AND depression* = 5 resumos
- *Psychological intervention AND resilience* = 2 resumos
- *Clinical trial AND resilience AND depression* = 3 resumos

\* Publicados nos últimos dez anos; pesquisa com humanos; idioma inglês, espanhol e português

### 4.2. Descrição dos achados

#### Trauma na infância e resposta terapêutica

O trauma pode ser definido como um prejuízo ao indivíduo provocado por estresse mental, emocional ou dano físico<sup>13,14</sup>. Ultimamente, tem se dado grande importância a essas vivências, já que estão cada vez mais presentes em nosso cotidiano,<sup>15</sup> independente de raça, sexo ou classe social<sup>16</sup>.

A real prevalência de violência contra crianças e adolescentes é desconhecida, pois muitos só revelam essa vivência quando adultos. Em um estudo de coorte com indivíduos que apresentavam transtorno depressivo ou ansioso, a negligência emocional e o abuso psicológico foram as vivências de trauma precoce mais relatadas, com uma prevalência de 38,3% e 25,1%, respectivamente. Por conseguinte, o mesmo estudo encontrou prevalência de 18,5% de abuso sexual e 14,4% de abuso físico<sup>17</sup>.

Segundo achados da literatura, a prevalência geral de maus-tratos na infância e adolescência é de 18 % estima-se que esta seja ainda maior em função da dificuldade de

avaliação desses dados<sup>18,19</sup>. Nesse estudo, o relato de vivências traumáticas se dá através do Questionário de trauma na infância, um instrumento auto aplicável, o que pode contribuir para a avaliação. De acordo com este instrumento, o trauma precoce se divide em cinco componentes: o abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional<sup>20</sup>.

Indivíduos com história de trauma na infância demoram três vezes mais para responder a tratamentos, apresentam sintomatologia mais grave, recorrente, com maior vulnerabilidade a sintomas psicóticos, maior uso de sistemas de saúde e maior risco de intervenções psiquiátricas<sup>21</sup>. Desta forma, considera-se importante avaliar o impacto do trauma passado sobre a presença de sintomas depressivos e quem sabe desenvolver estratégias de intervenção que tenham este enfoque<sup>22</sup>. No intuito de manter a remissão de sintomas depressivos e diminuir o risco de episódios recorrentes.

### **Resiliência e resposta terapêutica**

A resiliência é um conceito psicológico que poder ser definida como a capacidade de o individuo se adaptar a circunstâncias ambientais<sup>23</sup>. A Associação Americana de Psicologia (APA) define a resiliência como o processo de adaptar-se bem diante de situações de trauma, adversidades ameaçadoras ou de estresse significativos<sup>21</sup>. A resiliência relacionada à depressão pode ocorrer como a capacidade de prevenir episódios depressivos diante as adversidades e traumas<sup>24</sup>, bem como, na recuperação ou readaptação na vigência de um episódio depressivo ou sintomas depressivos<sup>25</sup>. Alguns estudos têm relacionado menores escores de resiliência com a severidade dos sintomas depressivos<sup>26</sup>. Desta forma, a resiliência pode ser vista como um fator de proteção para o diagnóstico de depressão e para o prognóstico da doença<sup>12</sup>.

Segundo achados da literatura, menos de 50% dos pacientes com depressão maior completam seis meses de acompanhamento após o término do tratamento<sup>27</sup>. Autores sugerem que pacientes mais resilientes tendem a abandonar menos os tratamentos, assim como, buscar mais cuidados de saúde<sup>12</sup>. Sugerindo assim, a hipótese deste estudo, de que pacientes mais resilientes apresentam maior resposta e manutenção terapêutica.

## 5. MÉTODO

### 5.1. Delineamento

Estudo de intervenção e acompanhamento terapêutico, aninhado a um ensaio clínico randomizado que teve por objetivo avaliar a eficácia de dois modelos breves de terapia cognitiva: Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e Terapia Cognitiva Narrativa (TCN).

### 5.2. Participantes

Os participantes do estudo foram jovens de 18 a 29 anos de idade diagnosticados com transtorno depressivo maior.

A amostra do estudo foi obtida por conveniência através da divulgação do estudo em Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), escolas e meios de comunicação da cidade (jornais, sites, rádio e televisão). Desta forma, jovens que apresentaram sintomas depressivos eram orientados a procurar a equipe do estudo e aqueles elegíveis eram randomizados em dos modelos de intervenção.

#### 5.2.1. Critérios de inclusão

- Apresentar diagnóstico clínico de depressão (SCID-CV);
- Ter entre 18 e 29 anos de idade.

#### 5.2.2. Critério de exclusão

- Estar em tratamento psicológico ou psiquiátrico;
- Apresentar risco de suicídio ou utilizar alguma substância psicoativa (exceto tabaco e álcool).

### 5.3. Medidas e instrumentos

Inicialmente foi realizada uma entrevista clínica para o diagnóstico de depressão, estruturada de acordo com os critérios do DSM-IV. Para aqueles considerados elegíveis, também no *baseline*, foi avaliada a história de vivências de trauma na infância através do

*Childhood Trauma Questionnaire*, os sintomas depressivos através da *Hamilton Depression Rating Scale* e a resiliência através da *Resilience Scale*. Estes dois últimos instrumentos ainda foram utilizados na avaliação final e acompanhamento de seis meses.

### **5.3.1. Diagnóstico de depressão - Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV**

Foi realizado através de uma entrevista diagnóstica semi-estruturada (SCID-CV) criada a partir do DSM-IV, foi utilizada para avaliação do diagnóstico de transtorno depressivo e avaliação das comorbidades. A tradução e adaptação desta entrevista para o idioma português apresentam, em geral, boa confiabilidade, com coeficiente de Kappa excelente (0,87) para os transtornos de humor<sup>28</sup>.

### **5.3.2. Sintomas depressivos - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)**

A Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D) é um instrumento composto de 21 questões, classificadas quantitativamente de acordo com a intensidade dos sintomas, cuja soma pontos da escala cria uma variável discreta, onde os escores mais elevados implicam maior gravidade dos sintomas<sup>29</sup>. Os coeficientes de consistência interna variaram de 0,83 a 0,94. A confiabilidade entre os avaliadores da escala tem sido consistente em vários estudos<sup>30</sup>.

### **5.3.3. Resiliência – Resilience Scale (RS)**

A escala de resiliência desenvolvida por Wagnild & Young é um dos poucos instrumentos usados para medir níveis de adaptação psicossocial positiva em face de eventos de vida importantes. Possui 25 itens com respostas variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os escores oscilam de 25 a 175 pontos, com valores altos indicando elevada resiliência. Estudos iniciais obtiveram bons indicativos de confiabilidade e validade desse instrumento<sup>31</sup>. Para o Brasil, este instrumento foi validado no ano de 2005<sup>32</sup>. O valor do coeficiente de correlação da escala de resiliência foi de 0,746, com intervalo de confiança entre 0,624% e 0,829%.

### **5.3.4 Trauma na Infância – Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)**

O Questionário de Trauma na Infância é um inventário auto-aplicável que avalia abuso ou negligência na infância. Há boa correlação entre escores do CTQ e entrevistas utilizadas por clínicos. Este instrumento é composto por 28 itens que investigam cinco componentes traumáticos: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional<sup>20</sup>.

A chave de respostas do teste apresenta-se em uma escala *Likert* de cinco pontos em que “1” significa que nunca ocorreu; “2” significa que ocorreu poucas vezes; “3” significa que ocorreu às vezes; “4” significa que ocorreu muitas vezes; e “5” significa que ocorreu sempre. Esta escala é muito utilizada em pesquisas, na área forense e na área clínica. As correlações de Pearson calculadas entre primeira e a segunda avaliação foram todas significativas ( $p < .001$ ) com valores de .72 para o abuso sexual, .80 para o abuso emocional, .83 para a negligência emocional, .90 para a negligência física e .93 para a escala total.

#### **5.4. Randomização**

A randomização foi realizada de forma aleatória simples por sorteio em envelopes pardos com sessenta etiquetas do modelo de intervenção narrativa e sessenta do modelo cognitivo. A pessoa responsável pela randomização não participou do processo de avaliação nem intervenção, foi cega quanto às características clínicas do quadro. Além disso, a psicóloga que avaliou o jovem também foi cega quanto ao modelo no qual o mesmo foi randomizado.

#### **5.5. Modelos de intervenção**

Foram testados dois modelos de terapia breve, a Psicoterapia Cognitiva Narrativa e terapia cognitivo-comportamental. Os atendimentos foram realizados em sete sessões, semanais, com duração de 50/60 minutos, de forma individual. Os encontros aconteceram no Hospital São Francisco de Paula HUSFP.

##### **5.5.1. Psicoterapia Cognitivo Comportamental**

O modelo foi estruturado de acordo com a proposta de Aaron Beck<sup>33</sup>. Cada sessão

do presente modelo psicoterapêutico segue um roteiro que se inicia pela checagem do humor do paciente, seguida de uma retomada da sessão anterior, estabelecimento da agenda da sessão, revisão das tarefas de casa, discussão dos itens da agenda, estabelecimento da tarefa de casa, resumo final e devolução.

A primeira sessão tem como objetivo começar a entender os motivos dos comportamentos problemáticos. O objetivo da segunda sessão é realizar a devolução do material colhido; socializar o paciente na terapia cognitiva; educá-lo sobre seu transtorno, sobre o modelo cognitivo e sobre o processo da terapia. O terapeuta deve ajudar o paciente a identificar os problemas-chaves e estabelecer metas em relação aos mesmos.

A 3ª, 4ª, 5ª e 6ª sessão são semelhantes. O objetivo destas é tomar consciência de sensações, emoções e pensamentos mediante a prática de exercício. A sétima sessão tem como objetivo a avaliação das metas estabelecidas no processo terapêutico e prevenção da recaída, através de reforço sobre seus êxitos.

### **5.5.2. Psicoterapia Cognitiva Narrativa**

Modelo proposto por Óscar Gonçalves<sup>34</sup>. A 1ª sessão tem por objetivos avaliar o funcionamento do cliente, apresentar os objetivos e estrutura do processo terapêutico e apresentar a estrutura do processo terapêutico. Verificando as principais queixas, o funcionamento geral, a anamnese, tratamento médico-psiquiátrico, bem como a apresentação dos objetivos e métodos centrais do processo terapêutico. Na 2ª sessão, os objetivos são desenvolver uma atitude de recordação episódica e definir o início da recordação episódica através da vida, nesta sessão se explica a estrutura e objetivos da sessão, modela o trabalho de recordação, além de realizar um exercício de imaginação guiada através da vida, que será discutido para o trabalho de recordação.

