

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

MARIANA CARRET SOARES

**EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS DOS EFEITOS DE DOIS MODELOS DE
PSICOTERAPIA BREVE: UM ENSAIO CLÍNICO PARA DEPRESSÃO**

Pelotas

2018

MARIANA CARRET SOARES

**EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS DOS EFEITOS DE DOIS MODELOS DE
PSICOTERAPIA BREVE: UM ENSAIO CLÍNICO PARA DEPRESSÃO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde e Comportamento.

Orientador: Prof^o. Dr^o. Ricardo Azevedo da Silva

Pelotas

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S466e	<p>Soares, Mariana Carret</p> <p>Evidências empíricas dos efeitos de dois modelos de psicoterapia breve: em um ensaio clínico randomizado. / Mariana Carret Soares. – Pelotas: UCPEL, 2018.</p> <p>116 f.</p> <p>Tese (doutorado) – Universidade Católica de Pelotas, Mestrado em Saúde e Comportamento, Pelotas, BR-RS, 2018. Orientador: Ricardo Azevedo da Silva; co-orientadora: Thaíse Campos Mondin</p> <p>1. psicoterapia breve. 2. funcionalidade. 3. ansiedade. I. Silva, Ricardo Azevedo da , or. II. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDD 616</p>	
-------	--	--

**EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS DOS EFEITOS DE DOIS MODELOS DE
PSICOTERAPIA BREVE: UM ENSAIO CLÍNICO PARA DEPRESSÃO**

Conceito final: _____

Aprovado em: ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Giovanna Del Grande da Silva Alves

Profa. Dra. Karen Jansen

Profa. Dra. Taiane de Azevedo Cardoso

Orientador – Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva

Co-Orientadora – Dra. Thaíse Campos Mondin

“Tudo em mim é a tendência para ser a seguir outra coisa; uma impaciência da alma consigo mesma, como uma criança inoportuna; um desassossego sempre crescente e sempre igual.”

Fernando Pessoa

Agradecimentos

Aos meus pais, por terem me ensinado que as conquistas são realizáveis se nos esforçamos para alcançar, por estarem sempre perto e me apoiando sem medir esforços. Ao Thiago, por embarcar comigo nos meus sonhos, obrigada pelo companheirismo e por me ajudar a sonhar sempre mais alto. Às minhas irmãs por me apoiarem nas minhas escolhas, obrigada pela parceria. Aos pequenos Otávio, Maia e Livia, não há palavras para descrever o amor que sinto por vocês, obrigada por trazerem um colorido especial aos meus dias só pela presença. À toda a minha grande família, pelo amor e por sempre acreditarem em mim.

Aos amigos Marta e Damé, que trazem sempre leveza e alegria pra minha vida. Camila, George, Marina, Valquíria, Otávio e Rafael, obrigada por estarem sempre disponíveis, mesmo que *on-line*, para partilharmos nossas angústias e alegrias. À Natália, que além da grande amizade, me ajudou e trabalhou junto.

Ao meu orientador Ricardo Silva, por todos os conhecimentos compartilhados e o apoio dedicado durante esse percurso. À minha co-orientadora Tháise, que caminhou comigo lado a lado, sempre disponível e empenhada em me ensinar a “fazer pesquisa”. Meu muito obrigada, vocês fizeram toda a diferença na minha formação.

À minha “família” portuguesa pelo acolhimento e incentivo, por fazerem da minha experiência em Portugal um ano rico e cheio de amor. Olga, Manuel e Inês, vocês e as suas famílias vão estar pra sempre dentro do meu coração, muito obrigada por tudo.

À Flávia Jonas, que além estar sempre disponível em ajudar, embarcou comigo em uma experiência de muito aprendizado e conhecimento.

À *equipa* portuguesa, por todo o conhecimento compartilhado. Ao Professor Miguel Gonçalves, pela persistência e disponibilidade em me ajudar nesse processo. Pablo e Carina, meus companheiros de codificação, foi um prazer enorme trabalhar com vocês, obrigada pela amizade.

A todos os amigos do PDSE, em especial a Maira, Micheli e Raquel, vocês ressignificaram a minha vivência em Portugal, obrigada pela alegria e amizade.

Aos pacientes do ensaio clínico, que aceitaram doar seu tempo e suas angústias para participar da pesquisa, e a todas as pessoas envolvidas nesse trabalho.

À banca avaliadora, por terem aceitado o convite de avaliar o meu trabalho.

RESUMO

Introdução: A depressão maior é um transtorno incapacitante, bastante prevalente e está associada à redução da qualidade de vida, deficiência nas relações sociais e pessoais e prejuízo na funcionalidade da vida profissional. Os modelos breves de psicoterapia têm se mostrado eficazes, tendo nos últimos anos havido um crescente interesse e compromisso com a integração desses modelos com outros serviços de saúde mental no contexto de cuidados primários.

Objetivos: Esta tese tem como objetivo avaliar a eficácia de dois modelos de psicoterapia breve para depressão no progresso terapêutico e na melhora de sintomas depressivos após a intervenção. Como também, avaliar o impacto destes dois modelos de psicoterapia breve na funcionalidade do paciente e na sintomatologia depressiva e ansiosa no follow-up de doze-meses.

Método: Foi realizado um ensaio clínico randomizado com 247 indivíduos de 18 a 60 anos de idade que buscaram por tratamento psicoterapêutico no Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental da Universidade Católica de Pelotas. O diagnóstico de transtorno depressivo maior foi realizado através da *Mini International Neuropsychiatric Interview – PLUS* (MINI-PLUS). Os modelos de psicoterapia utilizados foram: Psicoterapia Dinâmica Suportiva-Expressiva (PDSE) (18 sessões) e Terapia Cognitiva-Comportamental (TCC) (16 sessões). O progresso terapêutico foi avaliado através do instrumento *Outcome Questionnaire-45* (OQ-45) e os sintomas depressivos através do *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II). A funcionalidade do paciente foi avaliada através da *Functional Assesment Short Test* (FAST) e a sintomatologia ansiosa através do *Beck Anxiety Inventory* (BAI). Participantes foram avaliados no início, durante o tratamento e após a intervenção (última sessão), como também no *follow-up* de seis e doze-meses.

Resultados: Ambos modelos foram eficazes na melhora do BDI-II do *baseline* ao pós-intervenção na TCC ($p \leq 0.05$; *Cohens'd* = 1.27) e OQ-45 ($p \leq 0.05$; *Cohens'd* = 1.42), e na PDSE no BDI-II ($p \leq 0.05$; *Cohens'd* = 1.09) e OQ-45 ($p \leq 0.05$; *Cohens'd* = 1.13), sem diferença entre os modelos para o BDI-II (IC = -0.19 a 0.52) e OQ-45 (IC = -0.14 a 0.57). Houve uma melhora na funcionalidade em ambos modelos do *baseline* ao follow-up de doze-meses ($F = 22.981$, $p < 0.001$), nos sintomas depressivos ($F = 50.054$; $p < 0.001$) e sintomas ansiosos ($F = 21.036$; $p < 0.001$). Não houve diferenças entre os modelos em todos os tempos de avaliação.

Conclusão: Os dados demonstram que ambos os modelos de psicoterapia foram eficazes na melhora da autoavaliação do progresso terapêutico e dos sintomas depressivos durante o

tratamento para o transtorno depressivo maior, como também tiveram impacto na melhora da funcionalidade e da sintomatologia ansiosa e depressiva um ano após o término.

Palavras-chave: Transtorno depressivo maior; psicoterapia breve; funcionalidade; ansiedade.

ABSTRACT

Introduction: Major depression is a disabling and high prevalence disorder and is associated with reduced quality of life, disability in social and personal relationships and impaired functionality of working life. Brief models of psychotherapy have proved effective and have in recent years been an increasing interest and commitment to the integration of this psychotherapy model with other mental health services in the context of primary care.

Aims: The aim of this thesis is to evaluate the efficacy of two brief psychotherapy models for depression on the therapeutic progress and on the improvement of depressive symptoms at post-intervention. As well as, evaluated the impact of these two brief psychotherapy models on patient's functionality and on depressive and anxious symptomatology at twelve-month follow-up.

Method: A randomized clinical trial was conducted with individuals of 18-60 years of age who sought for psychotherapeutic treatment at the Clinic of Research and Extension in Mental Health of the Catholic University of Pelotas. The diagnosis was conducted according to the Mini International Neuropsychiatric Interview – Plus (MINI-PLUS). Two models of psychotherapy were used: Supportive-Expressive dynamic psychotherapy (SEDP) (18 sessions) and Cognitive Behavior Therapy (CBT) (16 sessions). Therapeutic progress was evaluated through Outcome Questionnaire 45 (OQ-45) and the depressive symptoms through Beck depression inventory-II (BDI-II). Patients functionality was evaluated through Functional Assessment Short Test (FAST) and anxious symptoms through Beck Anxiety Inventory (BAI). Participants were evaluated at baseline, post-intervention (last session), at six-month and twelve-month follow-up.

Results: Both models were effective in BDI-II improvement from baseline to post-intervention at CBT ($p \leq 0.05$; *Cohens' d* = 1.27) and OQ-45 ($p \leq 0.05$; *Cohens' d* = 1.42), and at SEDP group in BDI-II ($p \leq 0.05$; *Cohens' d* = 1.09) and OQ-45 ($p \leq 0.05$; *Cohens' d* = 1.13), no differences were found between the models for BDI-II (IC = -0.19 a 0.52) and OQ-45 (IC= -0.14 a 0.57). There was a significant increase in patient's functionality in both models from baseline to twelve-month follow-up ($F = 22.981$, $p < 0.001$), in depressive symptoms ($F = 50.054$; $p < 0.001$) and anxious symptoms ($F = 21.036$; $p < 0.001$). there were no differences between models in all evaluation's times.

Conclusion: Both models of psychotherapy were effective in improving depressive symptoms during the treatment for major depressive disorder, as well as had an impact in improving patient functionality and depressive and anxious symptomatology a year after its end.

Keywords: Major depressive disorder; brief psychotherapy; functionality; anxiety.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Artigo 1

Figura 1 – CONSORT flow chart in the clinical trial.

Figura 2 – Course of symptom reduction in both treatment conditions on BDI-II and OQ-45.

Artigo 2

Figura 1 – CONSORT flow diagram in the clinical trial and follow-up assessments.

Figura 2 – Total mean of functionality domains at baseline, postintervention, at six-month and twelve-month follow-up, with completers sample.

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

Tabela 1 – Clinical and demographic characteristics of sample at baseline, according to treatment condition.

Tabela 2 – ITT and completers analysis pretreatment and posttreatment mean scores, and effect sizes for SEDP and CBT.

Tabela 3 – Follow-up outcomes according to the basic model of analysis and when corrected for different set of covariates.

Tabela 4 – Types of change between treatment condition and BDI-II and OQ-45.

Artigo 2

Tabela 1 – Sociodemographic characteristics of sample at baseline, according to treatment condition.

Tabela 2 – Comparison of functionality, depression and anxious symptoms between CBT and SEDP from baseline to twelve-month follow-up.

Tabela 3 – Intent-to-treatment sample and completers sample at baseline, post-intervention and follow-up evaluations.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental	APESM
<i>Beck Anxiety Inventory</i>	<i>BAI</i>
<i>Beck Depression Inventory II</i>	BDI-II
Centro de Atenção Psicossocial	CAPS
<i>Functional Assesment Short Test</i>	FAST
Mini International Neuropsychiatric Interview	MINI
<i>Outcome Questionnaire 45.2</i>	OQ-45
Psicoterapia Dinâmica Suportiva-Expressiva	PDSE
Psicoterapia Psicodinâmica de Curto Prazo	PPCP
Terapia Cognitivo Comportamental	TCC
Transtorno Depressivo Maior	TDM
Unidade Básica de Saúde	UBS
Universidade Católica de Pelotas	UCPel
<i>World Health Organization</i>	WHO

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
PARTE I - PROJETO	16
1. IDENTIFICAÇÃO	17
1.1 TÍTULO	17
1.2 DOUTORANDA	17
1.3 ORIENTADOR:	17
1.4 INSTITUIÇÃO:	17
1.5 CURSO:	17
1.6 LINHA DE PESQUISA:	17
1.7 DATA:	17
2. INTRODUÇÃO	18
3. OBJETIVOS E HIPÓTESES	19
OBJETIVO GERAL DA TESE	19
ARTIGO 1	19
<i>Objetivo geral</i>	19
<i>Objetivos específicos</i>	19
<i>Hipóteses</i>	19
ARTIGO 2	20
<i>Objetivo geral</i>	20
<i>Objetivos específicos</i>	20
<i>Hipóteses</i>	20
4. REVISÃO DE LITERATURA	21
4.1 ESTRATÉGIAS DE BUSCA	21
4.2 TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR: CARACTERÍSTICAS, PREVALÊNCIAS E PSICOTERAPIAS	21
4.3 MEDIDAS CLÍNICAS: EFICÁCIA, SIGNIFICÂNCIA CLÍNICA E TAXA DE MUDANÇA	23
4.4 FUNCIONALIDADE E SINTOMAS ANSIOSOS NA DEPRESSÃO	24
5. MÉTODO	26
5.1 DELINEAMENTO	26
5.2 PARTICIPANTES	26
5.2.1 <i>Crêterios de inclusãe e exclusãe</i>	27
5.3 TERAPEUTAS	27
5.4 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS	27
5.4.1 <i>Randomizaçãe</i>	27
5.4.2 <i>Modelos de intervençãe</i>	28
5.4.3 <i>Desistências ou perdas</i>	28
5.5 INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS	29
5.5.1 <i>Caracterizaçãe da amostra</i>	29
5.5.2 <i>Crêterio Diagnóstico</i>	29
5.5.3 <i>Beck Depression Inventory (BDI-II)</i>	29
5.5.4 <i>Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45)</i>	30
5.5.5 <i>Functioning Assessment Short Test (FAST)</i>	30
5.5.6 <i>Beck Anxiety Inventory (BAI)</i>	31
5.5.7 <i>Coleta de dados</i>	31
5.5.8 <i>Estudo-piloto</i>	32
5.5.9 <i>Treinamento da equipe de pesquisa e Coleta de dados</i>	32
5.6 ANÁLISE DE DADOS	32
5.7 ASPECTOS ÉTICOS	33

5.7.1 Riscos	34
5.7.2 Benefícios	34
5.7 CRONOGRAMA	34
5.8 ORÇAMENTO	35
REFERÊNCIAS	36
PARTE II - ARTIGOS	43
ARTIGO 1 - COMPARISON OF CLINICAL SIGNIFICANCE OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY AND PSYCHODYNAMIC THERAPY FOR MAJOR DEPRESSIVE DISORDER: A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL*	44
ABSTRACT	45
INTRODUCTION	46
METHOD	46
RESULTS	51
DISCUSSION	53
CONCLUSIONS	55
REFERENCES	57
ARTIGO 2 - LONG-TERM EFFECTS OF TWO PSYCHOTHERAPY MODELS ON FUNCTIONING OF PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER: A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL. *	68
ABSTRACT	69
INTRODUCTION	70
METHODS	71
RESULTS	75
DISCUSSION	78
REFERENCES	81
PARTE III – CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
ANEXOS	93
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – APESM	94
ANEXO B - CONTRATO TERAPÊUTICO – PSICOTERAPIA SUPORTIVA-EXPRESSIVA	96
ANEXO C - CONTRATO TERAPÊUTICO – PSICOTERAPIA COGNITVO-COMPORTAMENTAL	98
ANEXO D - CARTA DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA	100
ANEXO E - INSTRUMENTOS	102

¹Os instrumentos *Beck Anxiety Inventory (BAI)*, *Beck Depression Inventory (BDI-II)*, *Functional Assessment Short Test (FAST)* e *Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45)* não são apresentados como anexos por não serem de domínio público.