A 3ª, 4ª, 5ª e 6ª sessão têm por objetivo introduzir e trabalhar os acontecimentos de vida que serão abordados nas diferentes sessões terapêuticas, além de proceder a recordação, objetivação, subjetivação, metaforização e projeção de um episódio ilustrativo de um primeiro acontecimento de vida. Enquanto a 7ª sessão é utilizada para a finalização do processo, que leva o paciente a avaliação dos resultados conquistados, dos momentos

mais significativos do processo, assim como uma síntese de todo processo terapêutico e indicação de seguimento.

#### **5.6. Seleção e treinamento de pessoal**

O treinamento do estudo consistiu na apresentação da equipe e explicação dos aspectos metodológicos e logísticos do estudo, assim como da leitura e discussão do questionário, manual do entrevistador, da entrevista diagnóstica padronizada breve e dos modelos de intervenção.

O treinamento e calibração do uso de entrevistas clínicas estruturadas foi ministrado em conjunto pela equipe da instituição principal (UCPel) e do Laboratório de Psiquiatria Molecular (UFRGS). Os Avaliadores foram três psicólogos treinados para estruturar a entrevista de acordo com os critérios do DSM-IV apresentados no SCID-CV. Esta equipe foi responsável pela avaliação pré e pós-intervenção e são cegas quanto ao modelo de intervenção aplicado a cada paciente.

Para o ensaio clínico, oito alunos do curso de Psicologia da Universidade Católica de Pelotas, bolsistas de iniciação científica do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento foram treinados para a utilização dos protocolos de intervenção propostos, os mesmos receberam supervisão de todos os casos atendidos pelos coordenadores do estudo com formação em psicologia.

#### **5.7. Estudo piloto**

O estudo-piloto foi realizado em condições semelhantes às do estudo, com paciente fora da faixa etária proposta, estes passaram pela avaliação para diagnóstico com psicólogos e aqueles que pontuaram sintomas de depressão foram convidados e encaminhados a participar do tratamento individual sob um modelo de terapia a ser sorteado. Os atendimentos foram oferecidos por alunos do final da graduação do curso de psicologia.

#### **5.8. Processamento e análise de dados**

Após a codificação dos instrumentos, foi realizada a dupla entrada dos dados no programa EpiInfo 6.04d. Para realizar uma checagem automática dos dados no momento da digitação utilizamos o comando CHECK, além disso, foi testado no mesmo software a consistências na digitação comparado a duas entradas de dados.

Para análise dos dados será utilizado o programa SPSS 21.0. A apresentação das medidas de posição e dispersão da amostra serão realizadas de acordo com a distribuição dos dados. Se a distribuição for normal os dados serão apresentados por média e desvio padrão e a análise indutiva será processada através do teste t, ANOVA e correlação de Pearson. Caso contrário, se as variáveis numéricas não apresentarem uma distribuição simétrica os dados serão apresentados por medianas e intervalos interquartis, enquanto os testes de associações serão realizados por Wilcoxon, Kruskal-Wallis e correlação de Spearman. Se necessário será elaborado um modelo estatístico para a análise ajustada dos dados. Para tal, variáveis com  $p < 0,2$  na análise bruta, em relação a exposição (trauma ou resiliência) e ao desfecho (sintomas depressivos no pós-intervenção e follow-up de seis meses) serão incluídas no modelo de análise ajustada por regressão Linear.

### **5.9. Aspectos éticos**

Neste protocolo de pesquisa são respeitados todos os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde na Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996. Os jovens receberam informações sobre os objetivos da pesquisa e assinaram um “Consentimento livre e esclarecido”. Foi assegurado o direito à confidencialidade dos dados e o cuidado na utilização das informações nos trabalhos escritos, de modo que os participantes não foram identificados.

As pessoas que apresentaram quaisquer patologias psicológico/psiquiátricas, em qualquer fase do estudo, receberam encaminhamento para atendimento psicológico/psiquiátrico na Clínica Psicológica ou no Campus da Saúde da UCPel. O projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética da UCPel sob o protocolo de número 2009/24.

### **5.10. Cronograma\***

Revisão de literatura – março de 2013 a junho de 2016

Elaboração do projeto – dezembro de 2015 a maio de 2016

Qualificação do projeto – junho de 2016

Elaboração do primeiro artigo – dezembro de 2015 a fevereiro de 2016

Elaboração do segundo artigo – julho de 2016 a novembro de 2016

Defesa da tese – dezembro de 2016

\* Este estudo utilizará dados obtidos através de uma pesquisa que teve sua coleta de dados concluída.

### 5.11. Orçamento

Item	Valor individual	Valor total
<b>Material de consumo</b>		
Vale transporte para as avaliações e psicoterapia (16 por paciente)	R\$ 2,35	R\$ 3.760,00
Impressão de instrumentos de avaliação (14 paginas por paciente)	R\$ 2,80	R\$ 280,00
Livro utilizado na terapia cognitivo comportamental “O cão negro” (10 livros)	R\$ 9,90	R\$ 99,00
<b>Pagamento de pessoal</b>		
Terapeutas – oito bolsas de iniciação científica (CNPq, FAPERGS e PIBIC/UCPel)	R\$ 360,00	R\$ 34.560,00
Psicólogas – 2 bolsas de mestrado CAPES	R\$ 1.200,00	R\$ 2.400,00
<b>TOTAL</b>		<b>R\$ 41.099,00</b>

## REFERÊNCIAS

1. Kessler RC, Birnbaum H, Bromet E, Hwang I, Sampson N, Shahly V. Age differences in major depression: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychol Med*. 2010 Feb; 40(2): 225-37.
2. Stopa SR, Malta DC, Oliveira MM, Lopes CS, Menezes PR, Kinoshita RT. Prevalence of self-reported depression in Brazil: 2013: National Health Survey results. *Rev Bras Epidemiol*. 2011 Dec; 18(Suppl 2): 170-80.
3. Zavaschi ML, Satler F, Poester D, Vargas CF, Piazenski R, Rohde LAP, et al. Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002 Oct; 24(4): 189-95.
4. Widom CS, DuMont K, Czaja SJ. A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Arch Gen Psychiatry*. 2007 Jan; 64(1): 49-56.
5. Blanchard EB, Buckley TC, Hickling EJ, Taylor AE. Posttraumatic stress disorder and comorbid major depression: is the correlation an illusion? *J Anxiety Disord*. 1998 Jan; 12(1): 21-37.
6. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P, et al. Trauma and post-traumatic stress disorder in the community. *Arch Gen Psychiatry*. 1998 Jul; 55(7): 626-32.
7. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA*. 2010 Jan; 303(1): 47-53.
8. Leichsenring F. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clin Psychol Rev*. 2001 Apr; 21(3): 401-19.
9. Cuijpers P, Van Straten A, Van Schaik A, Andersson G. Psychological treatment of depression in primary care: a meta-analysis. *J R Coll Gen Pract*. 2009 Feb; 59(559): 51-60.

10. Scott C, Tacchi MJ, Jones R, Scott J. Acute and one-year outcome of a randomised controlled trial of brief cognitive therapy for major depressive disorder in primary care. *Br J Psychiatry*. 1997 Aug; 171: 131-4.
11. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Cavalhaes R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad Saúde Pública*. 2005 Mar-Abr; 21(2): 436-48.
12. Smith PR. Resilience: resistance factor for depressive symptom. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009 Jul; 16(9): 829-37.
13. Garbarino J, Kostelny K, Dubrow N. What children can tell us about living in danger? *Am Psychol*. 1991 Apr; 46(4): 376-83.
14. Borges JL. Relações entre abuso sexual na infância, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e prejuízos cognitivos. *Psicol Estud*. 2008 Jun; 13(2): 371-9.
15. Sanci L, Coffey C, Olsson C, Reid S, Carlin JB, Patton G. Childhood sexual abuse and eating disorders in females: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2008 Mar; 162(3): 261-7.
16. Motta FM. Raça, gênero, classe e estupro: exclusões e violências nas relações entre nativos e turistas em Florianópolis. *Physis*. 2006; 16(1): 29-44.
17. Hovens JG, Wiersma JE, Giltay EJ, Van Oppen P, Spinhoven P, Penninx BW, et al. Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. *Acta Psychiatr Scand*. 2010 Jul; 122(1): 66-74.
18. Marmo DB, Davoli A, Ogido R. Violência doméstica contra a criança (Parte I). *J Pediatr*. 1995; 71: 313-6.
19. Legano L, McHugh MT, Palusci VJ. Child Abuse and Neglect. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2009 Feb; 39(2): 1-26.

20. Grassi-Oliveira R, et al. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in Brazilian Samples of Different Age Groups: findings from confirmatory factor analysis. *PLoS One*. 2014 Jan; 9(1): e87118.
21. Brietzke E, Kauer-Sant'anna M, Jackowski A, Grassi-Oliveira R, Bucker J, Zugman A, et al. Impact of childhood stress on psychopathology. *Bras Psiquiatr*. 2012 Dec; 34(4): 480-8.
22. Rosenberg SD, Mueser KT, Friedman MJ, Gorman PG, Drake RE, Vidaver RM, et al. Developing effective treatments for posttraumatic stress disorders among people with severe mental illness. *Psychiatr Serv*. 2001 Nov; 52(11): 1453–61.
23. Basım HN, Çetin F. The reliability and validity of the Resilience Scale for Adults-Turkish Version. *Turk Psikiyatri Derg*. 2011; 22(2): 104–14.
24. Waugh CE, Koster EHW. A resilience framework for promoting stable remission from depression. *Clinical Psychology Review*. *Clin Psychol Rev*. 2015 Nov; 41: 49-60.
25. Leontjevas R, de Beek WO, Lataster J, Jacovas N. Resilience to affective disorders: A comparative validation of two resilience scales. *J Affect Disord*. 2014 Oct; 168: 262-8.
26. Peters RB. Resiliência e remissão de sintomas depressivos: um ensaio clínico com intervenções breves para adultos [Dissertação]. Pelotas: Universidade Católica de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento; 2011.
27. Papakostas GI, Petersen T, Mahal Y, Mischoulon D, Nierenberg AA, Fava M. Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature. *Gen Hosp Psychiatr*. 2004 Jan-Feb; 26(1): 13-7.
28. Del-Ben CM, Rodrigues CR, Zuardi AW. Reliability of the Portuguese version of the structured clinical interview for DSM-III-R (SCID) in a Brazilian sample of psychiatric outpatients. *Braz J Med Biol Res*. 1996 Dec; 29(12): 1675-82.
29. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol*. 1967 Dec; 6(4) 278-96.