APRESENTAÇÃO

O transtorno depressivo maior é reconhecidamente um problema de saúde pública e evidencia-se pelo comprometimento das atividades cotidianas do indivíduo, principalmente nos relacionamentos sociais, reforçando a necessidade de tratamento eficazes. Sendo assim, o objetivo desta tese foi avaliar o impacto de dois modelos de psicoterapia breve – cognitivo-comportamental e psicodinâmico – em um ensaio clínico randomizado para depressão. Para tal medidas de desfecho foram avaliadas, sendo estas: progresso terapêutico, funcionalidade do paciente e os sintomas depressivos e ansiosos.

Este trabalho segue a formatação para teses e dissertações do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas (UCPel). Foi elaborado como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde e Comportamento e é dividido em três partes. A primeira refere-se ao projeto do estudo, seguido dos artigos resultantes deste projeto, enquanto a terceira parte compreende as considerações finais.

A primeira parte inclui a revisão de literatura sobre o transtorno depressivo maior, os sintomas ansiosos e a funcionalidade, bem como sobre as medidas clínicas que compreendem a avaliação do tratamento psicoterápico. Além disso, tem por finalidade apresentar os objetivos gerais e específicos, como também os procedimentos metodológicos empregados na elaboração do estudo, e posteriormente, para os artigos.

Na parte II encontram-se os dois artigos produzidos a partir da coleta de dados do ensaio clínico randomizado para depressão. O primeiro artigo tem como objetivo avaliar a eficácia de dois modelos de psicoterapia breve para depressão maior no progresso terapêutico e na melhora dos sintomas depressivos. O segundo artigo avaliou o impacto dos dois modelos de psicoterapia breve para depressão na funcionalidade do paciente e nos sintomas depressivos e ansiosos. Após a apresentação dos dois artigos, foram incluídas algumas considerações finais (parte III) a fim de indicar as respostas aos objetivos desta tese e concluir os principais achados.

PARTE I - PROJETO

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1 Título: Evidências empíricas dos efeitos de dois modelos de psicoterapia breve: um ensaio clínico para depressão

1.2 Doutoranda: Mariana Carret Soares

1.3 Orientador: Ricardo Azevedo da Silva

1.4 Instituição: Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

1.5 Curso: Doutorado em Saúde e Comportamento

1.6 Linha de pesquisa: Psicologia da saúde

1.7 Data: Setembro de 2016

2. INTRODUÇÃO

A depressão maior é um transtorno incapacitante e bastante prevalente, afetando cerca de 350 milhões de pessoas no mundo. Está associada à redução da qualidade de vida, deficiência nas relações sociais e pessoais e prejuízo na funcionalidade da vida profissional, sendo uma das principais causas de sobrecarga de doença em países de baixa renda (World Health Organization – WHO, 2015). Devido ao impacto negativo do transtorno sobre a vida dos indivíduos e suas famílias, reforça-se a necessidade de tratamento eficazes.

Apesar do fato de ter treze tratamentos para depressão unipolar listados como tendo evidência empírica confiável (Hayes e Strunk, 2006) uma proporção considerável de pacientes deixa o tratamento sem ganhos substanciais e/ou com recaídas após o tratamento. Devido a isso pesquisas com ênfase em resultados na eficácia de tratamento é recomendável (Chambless & Hollon, 1998; Connolly Gibbons, Crits-Christoph & Hearon, 2008).

Dentre os tratamentos disponíveis para esse transtorno, modelos breves de psicoterapia psicodinâmica e de psicoterapia cognitivo-comportamental tem se mostrado eficazes (Connolly Gibbons et al., 2016; WHO, 2015; Lopes et al., 2014;). Embora, segundo recente meta-análise (Driessen et al., 2015), futuras pesquisas com psicoterapia psicodinâmica para transtorno depressivo maior (TDM) são necessárias, pois o campo de pesquisa precisa de qualidade mais alta e rigorosos ensaios controlados.

Há também uma dificuldade histórica dos pesquisadores de encontrar efeitos diferenciais entre os tipos de psicoterapias, o que os levou a estudar fatores terapêuticos ativos considerados comuns, e como processos específicos do tratamento produzem benefícios em quais pacientes (Abbass & Town, 2016). Sendo assim, para uma compreensão mais ampla sobre os fatores subjacentes ao processo de mudança do sujeito, envolvidos na psicoterapia, é necessário também um olhar atento a questões como funcionamento da vida do paciente, doenças mentais comórbidas e remissão ou a menor diminuição dos sintomas.

Com isso, além de evidenciar a presença ou ausência de eficácia, é importante igualmente entender através de quais variáveis as intervenções terapêuticas produzem mudanças, podendo assim contribuir para o delineamento de estratégias úteis para a obtenção da melhora terapêutica. Assim, o objetivo deste projeto de tese é avaliar o efeito da Psicoterapia Dinâmica Suportiva-Expressiva e da Terapia Cognitiva-Comportamental no progresso terapêutico, na funcionalidade, bem como, na melhora da sintomatologia depressiva e ansiosa

em indivíduos com diagnóstico de transtorno depressivo maior, imediatamente após a intervenção e no *follow-up* de seis e doze-meses.

3. OBJETIVOS E HIPÓTESES

Objetivo geral da tese

Avaliar o efeito da Psicoterapia Dinâmica Suportiva-Expressiva e da Terapia Cognitiva-Comportamental no progresso terapêutico, na funcionalidade, bem como, na melhora da sintomatologia depressiva e ansiosa em indivíduos com diagnóstico de transtorno depressivo maior.

Artigo 1

Objetivo geral

Avaliar a eficácia de dois modelos de psicoterapia breve no progresso terapêutico e na melhora de sintomas depressivos em indivíduos com diagnóstico de transtorno depressivo maior.

Objetivos específicos

- Avaliar a eficácia de dois modelos de psicoterapia breve em reduzir sintomas depressivos em pacientes do pré para o pós-tratamento;
- Avaliar mudanças nos escores de significância clínica no pós-intervenção;
- Avaliar se houve diferenças durante o tratamento na taxa de mudança, utilizando os escores do *Beck Depression Inventory II* (BDI-II) e *Outcome Questionnaire 45* (OQ-45).

Hipóteses

- Os dois modelos de psicoterapia avaliados serão eficazes na redução de sintomas depressivos no pós-tratamento;

- Os escores de significância clínica melhorarão significativamente nos dois modelos de tratamento no pós-intervenção;
- Serão encontradas diferenças na taxa de mudança durante o tratamento entre os modelos, nas duas medidas de desfecho.

Artigo 2

Objetivo geral

Avaliar o impacto de dois modelos de psicoterapia breve para depressão na funcionalidade do paciente e na sintomatologia depressiva e ansiosa em indivíduos com diagnóstico de transtorno depressivo maior.

Objetivos específicos

- Correlacionar a melhora no funcionamento com a remissão dos sintomas depressivos nos dois modelos de terapia;
- Correlacionar o funcionamento com a melhora dos sintomas ansiosos nos modelos de terapia.

Hipóteses

- Uma correlação positiva moderada significativa será observada entre a melhora na funcionalidade e a remissão dos sintomas depressivos nos dois modelos de terapia;
- Uma correlação positiva moderada significativa será observada entre funcionamento e a melhora dos sintomas ansiosos nos dois modelos de psicoterapia.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Estratégias de busca

Esta revisão de literatura foi realizada nas bases de dados *Pubmed* e *Psycoinfo*. Para completar a busca, foram utilizados também os recursos do *Google Acadêmico* e *Scielo*, com o objetivo de ampliar os descritores e recuperar artigos não obtidos pelas estratégias de busca anteriores. Foram utilizados como filtros: estudos com humanos; nos idiomas inglês, português e espanhol; publicados nos últimos 10 anos.

Na busca utilizou-se os seguintes descritores: (1) *psychotherapeutic efficacy*; (2) *clinical significance and depression*; (3) *psychosocial functioning and depression*; (4) *supportive expressive and depression*; (5) *CBT and depression*; (6) *anxiety and depression and psychotherapy*.

Abaixo, encontram-se descritos os principais resultados da revisão de literatura.

4.2 Transtorno depressivo maior: características, prevalências e psicoterapias

A depressão caracteriza-se como um conjunto de transtornos, sendo sistematizado como “transtornos de humor” pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV; APA, 2014) e “transtornos afetivos” pela classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10; Organização Mundial de Saúde – OMS, 1994). Como sintomas de depressão, destacam-se os sentimentos de tristeza, perda e/ ou falta de confiança, visões negativas sobre si e os outros, perda de interesse nas atividades sociais, no apetite e no sono e em casos mais graves, suicídio (WHO, 2016; Ludermir & Lewis, 2001). Esta é reconhecidamente um problema de saúde pública e evidencia-se pelo comprometimento das atividades cotidianas do indivíduo, principalmente nos relacionamentos sociais (Blas & Kurup, 2010). Existem diversas abordagens no estudo do Transtorno depressivo maior (TDM), uma vez que pode ser decorrente de fatores genéticos, psicológicos, familiares e sociais.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2016), pelo menos 350 milhões de pessoas vivem com TDM, e em termos mundiais, estima-se que em 2020 o transtorno será a segunda causa de incapacidade em saúde (Blas & Kurup, 2010; Murray & Lopez, 1997). No Brasil, a prevalência de autorrelato de diagnóstico médico de depressão encontrada no Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional de Saúde, inquérito de base

populacional, no ano de 2008 foi de 4,1% (Stopa et al., 2015). Dados do estudo São Paulo Megacity 2008, que se baseou em um instrumento de entrevista estruturado o qual gera diagnósticos de acordo com os critérios do DSM-IV, encontrou prevalência de TDM, com referência para os últimos 12 meses, de 9,4% (Andrade et al., 2012). Em amostras de base populacional a prevalência é de 17-20%, enquanto que em amostras clínicas esse número varia entre 22% e 47% (Fleck et al., 2003; Molina et al., 2012; Munhoz, 2012).

Há efetivos tratamentos para TDM, em diferentes formatos, tendo nos últimos anos havido um crescente interesse e compromisso com a integração de psicoterapia breve e outros serviços de saúde mental no contexto de cuidados primários (Nieuwsma et al., 2012). Os modelos de psicoterapia breve para depressão podem ser facilmente implementados e representar uma ótima opção de intervenção, Lambert (2013) demonstrou resultados positivos (remissão de sintomas variando entre 35% e 70%) em pacientes tratados pelas mais diversas formas de psicoterapia em comparação a pacientes em fila de espera, que receberam placebo ou que não foram tratados.

Entre os tipos de psicoterapia breve existentes, evidenciam-se a psicoterapia psicodinâmica, incluindo a Psicoterapia Dinâmica Suportiva-expressiva (PDSE) (Luborsky, 1984; Luborsky et al., 1995), e a Terapia Cognitiva-Comportamental (TCC) (Beck et al., 1997). São características da psicoterapia psicodinâmica: foco nos processos inconscientes; foco no afeto, cognições, desejos, fantasias e relações interpessoais; relativamente menos orientação, uso de perguntas abertas; uso de interpretação e esclarecimento; consideração da transferência e contratransferência; e o uso da relação terapêutica para aumentar a autoconsciência, auto compreensão, e exploração (Barber et al., 2013). Já a abordagem da TCC é baseada na noção de que o pensamento desempenha um papel na etiologia ou manutenção dos distúrbios psicológicos e procura reduzir o estresse e melhorar o enfrentamento, mudando crenças mal adaptativas e ensinando novas habilidades de processamento de informação (Hollon & Beck, 2013).

Ambos os tipos de psicoterapia têm como objetivo final promover a mudança e a melhora sintomática do paciente, porém como cada uma delas irá percorrer esse caminho e quais os fatores se relacionam ao sucesso dos resultados, avigoram a necessidade de pesquisas para clarificação. De acordo com recente meta-análise (Driessen et al., 2015) estudos publicados com desfechos de psicoterapia psicodinâmica de curto prazo (PPCP) para transtorno depressivo, relataram na média ganhos grandes e sustentáveis. Essa meta-análise achou nenhuma diferença de desfecho entre PPCP e outros modelos de terapia qualificadas, tal como

a TCC. No entanto, apesar destes achados, a ideia de que os modelos de terapia guiados pela TCC ainda são superiores do que a psicodinâmica. Com isso a necessidade de estudos que comparem igualmente os dois tipos de terapia, usando desenhos randomizados de alta qualidade (Abbass & Town, 2016). Há ainda necessidade de ensaios clínicos que comparem *head-to-head* os dois tipos de terapia.

4.3 Medidas clínicas: Eficácia, Significância Clínica e Taxa De Mudança

Os dados disponíveis têm demonstrado que tratamentos psicológicos são eficazes no tratamento de transtornos depressivos (Cuijpers et al., 2010; WHO, 2015). As psicoterapias psicodinâmicas são respeitadas no tratamento para TDM, embora sua eficácia a este respeito ainda não tenha sido estudada de forma extensiva como a eficácia de outras psicoterapias, como a terapia cognitivo comportamental (Cuijpers et al., 2008; Thase, 2013). Isto se reflete em diretrizes de tratamento, que normalmente não consideram a psicodinâmica de curto prazo (PPCP) a primeira opção para o tratamento de depressão (National Institute for Health and Care Excellence – NICE, 2016; APA, 2010). De modo semelhante, Connolly-Gibbons, Crits-Christoph e Hearon (2008) argumentaram que a PPCP para TDM não cumpre os critérios para tratamentos psicológicos suportados empiricamente formulados por Chambless e Hollon (1998), devido a diferentes tipos de PPCP estudado e a qualidade metodológica dos estudos.

No entanto, dois ensaios envolvendo o tratamento do TDM (Burnand et al., 2002; De Jonghe et al., 2001) demonstraram que a psicoterapia psicodinâmica mais medicação é superior à medicação sozinha, e um estudo piloto (Gibbons et al., 2012) demonstrou que a psicodinâmica foi superior ao tratamento usual para tratar o transtorno em um ambiente de saúde mental comunitária. O maior estudo até o momento demonstra que a psicodinâmica foi estatisticamente não inferior à TCC para o tratamento de depressão em um ambulatório na Pensilvânia (Connolly Gibbons et al., 2016).

Além da eficácia da psicoterapia, outro termo que tem emergido para descrever a avaliação da mudança significativa durante o tratamento, é a significância clínica, tendo sua origem na análise do comportamento (Keller, 2003). Desde então, significância clínica vem sendo o termo mais usado entre psicólogos para conotar mudança clinicamente significativa, estatisticamente confiáveis, com foco em resultados para pacientes de psicoterapia individual sobre médias em grupo (Jacobson et al., 1999; Follette & Callaghan, 2001). No entanto, poucos estudos têm incorporado essa medida. Uma das exceções é Moleiro e Beutler (2009), que

evidenciam diferenças entre vários tratamentos: terapia cognitiva de grupo; terapia cognitiva individual; e terapia psicodinâmica individual, sendo estes capazes de produzir mudanças clínicas significativas.

A significância clínica foi avaliada em dois estudos com a terapia narrativa (TN). Vromans e Schweitez (2011) encontraram que 74% dos participantes tiveram uma melhora confiável, 61% mudaram para faixa populacional funcional e 53% se recuperaram. Lopes e colegas (2014) que compararam a TCC com a TN, encontrou que o grupo da TCC apresentou uma redução significativamente maior de sintomas depressivos no pós-tratamento e uma proporção significativamente maior de pacientes que responderam ao tratamento.

Outra taxa de mudança avaliada em pesquisas com psicoterapia é acessada através da remissão de sintomas do paciente. Remissão é considerada como uma ausência das características que inicialmente justificaram o diagnóstico de uma condição, com a implicação de um risco menor que a condição vai voltar no futuro. Com esta ênfase em uma ausência de características do transtorno, a noção de remissão foi estendida para o estudo dos transtornos psiquiátricos. Cuijpers e colegas (2008) constataram que, tratamento psicológico individual não difere significativamente quando comparado com tratamento de grupo, no que refere a remissão de sintomas depressivos no pós-tratamento.

Em uma pesquisa realizada em um Ambulatório Psicoterapêutico, na Alemanha, a taxa de remissão dos pacientes que completaram o tratamento variou de 56-61% e no grupo de intenção-de-tratar foi cerca de 50%. Logo, apesar da taxa do tamanho de efeito (*effect size*) ter sido de 1.47 para o primeiro grupo, e 1.18 para o segundo, se mostrou evidente que uma proporção considerável de pacientes não teve alterações no fim do tratamento (Hiller, Schindler & Lambert, 2012). Com isso percebe-se a importância de avaliar a mudança durante o processo psicoterapêutico de diversas formas, a fim de alcançar um olhar mais abrangente sobre o processo de mudança e melhora do paciente.

4.4 Medidas secundárias: Funcionalidade e sintomas ansiosos na depressão

Grande parte das pesquisas sobre os efeitos psicoterapêuticos, segundo meta-análise realizada (Leichsenring, Rabung e Leibing, 2004), baseiam a evidência da melhora em medidas de efeito centradas em problemas específicos após o término da psicoterapia, no entanto, estas medidas não são suficientes para avaliar o processo de mudança durante o curso da psicoterapia.

Desta maneira, é importante ir além dos sintomas e considerar outros aspectos como indicadores dos efeitos psicoterápicos, sendo necessário completar as habituais medidas de resultados com métodos sensíveis às manifestações de mudanças através do processo. Logo, sabendo que o transtorno depressivo maior, devido as suas características afeta aspectos da vida do paciente, como a funcionalidade e o aumento dos sintomas de ansiedade, torna-se importante o acompanhamento destes durante a psicoterapia do paciente, com intuito de no fim do tratamento essas medidas retornem a um nível normal.

A relação entre depressão e ansiedade é bastante controversa e tema de diversos estudos e propostas de classificação. Sintomas ansiosos, incluindo ataque de pânico, medos patológicos e obsessões, são comuns durante episódios depressivos e, em geral, são relacionados a pior prognóstico (Fava et al., 2000). A comorbidade do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) com outras doenças psiquiátricas é bastante elevada. Muitos destes pacientes apresentam sintomas depressivos, e a associação com TDM ao longo da vida pode chegar a 50% (Haskins, 1999). A comorbidade dos transtornos de depressão e ansiedade ocorrem em até 25% dos pacientes da clínica geral (Sartorius et al., 1996), sendo cerca de 85% dos pacientes com depressão tem sintomas de ansiedade como comorbidade (Gorman, 1996). Pacientes com ansiedade e/ou depressão são particularmente mais propensos a apresentar queixas físicas, corroborando para a piora da sua funcionalidade (Goldberg, 1995).

Uma pesquisa recente (Sacchetti et al., 2015) encontrou que pacientes com TDM, em remissão de sintomas, tem melhor funcionamento do que os pacientes levemente deprimidos, e Mojtabai (2001) encontrou que estes tendem a ter dias mais difíceis do que os indivíduos não-deprimidos, mesmo 6-12 meses após o final do episódio. Outro estudo encontrou que menor apoio social e maior comprometimento funcional foram associados com maiores sintomas depressivos. Em um alto nível de comprometimento funcional, as associações inversas entre os índices de apoio social e sintomas depressivos foram atenuadas (Van Orden, Podgorski e Conwell, 2015). Em um estudo do tipo experimental com grupos equivalentes, acompanhados no pré e pós-intervenção, os participantes com TDM mostraram redução significativa nos sintomas depressivos e no comprometimento funcional, como também melhoraram significativamente os escores de qualidade de vida e bem-estar, durante o período do estudo (Rentala et al., 2015). Em um ensaio clínico randomizado com pacientes oncológicos com diagnóstico de TDM, esta foi associada negativamente a todos os domínios do instrumento de qualidade de vida (Brown et al, 2010). Beutel e colegas (2013) encontraram que a psicoterapia psicodinâmica de curto prazo é um tratamento eficaz para a melhora de sintomas depressivos e

qualidade de vida funcional em pacientes com TDM com câncer de mama. Por fim, sintomas depressivos predizem diferencialmente o funcionamento psicossocial (Denninger et al., 2011; Fried & Nesse, 2014; Uher et al., 2012).

Tendo em vista as evidências da importância destes indicadores na avaliação da mudança nos pacientes com transtorno depressivo maior, e a estimativa de que em 2020 o TDM será a segunda causa de incapacidade em saúde, avaliar o seu impacto na vida destes indivíduos se torna fundamental.

5. MÉTODO

5.1 Delineamento

Ensaio clínico randomizado com dois modelos de psicoterapia breve, realizado na cidade de Pelotas, RS, Brasil.

5.2 Participantes

Adultos de 18 a 60 anos de idade que buscaram por tratamento psicoterapêutico no Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental (APESM) da Universidade Católica de Pelotas (UCPel). A amostra foi selecionada por conveniência. Os participantes foram indivíduos que voluntariamente buscaram pelo serviço de psicologia. Este ensaio clínico foi divulgado em anúncios nas rádios locais e nos serviços de saúde do município, tais como: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidade Básica de Saúde (UBS), ambulatórios e hospitais, a fim de captar maior número de participantes. A terapia foi oferecida sem custo.

Estima-se que o Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental em conjunto com a Clínica Psicológica da UCPel realize a triagem de pelo menos mil pacientes por ano. Considerando que a prevalência de depressão atinja cerca de 20% em amostras clínicas, acredita-se que 200 pacientes tenham TDM, excluindo aqueles que não preencherão os critérios de elegibilidade objetivou-se incluir no estudo aproximadamente 120 pacientes, sendo 60 por protocolo de intervenção.

5.2.1 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão utilizados, foram: ter entre 18 e 60 anos de idade; ser diagnosticado com Transtorno Depressivo Maior de acordo com a *Mini International Neuropsychiatric Interview – PLUS* (MINI-PLUS); estar, no mínimo 2 meses, sem tratamento psicoterapêutico ou farmacológico em outro lugar; concordar e assinar o termo de consentimento para o tratamento e; concordar e assinar o contrato terapêutico.

Os critérios de exclusão, foram os seguintes: paciente apresentar risco de suicídio moderado ou severo; apresentar critério para abuso de substância psicoativa (exceto álcool e tabaco); apresentar sintomas psicóticos; e quando o diagnóstico de TDM tivesse sido secundário a outra patologia.

5.3 Terapeutas

Psicólogas bem treinadas, mestradas e doutorandas do programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da UCPel participaram desta investigação, como também, alunos de iniciação científica, estudantes voluntários do último ano curso de Psicologia e psicólogos voluntários, foram incluídos como terapeutas. Totalizando 18 terapeutas no modelo PDSE e 11 na TCC, sendo diferentes entre os modelos. Todos estes receberam treinamento teórico e prático em ambos modelos, TCC e PDSE. Uma vez por semana um psicólogo especialista supervisionou o grupo TCC e outro psicólogo especialista o grupo PDSE.

5.4 Procedimentos e Instrumentos

5.4.1 Randomização

Os indivíduos que preencheram os critérios de elegibilidade foram randomizados por aleatorização simples, entre dois modelos de intervenção breve: Terapia Cognitiva-Comportamental e Psicoterapia Dinâmica Suportiva-Expressiva. Para tal, 60 etiquetas de cada modelo de psicoterapia foram colocadas em um envelope pardo e foi sorteada uma etiqueta para cada paciente incluído. Após um terapeuta fez contato com o paciente para um primeiro encontro.

O pesquisador responsável pela randomização não participou do processo de avaliação. Além disso, a equipe responsável pela avaliação do *baseline* e pós-intervenção foi cega quanto ao modelo de intervenção aplicado.

5.4.2 Modelos de intervenção

Modelos de intervenção consistiram em 16 sessões (TCC) e 18 sessões (PDSE). Todas as sessões individuais, uma vez por semana e com duração de cinquenta minutos.

5.4.2.1 Psicoterapia Dinâmica Suportiva-Expressiva (PDSE) de tempo limitado

O protocolo para PDSE é proposto pela teoria de Lester Luborsky (Luborsky, 1984; Luborsky et al, 1995). Baseia-se na análise do padrão central das relações que cada pessoa segue ao conduzir seus relacionamentos e é formulado a partir de suas narrativas de interação com outras pessoas. As técnicas utilizadas são suportivas (objetivam manter o nível de funcionamento do paciente) e expressivas (possibilitar a expressão e compreensão dos conflitos). As principais técnicas são: estabelecer a aliança terapêutica, formular e responder aos padrões de relacionamento, responder as esferas de relacionamento, contextualizar o sintoma no padrão conflitual e trabalhar a separação.

5.4.2.2 Terapia Cognitivo Comportamental (TCC)

O manual para TCC foi criado por Aaron Beck (1997), e se baseia no princípio que os sintomas depressivos são mantidos pelo paciente devido a maneira disfuncional de interpretar a realidade. Cada sessão segue um roteiro que se inicia pela checagem de 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. O paciente é encorajado a experimentar novas formas de pensar sobre si mesmo, o mundo, e/ou outros e testar essas hipóteses recém formuladas na realidade.

5.4.3 Desistências ou perdas

Cada participante, que não ocorreu à três sessões consecutivas foi excluído do tratamento.

5.5 Instrumentos e Coleta de Dados

5.5.1. Caracterização da amostra

Todos os participantes responderam à um questionário que investiga dados sócio-demográficos, os quais: sexo, auto relato quanto a cor da pele ou etnia, idade, estado civil, escolaridade, trabalho, utilização de medicação, uso de álcool e cigarro. A avaliação econômica dos participantes foi realizada através da escala de classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP), que se baseia no acúmulo de bens materiais e na escolaridade do chefe da família. Essa classificação enquadra as pessoas em classes (A, B, C, D ou E) a partir dos escores alcançados, na qual a letra “A” refere-se à classificação mais alta e “E” a mais baixa.

5.5.2 Critério Diagnóstico

A avaliação diagnóstica foi realizada por psicólogos devidamente treinados para o manuseio da MINI International Neuropsychiatric Interview – PLUS (MINI-PLUS) (Sheehan et al., 1998). Trata-se de uma entrevista clínica estruturada, baseada nos critérios diagnósticos do DSM-IV e que é extensivamente utilizada na prática clínica e em pesquisa, devido a sua rápida e fácil administração.