30. Moreno RA, Moreno DH. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia: escalas de avaliação para depressão de Hamilton (HAM-D) e Montgomery-Asberg (MADRS). Arch Clin Psychiatry. 1998; 25: 1-17.

31. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. J Nurs Meas. 1993; 1(2): 165-78.

32. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Cavalhaes R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. Cad Saúde Pública. 2005 Mar-Abr; 21(2): 436-48.

33. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Terapia Cognitiva da Depressão. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

34. Moreira P, Beutler LE, Gonçalves OF. Psicoterapia Cognitiva Narrativa: manual de terapia breve. Campinas: Editorial Psy; 1998.

**PARTE III – ARTIGOS**

**ARTIGO 1****Persistence of symptoms after cognitive therapies is associated with childhood trauma: a six months follow-up study**

Caroline Elizabeth Konrad<sup>1</sup>, Taiane de Azevedo Cardoso<sup>1,2</sup>, Cristian Patrick Zeni<sup>2</sup>, Luciano Dias de Mattos Souza<sup>1</sup>, Flavio Kapczinski<sup>2,3</sup>, Ricardo Azevedo da Silva<sup>1</sup>, Karen Jansen<sup>1,2\*</sup>

<sup>1</sup>Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento – Universidade Católica de Pelotas

<sup>2</sup>Department of Psychiatry & Behavioral Sciences – The University of Texas Health Science Center at Houston

<sup>3</sup> Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

\* Corresponding address: 373 Goncalves Chaves, 416C room. Zip code 96015-560. Pelotas-  
RS, Brazil / karen.jansen@pq.cnpq.br / 55 53 21188404

### ABSTRACT

To assess the effect of childhood trauma in clinical outcomes after brief cognitive therapies for major depressive disorder (MDD). This is a follow-up clinical study nested in a double-blind randomized clinical trial of cognitive therapies. Hamilton Anxiety Rating Scale and Hamilton Depression Rating Scale were assessed at baseline, post-intervention, and six-month follow-up. The Childhood trauma questionnaire (CTQ) was performed at baseline. Sixty-one patients were assessed at baseline, post-intervention and six-month follow-up. Baseline CTQ score was positively correlated with severity of depressive ( $r=0.293$ ,  $p=0.023$ ) and anxious ( $r=0.339$ ,  $p=0.008$ ) symptoms at six-month follow-up. Severity of childhood trauma has a negative impact in treatment response for MDD at six-month follow-up. Longer courses of psychotherapy may be needed to improve the long-lasting effects of traumatic experiences.

**Keywords:** Major Depressive disorder, Cognitive Therapies, Childhood trauma.

## **1. INTRODUCTION**

Major depressive disorder (MDD) has a lifetime prevalence of 19.4% among young adults [1]. Treatment of depressive episodes includes psychotherapeutic and pharmacologic interventions. Psychotherapy is one of the first-line treatment options for acute mild or moderate depressive episodes and is recommended for maintenance phase [2]. Brief psychotherapies have emerged as one interesting option in primary health care systems since they have reduced cost when compared to traditional psychotherapies [3]. Also, brief psychotherapies have shown similar efficacy when compared to traditional cognitive psychotherapies [4].

Young adults with early childhood trauma present 50% higher risk of developing depression, compared to those which were not exposed to traumatic situations [5]. Patients with depression and childhood trauma also present a higher number of comorbid mental disorders compared to patients with depression without trauma [6]. Moreover, the severity of childhood trauma has predicted age of onset of depression and number of depressive episodes [6]. However, the effect of early childhood trauma on brief cognitive therapies response in patients with depression is not known. The aim of the present study is to assess the effect after early childhood trauma on depressive and anxious symptoms at six-month follow-up of brief cognitive therapies for major depressive disorder.

## **2. METHODS**

This is follow-up clinical study nested in a double-blind randomized clinical trial of two cognitive therapies brief: Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) [7] and Narrative Cognitive Therapy (NCT) [8]. The participants were drug-free young adults, aged 18 to 29 years, without current risk of suicide, who had a clinical diagnosis of Major Depressive Disorder according to the Structured Clinical Interview for DSM (SCID) [9]. The randomized clinical trial was approved for Ethics Committee of UCPel (under number 2009/24) and it was presented by Cardoso [10].

Participants were surveyed regarding sociodemographic data (sex, age, education). Economic status was measured using the National Economic Index [10]. The Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) was used to assess history of abuse and neglect. This self-report instrument includes 28 items quantitatively classified according to the frequency of childhood abuse and neglect. Higher scores indicate greater severity of early childhood trauma [11]. The Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) was used to assess depressive symptoms. The instrument consists of 17 questions. The total score creates a discrete variable, where higher scores indicate greater severity [12]. For the assessment of anxiety symptoms, we used the Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), which is comprised of 14 items. Higher total scores indicate a higher severity of symptoms [13].

Assessments were performed at baseline, at the post-intervention period (immediately after the 7th session), and six months after the end of the psychotherapeutic intervention. The clinical evaluators were blinded to the intervention model. All assessments were coded and data were entered into an Epi-Info 6.04d database and validated by means of double data entry. Statistical analysis was conducted with SPSS 21.0 software. Chi-square, t test, Pearson correlation, and Spearman correlation were used to assess potential confounders ( $p < 0.2$ ). Linear regression was used to assess the association between CTQ score at baseline and severity of depressive and anxious symptoms at six-month follow-up.

### **3. RESULTS**

Ninety-one drug-free adults (18–29 years) were included in this study. High rates of study completion were achieved (70.1%;  $n=68$ ). Sixty-one patients were assessed at six-month follow-up. Table 1 shows sample demographic and clinical characteristics at baseline and follow-up assessments.

Brief cognitive therapies improved depressive and anxious symptoms at post-intervention and six-month follow-up. The means of depressive and anxious symptoms at baseline, post-intervention and six-month follow-up were showed in table 1.

(Randomization and outcomes between cognitive therapies were presented previously [14]). In addition, There was no difference in CTQ total scores between those who completed the treatment ( $45.16 \pm 14.55$ ) and those who did not ( $46.41 \pm 15.96$ ) ( $p=0.748$ ).

The figure 1 showed a positive correlation between CTQ score and depressive ( $r=0.274$ ,  $p=0.034$ ) and anxious ( $r=0.340$ ,  $p=0.008$ ) symptoms at six-month follow-up (Figure 1). However, there was a non-significance correlation between CTQ score and the severity of depressive ( $r=0.140$ ,  $p=0.287$ ) and anxious ( $r=0.063$ ,  $p=0.632$ ) symptoms at baseline. There was non-significant correlation between CTQ total scores and post-intervention severity of depressive ( $r=0.145$ ,  $p=0.269$ ) and anxious ( $r=0.097$ ,  $p=0.461$ ) symptoms.

#### **4. DISCUSSION**

The present study showed that higher childhood trauma scores at baseline were associated with higher severity of depressive and anxious symptoms at six-month follow-up. The worse response in patients with history of trauma along the six-month follow-up suggests that, for those patients, longer courses of psychotherapy may be necessary.

Psychotherapy or pharmacotherapy are first-line recommendation for mild or moderate depression [2, 15]. Both brief cognitive therapies were effective for reduction of depressive and anxious symptoms at post-intervention, corroborating cited results in a meta-analysis [16]. A recent study using pharmacotherapy showed that inpatients with depression and history of childhood trauma had poorer therapeutic responses. [17]. In addition, another study found psychotherapy was more effective than antidepressant medication for treating outpatients with depression and childhood trauma [18]. Altogether, these findings suggest that psychotherapies must be included in the treatment regimen for mild and moderate depression in subjects with early childhood trauma.

Early childhood trauma was not associated with short-term response to psychotherapy in our sample. However, we observed a significant impact of early childhood trauma in the maintenance of depressive and anxious symptoms reduction at

six-month follow-up. A possible explanation for persistence is that early childhood trauma could contribute for epigenetic changes in subjects with depression. According to Nestler (2014), early life stress may lead to persistent sensitization of central nervous system (CNS) circuits, and subsequent development of depression and anxiety [19]. Recent studies have also suggested a significant interaction between BDNF and 5-HTTLPR polymorphisms and early childhood trauma in patients with depression [20, 21]. Correlation between early life stress modulating distinct forms of brain plasticity is also observed in animal models [22]. Synaptic plasticity in hippocampus exhibited a delayed impairment in mice affected by early stress. In this same vein, biological vulnerability due early childhood trauma may result in maladaptive stress response (and structural/functional changes in hippocampus), which may include the observed worse response to short courses of psychotherapy.

A limitation of the present study was the small sample, which may have influenced the interpretation of the results. Another limitation was that the findings could not be extrapolated to patients with severe depression or suicide risk, since these characteristics were considered exclusion criteria for this study. In contrast, this study presents some important contributions. The sample was composed of young people with few previous interventions, probably with early episodes. Similarly, the evaluation of depressive symptoms and childhood trauma at the end of treatment and at six month follow-up may have contributed to differentiate from other studies using these variables.

Overall, cognitive psychotherapies are useful in the treatment of depressive and anxious symptoms in patients with mild and moderate depression. However, history of childhood trauma is associated with poorer outcomes. Treatment planning in patients who suffer from depression may benefit of a careful assessment of childhood trauma.

## REFERENCES

1. Kessler RC, Birnbaum H, Bromet E, Hwang I, Sampson N, et al. (2010) Age differences in major depression: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychol Med* 40: 225-237.
2. Parikh SV, Segal ZV, Grigoriadis S, Ravindran AV, Kennedy SH, et al. (2009) Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. II. Psychotherapy alone or in combination with antidepressant medication. *J Affect Disord* 117 Suppl 1: S15-25.
3. Scott C, Tacchi MJ, Jones R, Scott J (1997) Acute and one-year outcome of a randomised controlled trial of brief cognitive therapy for major depressive disorder in primary care. *Br J Psychiatry* 171: 131-134.
4. Cuijpers P, van Straten A, van Schaik A, Andersson G (2009) Psychological treatment of depression in primary care: a meta-analysis. *Br J Gen Pract* 59: e51-60.
5. Widom CS, DuMont K, Czaja SJ (2007) A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Arch Gen Psychiatry* 64: 49-56.
6. Bernet CZ, Stein MB (1999) Relationship of childhood maltreatment to the onset and course of major depression in adulthood. *Depress Anxiety* 9: 169-174.
7. Beck AT, Rush AJ, Emery G (1997) *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre, Brazil: Artes Médicas.
8. Gonçalves OF (1998) *Psicoterapia Cognitiva Narrativa, Manual de Terapia Breve*. Minho, Portugal: Editorial Psy.