5.5.3 Beck Depression Inventory (BDI-II)

O instrumento original (Beck, Steer, & Brown, 1996) e a versão validada para o Brasil (Gomes-Oliveira et al., 2012) apresentam bons coeficientes de validade e fidedignidade. O BDI-II é composto de 21 itens que objetivam avaliar a intensidade da depressão em amostras populacionais e clínicas. Cada item consiste em quatro afirmativas organizadas em severidade crescente de um sintoma específico. Esses itens estão de acordo com os critérios do DSM-IV (APA, 2002). Os pontos de corte para o instrumento são: escore ≤ 27 para sintomas leves e moderados; e escore ≥ 28 para sintomas severos. Uma vez que os estudos brasileiros não calcularam o Índice de Mudança Confiável (IMC; Jacobson & Truax, 1991), dados normativos recolhidos a partir de meta-análise de diversas amostras (Hiler, Schindler, & Lambert, 2012)

foram utilizados para calcular a proporção de mudança clínica (MCI = 8.46; escore de ponto de corte = 14.29).

5.5.4 Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45)

Instrumento que mede o progresso do paciente durante a terapia e destina-se a administração repetida durante o curso do tratamento e ao seu término. De forma geral, o OQ-45 é uma avaliação breve que pode ser usada antes (como medida de *baseline*) e após o tratamento (como medida de desfecho) e que tenta mensurar a experiência subjetiva de um indivíduo e seu funcionamento geral (Lambert et al., 2004). É composto de 45 frases que refletem situações/pensamentos/sentimentos avaliados em uma escala do tipo *likert* (nunca a sempre), de frequência de ocorrência na última semana. O conjunto dos 45 itens fornece um escore de escala total e, além dele, três domínios independentes: Sofrimento subjetivo (*Symptom Distress – SD*), Relacionamento Interpessoal (*Interpersonal Relationship – IR*) e Desempenho do Papel Social (*Social Role Performance – SR*). O escore total pode variar entre 0 e 180 pontos. Quanto maior o escore, maior é o sofrimento do indivíduo de forma geral e/ou no domínio correspondente. Todavia, há pontos de corte estabelecidos que indicam sofrimento significativo: escore total ≥ 63 ; SD ≥ 36 ; IR ≥ 15 ; e SR ≥ 12 . Além destes, o manual do instrumento oferece o Índice de Mudança Confiável (IMC – diminuição do escore entre as avaliações) para cada domínio, sendo eles: escore total ≥ 14 ; SD ≥ 12 ; IR ≥ 8 ; e SR ≥ 7 (Lambert et al, 2004). O OQ-45 já foi adaptado para o Brasil (Carvalho & Rocha, 2009).

5.5.5 Functioning Assessment Short Test (FAST)

O funcionamento foi avaliado através da escala *Functioning Assessment Short Test* (FAST; Rosa et al., 2007), a qual tem como objetivo avaliar as dificuldades no funcionamento. É composta de 24 itens que avaliam seis áreas específicas do funcionamento: autonomia, trabalho, cognição, finanças, relações interpessoais e lazer. O escore total da escala varia de 0 a 72, sendo que escores maiores indicam pior funcionamento do sujeito. Os coeficientes de validade e fidedignidade foram considerados bons ou muito bons (Cacilhas et al, 2009). O ponto de corte ≥ 11 (Rosa et al., 2007).

5.5.6 Beck Anxiety Inventory (BAI)

O Inventário de Ansiedade de Beck (Beck et al., 1988), é um instrumento com 21 itens de autorelato que mede a severidade dos sintomas de ansiedade. Foi traduzido para o português brasileiro e validado para a população brasileira (Cunha, 2001). A severidade dos sintomas é pontuada usando uma escala de 4 pontos, indo de 0 “Absolutamente não” a 3 “Gravemente”. O BAI é pontuado somando as classificações de gravidade em todos os 21 itens. As pontuações podem variar de 0 a 63, sendo de 0-21 ansiedade leve, 22-35 ansiedade moderada e 36-63 nível grave de ansiedade.

5.5.7 Coleta de dados

Os indivíduos que buscaram por tratamento, foram submetidos a avaliação inicial. Os que preencheram os critérios de inclusão, foram randomizados e após foram chamados para o início do processo terapêutico em um dos modelos. A psicoterapia foi realizada no Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental. Após o término da psicoterapia, foi realizada uma nova avaliação, outra seis e doze meses após o final do tratamento. A aplicação dos instrumentos de medidas psicológicas e dados sóciodemográficos ocorreu de acordo com o quadro abaixo.

Instrumento	Momento de aplicação
Questionário sociodemográfico	· Avaliação inicial
MINI-Plus	· Avaliação inicial
BDI-II ^a	· Sessões do início, meio e fim do tratamento (1, 10 e 18 (PDSE) e 1,10 e 16 (TCC)) · 6 meses pós tratamento · 12 meses pós-tratamento
OQ-45 ^b	· Todas as sessões do tratamento
FAST ^a	· Sessões do início, meio e fim do tratamento (1, 10 e 18 (PDSE) e 1,10 e 16 (TCC)) · 6 meses pós tratamento · 12 meses pós-tratamento

BAI ^a	<ul style="list-style-type: none"> · Sessões do início, meio e fim do tratamento (1, 10 e 18 (PDSE) e 1,10 e 16 (TCC)) · 6 meses pós tratamento · 12 meses pós-tratamento
------------------	--

^a A aplicação ocorreu sempre antes das sessões.

^b A aplicação ocorreu ao final das sessões correspondentes.

5.5.8 Estudo-piloto

Foi realizado um estudo piloto com 58 pacientes sendo dois pacientes por terapeuta. Estes pacientes não foram incluídos na amostra e serviram como atividade prática do processo de treinamento e teste da logística do estudo.

5.5.9 Treinamento da equipe de pesquisa e Coleta de dados

O treinamento consistiu na apresentação da equipe e explicação dos aspectos metodológicos e logísticos do estudo. Os psicólogos de cada modelo de intervenção foram treinados antes do início do estudo e supervisionados durante o mesmo semanalmente pelos psicólogos coordenadores do estudo, sendo estes com experiência clínica na área e base teórica específica da intervenção.

Foram utilizados tablet PCs para a coleta dos dados nas avaliações. Os dados permaneceram armazenados nos tablet PCs e, durante todo o processo de coleta, serão realizadas cópias de segurança em Pen Drives, no serviço de armazenamento seguro on-line (*Cloud Storage*) *Google Drive* e no *Notebook* onde será realizada a análise. O aplicativo *Open Data Kit Collect 1.1.7* irá interpretar os questionários no formato *extensible markup language* (XML) e gravar os dados coletados em pacotes XML individuais para cada sujeito que participante.

5.6 Análise de dados

Após as avaliações de baseline, final, follow-up de seis e doze meses, os instrumentos foram duplamente digitados no programa Epi-info 6.04 com posterior checagem da consistência dos dados através do comando VALIDADE. A análise dos dados foi realizada

através do programa SPSS 22.0. Serão realizadas test t e qui quadrado entre os grupos de terapia a fim de verificar se a distribuição entre os grupos foi homogênea, bem como para verificar se houve diferenças clínicas e sociodemográficas entre os pacientes que completaram e que abandonaram o tratamento.

Será realizada a análise do intenção-de-tratar que incluirá todos os pacientes que começaram o tratamento, utilizando o *last observation carried forward* – LOCF. O tamanho de efeito será verificado através do *d de Cohen*. A análise de variância mista (ANOVA) será utilizada para analisar as diferenças entre as médias das escalas de desfecho entre os dois modelos de intervenção. Comparações pareadas usando a correção de Bonferroni para avaliar as diferenças entre os tempos de avaliação de *baseline*, pós intervenção, seis e doze meses de follow-up. Para a regressão linear, calculamos a diferença dos escores do BDI-II, BAI e FAST (redução) desde o início até o pós-intervenção, seis-meses e doze-meses de acompanhamento. Além disso, correlação de Pearson ou de spearman será utilizada.

Escore do pós-tratamento de cada paciente vai ser examinado a fim de determinar: (a) se haverá uma mudança confiável (isto é, maior que o Índice de Mudança Confiável (IMC) para cada medida); (b) se ficou abaixo das notas de ponto-de-corte para as distribuições funcionais (no fim do tratamento, o paciente deverá mudar do intervalo da população disfuncional a um intervalo comum da população funcional); (c) se ele mudou para a distribuição funcional e melhorou de forma confiável ao mesmo tempo (Mudança Clínica Significativa); (d) se a pontuação final aumentou mais do que o IMC para a medida específica (Deterioração Confiável); e (e) se diminuiu mais do que 50% do seu valor na escala de valores disfuncionais (Resposta). Diferenças na redução dos sintomas, como também da funcionalidade, durante o tempo do tratamento será avaliado usando a análise do Modelo Linear Hierárquico (MLH).

5.7 Aspectos éticos

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

As pessoas que apresentaram risco de suicídio ou uso abusivo de substâncias psicoativas na avaliação inicial ou no decorrer do processo terapêutico foram encaminhadas para o Ambulatório de Psiquiatria do Campus Olivé Leite. Além disso, na avaliação realizada após a intervenção, aqueles que permaneceram com sintomas depressivos ou ansiosos foram encaminhados para os serviços de saúde mental do município. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas (Anexo D)

5.7.1 Riscos

Este projeto apresentou riscos à saúde dos participantes, descritos no termo de consentimento da avaliação da APESM. Sabe-se que alguns pacientes podem não se beneficiar de psicoterapia e alguns podem, inclusive, apresentar piora geral ou de sintomas específicos. Apesar dos estudos apresentarem taxas de piora específicas, há uma prevalência relativamente constante de que 5% a 10% dos pacientes adultos podem deteriorar com o tratamento psicoterapêutico (Lambert, 2013).

5.7.2 Benefícios

As principais contribuições esperadas referem-se a propiciar uma visão integrada do processo depressivo como fenômeno biopsicossocial, buscando uma compreensão multisistêmica do quadro depressivo e das variáveis relacionadas ao processo psicoterapêutico. Além disso, uma proposta de intervenção psicoterapêutica breve aplicável ao Sistema público de Saúde, efetiva tanto na remissão dos sintomas quanto em melhora na qualidade de vida e de funcionamento, pode ser uma alternativa de utilização na Atenção em Saúde Mental.

No que se refere aos ganhos diretos aos participantes, os mesmos se beneficiaram de um tratamento psicoterapêutico de eficácia comprovada e de forma gratuita, além de encaminhamento especializado caso necessário (conforme descrito nos aspectos éticos).

5.7 Cronograma

- Revisão de literatura → Agosto de 2015 à Dezembro de 2016.
- Elaboração do projeto → Maio de 2016 até Agosto de 2016
- Qualificação do projeto → Setembro de 2016

- Análise dos dados → Outubro de 2016
- Elaboração do primeiro artigo → Novembro de 2016 até Janeiro de 2017
- Doutorado sanduíche no exterior → Março de 2017 à Março de 2018
- Elaboração do segundo artigo → Abril à Julho de 2018
- Defesa → Dezembro de 2018

5.8 Orçamento

Descrição	Valor individual (R\$)	Valor (R\$)
<i>Avaliações (baseline, pós-intervenção e follow-up)</i>		
Vales transporte (6 vales por paciente * 120 pacientes = 720 vales). Primeiro Mês, quinto mês e décimo primeiro mês.	2,75	1.980,00
<i>Intervenções</i>		
Vales transporte (30 vales por paciente * 120 pacientes = 3600 vales). Segundo mês.	2,75	9.900,00
01 Notebook para armazenamento e análise dos dados	2000,00	2000,00
Total		13.880,00

REFERÊNCIAS

- Abbass, A. A., & Town, J. M. (2016). Bona fide psychotherapy models are equally effective for major depressive disorder: Future research directions. *JAMA psychiatry*, 73(9), 893-894.
- American Psychiatric Association. (2002). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: texto revisado (DSM-IV-TR): *Artmed*.
- American Psychiatric Association (APA). (2010). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (3rd ed) [Available from: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdf].
- American Psychiatric Association (APA). (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5): *Artmed*.
- Andrade, L. H., Wang, Y. P., Andreoni, S., Silveira, C. M., Alexandrino-Silva, C., Siu, E. R., ... & Viana, M. C. (2012). Mental disorders in megacities: findings from the Sao Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PloS one*, 7(2), e31879.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Dados com base no levantamento Sócio Econômico (IBOPE). Acessado em setembro de 2016, através do site: <http://www.ibge.gov.org>
- Barber JP, Muran JC, McCarthy KS, Keefe JR. (2013). Research on Dynamic Therapies. In: Lambert MJ, editor. *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 6ª ed.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio*, 78(2), 490-498.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão* (S. Costa, Trad.). Porto Alegre: *Artmed*.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beutel, M. E., Weißflog, G., Leuteritz, K., Wiltink, J., Haselbacher, A., Ruckes, C., ... & Brähler, E. (2013). Efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy (STPP) with

depressed breast cancer patients: results of a randomized controlled multicenter trial. *Annals of oncology*, 25(2), 378-384.

Blas, E., & Kurup, A. S. (Eds.). (2010). *Equity, social determinants and public health programmes*. World Health Organization.

Brown, L. F., Kroenke, K., Theobald, D. E., Wu, J., & Tu, W. (2010). The association of depression and anxiety with health-related quality of life in cancer patients with depression and/or pain. *Psycho-Oncology*, 19(7), 734-741.

Burnand, Y., Andreoli, A., Kolatte, E., Venturini, A., & Rosset, N. (2002). Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of major depression. *Psychiatric Services*, 53(5), 585-590.

Cacilhas, A. A., da Silva Magalhães, P. V., Ceresér, K. M., Walz, J. C., Weyne, F., Rosa, A. R., ... & Kapczinski, F. (2009). Validity of a short functioning test (FAST) in Brazilian outpatients with bipolar disorder. *Value in Health*, 12(4), 624-627.

Carvalho, L. D. F., & Rocha, G. M. A. D. (2009). Tradução e adaptação cultural do Outcome Questionnaire (OQ-45) para o Brasil. *Psico USF*, 14(3), 309-316.

Chambless DL, & Hollon SD. (1998) Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1):7-18.

Connolly Gibbons MB, Crits-Christoph P, & Hearon B. (2008) The empirical status of psychodynamic therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4:93-108.

Connolly Gibbons, MB, Thompson, S. M., Scott, K., Schauble, L. A., Mooney, T., Thompson, D., ... & Crits-Christoph, P. (2012). Supportive-expressive dynamic psychotherapy in the community mental health system: a pilot effectiveness trial for the treatment of depression. *Psychotherapy*, 49(3), 303.

Connolly Gibbons, M. B., Gallop, R., Thompson, D., Luther, D., Crits-Christoph, K., Jacobs, J., ... & Crits-Christoph, P. (2016). Comparative effectiveness of cognitive therapy and dynamic psychotherapy for major depressive disorder in a community mental health setting: a randomized clinical noninferiority trial. *JAMA psychiatry*, 73(9), 904-912.

- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of consulting and clinical psychology, 76*(6), 909.
- Cuijpers, P., Smit, F., Bohlmeijer, E., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010). Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: meta-analytic study of publication bias. *The British Journal of Psychiatry, 196*(3), 173-178.
- Cunha, J. A. (2001). Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: casa do psicólogo, 256.
- De Jonghe, F. E. R. E. R., Kool, S., Van Aalst, G., Dekker, J., & Peen, J. (2001). Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression. *Journal of Affective disorders, 64*(2-3), 217-229.
- Denninger, J. W., Van Nieuwenhuizen, A. O., Wisniewski, S. R., Luther, J. F., Trivedi, M. H., Rush, A. J., ... & Fava, M. (2011). Changes in depressive symptoms and social functioning in the sequenced treatment alternatives to relieve depression study. *The Journal of nervous and mental disease, 199*(10), 807-810.
- Driessen, E., Hegelmaier, L. M., Abbass, A. A., Barber, J. P., Dekker, J. J., Van, H. L., ... & Cuijpers, P. (2015). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis update. *Clinical Psychology Review, 42*, 1-15.
- Fava, M., Rankin, M. A., Wright, E. C., Alpert, J. E., Nierenberg, A. A., Pava, J., & Rosenbaum, J. F. (2000). Anxiety disorders in major depression. *Comprehensive psychiatry, 41*(2), 97-102.
- Fleck, M. P. D. A., Lafer, B., Sougey, E. B., Porto, J. A. D., Brasil, M. A., & Juruena, M. F. (2003). Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). *Revista Brasileira de Psiquiatria*.
- Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (2001). The evolution of clinical significance. *Clinical Psychology: Science and Practice, 8*(4), 431-435.
- Fried, E. I., & Nesse, R. M. (2014). The impact of individual depressive symptoms on impairment of psychosocial functioning. *PLoS One, 9*(2), e90311.

- Goldberg, D. (1995). Epidemiology of mental disorders in primary care settings. *Epidemiologic reviews*, 17(1), 182-190.
- Gomes-Oliveira, Marcio Henrique, Gorenstein, Clarice, Lotufo Neto, Francisco, Andrade, Laura Helena, & Wang, Yuan Pang. (2012). Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(4), 389-394. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rbp.2012.03.005>
- Gorman, J. M. (1996). Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. *Depression and anxiety*, 4(4), 160-168.
- Hayes, A., & Strunk, D. Research-supported psychological treatments for depression. Society for Clinical Psychology - *American Psychological Society*, Division 12, 2006. Acessado em setembro de 2016, de <http://www.div12.org/psychological-treatments/disorders/depression/>
- Haskins, J. T. (1999). Transtorno de Ansiedade Generalizada: Epidemiologia, impacto da comorbidade e história natural. *Post Medicine, revisão especial*.
- Hiller, W., Schindler, A. C., & Lambert, M. J. (2012). Defining response and remission in psychotherapy research: A comparison of the RCI and the method of percent improvement. *Psychotherapy Research*, 22(1), 1-11.
- Hollon SD, Beck AT. (2013). Cognitive and Cognitive-Behavioral Therapies. In: Lambert MJ, editor. *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 6ª ed.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(1), 12.
- Jacobson, N. S., Roberts, L. J., Berns, S. B., & McGlinchey, J. B. (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: description, application, and alternatives. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(3), 300.
- Keller, M. B. (2003). Past, present, and future directions for defining optimal treatment outcome in depression: remission and beyond. *Jama*, 289(23), 3152-3160.

- Lambert, M., Morton, J., Hatfield, D., Harmon, C., Hamilton, S., Reid, R., & Burlingame, G. B. (2004). Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire-45 OQ Measures. Orem, UT: American Professional Credentialing Services.
- Lambert, M. J. (2013). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy Theory Research Practice Training*, 50(1):42-51.
- Leichsenring, F., Rabung, S., & Leibing, E. (2004). The Efficacy of Short-term Psychodynamic Psychotherapy in Specific Psychiatric Disorders: A Meta-analysis. *Archives of general psychiatry*, 61(12), 1208-1216.
- Lopes, R. T., Gonçalves, M. M., Machado, P. P., Sinai, D., Bento, T., & Salgado, J. (2014). Narrative Therapy vs. Cognitive-Behavioral Therapy for moderate depression: Empirical evidence from a controlled clinical trial. *Psychotherapy Research*, 24(6), 662-674.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment* (No. 616.8917 L8). New York: Basic Books.
- Luborsky, L., Mark, D., Hole, A. V., Popp, C., Goldsmith, B., & Cacciola, J. (1995). Supportive-expressive dynamic psychotherapy of depression: A time-limited version.
- Ludermir, A. B., & Lewis, G. (2001). Links between social class and common mental disorders in Northeast Brazil. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 36(3), 101-107.
- Mojtabai, R. (2001). Residual symptoms and impairment in major depression in the community. *American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1645-1651.
- Moleiro, C., & Beutler, L. E. (2009). Clinically significant change in psychotherapy for depressive disorders. *Journal of affective disorders*, 115(1-2), 220-224.
- Molina, M. R. A. L., Wiener, C. D., Branco, J. C., Jansen, K., De Souza, L. D. M., Tomasi, E., ... & Pinheiro, R. T. (2012). Prevalence of depression in users of primary care settings/Prevalencia de depressão em usuários de unidades de atenção primaria. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 39(6), 194-198.
- Munhoz, T. N. (2012). *Prevalência e fatores associados à depressão em adultos: estudo de base populacional* (Master's thesis, Universidade Federal de Pelotas).

Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *The lancet*, 349(9063), 1436-1442.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2016). Depression: The treatment and management of depression in adults (update) 2016 [Available from: <http://guidance.nice.org.uk/CG90/>].

Nieuwsma, J. A., Trivedi, R. B., McDuffie, J., Kronish, I., Benjamin, D., & Williams Jr, J. W. (2012). Brief psychotherapy for depression: a systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 43(2), 129-151.

Organização Mundial de Saúde (OMS). (1994). *CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete*. Vol. 1: Edusp.

Rentala S, Fong TC, Nattala P, Chan CL, Konduru R. (2015). Effectiveness of body-mind spirit intervention on well-being, functional impairment and quality of life among depressive patients – a randomized controlled trial. *Journal of advanced nursing*. 71(9):2153-63.

Rosa, A. R., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Aran, A., Salamero, M., Torrent, C., Reinares, M., ... & Kapczinski, F. (2007). Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3(1), 5.

Sacchetti, E., Frank, E., Siracusano, A., Racagni, G., Vita, A., & Turrina, C. (2015). Functional impairment in patients with major depression in clinical remission: results from the VIVAL-D-Rem, a nationwide, naturalistic, cross-sectional survey. *International clinical psychopharmacology*, 30(3), 129-141.

Sartorius, N., Üstün, T. B., Lecrubier, Y., & Wittchen, H. U. (1996). Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. *The British journal of psychiatry*, 168(S30), 38-43.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I): the development and validation of an structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and CID-10. *The Journal of clinical psychiatric*, 59(20):22-33.

Stopa, S. R., Malta, D. C., Oliveira, M. M. D., Lopes, C. D. S., Menezes, P. R., & Kinoshita, R. T. (2015). Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18, 170-180.

Thase, M. E. (2013). Comparative effectiveness of psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy: it's about time, and what's next? *American Journal of Psychiatry*.

Uher, R., Perlis, R. H., Henigsberg, N., Zobel, A., Rietschel, M., Mors, O., ... & Maier, W. (2012). Depression symptom dimensions as predictors of antidepressant treatment outcome: replicable evidence for interest-activity symptoms. *Psychological medicine*, 42(5), 967-980.

Van Orden KA, Li Y, Podgorski CA, Conwell Y. (2015). The association between higher social support and lower depressive symptoms among aging services clients is attenuated at higher levels of functional impairment. *International journal of geriatric psychiatry*. 30(10):1085-92.

Vromans, L. P., & Schweitzer, R. D. (2011). Narrative therapy for adults with major depressive disorder: Improved symptom and interpersonal outcomes. *Psychotherapy Research*, 21(1), 4-15.

World Health Organization – WHO. (2015). Comparative effectiveness of different formats of psychological treatments for depressive disorder. *Mental Health GAP*.

World Health Organization – WHO (2016). Fact sheet nº 369: depression. Acessado em setembro de 2016 [Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>].

PARTE II - ARTIGOS

ARTIGO 1 - Comparison of Clinical Significance of Cognitive-Behavioral Therapy and Psychodynamic Therapy for Major Depressive Disorder: A Randomized Clinical Trial*

Mariana Carret Soares, MS¹, Thaíse Campos Mondin, PhD¹, Giovanna Del Grande da Silva, PhD¹, Luana Porto Barbosa, PhD¹, Mariane Lopez Molina, PhD¹, Karen Jansen, PhD¹, Luciano Dias de Mattos Souza, PhD¹, and Ricardo Azevedo da Silva, PhD¹

1. Universidade Católica de Pelotas – Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento

Corresponding Author

Ricardo Azevedo da Silva
Rua Gonçalves Chaves, 373, sala 416C. Centro
Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil
CEP 96015-560
(53) 21288404
ricardo.as@uol.com.br

*Artigo publicado na revista *The Journal of Nervous and Mental Disease* em setembro de 2018. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000872

Abstract

The aim of this study was to evaluate the effect of two brief psychotherapy models for major depressive disorder (MDD). This is a randomized clinical trial with 247 individuals diagnosed with MDD. Supportive-expressive dynamic psychotherapy (SEDP) (18 sessions) and cognitive-behavioral therapy (CBT) (16 sessions) were the two models used in this study. Participants were evaluated at baseline, during treatment, and postintervention (last session). Clinically significant changes were found in both psychotherapy models, and CBT showed higher response rates. Regarding the Beck Depression Inventory-II [$F(1,120) = 4.07, p = 0.046$] and Outcome Questionnaire 45.2 [$F(1,114) = 7.99, p = 0.006$], CBT had a better effect than SEDP. Hence, the results obtained have contributed to literature, served to corroborate the importance and effectiveness of psychodynamic psychotherapy, as well as explored the mechanisms of change, remission, and response in the treatment of MDD, which have been ignored to a large extent.

Key Words: Major depressive disorder, brief psychotherapy, cognitive-behavioral therapy, psychoanalytic/psychodynamic therapy, clinical significance

Introduction

Major depressive disorder (MDD) is a highly prevalent and potentially disabling disorder that is associated with reduced quality of life, disability in social and personal relationships, and functional impairment in the workplace (Kessler et al., 2003; Papakostas et al., 2004). Globally, an estimated 350 million people of all ages experience MDD (World Health Organization, 2015). Because of the negative impact of the disorder on the lives of individuals, it is necessary to find effective treatments. The most frequently used treatment is often the administration of medication, which is not in line with what mostly patients do and want (Bockting et al., 2011). Psychotherapy has been reported as the preferred treatment of approximately 70% of patients (McHugh et al., 2013).

Psychodynamic psychotherapies are highly regarded treatments for MDD. However, their efficacy has to be as widely studied as cognitive-behavioral therapy (CBT) (Cuijpers et al., 2008; Thase, 2013). This is reflected in treatment guidelines, which typically do not consider short-term psychodynamic psychotherapy (STPP) to be the first choice for the treatment of MDD (American Psychiatric Association, 2010; National Institute for Health and Care Excellence, 2016). According to a recent meta-analysis, many STPP studies have reported, on average, large and sustainable gains without significant differences between STPP and other brief therapies, such as CBT (Driessen et al., 2015). Nevertheless, CBT has emerged as a highly preferred choice for a spectrum of psychological disorders (Fernandez et al., 2015).

Thus, well-designed clinical trials comparing CBT and STPP head to head are much needed (Abbass and Town, 2016). In addition to demonstrating efficacy, it is also important to understand the mechanisms through which the therapeutic interventions produce changes, with the possibility of contributing to the design of more effective strategies to obtain therapeutic improvement. Our aim is to compare two types of psychotherapy—supportive-expressive psychodynamic psychotherapy (SEDP) and CBT—using a noninferiority trial design. We hypothesized that SEDP will be as effective as CBT at posttreatment assessment.

Method

Study Design

This is a randomized clinical trial that aimed to assess the efficacy of brief psychotherapy models in clinical improvement and remission of symptoms. Intervention sessions were conducted at baseline, in the 10th session, and at postintervention (last session).

The Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2; Lambert et al., 1996) was administered in all sessions. The sample was selected by convenience. This clinical trial was nested in an outpatient research and mental health evaluation service of the Catholic University of Pelotas, in Brazil. Potential participants were individuals who had voluntarily sought the psychology service, after reading or hearing about the research in the media, or had been referred to the community mental health professionals. Psychotherapy was offered free of charge.

Participants

Participants aged 18 to 60 years with a current MDD according to the Mini International Neuropsychiatric Interview-PLUS (Sheehan et al., 1997) and agreed to sign an informed consent for treatment were enrolled into the study. The subjects who presented moderate or severe suicide risk, were in current psychiatric or psychological treatment, met the criteria for psychoactive substances abuse (except for alcohol and tobacco use), were currently using or had taken any antidepressant medication in the 2 months before the treatment, presented psychotic symptoms, or when MDD was not the main diagnosis were excluded.

Simple randomization was used to allocate participants between the two brief intervention models — CBT or SEDP. To this end, an equal number of labels of each therapy model was placed in an opaque envelope and a label was selected for each patient. The researcher in charge of randomization did not participate in the evaluation process or in the psychotherapeutic intervention. Further, the participants were contacted by the therapist to make the first appointment.