9. Del-Ben CM, Vilela JA, Crippa JAS, Hallak JE, Labate CM, et al. (2001) Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV – Clinical Version translated into Portuguese. *Rev Bras Psiquiatr* 23: 156-159.
10. Barros AJ, Victora CG (2005) [A nationwide wealth score based on the 2000 Brazilian demographic census]. *Rev Saude Publica* 39: 523-529.
11. Grassi-Oliveira R, Cogo-Moreira H, Salum GA, Brietzke E, Viola TW, et al. (2014) Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in Brazilian samples of different age groups: findings from confirmatory factor analysis. *PLoS One* 9: e87118.
12. Hamilton M (1967) Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol* 6: 278-296.
13. Hamilton M (1959) The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 32: 50-55.
14. de Azevedo Cardoso T, Mondin TC, Spessato BC, de Avila Quevedo L, de Mattos Souza LD, et al. (2014) The impact of anxious symptoms in the remission of depressive symptoms in a clinical trial for depression: follow-up of six months. *J Affect Disord* 168: 331-336.
15. Kennedy SH, Lam RW, Parikh SV, Patten SB, Ravindran AV (2009) Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. Introduction. *J Affect Disord* 117 Suppl 1: S1-2.
16. Cape J, Whittington C, Buszewicz M, Wallace P, Underwood L (2010) Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC Med* 8: 38.

17. Douglas KM, Porter RJ (2012) The effect of childhood trauma on pharmacological treatment response in depressed inpatients. *Psychiatry Res* 200: 1058-1061.
18. Nemeroff CB, Heim CM, Thase ME, Klein DN, Rush AJ, et al. (2003) Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. *Proc Natl Acad Sci U S A* 100: 14293-14296.
19. Nestler EJ (2014) Epigenetic mechanisms of depression. *JAMA Psychiatry* 71: 454-456.
20. Grabe HJ, Schwahn C, Mahler J, Schulz A, Spitzer C, et al. (2012) Moderation of adult depression by the serotonin transporter promoter variant (5-HTTLPR), childhood abuse and adult traumatic events in a general population sample. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 159B: 298-309.
21. Carballedo A, Morris D, Zill P, Fahey C, Reinhold E, et al. (2013) Brain-derived neurotrophic factor Val66Met polymorphism and early life adversity affect hippocampal volume. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 162B: 183-190.
22. Herpfer I, Hezel H, Reichardt W, Clark K, Geiger J, et al. (2012) Early life stress differentially modulates distinct forms of brain plasticity in young and adult mice. *PLoS One* 7: e46004.

**Table 1**

Sample sociodemographic and clinical characteristics.

Variables	Baseline n=91	Post-intervention n=68	Six-month follow-up n=61
<b>Gender</b>			
Female	69 (75.8%)	54 (79.4%)	50 (82.0%)
Male	22 (24.2%)	14 (20.6%)	11 (18.0%)
<b>Age (years)</b>	23.98 ±3.38	23.96 ±3.44	23.90 ±3.42
<b>Socioeconomic Status (Tercile) <sup>1</sup></b>			
1 (highest)	31 (34.8%)	24 (35.8%)	21 (35.0%)
2	30 (33.7%)	21 (31.3%)	18 (30.0%)
3 (lowest)	28 (31.5%)	22 (32.8%)	21 (35.0%)
<b>Education (years)</b>	12.64 ±3.12	12.54 ±3.16	12.50 ±3.30
<b>CTQ score</b>	45.47 ±14.83	45.16 ±14.55	45.87 ±15.07
<b>HDRS scores *</b>	11.80 ±3.53	5.69 ±4.44	5.56 ±4.45
<b>HARS scores *</b>	15.68 ±5.87	7.25 ±5.78	8.33 ±6.99

HDRS = Hamilton Depression Rating Scale; HARS = Hamilton Anxiety Rating Scale; CTQ = Childhood Trauma Questionnaire.

<sup>1</sup> Variable with data missing.

\* Significant difference between baseline and post-intervention scores ( $p < 0.05$ ) by *t* test.

**Figure 1**

The effect of early childhood trauma (CTQ score) in the severity of depressive (HDRS score) and anxious (HARS score) symptoms at six-month follow-up. [CTQ score x HDRS score:  $r = 0,274$ ,  $p = 0,034$ ; CTQ score x HARS score:  $r = 0,340$ ,  $p = 0,008$ ]

**ARTIGO 2****Impact of resilience in cognitive therapies for depression**

Caroline Elizabeth Konrad<sup>1</sup>, Taiane de Azevedo Cardoso<sup>1</sup>, Thaíse Campos Mondim<sup>1</sup>,  
Luciano Dias de Mattos Souza<sup>1</sup>, Flavio Kapczinski<sup>2</sup>, Ricardo Azevedo da Silva<sup>1</sup>, Karen  
Jansen<sup>1,2\*</sup>

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento – Universidade Católica de Pelotas

<sup>2</sup> Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

\* Corresponding address: Rua Goncalves Chaves, 373, 416C room. Zip code 96015-560.  
Pelotas-RS, Brazil / karen.jansen@pq.cnpq.br / 55 53 21188404 / 55 53 991489066

*Artigo a ser submetido à revista Comprehensive Psychiatry*

## ABSTRACT

The objective of this study was to verify the effects of resilience on therapeutic response following brief cognitive psychotherapy for depression. It is expected that individuals that are more resilient show higher rates of therapeutic adherence and reduced depressive symptoms. This was a clinical follow-up study nested in a randomized clinical trial of cognitive therapies. Hamilton Anxiety Rating Scale and Hamilton Depression Rating Scale were used at baseline, post-intervention, and at six month follow-up. The Resilience Scale was applied at baseline. Sixty-one patients were assessed at baseline, post-intervention and at six-month follow-up. Resilience scores were significantly different between baseline and post-intervention assessments ( $p < 0.001$ ), as well as at baseline and at six month follow-up ( $p < 0.001$ ). Subjects with higher resilience scores showed a better treatment response for major depressive disorder at post-intervention and six-month follow-up.

**Keywords:** Cognitive therapy, resilience, major depression disorder, treatment response.

## INTRODUCTION

Depression is the leading cause of disability worldwide, and is a major contributor to the overall global burden of disease<sup>1</sup>. The World Health Organization predicts that by 2020 depression will become the second leading cause of disease worldwide<sup>2</sup>. Unless properly treated, depression can cause a significant problem in a person's life. It is also associated with suicidal ideation<sup>3</sup>.

Different intervention models can attenuate the impact of depressive symptoms on individual's functions. Psychotherapeutic interventions are recommended in cases of mild or moderate depression. For the most severe forms of depression, the use of pharmacological or combined interventions is indicated<sup>4</sup>. Variants of cognitive therapy have proven effective in reducing depressive symptoms<sup>5, 6</sup>, and improving quality of life<sup>7</sup>. Brief psychotherapy appears as an option in primary health care systems, with reduced costs when compared to traditional psychotherapies<sup>8</sup>.

Studies have mostly focused on predictors of poor treatment outcome and treatment dropout, meanwhile, little attention is given to positive measures. In this context, resilience is introduced as the ability of the individual to become adapted to a certain range of environmental contingencies<sup>9</sup>, in other words, a dynamic process of positive adaptation in the context of significant adversity. It is an integration of adverse experiences and internal and external factors that may contribute to or prevent resilience at the individual level<sup>10</sup>. Resilience can be understood as a protective factor for clinical outcomes, with important implications for health<sup>10</sup>. In addition, the authors indicate that psychotherapy can help promote resilience<sup>11</sup>. Resilience is not a stable variable, and therefore, it can be improved by psychological treatment<sup>12</sup>.

Few studies have evaluated the positive measures for therapeutic response. Thus, the objective of this study was to verify the effects of resilience on therapeutic response following brief cognitive psychotherapy for depression. It is expected that more resilient individuals show higher rates of therapeutic adhesion and reduced depressive symptoms.

## METHODS

This was follow-up clinical study nested in a double-blind randomized clinical trial of two cognitive therapies brief (7 sessions): Cognitive-Behavioral Therapy (CBT)<sup>13</sup> and Narrative Cognitive Therapy (NCT)<sup>14</sup>. The participants were drug-free young adults, aged 18 to 29 years, without current risk of suicide, who had a clinical diagnosis of MDD, according to the Structured Clinical Interview for DSM (SCID)<sup>15</sup>. The randomized clinical trial was approved by Ethics Committee of *Universidade Catolica de Pelotas* (under number 2009/24) and presented by Cardoso<sup>16</sup>. All subjects were informed about the experiment and agreed to participate by signing a free and informed consent.

Participants were interviewed based on a socio-demographic questionnaire that investigated age, gender, familiar income, and educational level. Economic status was measured using the National Economic Index<sup>17</sup>. The Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) was used to assess depressive symptoms. The instrument consists of 17 questions. The total score creates a discrete variable, where higher scores indicate greater severity<sup>18</sup>. For the assessment of anxiety symptoms, we used the Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), which comprises 14 items. Higher total scores indicate a higher severity of symptoms<sup>19</sup>. Resilience Scale was used to assess the positive psychosocial adaptation levels in the face of important life events. This instrument is composed of 25 items when the higher scores indicate higher resilience capacity<sup>10</sup>.

Assessments were performed at baseline, post-intervention (immediately after the 7<sup>th</sup> session), and at six month follow-up. Researchers were blinded to the intervention model. All assessments were coded and data were entered into an Epi-Info 6.04d database and validated by means of double data entry. Statistical analysis was conducted with SPSS 21.0 software. Chi-square, t-test, and Pearson correlation were used to assess potential confounders ( $p < 0.2$ ). Linear regression was used to assess the association between resilience score at baseline and severity of depressive and anxious symptoms at post-intervention and six-month follow-up, adjusting for depressive and anxious symptoms at baseline.

## RESULTS

Ninety-one drug-free adults (18-29 years) were included in this study. Sixty-eight patients completed the study and were assessed post-intervention, and sixty-one patients were assessed at six-month follow-up. Table 1 shows sample demographic characteristics at baseline and at follow-up assessments. Brief cognitive therapies improved depression and anxiety symptoms post-intervention and at six month follow-up. The mean scores of depression and anxiety symptoms at baseline, post-intervention and six-month follow-up are shown in Table 1. Randomization and outcomes between cognitive therapies were presented previously by Cardoso et al (2014)<sup>16</sup>.

Resilience scores were significantly different between baseline and post-intervention assessments ( $p < 0.001$ ), as well as at baseline and at six month follow-up ( $p < 0.001$ ). However, there were no significant differences between resilience scores post-intervention and at six month follow-up ( $p = 0.115$ ). In addition, there were no significant differences between mean baseline resilience scores of those who completed the treatment ( $108.07 \pm 21.14$ ) and those who did not ( $105.00 \pm 24.28$ ) ( $p = 0.563$ ).

The figure 1 shows a negative correlation between baseline resilience scores and HDRS scores at post-intervention ( $r = -0.295$ ,  $p = 0.015$ ) and six-month follow-up ( $r = -0.354$ ,  $p = 0.005$ ). Further, the figure 2 shows a negative correlation between resilience scores and HARS scores at post-intervention ( $r = -0.292$ ,  $p = 0.016$ ). This association remained statistically significant after adjusting for depressive and anxious symptoms at baseline.

## DISCUSSION

This study aimed to verify the impact of resilience on treatment response after brief cognitive psychotherapies for depression. The results showed that patients with higher baseline resilience scores showed higher therapeutic response post-intervention and at six month follow-up. In addition, the patients improved the post-intervention resilience scores maintained at six-month follow-up.

In this study, patients with higher baseline resilience score showed higher therapeutic response to depression and anxiety symptoms. We found no studies that evaluated the effects of resilience on the improvement of depression and anxiety symptoms after psychotherapeutic interventions. However, in a study of patients with chronic obstructive pulmonary disease, resilience has contributed significantly to reduce the levels of anxiety, depression and stress. It has also reduced the disease-specific pulmonary impairment after medication intervention<sup>20</sup>. In this respect, the researchers emphasize that resilience may play an important role in the treatment of these disorders<sup>21,22</sup>.

We found that patients with a higher baseline resilience score showed symptoms maintained at six month follow-up. Authors suggest that resilience is a protective factor that can give the individual a chance to avoid depressive symptoms<sup>10</sup>. It also helps prevent relapse, since it is generally thought of as an adaptation in the face of adversity, trauma, tragedy, threats or stress<sup>12,23</sup>. In this sense, resilience studies in a therapeutic context have shown to be important as a measure of positive therapeutic response and predictive maintenance of symptom recurrence<sup>24</sup>.

The results for resiliency were different between baseline and post-intervention, i.e. less resilient patients had higher scores after treatment, demonstrating the effect of psychotherapy on resilience. Similarly, a study with depressed and anxious adolescents showed higher resilience scores as well as improvement of post-treatment symptoms<sup>12</sup>. Another study examined the use of CBT to enhance resilience of adolescents, whose parents were alcohol-dependent. The participants were submitted to 10 brief psychotherapy sessions. The resilience scores increased significantly after intervention<sup>9</sup>. These data reinforce the positive effect of psychotherapy on resilience.

According to the literature, less than 50% of patients with MDD complete six months of follow-up<sup>7</sup> after the end of treatment. Authors report that patients with high resilience tend to follow treatment correctly and seek for health care<sup>11</sup>. However, in this study, no differences were found between the resilience scores of individuals who

completed the treatment and of those who dropped out before completion. In this particular case, resiliency was not a predictor of therapeutic adhesion. This finding could be justified by the lack of statistical power. However, we did not find studies that have evaluated resilience as a contributing factor to the permanence of the individual in treatment, as well as dropout rates associated with therapeutic resilience.

A limitation of the present study was the small sample, which may have influenced the interpretation of the results. Another limitation was that the findings could not be extrapolated to patients with severe depression or suicide risk, since these characteristics were considered exclusion criteria for this study. In contrast, this study presents some important contributions. The sample was composed of young people with few previous interventions, probably with early episodes. Similarly, the evaluation of depressive symptoms and resilience at the end of treatment and at six-month follow-up may have contributed to differentiate from other studies using these variables. It is noteworthy that most of the studies tend to show risk factors for poor therapeutic response and few studies evaluate the effect of resilience, and generally, with very specific samples.

The role of resilience-related factors in psychotherapy is still little explored<sup>25</sup>. There is lack of research to assess resilience as a positive predictor of therapeutic response after brief cognitive interventions. Brief interventions and less costly therapies facilitate research in this field, benefiting patients in remission of depressive and anxiety symptoms, and therefore, improving quality of life. However, further studies are needed to help the development of research on this topic.

## REFERENCES

1. [WHO] World Health Organization. *The WHO Family of International Classifications*. Disponível em: URL < <http://www.who.int/classifications/en>. 2005 May 27.
2. Zavaschi ML, Satler F, Poester D, Vargas CF, Piazenski R, Rohde LAP, et al. Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002 Mar; 24(4): 189-95.
3. Lafer B, Almeida OP, Fráguas R Jr., Miguel EC, editores. *Depressão no ciclo de vida*. Porto Alegre: Artmed; 2000.
4. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA*. 2010 Jan; 303(1): 47-53.
5. Leichsenring F. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clin Psychol Rev*. 2001 Apr; 21(3): 401-19.
6. Segal Z, Vincent P, Levitt A. Efficacy of combined, sequential and crossover psychotherapy and pharmacotherapy in improving outcomes in depression. *J Psychiatry Neurosci*. 2002 Jul; 27(4): 281-90.
7. Papakostas GI, Petersen T, Mahal Y, Mischoulon D, Nierenberg AA, Fava M. Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004 Jan-Feb; 26(1): 13-7.
8. Scott C, Tacchi MJ, Jones R, Scott J. Acute and one-year outcome of a randomised controlled trial of brief cognitive therapy for major depressive disorder in primary care. *Br J Psychiatry*. 1997 Aug; 171: 131-4.
9. Basım HN, Çetin F. The reliability and validity of the Resilience Scale for Adults-Turkish Version. *Turk Psikiyatri Derg*. 2011 Summer; 22(2): 104–14.

10. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Cavalhaes R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad Saúde Pública*. 2005 Mar-Abr; 21(2): 436-48.
11. Smith PR. Resilience: resistance factor for depressive symptom. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009 Jul; 16(9): 829–37.
12. Pakalniškienė V, Viliūnienė R, Hilbig J. Patients' resilience and distress over time: is resilience a prognostic indicator of treatment? *Compr Psychiatry*. 2016 Aug; 69: 88-99.
13. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
14. Gonçalves OF. *Psicoterapia cognitiva narrativa: manual de terapia breve*. Minho: Psy, Portugal; 1998.
15. Del-Ben CM, Vilela JA, Crippa JAS, Hallak JE, Labate CM, Zuardi AW. Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV – Clinical Version translated into Portuguese. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001 Sept; 23(3): 156-9.
16. Cardoso TA, Mondin TC, Spessato BC, Quevedo LA, Souza LDM, Silva RA, et al. The impact of anxious symptoms in the remission of depressive symptoms in a clinical trial for depression: follow-up of six months. *J Affect Disord*. 2014; 168: 331-6.
17. Barros AJ, Victora CG. A nationwide wealth score based on the 2000 Brazilian demographic census. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(4): 523-9.
18. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol*. 1967 Dec; 6(4): 278-96.
19. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959; 32(1): 50-5.

20. Keil DC, Vaske I, Kenn K, Rief W, Stenzel NM. With the strength to carry on: the role of sense of coherence and resilience for anxiety, depression and disability in chronic obstructive pulmonary disease. *Chron Respir Dis*. 2017 Feb; 14(1): 11-21.
21. Min JA, Jung YE, Kim DJ, Yim HW, Kim JJ, Kim TS, et al. Characteristics associated with low resilience in patients with depression and/or anxiety disorders. *Qual Life Res*. 2013 Mar; 22(2): 231-41.
22. Southwick SM, Charney DS. The science of resilience: implications for the prevention and treatment of depression. *Science*. 2012 Oct; 338(6103): 79-82.
23. Brietzke E, Kauer-Sant'anna M, Jackowski A, Grassi-Oliveira R, Bucker J, Zugman A, et al. Impact of childhood stress on psychopathology. *Bras Psiquiatr*. 2012 Dec; 34(4): 480-8.
24. Hyun MS, Nam KA, Kim MA. Randomized Controlled Trial of a Cognitive–Behavioral Therapy for At-risk Korean Male Adolescents. *Arch Psychiatr Nurs*. 2010; 24(3): 202–11.
25. Norte CE, Souza GGL, Pedroso AL, Mendonça-de-Souza ACF, Figueira I, Volchan E, et al. Impact of cognitive-behavior therapy on resilience-related neurobiological factors-Norte. *Rev Psiq Clín*. 2011; 38(1): 43-5.

**Table 1**

Socio-demographic and clinical characteristics of the study sample.

Variables	Baseline n=91	Post-intervention n=68	Six month follow-up n=61
<b>Gender</b>			
Female	69 (75.8%)	54 (79.4%)	50 (82.0%)
Male	22 (24.2%)	14 (20.6%)	11 (18.0%)
<b>Age (years)</b>	23.98 ±3.38	23.96 ±3.44	23.90 ±3.42
<b>Socioeconomic Status (Tercile) <sup>1</sup></b>			
1 (highest)	31 (34.8%)	24 (35.8%)	21 (35.0%)
2	30 (33.7%)	21 (31.3%)	18 (30.0%)
3 (lowest)	28 (31.5%)	22 (32.8%)	21 (35.0%)
<b>Education (years)</b>	12.64 ±3.12	12.54 ±3.16	12.50 ±3.30
<b>Resilience scale</b>	105.5±22.47	125.2±24.2	128±28.53
<b>HDRS scores *</b>	11.80 ±3.53	5.69 ±4.44	5.56 ±4.45
<b>HARS scores *</b>	15.68 ±5.87	7.25 ±5.78	8.33 ±6.99

---

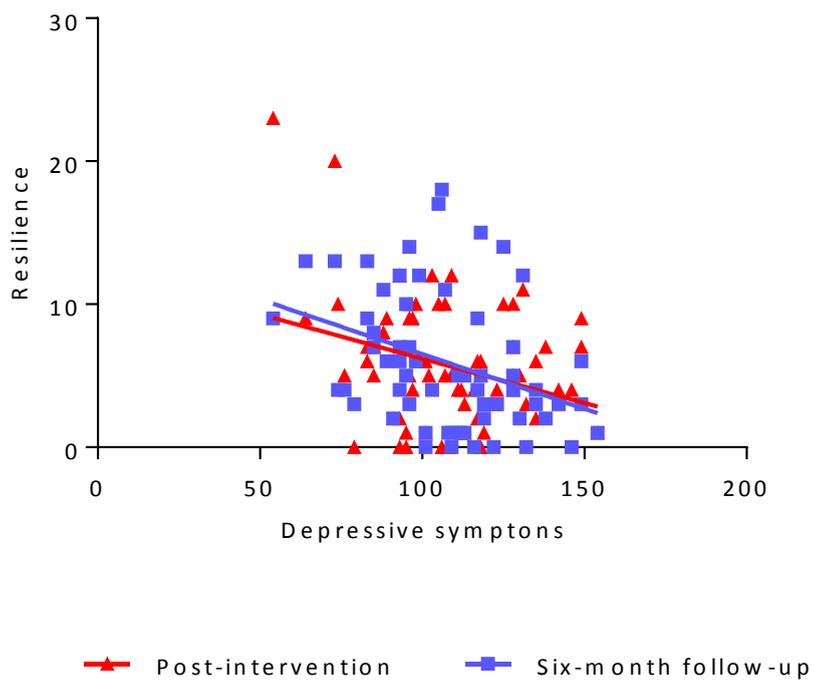
HDRS = Hamilton Depression Rating Scale; HARS = Hamilton Anxiety Rating Scale.