The patients were predominantly female (83%), and their mean age was 35.55 years (SD, 11.50); 77% were white and 66% had at least one psychiatric comorbidity.

Data Collection

Socioeconomic, demographic, and health-related data that included sex, age, educational level, socioeconomic status, current use of psychiatric medication, chronic clinical disorders (spinal problems, arthritis or rheumatism, cancer, diabetes, bronchitis or asthma, hypertension, cardiac problems, kidney insufficiency, tuberculosis, tendinitis or synovitis, cirrhosis, or other), current tobacco use/abuse, and current alcohol abuse were collected during the first interview. MDD and comorbidities were evaluated by a psychologist who has attended weekly supervision. In cases of diagnostic doubt, the patient would be referred to a clinical interview by a well-trained psychiatrist of the research team.

Enrollment

Patients were enrolled from July 2012 to December 2015. The research was approved by the Research Ethics Committee of the institution (case number 46/2012). All subjects were informed about the study and agreed to participate by providing their free and informed consent.

Therapists

The therapists were well-trained psychologists. Master and PhD level therapist students of the postgraduate program of Health and Behavior of the Catholic University of Pelotas participated in this investigation. The graduate therapists had both theoretical and practical training in CBT and SEDP. Some therapists delivered CBT in a nested design (i.e., therapists were trained using a manual for a specific disorder). All therapists received initial training in CBT or SEDP for their therapy models. Once a week, a supervisor was assigned to the CBT group and another to the SEDP group. Both professionals had advanced specialized training and extensive clinical practice and teaching experience with the psychotherapy approach under their supervision.

Interventions

The intervention models consisted of 16 CBT sessions and 18 sessions of SEDP. The individual therapy sessions took place once a week for 50 minutes. The sessions were performed at the Catholic University of Pelotas.

Cognitive-Behavioral Therapy

The manual for CBT was based on Aaron T. Beck's cognitive model of MDD (Beck et al., 1997). It consists of 16 sessions in total. Each session follows a script that starts by checking the patient's current mood symptoms, followed by a resumption of the previous session, setting the agenda for the session, a review of the homework, and discussion of the item schedule. Each session ends with a summary and a collaborative agreement about a homework assignment and return. The therapist encourages the patients to imagine, using the skills learned in therapy to cope with the events, feelings, and thoughts, and to anticipate when and how they can apply the skills learned in therapy for future situations.

Supportive-Expressive Dynamic Psychotherapy

The protocol for SEDP was proposed by Luborsky (Luborsky, 1984; Luborsky et al., 1995). It is based on the central pattern analysis the patients follow when conducting their

relationships and is formulated from specific stories about problematic interactions the patient had recently experienced with important people in their lives. The two main techniques used are supportive (developed by the therapist to create a positive, helpful, and empathic relationship with the patient) and expressive (used by the therapist to help the patient to express, to understand, and to change problems). The first goal of SE therapy is to establish a trusting, supportive therapeutic relationship that allows the patient to explore thoughts and experiences. Within this framework, the therapist uses the narratives shared during therapy, as well as the transference as experienced in the therapeutic relationship, to interpret the patient's core conflictual relationship themes.

Dropout

Patients reported that change of address, start of drug treatment, or personal problems were the main reasons for dropout. Patients who did not attend three consecutive sessions were excluded from the treatment.

Outcomes

Beck Depression Inventory-II

The Beck Depression Inventory-II (BDI-II; Beck et al., 1996) can be considered the criterion standard for all research on MDD. It consists of 21 self-reported items grouped into three subscales. Two subscales include a cognitive-affective subscale and a somatic-performance subscale. Each item is scored 0 to 3 points for a total score range of 0 to 63. Total score of 0 to 13 is considered minimal range, 14 to 19 is mild, 20 to 28 is moderate, and 29 to 63 is severe. The BDI-II has been shown to have high internal consistency ($\alpha = 0.91$; Steer et al., 2001). It has been translated into Brazilian Portuguese and validated for the Brazilian population (Gomes-Oliveira et al., 2012). Because the Brazilian studies have not calculated the Reliable Change Index (RCI; Jacobson and Truax, 1991), normative data gathered from a meta-analysis of diverse samples (Seggar et al., 2002) were used to calculate the proportion of clinical change (RCI = 8.46; cutoff score = 14.29).

Outcome Questionnaire 45.2

The OQ-45.2 is a self-reported questionnaire designed to assess patients and to monitor therapy over time and its termination (Lambert and Ogles, 2004). It consists of 45 items that reflect situations, thoughts, and feelings evaluated on a Likert-type scale (ranging from never, 0, to almost always, 4) and the frequency of occurrence in the last week. The following terms

are used: symptom distress (SD), interpersonal relationship (IR), and social role (SR). Cronbach's alpha was 0.93 in several samples (de Jong et al., 2007, Lambert et al., 1996). The RCI calculated for the Brazilian population was 14 points, and the cutoff point was 63 (Carvalho and Rocha, 2009; Lambert and Ogles, 2004).

Blinding

The researchers who analyzed the data were unaware of group treatment allocation.

Statistical Analysis

Following the Consolidated Standards of Reporting Trials (Moher et al., 2001), separate intent-to-treat (ITT) and completer analysis were performed.

Intent-to-Treat Group and Missing Data

The ITT analysis included all patients who began treatment. The multiple imputation method was used to handle missing data in the case of patients who left treatment prematurely.

Group Differences

The number of clients who dropped out of each treatment group was compared using a chi-square test. Other significant differences between groups on categorical variables were evaluated using chi-square tests. Independent-sample t-tests were used to test the initial differences between the two groups on continuous variables.

Efficacy

Cohen's *d* was computed to express the effect size of the pretreatment to posttreatment change in each treatment condition. Repeated measures analyses using linear mixed models with an autoregressive covariance structure and random intercepts were used to examine the impact of two psychotherapy models on OQ-45.2 and BDI-II. A basic model that included main effects for treatment and time and a time by-treatment interaction was performed. Time was treated as a categorical variable to assess treatment effects at the different time points.

Mixed-model analyses were conducted according to a three-level structure (treatment, time, and repeated measures). Our first model was a basic one that included treatment and time main effect and a time by-treatment interaction. Time was treated as a categorical variable to assess treatment effects as the different time points. Possible confounders were controlled, and the following sets of covariates were added: a) demographic characteristics (as listed in Table

1); b) abuse of tobacco and alcohol; and c) any comorbidity with anxiety disorder, lifetime psychotropic medication, and readiness for change. The estimated main effects for treatment at different assessment points under these different models were reported as odd ratios with 95% confidence intervals for remission rates and differences in means for continuous outcomes.

Clinical Significance

The posttreatment score for each patient was examined to determine a) whether it has changed reliably (reliable improvement), b) whether it has fell below the cutoff scores for the functional distributions (functional population, also referred to as remission; Hiller et al., 2012), c) whether it has moved to the functional distribution and improved reliably at the same time (clinical significant change), d) whether the final score has increased more than the RCI for the specific measure (reliable deterioration), and e) whether it has decreased by more than 50% of its value in the dysfunctional range of the scale (response).

Rate of Change

Differences in symptom reduction over time were assessed using hierarchical linear model (HLM) analysis. The analysis was performed separately for the BDI-II and OQ-45.2 scores. Both completers and dropouts were considered in the analysis. At level 1 (within-subject level), we modeled the individual slope and intercept of the outcome measures for each participant over time (reflecting each individual's starting point and rate of change on either the BDI-II or the OQ-45.2). At level 2 (between-subject level), the aforementioned participant-specific parameters (slope and intercept) were modeled using only the group assignment to test whether differences in the rate of change could be predicted by it.

Power Analysis

A total of 246 participants were necessary to detect a 15% remission rate between conditions, which satisfied the noninferiority margin ($\alpha = 0.05$, $1-\beta = 0.80$). The power to detect an outcome difference of a Cohen's d was 0.50.

Results

Participants' Flow

The clinical trial was conducted from July 2012 to December 2015. Two hundred forty-seven people were randomized between the two psychotherapy models. Four failed to return after the initial assessment. In total, 243 patients were allocated to CBT ($n = 113$) and to SEPD ($n = 130$). There were 55 dropouts from the CBT and 64 from the SEPD (see Fig. 1).

Baseline Results

Data from the baseline results are presented in Table 1, according to the CONSORT statement guidelines (Moher et al., 2001). Regarding the socioeconomic characteristics, no significant differences were found between the two groups for sex ($p = 0.097$), ethnicity ($p = 0.762$), age ($p = 0.257$), socioeconomic status ($p = 0.397$), marital status ($p = 0.343$), years of education ($p = 0.417$), current work ($p = 0.893$), tobacco use ($p = 0.079$), and alcohol use ($p = 0.887$). Clinical characteristics differed between the groups regarding comorbidity with Axis I ($p = 0.244$), lifetime psychotropic use ($p = 0.280$), and readiness for change ($p = 0.879$).

Comparisons between clients who dropped out and those who continued treatment were performed at baseline. Women presented a higher prevalence of dropout (88.6%) ($p = 0.019$), as did patients with no tobacco abuse/dependence (67.3%) ($p = 0.004$) and those belonging to the middle class (63.4%) ($p = 0.012$).

Symptom Reduction During Treatment

The mean standard deviations and effect sizes from baseline to posttreatment are presented in Table 2. A higher effect size for BDI-II was observed in CBT ($d = 1.27$) when compared with SEPD ($d = 1.09$). A higher effect size was also found for the OQ-45.2 scores in CBT ($d = 1.42$) when compared with those in SEPD ($d = 1.13$).

Estimated observer and patient-rated mean differences at different assessment points are presented in Table 3 along with the effect sizes of the posttreatment differences between conditions. For BDI-II at postintervention, the estimated observer-rated difference between psychotherapy models was 1.53 points ($SE = 1.58$) (Cohen's $d = 0.17$; 95% confidence interval [CI], -0.18 to 0.53). For OQ-45.2 at postintervention, the estimated observer-rated difference between psychotherapy model was 2.61 ($SE = 2.04$) (Cohen's $d = 0.25$; 95% CI, -0.10 to 0.60), indicating that treatment differences were not statistically significant.

Clinical Significance

The BDI-II scores indicated that clients who have completed the treatment reliable improvement was more prevalent in the CBT group (76.4%) compare with that of the SEDP

group (57.6%) ($p = 0.035$). For the outcome measures, no differences were found between treatments in functional population, clinically significant change, reliable deterioration, or response for completers. For OQ-45.2, no differences were found between treatment groups in the completers group (Table 4).

Rates of Change Across Treatment Groups

The results from the HLM when the rates of change in the two groups were compared indicate that, according to the BDI-II, group allocation was not significantly related to individual growth rates (coefficient of BDI-II for group: $b = 0.004$, $t = 0.007$, $p = 0.995$). This was also the case for the OQ-45.2 (coefficient of OQ-45.2 for group: $b = -0.234$, $t = -0.26$, $p = 0.794$). The rate of symptom reduction for BDI-II was 6.65 points each time for the CBT group and 4.01 points for the SEDP group. For the OQ-45.2, the symptom reduction was 10.91 points per session for the CBT group and 8.34 points for the SEDP group. Figure 2 illustrates the rate change in both groups.

Discussion

The present study aimed to assess the efficacy of SEDP for MDD and CBT using a randomized design and noninferiority margins. We found that both treatments presented similar results regarding the rate of change and remission of symptoms. Although CBT has shown a higher effect size when compared with SEDP, no differences were found in observer and patient-rated mean differences at different assessment points. Our findings are in line with two previous studies (Connolly Gibbons et al., 2016; Driessen et al., 2013). In the BDI-II scores, we found that both models reduced symptoms significantly from baseline to posttreatment, with CBT showing a higher reduction of symptoms in the completer analysis, but not in the ITT analysis. Regarding the OQ-45.2 total score, we also observed the noninferiority of CBT in the completers group but not in the ITT analysis when compared with SEDP group.

It has been postulated that CBT was effective for treating MDD (Shedler, 2010). Previous researchers have evaluated psychotherapy efficacy and have found that CBT results in significantly higher remission rates of MDD symptoms when compared with other psychotherapy models (Shochet et al. 2001; Spence et al., 2003). However, there is a lack of high-quality studies showing the efficacy of different approaches, such as the short-term psychodynamic therapy. One important issue is the heterogeneity of designs and approaches in

clinical trials (Beutel et al., 2014; Driessen et al., 2010; Gibbons et al., 2008; Leichsenring et al., 2004; Luborsky, et al. 1996; Zilcha-Mano et al., 2014). Moreover, previous meta-analytical findings confirmed that the quality of the studies on STPP has been considered not optimal (Malhi and Coulston, 2010).

Types of change during treatment were observed in reliable improvement, functional population, clinical significance, reliable deterioration, and response. Depressive symptoms seemed to improve more in the CBT group (76.4%) when compared with the SEDP group (57.6%) in the domain of reliable improvement in patients who completed the treatment, but not in the ITT analysis. In a community-based study with counseling sessions, Kalpinski (2014) found that 51% of patients achieved reliable improvement in the 13th session and were stabilized up to the 24th session and that 61% of clients improved after the 25th session. A possible explanation for this higher prevalence of reliable improvement is that our patients received two structured protocols, whereas Kalpinski's study group received a standard treatment as usual.

A clinically significant change was observed in 69.1% of patients who were treated with CBT and 53.0% of those who received SEDP, but this difference was not significant. Many studies are in accordance with our findings. In a study with 914 clients who were treated at a college counseling center, Wolgast et al. (2005) found that 51% of a less-dysfunctional sample achieved clinically significant change in the 14th session. Similarly, Kalpinski (2014) found that 13 sessions were necessary for 54% of patients to achieve clinically significant change. In session 19, Anderson and Lambert (2001) found that 67% of patients achieved clinically significant changes. Thus, we might conclude that approximately 20 sessions are necessary for one third of the population to present clinically significant changes.