<sup>1</sup> Variable with missing data.

\* Significant difference between baseline and post-intervention ( $p < 0.05$ ) by t test.

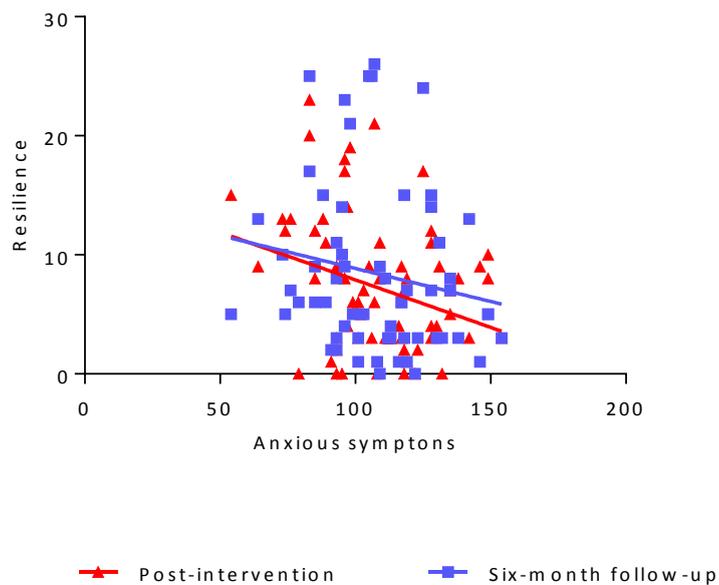
**Figure 1**

Correlation between resilience at baseline and depression symptoms at post-intervention and six-month follow-up. [Post-intervention:  $r=-0.295$ ,  $p=0.015$ ; Six-month follow-up:  $r=-0.354$ ,  $p=0.005$ ]



**Figure 2**

Correlation between resilience at baseline and anxiety symptoms at post-intervention and six-month follow-up. [Post-intervention:  $r=-0.292$ ,  $p=0,016$ ; Six-month follow-up:  $r=-0.172$ ,  $p=0.184$ ]



## **PARTE IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS**

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tese foi composta inicialmente, por um projeto de pesquisa englobando dois estudos com objetivos diferentes, mas compostos pela mesma amostra. Esta amostra se deu através de um estudo de intervenção e acompanhamento terapêutico, aninhado a um ensaio clínico randomizado que teve por objetivo avaliar a eficácia de dois modelos breves de terapia cognitiva: Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e Terapia Cognitiva Narrativa (TCN). Ao término das etapas de elaboração e execução do projeto, procedeu-se a análise dos dados e confecções de dois artigos que compõe a tese. Nessa etapa, serão apresentados os objetivos de cada artigo, seguidos dos seus principais resultados.

**Artigo 1** – Avaliar o efeito do trauma na infância nos sintomas depressivos e ansiosos em um acompanhamento de seis meses após psicoterapias cognitivas breves para TDM. Verificou-se que:

- Não houve diferença no escore total do CTQ entre aqueles que completaram o tratamento e aqueles que não o concluíram;
- Houve uma correlação positiva entre a pontuação CTQ no *baseline* e os sintomas depressivos e ansiosos aos seis meses de acompanhamento;
- Não houve uma correlação significativa entre as pontuações totais do CTQ e gravidade dos sintomas de depressão e ansiedade no início do estudo e no pós-intervenção.

**Artigo 2** – Verificar o efeito da resiliência na resposta terapêutica após psicoterapias cognitivas breves para depressão em jovens. Observou-se que:

- Os escores de resiliência foram diferentes entre as avaliações do *baseline* e pós-intervenção, bem como, entre o *baseline* e no acompanhamento de seis meses, ou seja, os escores de resiliência aumentaram após a aplicação do protocolo de psicoterapias;
- Houve uma correlação negativa entre o escore de resiliência no *baseline* e a severidade dos sintomas depressivos e ansiosos em seis meses de acompanhamento;

- Houve uma correlação negativa entre o escore de resiliência no *baseline* e os sintomas depressivos e ansiosos no pós-intervenção.

Os resultados da tese foram avaliados através de questionários e escalas. A história de vivências traumáticas na infância foi avaliada no *baseline* através do *Childhood Trauma Questionnaire*, a resiliência através da *Resilience Scale*, os sintomas depressivos através da *Hamilton Depression Rating Scale* e os sintomas ansiosos através da *Hamilton Anxiety Rating Scale*. As medidas de sintomas e resiliência foram utilizadas na avaliação final e acompanhamento de seis meses, além do *baseline*. Os resultados dessa tese sugerem que o trauma tem um efeito negativo, enquanto a resiliência tem um efeito positivo sobre a resposta terapêutica em intervenções breves para depressão nessa amostra de jovens. Diante a esses resultados, podemos observar a importância de dar continuidade aos temas que compõe a tese.

**ANEXOS**

## Anexo A – Quadros de Revisão

<b>Autor, ano</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Método</b>	<b>Resultados</b>	<b>Comentário/ Conclusões</b>
Hovens JGFM, (2010)	Investigar a associação entre eventos traumáticos na infância e a presença de ansiedade e depressão na vida adulta	<i>Delineamento:</i> Transversal n= 1931 adultos	Quanto maior a pontuação referente ao trauma na infância, mais forte é a associação com a psicopatologia (P <0,001).	O trauma de infância esta relacionado à ansiedade e transtornos depressivos. As fortes associações com o grupo de comorbidade sugerem que o trauma de infância contribui para a gravidade da psicopatologia.
<b>Autor, Ano</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Método</b>	<b>Resultados</b>	<b>Comentário/Conclusões</b>
Lori Legano (2009)	Identificar com maior precisão e reportar o abuso infantil e a negligência	<i>Delinemento:</i> Estudo de coorte retrospectivo n= 5468 crianças	A negligência médica é responsável por 2,3% de todos os casos justificados.	Diante a uma situação de trauma, é aconselhável que se faça a entrevista da criança separadamente dos pais, pois se houver violência doméstica, esta pode ser não relatada pela vítima.
P.R. SMITH (2009)	Verificar a influência da resiliência e a procura por cuidados e saúde mental dos Africanos Americanos com idade de 65 anos.	<i>Delineamento:</i> Transversal n= 158 (121 mulheres e 57 homens)	Foi encontrada uma relação direta, positiva entre a resistência e a procura por cuidados de saúde mental foi documentada.	A compreensão da resiliência e a procura por cuidados de saúde mental apoia a investigação futura para intervenções que reforçam a resiliência em adultos mais velho.

## Anexo B – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UCPel



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS  
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UCPel

### RESULTADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas analisou o projeto:

**Número:** 2009/24

**Título do projeto:** *"Transtorno de humor: Epidemiologia, fatores neuroquímicos e psicossociais no tratamento psicoterapêutico"*

**Investigador(a) principal:** Ricardo Azevedo da Silva

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da UCPel, em reunião datada de 18 de junho de 2009, ata nº 05.

A avaliação foi realizada pelos membros do comitê, baseada na análise minuciosa do projeto, apresentada por um dos membros.

Outrossim, informamos que é obrigatório a entrega do relatório de conclusão pela coordenação do referido projeto ao Comitê de Ética – CEP/UCPel, na Secretaria da Pró-Reitoria Acadêmica da Universidade Católica de Pelotas.

Pelotas, 20 de julho de 2009



Prof. Dr. Ricardo Tavares Pinheiro  
Coordenador CEP/UCPel

## **Anexo C – Termo de consentimento livre e esclarecido**

### **Informações sobre o estudo ao participante**

*Antes de participar deste estudo, gostaríamos que você tomasse conhecimento do que ele envolve. Damos abaixo alguns esclarecimentos sobre dúvidas que você possa ter.*

### **Qual é o objetivo da pesquisa?**

Com este estudo buscamos testar modelos de tratamento para pessoas com transtornos de humor. Para medir alterações bioquímicas prévias e pós-intervenção, será coletado sangue das pessoas com indicativo de transtornos de humor. Assim, será possível entender melhor modificações de algumas substâncias em consequência do tratamento.

### **Como o estudo será realizado?**

Será realizada uma coleta de sangue do seu braço, na qual será retirado 10 ml de sangue, o que não compromete a sua saúde. Esta coleta será realizada por pesquisadores da área da saúde devidamente treinados para tal função.

### **Existem riscos em participar?**

Os riscos ao participar são mínimos, a coleta de sangue pode causar mal-estar passageiro ou mancha roxa no local. O procedimento será feito com material esterilizado e descartável por profissionais da área de saúde. A coleta será feita para que sejam analisadas algumas substâncias que poderão estar alteradas em função dos transtornos de humor.

### **Itens importantes:**

Você tem a liberdade de desistir do estudo a qualquer momento, sem fornecer um motivo, assim como pedir maiores informações sobre o estudo e o procedimento a ser feito. Isto de maneira alguma irá influenciar na qualidade de seu atendimento neste hospital.

**O que eu ganho com este estudo?**

Você pode se beneficiar pelo tratamento proposto pela equipe de pesquisa que lhe é oferecido sem nenhum custo e de forma rápida. Sua colaboração neste estudo pode ajudar a aumentar o conhecimento científico sobre fatores relacionados aos transtornos de humor, que poderão eventualmente beneficiar você ou outras pessoas. Ao saber melhor quais substâncias estão relacionadas à melhora dos transtornos, um tratamento médico mais direcionado pode ser esperado no futuro.

**Quais são os meus direitos?**

Os resultados deste estudo poderão ser publicados em jornais científicos ou submetidos à autoridade de saúde competente, mas você não será identificado por nome. Sua participação neste estudo é voluntária.

**DECLARAÇÃO:**

Eu, .....declaro que:

1. Concordo total e voluntariamente em fazer parte deste estudo.
2. Recebi uma explicação completa do objetivo do estudo, dos procedimentos envolvidos e o que se espera de mim. O pesquisador me explicou os possíveis problemas que podem surgir em consequência da minha participação neste estudo.
3. Informei o pesquisador sobre medicamentos que estou tomando.
4. Concordo em cooperar inteiramente com o pesquisador supervisor.
5. Estou ciente de que tenho total liberdade de desistir do estudo a qualquer momento e que esta desistência não irá, de forma alguma, afetar meu tratamento ou administração médica futura.
6. Estou ciente de que a informação nos meus registros médicos é essencial para a avaliação dos resultados do estudo. Concordo em liberar esta informação sob o entendimento de que ela será tratada confidencialmente.

7. Estou ciente de que não serei referido por nome em qualquer relatório relacionado a este estudo. Da minha parte, não devo restringir, de forma alguma, os resultados que possam surgir neste estudo.

Nome completo do paciente: \_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_

Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador: \_\_\_\_\_

Para maiores informações entre em contato com Karen Jansen pelos telefones: 81186112 – 21288404 ou Rita Silva pelo telefone: 21288328 – 84178817  
Coordenador do projeto:  
Ricardo Azevedo da Silva (21288404 – 81228378)

## **Anexo D – Hamilton Depression Scale**

### **1. HUMOR DEPRIMIDO (Tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)**

(0) Ausente

(1) Sentimentos relatados apenas ao ser inquirido

(2) Sentimentos relatados espontaneamente com palavras

(3) Comunica os sentimentos não com palavras, isto é, com a expressão facial, a postura, a voz e a tendência ao choro.

(4) Sentimentos deduzidos da comunicação verbal e não-verbal do paciente

### **2. SENTIMENTOS DE CULPA**

(0) Ausente

(1) Auto-recriminação; sente que decepcionou os outros

(2) Idéias de culpa ou ruminação sobre erros passados ou más ações

(3) A doença atual é um castigo

(4) Ouve vozes de acusação ou denúncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras

### **3. SUICÍDIO**

(0) Ausente

(1) Sente que a vida não vale a pena

(2) Desejaria estar morto ou pensa na probabilidade de sua própria morte

(3) Idéias ou gestos suicidas

(4) Tentativa de suicídio ( qualquer tentativa séria, marcar 4)

### **4. INSÔNIA INICIAL**

(0) Sem dificuldades para conciliar o sono

(1) Queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, isto é, mais de meia hora

(2) Queixa-se de dificuldade para conciliar o sono todas as noites

### **5. INSÔNIA INTERMEDIÁRIA**

(0) Sem dificuldades

(1) O paciente se queixa de inquietude e perturbação durante a noite

(2) Acorda à noite - qualquer saída da cama marcar 2 (exceto p/ urinar)

#### 6. INSÔNIA TARDIA

(0) Sem dificuldades

(1) Acorda de madrugada, mas volta a dormir

(2) Incapaz de voltar a conciliar o sono se deixar a cama

#### 7. TRABALHO E ATIVIDADES

(0) Sem dificuldades

(1) Pensamento e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza relacionada a atividades, trabalho ou passatempos

(2) Perda de interesse por atividades (passatempos ou trabalho) quer diretamente relatada pelo paciente, quer indiretamente por desatenção, indecisão e vacilação (sente que precisa esforçar-se para o trabalho ou atividade)

(3) Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, marcar 3 se o paciente não passar ao menos 3 horas por dia em atividades externas (trabalho hospitalar ou passatempo)

(4) Parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, marcar 4 se o paciente não se ocupar com outras atividades, além de pequenas tarefas do leito, ou for incapaz de realizá-las sem ajuda

#### 8. RETARDO (lentidão de idéias e fala; dificuldade de concentração; atividade motora diminuída)

(0) Pensamento e fala normal

(1) Leve retardo à entrevista

(2) Retardo óbvio à entrevista

(3) Entrevista difícil

(4) Estupor completo

## 9. AGITAÇÃO

- (0) Nenhuma
- (1) Inquietude
- (2) Brinca com as mãos, com os cabelos, etc
- (3) Mexe-se, não consegue sentar quieto
- (4) Torce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios

## 10. ANSIEDADE PSÍQUICA

- (0) Sem dificuldade
- (1) Tensão e irritabilidade subjetivas
- (2) Preocupação com trivialidades
- (3) Atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala
- (4) Medos expressos sem serem inquiridos

## 11. ANSIEDADE SOMÁTICA - Concomitantes fisiológicos de ansiedade, tais como:

- Gastrointestinais: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructação;
- Cardiovasculares: palpitações, cefaléia;
- Respiratórios: hiperventilação, suspiros; Freqüência urinária; Sudorese

- (0) Ausente
- (1) Leve
- (2) Moderada
- (3) Grave
- (4) Incapacitante

## 12. SINTOMAS SOMÁTICOS GASTRINTESTINAIS

- (0) Nenhum
- (1) Perda de apetite, mas alimenta-se voluntariamente. Sensações de peso no abdômen
- (2) Dificuldade de comer se não insistirem. Solicita ou exige laxativos ou medicações para os intestinos ou para sintomas digestivos

### 13. SINTOMAS SOMÁTICOS EM GERAL

(0) Nenhum

(1) Peso nos membros, nas costas ou na cabeça. Dores nas costas, cefaléia, mialgias.

Perda de energia e cansaço

(2) Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido (marcar 2)

### 14. SINTOMAS GENITAIS (Sintomas como: perda da libido, distúrbios menstruais)

(0) Ausentes

(1) Leves

(2) Intensos

### 15. HIPOCONDRIA

(0) Ausente

(1) Auto-observação aumentada (com relação ao corpo)

(2) Preocupação com a saúde

(3) Queixas freqüentes, pedidos de ajuda, etc

(4) Idéias delirantes hipocondríacas

### 16. PERDA DE PESO (quando avaliada pela história clínica)

(0) Sem perda de peso

(1) Provável perda de peso associada à moléstia atual

(2) Perda de peso definida (de acordo com o paciente)

(3) Não avaliada

### 17. CONSCIÊNCIA

(0) Reconhece que está deprimido e doente

(1) Reconhece a doença, mas atribui-lhe a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, à necessidade de repouso, etc

(2) Nega estar doente

(8) Não está doente

### Anexo E – Hamilton Anxiety Scale

0 = ausência	1 = intensidade ligeira	2 = intensidade média	3 = intensidade forte	4 = intensidade máxima (incapacitante)	
HUMOR ANSIOSO- inquietude, temor do pior, apreensão quanto ao futuro ou presente, irritabilidade:	0	1	2	3	4
TENSÃO - sensação de tensão, fatigabilidade, tremores, choro fácil, incapacidade de relaxar, agitação, reações de sobressalto:	0	1	2	3	4
MEDO - de escuro, de desconhecidos, de multidão, de ser abandonado, de animais grandes, de trânsito:	0	1	2	3	4
INSÔNIA - dificuldade de adormecer, sonhos penosos, sono interrompido, sono insatisfatório, fadiga ao acordar, pesadelos, terrores noturnos:	0	1	2	3	4
DIFICULDADES INTELECTUAIS - dificuldade de concentração, distúrbios de memória:	0	1	2	3	4
HUMOR DEPRESSIVO - perda de interesse, humor variável, indiferença às atividades de rotina, despertar precoce, depressão:	0	1	2	3	4
SINTOMAS SOMÁTICOS GERAIS (MUSCULARES) - dores e lassidão muscular, rigidez muscular, mioclonias, ranger de dentes, voz insegura:	0	1	2	3	4
SINTOMAS SOMÁTICOS GERAIS (SENSORIAIS) - visão turva, ondas de calor ou frio, sensação de fraqueza, sensação de picada, zumbidos:	0	1	2	3	4
SINTOMAS CARDIOVASCULARES - taquicardia, palpitações, dores pré-cordiais, batidas, pulsações arteriais, sensação de desmaio:	0	1	2	3	4
SINTOMAS RESPIRATÓRIOS -sensação de opressão, dispnéia, constrição torácica, suspiro, bolo faríngeo:	0	1	2	3	4
SINTOMAS GASTROINTESTINAIS - dificuldade de engolir, aerofagia, dispepsia, dor pré ou pós-prandial, queimações, empanzimento, náuseas, vômitos, cólicas diarréias, constipação, perda de peso:	0	1	2	3	4
SINTOMAS GÊNITO-URINÁRIOS - micções freqüentes, urgência de micção, frigidez amenorréia, ejaculação precoce, ausência de ereção, impotência:	0	1	2	3	4
SINTOMAS DO SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO - secura na boca, ruborização, palidez, tendência à sudorese, vertigens, cefaléia de tensão:	0	1	2	3	4
COMPORTAMENTO NA ENTREVISTA - <u>Geral</u> : tenso, pouco à vontade, agitação das mãos, dos dedos tiques, inquietação, respiração suspirosa. <u>Fisiológico</u> : eructações, taquicardia em repouso, ritmo respiratório > 20 rpm:	0	1	2	3	4

**Anexo F – Resilience Scale**

1. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

4. Manter interesse nas coisas é importante para mim

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

8. Eu sou amigo de mim mesmo

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

10. Eu sou determinado

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

12. Eu faço as coisas um dia de cada vez

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

14. Eu sou disciplinado

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

15. Eu mantenho interesse nas coisas

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

16. Eu normalmente posso achar motivo para rir

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

19. Eu posso geralmente olhar uma situação em diversas maneiras

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

21. Minha vida tem sentido

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

### **Anexo G – Childhood Trauma Questionnaire**

**As afirmações abaixo se referem a algumas experiências de quando você era criança ou adolescente.**

Embora estas afirmações sejam de natureza pessoal, por favor, responda o mais sinceramente possível. Para cada afirmação, utilize a escala abaixo para melhor descrever o que você acha que ocorreu enquanto crescia.

**(0) nunca      (1) poucas vezes      (2) às vezes      (3) muitas vezes      (4) sempre**

Enquanto eu crescia...