In a recent study by Connolly Gibbons et al. (2016), which compared the efficacy of CBT and short-term psychodynamic therapy, 80% of patients did not respond to the treatment. In our study, 36% did not respond to the treatment. This difference may be partly explained by the outcome measure, as these authors administered the Hamilton Rating Scale for Depression and we used the BDI-II. The same authors stated that this high rate of nonresponse may have been due to inadequate treatment “dose” or number of sessions, clinical sample, therapist expertise, biomedical factors, and socio-familial factors impeding outcomes (Cuijpers et al., 2014; Kopta et al., 1994).

The group proportion in types of change for the OQ-45.2 was very similar in almost all domains. Only in the ITT analysis we found a significantly higher proportion of response for CBT (58.2%) when compared with SEDP (41.8%). Interestingly, we found a very similar

proportion of functional population after the treatment. Of the patients who received CBT, 40.7% moved from the dysfunctional to functional population, whereas 34.8% who received SEDP had moved from the dysfunctional to the functional population. Similar findings were observed in another study by Lopes et al. (2014) who found that 35% of patients who received CBT and 45% of those who received narrative therapy changed to the functional population.

Our study showed a high dropout rate of 46.3%, which is greater than previous findings by Fernandez et al. (2015) (26.2%), Lopes et al. (2014) (34.1%), and Hans and Hiller (2013) (<30%). One possible explanation for this result is that we considered dropouts those patients who have not attended three consecutive sessions without previous therapist contact. This issue was explained to all patients at the beginning of the treatment. Among clients who contacted therapists, the reasons for dropout included change of address, start of drug treatment, or personal problems.

Regarding the therapists' characteristics, the range of experience was from 1 to 5 years working with the CBT or psychodynamic approach. Therapist experience has not been related to therapeutic success (Baldwin and Imel, 2013; World Health Organization, 2015). In the study by Connolly Gibbons et al. (2016), no significant differences were found between expert and nonexpert therapists in the adherence and competency ratings in either CBT or short-term psychodynamic therapy. However, Bright et al. (1999) found that people who followed therapy delivered by professionals had 3.8 times the odds of being classified as not having MDD or remission compared with people who received psychological treatment delivered by lay therapists.

This study has some limitations. First, we did not consider therapist variables. Second, only nonmedicated patients with mild/moderate MDD were included in our study; therefore, it was not possible to know the efficacy of the two models for other populations. Finally, there was no waiting list condition to compare with the intervention models, because it is known that episodes are likely to pass with time without any intervention (Strunk and DeRubeis, 2001). One of the strengths of this study was the individual treatment outcomes, which allowed us to have a more realistic view when compared with outcome means.

Conclusions

Nevertheless, the importance of these data resides in the fact that although psychotherapy, alone or combined with medication, is a presumably common intervention, little

is known about its advisability or efficacy, mainly regarding STPP. The potential benefits of psychotherapy alone have also been an important issue because there are patients with MDD who cannot be treated with or will not accept tricyclic antidepressants. Both treatments used in this study were low-cost, easily manageable brief interventions that could be effectively implemented in public health services.

References

- Abbass AA, Town JM (2016) Bona fide psychotherapy models are equally effective for major depressive disorder: future research directions. *JAMA Psychiatry*. 73(9):893–894.
- American Psychiatric Association (2010) Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (3rd ed). Available at:
http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdf.
- Anderson EM, Lambert MJ (2001) A survival analysis of clinically significant change in outpatient psychotherapy. *J Clin Psychol*. 57(7):875–888.
- Baldwin SA, Imel ZE (2013) Therapist effects. In Lambert MJ (Ed), Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (Vol 6). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Beck A, Steer R, Brown G (1996) Beck Depression Inventory: second edition manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G (1997) *Terapia cognitiva da depressão* (S. Costa, Trans.). Porto Alegre: Artmed.
- Beutel M, Weißflog G, Leuteritz K, Wiltink J, Haselbacher A, Ruckes C, Kuhnt S, Barthel Y, Imruck BH, Zwerenz R, Brähler E (2014) Efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy (STPP) with depressed breast cancer patients: results of a randomized controlled multicenter trial. *Ann Oncol*. 25(2): 378–384.
- Bockting CL, Elgersma HJ, van Rijsbergen GD, de Jonge P, Ormel J, Buskens E, Stant AD, de Jong PJ, Peeters FP, HuibersMJ, ArntzA, Muris P, NolenWA, ScheneAH, Hollon SD (2011) Disrupting the rhythm of depression: design and protocol of a randomized controlled trial on preventing relapse using brief cognitive therapy with or without antidepressants. *BMC Psychiatry*. 11:8.
- Bright JI, Baker KD, Neimeyer RA (1999) Professional and paraprofessional group treatments for depression: a comparison of cognitive-behavioral and mutual support interventions. *J Consult Clin Psychol*. 67(4):491.
- Carvalho LF, Rocha GM (2009) A. d. Tradução e adaptação cultural do Outcome Questionnaire (OQ-45) para o Brasil. *Psico-USF*. 14:309–316.
- Connolly Gibbons MB, Gallop R, Thompson D, et al. (2016) Comparative effectiveness of cognitive therapy and dynamic psychotherapy for major depressive disorder in a community

mental health setting: A randomized clinical noninferiority trial. *JAMA Psychiatry*. 73(9):904–911.

Cuijpers P, Karyotaki E, Weitz E, Andersson G, Hollon SD, van Straten A (2014) The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *J Affect Disord*. 159:118–126.

Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, van Oppen P (2008) Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *J Consult Clin Psychol*. 76(6):909.

De Jong K, Nugter MA, Polak MG, Wagenborg JEA, Spinhoven P, Heiser WJ (2007) The outcome questionnaire (OQ-45) in a Dutch population: A cross-cultural validation. *Clin Psychol Psychother*. 14:288–301.

Driessen E, Cuijpers P, de Maat SC, Abbass AA, de Jonghe F, Dekker JJ (2010) The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A metaanalysis. *Clin Psychol Rev*. 30(1):25–36.

Driessen E, Hegelmaier LM, Abbass AA, Barber JP, Dekker JJ, Van HL, Jansma EP, Cuijpers P (2015) The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update. *Clin Psychol Rev*. 42:1–15.

Driessen E, Van HL, Don FJ, Peen J, Kool S, Westra D, Dekker JJ (2013) The efficacy of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy in the outpatient treatment of major depression: a randomized clinical trial. *Am J Psychiatry*. 170(9): 1041–1050.

Fernandez E, Salem D, Swift JK, Ramtahal N (2015) Meta-analysis of dropout from cognitive behavioral therapy: Magnitude, timing, and moderators. *J Consult Clin Psychol*. 83(6):1108–1122.

Gibbons MB, Crits-Christoph P, Hearon B (2008) The empirical status of psychodynamic therapies. *Annu Rev Clin Psychol*. 4:93–108.

Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Lotufo Neto F, Andrade LH, Wang YP (2012) Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Rev Bras Psiquiatr*. 34(4):389–394.

Hans E, Hiller W (2013) A meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies on outpatient cognitive behavioral therapy for adult anxiety disorders. *Clin Psychol Rev*. 33:954–964.

Hiller W, Schindler AC, Lambert MJ (2012) Defining response and remission in psychotherapy research: A comparison of the RCI and the method of percent improvement.

Psychother Res. 22:1–11.

Jacobson NS, Truax P (1991) Clinical Significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol.* 59:12–19.

Kalpinski, R. (2014). Client improvement in a community-based training clinic: as indicated by the OQ-45. (Doctor of Philosophy), A&M University, Texas.

Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. The Epidemiology of Major Depressive Disorder Results From the National Comorbidity Survey Replication (NCSR). *JAMA.* 2003; 289 (23): 3095–3105. doi:10.1001/jama.289.23.3095

Kopta, S. M., Howard, K. I., Lowry, J. L., & Beutler, L. E. (1994). Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(5), 1009.

Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 139–193). New York: Wiley.

Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3(4), 249-258. doi:10.1002/(SICI)1099-0879(1996)12

Leichsenring, F., Rabung, S., & Leibing, E. (2004). The Efficacy of Short-term Psychodynamic Psychotherapy in Specific Psychiatric Disorders: A Meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61(12), 1208-1216. doi:10.1001/archpsyc.61.12.1208

Lopes, R. T., Gonçalves, M. M., Machado, P. P. P., Sinai, D., Bento, T., & Salgado, J. (2014). Narrative therapy vs. cognitive-behavioral therapy for moderate depression: Empirical evidence from a controlled clinical trial. *Psychotherapy Research*, 24(6), 662-674. doi:10.1080/10503307.2013.874052

Luborsky L, Mark D, Hole AV, Popp C, Goldsmith B, Cacciola J. Supportive expressive dynamic psychotherapy of depression: A time-limited version. In: Barber JP, Crits-Christoph P, editors. *Dynamic therapies for psychiatric disorders (Axis I)*. New York: Basic Books; 1995. p. 13-42.

Luborsky L. *Principles Of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual For Supportive-expressive Treatment*. New York: Basic Books; 1984.

- Luborsky, L., Diguier, L., Cacciola, J., Barber, J. P., Moras, K., Schmidt, K., & DeRubeis, R. J. (1996). Factors in outcomes of short-term dynamic psychotherapy for chronic vs. nonchronic major depression. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 5(2), 152-159.
- Malhi, G. S., & Coulston, C. M. (2010). 'The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A summary of recent findings': Reply. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(5), 398-399. doi:10.1111/j.1600-0447.2009.01527.x
- McHugh, R. K., Whitton, S. W., Peckham, A. D., Welge, J. A., & Otto, M. W. (2013). Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(6), 595-602. doi: 10.4088/JCP.12r07757
- Moher, D., Schulz, K. F., Altman, D., & CONSORT Group. (2001). The CONSORT statement: Revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials. *Journal of the American Medical Association*, 285, 1987-1991. doi:10.1001/jama.285.15.1987
- National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. (2016). Depression: The treatment and management of depression in adults (update). [Available from: <http://guidance.nice.org.uk/CG90/>].
- Papakostas, G. I., Petersen, T., Mahal, Y., Mischoulon, D., Nierenberg, A. A., & Fava, M. (2004). Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature. *General hospital psychiatry*, 26(1), 13-17.
- Seggar, L. B., Lambert, M. J., & Hansen, N. B. (2002). Assessing clinical significance: application to the Beck Depression Inventory. *Behavior Therapy*, 33(2), 253-269. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(02)80028-4
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98-109. doi:10.1037/a0018378
- Sheehan, D., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., . . . Dunbar, G. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, 12(5), 232-241. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(97)83297-X.
- Shochet, I. M., Dadds, M. R., Holland, D., Whitefield, K., Harnett, P. H., & Osgarby, S. M. (2001). The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(3), 303-315. doi:10.1207/S15374424JCCP3003_3

- Spence, S. H., Sheffield, J. K., & Donovan, C. L. (2003). Preventing adolescent depression: An evaluation of the Problem Solving For Life program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(1), 3-13. doi:10.1037/0022-006X.71.1.3
- Steer, R. A., Brown, G. K., Beck, A. T., & Sanderson, W. C. (2001). Mean Beck depression Inventory-II scores by severity of major depressive episode. *Psychological Reports, 88*, 1075–1076.
- Strunk, D. R., & DeRubeis, R. J. (2001). Cognitive therapy for depression: A review of its efficacy. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 15*(4), 289-297.
- Thase, M. E. (2013). Comparative effectiveness of psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy: it's about time, and what's next? *American Journal of Psychiatry*. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.13060839
- Wolgast, B. M., Rader, J., Roche, D., Thompson, C. P., von Zuben, F. C., & Goldberg, A. (2005). Investigation of clinically significant change by severity level in college counseling center clients. *Journal of College Counseling, 8*(2), 140-153.
- World Health Organization [WHO]. (2015) Comparative effectiveness of different formats of psychological treatments for depressive disorder. Retrieved from Mental Health GAP: http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/resource/depression_q8.pdf?ua=1
- Zilcha-Mano, S., Dinger, U., McCarthy, K. S., Barrett, M. S., & Barber, J. P. (2014). Changes in well-being and quality of life in a randomized trial comparing dynamic psychotherapy and pharmacotherapy for major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders, 152-154*, 538-542. doi:10.1016/j.jad.2013.10.015

Table 1. Clinical and demographic characteristics of sample at baseline, according to treatment condition

Variables	Cognitive Behavior Therapy (n=117)	Supportive-Expressive Dynamic Psychotherapy (n=130)	p-value
Gender, n (%)			0.097
Male	15 (35.7)	27 (64.3)	
Female	102 (49.8)	103 (50.2)	
Etnicity, n (%)			0.762
White	91 (47.9)	99 (52.1)	
Non-white	26 (45.6)	31 (54.4)	
Age (mean±SD, years)	36.17 (11.81)	34.99 (11.23)	0.257
Socioeconomic Status, n (%)			0.397
Upper	52 (50.0)	52 (50.0)	
Middle	64 (46.4)	74 (53.6)	
Lower	1 (20.0)	4 (80.0)	
Marital status, n (%)			0.343
Single	47 (43.9)	60 (56.1)	
Has a partner	70 (50.0)	70 (50.0)	
Year of education, n (%)			0.417
≤8 years	37 (51.4)	35 (48.6)	
≥9 years	80 (45.7)	95 (54.3)	
Current work, n (%)			0.893
No	53 (46.9)	60 (53.1)	
Yes	64 (47.8)	70 (52.2)	
Comorbidity axis I, n (%)			0.244
No	35 (42.2)	48 (57.8)	
Yes	82 (50.0)	82 (50.0)	
Lifetime psychotropic use, n (%)			0.280
No	36 (52.9)	32 (47.1)	
Yes	81 (45.3)	98 (54.7)	
Tobacco abuse/dependence, n (%)			0.079
No	97 (50.3)	96 (49.7)	
Yes	19 (36.5)	33 (63.5)	
Alcohol abuse/dependence, n (%)			0.887
No	81 (47.6)	89 (52.4)	
Yes	35 (46.7)	40 (53.3)	
URICA baseline, n (%)	52.04 (7.71)	53.22(7.36)	0.879

Note: URICA = University of Rhode Island Change Assessment

Table 2. Intent-to-treat and completers analysis pre- and post-treatment mean scores, and effect sizes for SEDP and CBT