- |   |                     |
|---|---------------------|
| 1. Eu não tive o suficiente para comer.   | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.   | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo “estúpido (a)”,<br>“preguiçoso (a)” ou “feio (a)”. | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.                                  | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.                                 | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 6. Eu tive que usar roupas sujas.   | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 7. Eu me senti amado (a).   | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.   | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou<br>consultar um médico.            | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.  | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados<br>roxos.                               | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.  | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.   | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me<br>ofenderam.                              | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 15. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente.   | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 16. Eu tive uma ótima infância.   | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.  | (0) (1) (2) (3) (4) |

18. Eu senti que alguém da minha família me odiava. (0) (1) (2) (3) (4)
19. As pessoas da minha família se sentiam unidas. (0) (1) (2) (3) (4)
20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual. (0) (1) (2) (3) (4)
21. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual. (0) (1) (2) (3) (4)
22. Eu tive a melhor família do mundo. (0) (1) (2) (3) (4)
23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo. (0) (1) (2) (3) (4)
24. Alguém me molestou. (0) (1) (2) (3) (4)
25. Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente. (0) (1) (2) (3) (4)
26. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei. (0) (1) (2) (3) (4)
27. Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente. (0) (1) (2) (3) (4)
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio. (0) (1) (2) (3) (4)

*Anexo H – Structured Clinical Interview for DSM*

ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUTURADA PARA O DSM-IV  
TRANSTORNOS DO EIXO I

# SCID - I

## VERSÃO CLÍNICA

Michael B. First, M.D. Robert

L. Spitzer, M.D. Miriam

Gibbon, M.S.W.

Janet B. W. Williams, D.S.W.

Biometrics Research Department New

York State Psychiatric Institute

Department of Psychiatry

New York, New York

# SCID - I

## VERSÃO CLÍNICA

Tradução e Adaptação para o Português realizada por:

Cristina Marta Del Ben Antônio Waldo

Zuardi José Antônio Alves Vilela

José Alexandre de Souza Crippa

Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica  
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto  
Universidade de São Paulo  
Ribeirão Preto, São Paulo

## A. EPISÓDIOS DE HUMOR

### EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

Agora eu vou lhe fazer mais algumas perguntas sobre o seu humor.

**A1**

No mês passado...  
...houve um período em que você se sentia deprimido ou triste a maior parte do dia, quase todos os dias? (Como era isso?)

**A2**

**SE SIM:** Quanto tempo isso durou? (Pelo menos 2 semanas?)  
  
...e quanto a perder o interesse ou o prazer em coisas das quais você geralmente gostava?  
  
**SE SIM:** Isso era quase todos os dias? Quanto tempo durou? (Pelo menos 2 semanas?)

### CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

*NOTA:* Critério B (isto é., não preenche critérios para um Episódio Misto) foi omitido da SCID.

**A.** Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma alteração a partir do funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer.

(1) humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (por ex., sente-se triste ou vazio) ou observação feita por outros (por ex., chora muito). **Nota:** Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.

(2) interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros)

? - +

**A1**

? - +

**A2**

Se **nem A1 ou A2** for codificado como “+” durante o mês atual, avalie Episódio Depressivo Maior, perguntando as questões A1 e A2 novamente, procurando por episódios ao longo da vida, e começando com “Você já teve...”  
**SE PELO MENOS UM PERÍODO DEPRESSIVO PASSADO:** Você já esteve mais do que uma vez assim? Qual desses período foi o pior?  
Se **nem A1 ou A2** já foi codificado como “+”, vá para **A16**, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

**A3**

**PARA AS SEGUINTEs QUESTÕES,**  
**FOCALIZE NO PIOR PERÍODO DE 2 SEMANAS:**  
  
Durante [PERÍODO DE 2 SEMANAS]...  
  
...você perdeu ou ganhou peso? (Quanto? Você estava tentando emagrecer?)

**SE NÃO:** Como estava o seu apetite? (E em comparação a que o seu normal? Isso ocorria quase todos os dias?)

apetite? (E em comparação a

(3) perda ou ganho significativo de peso sem estar

em dieta (por ex., mais de 5% do peso corporal em 1 mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. **Nota:** Em crianças, considerar falha em apresentar os ganhos de peso esperados.

**A4** ...como estava o seu sono? (Dificuldade em pegar no sono, despertar frequente, dificuldade em se manter dormindo, acordar cedo demais,  
OU dormir demais? Quantas horas por noite, comparado com o seu habitual? Isso ocorria quase todos os dias?)

**A5** ...você estava tão agitado ou impaciente que era incapaz de ficar quieto? (Era tão intenso que as pessoas percebiam? O que elas percebiam? Isso ocorria quase todos os dias?)

**SE NÃO:** E quanto ao contrário - falar ou mover-se mais lentamente do que o seu normal? (Era tão intenso que as outras pessoas percebiam? O que elas percebiam? Isso ocorria quase todos os dias?)

**A6** ...como estava a sua disposição? (Cansado o tempo todo? Quase todos os dias?)

**A7** ...como você se sentia sobre você mesmo? (Inútil? Quase todos os dias?)

**SE NÃO:** E quanto a se sentir culpado a respeito de coisas que você fez ou deixou de fazer? (Quase todos os dias?)

**A8** ...você teve dificuldades em pensar ou em se concentrar? (Com que tipo de coisas isso interferia? Quase todos os dias?)

**SE NÃO:** Era difícil tomar decisões sobre coisas cotidianas?

**A9** ...as coisas estavam tão ruins que você pensava muito na morte, ou que seria melhor morrer? E quanto a pensar em se matar?

**SE SIM:** Você fez alguma coisa para se matar?

? - + **A3**

(4) insônia ou hipersonia quase todos os dias

? - + **A4**

(5) agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento)

? - + **A5**

**NOTA:** CONSIDERAR TAMBÉM O COMPORTAMENTO DURANTE A ENTREVISTA.

(6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias

? - + **A6**

(7) sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente auto-recriminação ou culpa por estar doente)

? - + **A7**

**NOTA:** CODIFIQUE COMO “-” SE APENAS BAIXA AUTO-ESTIMA.

(8) capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros)

? - + **A8**

(9) pensamentos recorrentes de morte (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio

? - + **A9**

**A9**

**A10**

PELO MENOS 5 DE A(1)-A(9) SÃO  
CODIFICADOS COMO “+” E PELO MENOS UM  
DESTES É O ITEM A(1) OU A(2).

? - +

**A10**

Se **A10** for codificado como “-” (isto é, menos que cinco são codificados como “+”) pergunte o seguinte se não souber:

(?): Informação Inadequada

(-): Ausente (ou sub-limiar)

( + ): Presente

SCID-CV

A. EPISÓDIOS DE HUMOR

Já houve outras vezes em que você estava deprimido e teve alguns destes sintomas sobre os quais acabamos de conversar?

Se “sim”, volte para **A1**, pág. 04, e pergunte sobre aquele episódio.

Se “não”, vá para **A16**, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

**A11**

**SE NÃO ESTIVER CLARO:** A depressão atrapalhou o seu trabalho, os cuidados com a sua casa ou o seu relacionamento com as outras pessoas?

C. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

? - +

**A11**

Se **A11** for codificado como “-” (isto é, os sintomas não são clinicamente significativos) pergunte o seguinte, se ainda não souber:

Já houve outras vezes em que você estava deprimido e isso atrapalhou sua

vida? Se “sim”, volte para **A1**, pág. 04, e pergunte sobre aquele episódio.

Se “não”, vá para **A16**, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

**A12**

Um pouco antes disso começar, você estava fisicamente doente?

Um pouco antes disso começar, você estava tomando algum remédio?

**SE SIM:** Houve alguma mudança na quantidade que você estava tomando?

Um pouco antes disso começar, você estava bebendo ou usando alguma droga?

D. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipotireoidismo).

? - +

**A12**

Condições médicas gerais etiologicamente relacionadas com depressão maior incluem doença neurológica degenerativa (por ex., mal de Parkinson), doença cerebrovascular (por ex., AVC), condições metabólicas (por ex., deficiência de vitamina B<sub>12</sub>), condições endócrinas (por ex., hiper- e hipotireoidismo, hiper- e hipoadrenalismo), infecções virais ou outras (por ex., hepatite, mononucleose, HIV), e certos tipos de câncer (por ex., carcinoma de pâncreas)

Substâncias etiologicamente relacionadas com depressão maior incluem álcool, anfetaminas, cocaína, alucinógenos, inalantes, opióides, fenciclidina, sedativos, hipnóticos, ansiolíticos. Medicações incluem anti-hipertensivos, contraceptivos orais, corticosteróides, esteróides anabólicos, agentes antineoplásicos, analgésicos, anticolinérgicos, medicações cardíacas.

Se houver alguma indicação de que a depressão possa ser secundária (isto é, devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral ou substância), vá para pág. 18 e retorne aqui para codificar como “-” ou “+”.

Se **A12** for codificado como “-” (isto é, o transtorno de humor é devido a substância ou condição médica geral), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava deprimido e isso não era por causa de [CONDIÇÃO MÉDICA GERAL / USO DE

## SUBSTÂNCIA]?

Se “sim”, volte para **A1**, pág. 04, e pergunte sobre aquele episódio.

Se “não”, vá para **A16**, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

**A13**

**SE NÃO SOUBER:** Isso começou logo após alguém que lhe era próximo Ter morrido?

E. Os sintomas não são melhor explicados por Luto, ou seja, após a morte de um ente querido, os sintomas persistem por mais de

? -

2 meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.

**A13**

Se **A13** for codificado como “-” (isto é, o transtorno de humor é melhor explicado por Luto), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava deprimido e isso não era devido à perda de um ente querido?

Se “sim”, volte para **A1**, pág. 04, e pergunte sobre aquele episódio.

Se “não”, vá para **A16**, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

**A14**

**SE NÃO SOUBER:** Você teve (SINTOMAS CODIFICADOS COMO “+” ACIMA) no último mês?

? - +

**A14****A15**

Por quantas vezes diferentes você esteve [deprimido / PALAVRAS DO PACIENTE] quase todos os dias, por pelo menos duas semanas e teve vários dos sintomas que você descreveu, tais como [SINTOMAS DO PIOR EPISÓDIO]?

\_\_\_\_\_

**CRITÉRIOS A, C, D e E SÃO****CODIFICADOS COMO “+”**

(FAÇA O DIAGNÓSTICO DE EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR)

Número total de Episódios Depressivos Maiores, incluindo o atual (CODIFIQUE 99 se muito numerosos ou se desconhecido)