Outcomes	CBT (n=59)			SEDP (n=66)		
	Baseline Mean (SD)	Post-treatment* Mean (SD)	Effect-size Cohens'd (CI) ¹	Baseline Mean (SD)	Post-treatment* Mean (SD)	Effect-size Cohens'd (CI)
BDI-II	33.19 (11.33)	17.54 (14.28)	1.27 (0.91 to 1.61)	32.12 (10.93)	19.08 (13.77)	1.09 (0.77 to 1.40)
OQ-45.2	88.75 (14.22)	66.34 (18.37)	1.42 (1.06 to 1.76)	88.90 (13.86)	71.36 (18.01)	1.13 (0.80 to 1.45)
Symptom distress	51.96 (10.01)	35.90 (14.46)	1.36 (1.01 to 1.71)	52.01 (9.99)	38.67 (12.92)	1.20 (0.87 to 1.52)
Interpersonal relatedness	21.86 (3.94)	18.23 (3.55)	0.95 (0.61 to 1.28)	21.73 (3.84)	19.61 (3.60)	0.56 (0.25 to 0.87)
Social role functioning	13.24 (3.09)	11.54 (3.32)	0.54 (0.21 to 0.86)	13.43 (3.16)	12.05 (3.22)	0.43 (0.13 to 0.74)
	CBT (N=113)					
Intent-to-treat	Effect-size Cohens'd (CI)			Effect-size Cohens'd (CI)		
	Baseline	Post-treatment*		Baseline	Post-treatment*	
BDI-II	33.13 (11.36)	17.98 (14.71)	1.03 (0.87 to 1.43)	32.10 (10.94)	18.58 (14.02)	1.08 (0.81 to 1.33)
OQ-45.2	88.59 (13.63)	67.58 (14.92)	1.47 (1.18 to 1.75)	88.79 (13.34)	69.71 (14.02)	1.39 (1.12 to 1.66)
Symptom distress	51.86 (10.05)	36.71 (11.68)	1.39 (1.10 to 1.67)	51.84 (9.08)	37.98 (10.60)	1.40 (1.13 to 1.67)
Interpersonal relatedness	21.83 (4.11)	18.48 (4.11)	0.82 (0.54 to 1.07)	21.79 (3.88)	19.02 (3.53)	0.74 (0.49 to 1.00)
Social role functioning	13.26 (3.24)	11.58 (3.79)	0.34 (0.22 to 0.73)	13.53 (3.31)	11.73 (3.08)	0.56 (0.31 to 0.81)

Note. CBT= Cognitive Behavior Therapy; SEDP= Supportive-Expressive Dynamic Psychotherapy; BDI-II= Beck Depression Inventory II; OQ-45.2= Outcome Questionnaire-45.2; ITT = Intent-to-treat

¹Effect size refer to baseline to post-treatment.

* p≤0.05 from baseline to post treatment in all outcome measures in both treatments.

Table 3. Follow-up outcomes according to the basic model of analysis and when corrected for different set of covariates

Model	Estimated Mean Difference			Effect Size
	Difference	SE	Cohens'd	95% CI
OQ-45^a				
Model 1	2.61	2.04	0.25	-0.10 to 0.60
Model 2	2.61	2.05	0.25	-0.11 to 0.60
Model 3	2.71	2.05	0.26	-0.10 to 0.61
Model 4	2.36	2.05	0.22	-0.14 to 0.57
BDI-II^a				
Model 1	1.53	1.58	0.17	-0.18 to 0.53
Model 2	1.53	1.58	0.17	-0.18 to 0.53
Model 3	1.39	1.59	0.16	-0.19 to 0.51
Model 4	1.48	1.60	0.17	-0.19 to 0.52

^aOQ-45= Outcome Questionnaire 45; BDI-II=Beck depression inventory II. Model 1 is the basic model including a treatment and time main effect and a time-by-treatment interaction; Model 2 is the basic model with demographic characteristics (as listed in Table 1); Model 3 is the basic model with abuse of tobacco and alcohol added as covariates; Model 4 is the basic model with any comorbidity with anxiety disorder, lifetime psychotropic medication and readiness for change added as covariates;

Table 4. Types of change between treatment condition and BDI-II and OQ-45

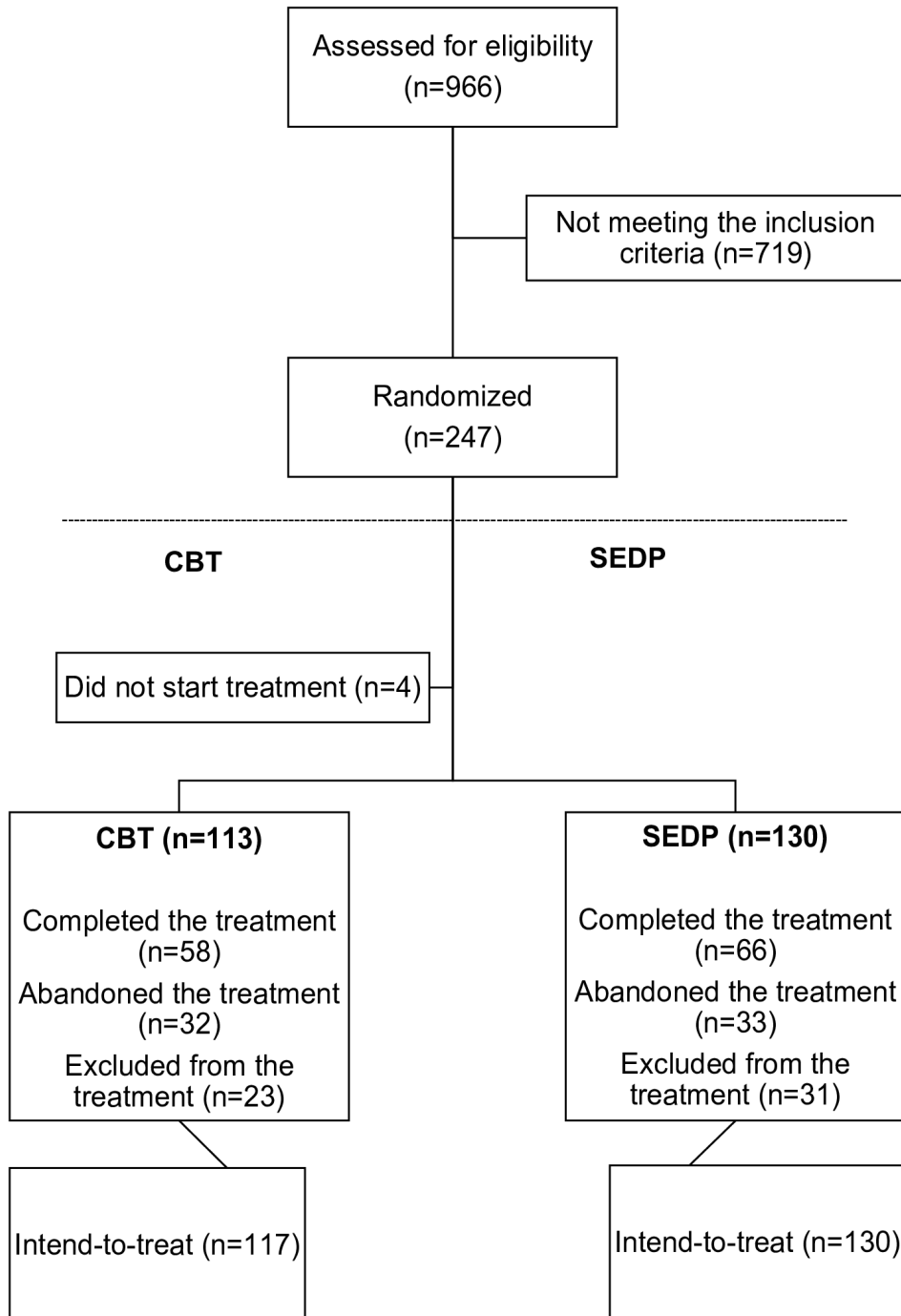
Outcomes	BDI-II			OQ-45		
	CBT n(%)	SEDP n(%)	p-value	CBT n(%)	SEDP n(%)	p-value
Completers						
Reliable Improvement ^a	42 (76.4)	38 (57.6)	0.035	38 (67.9)	31 (52.5)	0.128
Functional population ^b	26 (46.4)	28 (42.4)	0.716	24 (40.7)	23 (34.8)	0.580
Clinical significance change ^c	38 (69.1)	35 (53.0)	0.093	37 (66.1)	28 (47.5)	0.060
Reliable deterioration ^d	2 (3.6)	3 (4.5)	1.000	1 (1.8)	2 (3.4)	1.000
Response ^e	38 (69.1)	39 (59.1)	0.343	40 (71.4)	31 (52.5)	0.054
Intent-to-treat						
Reliable Improvement	43 (39.1)	39 (31.7)	0.272	46 (43.4)	48 (41.4)	0.787
Functional population	82 (74.5)	94 (76.4)	0.762	77 (70.0)	89 (72.4)	0.772
Clinical significance change	39 (35.5)	36 (29.3)	0.329	31 (29.2)	23 (19.8)	0.118
Reliable deterioration	5 (4.5)	8 (6.5)	0.578	2 (1.9)	3 (2.6)	1.000
Response	42 (38.2)	41 (33.3)	0.494	39 (58.2)	28 (41.8)	0.042

Note: BDI-II = Beck Depression Inventory-II; OQ-45.2 = Outcome Questionnaire-45.2; SEDP = Supportive-expressive

Dynamic Psychotherapy; CBT = Cognitive Behavioral Therapy; ITT = Intend-to-treat; † = $p < .10$ and * = $p < .05$.

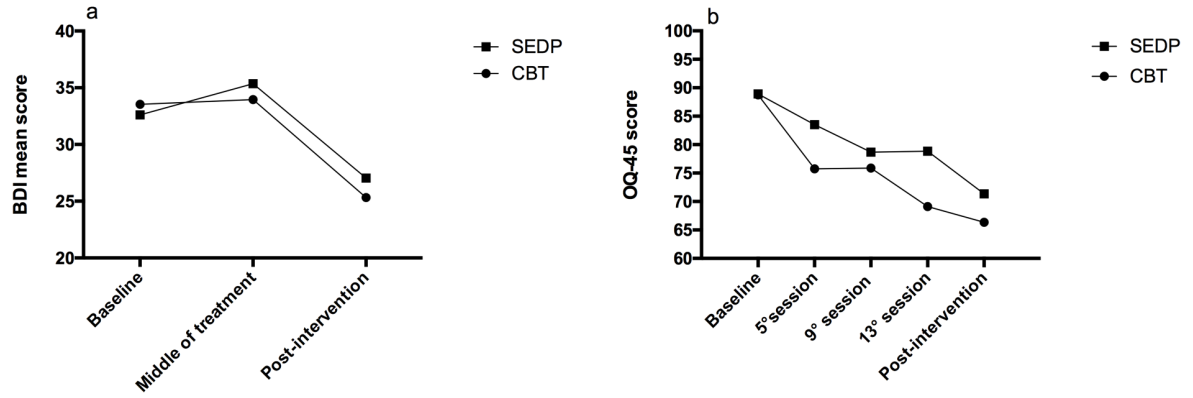
^a Reliable improvement = proportion of clients who attained Reliable Improvement (changed more than the Reliable Change Index: for BDI-II = 8.46; for OQ-45.2 = 15); ^b Functional Population / Remission = proportion of clients who moved into the Functional Population (below the 80th percentile; for BDI-II = 14.29; for OQ-45.2 = 62); ^c Clinical Significant Change = clients who simultaneously showed reliable improvement AND moved into the Functional Population; ^d proportion of clients who deteriorated reliably (more than Reliable Change Index); ^e Response = change greater than 50% of pre-treatment score, considering the number of points situated on the dysfunctional range of the scale.

FIGURE 1. CONSORT flow chart in the clinical trial.



Note: SEDP = Supportive-expressive Dynamic Psychotherapy; CBT = Cognitive-Behavioral Therapy; ITT = Intend-to-treat

FIGURE 2. Course of symptom reduction in both treatment conditions on BDI-II and OQ-45.2.



Note: BDI-II = Beck Depression Inventory-II; OQ-45.2 = Outcome Questionnaire-45.2, SEDP = Supportive-expressive dynamic psychotherapy; CBT = Cognitive Behavioral Therapy.

ARTIGO 2 - Long-term effects of two psychotherapy models on functioning of patients with major depressive disorder: a randomized clinical trial. *

*O Artigo será submetido para a revista *Journal of Affective Disorders*

Abstract

Aim: To evaluate the impact of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Supportive-Expressive Dynamic Psychotherapy (SEDP) on patients functioning and on depressive and anxious symptoms in a twelve-month follow-up.

Method: This was a randomized clinical trial with 247 individuals (83% women, mean age = 35.55, SD = 11.50) diagnosed with major depressive disorder (MDD) according to the Mini International Neuropsychiatric Interview-PLUS (MINI-PLUS). Two models of psychotherapy were used: SEDP (18 sessions) and CBT (16 sessions). Participants were evaluated at baseline, postintervention (last session), at six-month and twelve-month follow-up. Outcome measures included the Functioning Assessment Short Test (FAST), Beck Depression Inventory II (BDI-II) and Beck Anxiety Inventory (BAI).

Results: There was a significant decreasing in functioning impairment ($p < 0.001$) and a reduction in depressive and anxious symptoms ($p < 0.001$) at twelve-month follow-up. The FAST domains, Autonomy ($F = 3.425$; $p = 0.018$) and Interpersonal Relationship ($F = 4.013$; $p = 0.013$) showed a significant difference at different time points during the evaluations. Moreover, at twelve-month follow-up, we showed a positive correlation between the reduction of depressive symptoms and functionality impairment ($r^2 = 0.236$; $p < 0.001$) and between the reduction of anxious symptoms and functionality impairment ($r^2 = 0.154$; $p < 0.001$).

Limitations: Missing data on all outcome measures, specially at follow-up. Therapists variables were not considered.

Conclusion: This study highlights the association between functionality and symptoms of depression and anxiety. Both models of psychotherapy were effective in improving patient functionality, as well as in reducing depressive and anxious symptoms a year after treatment end.

Keywords: *functionality; depression; anxiety; cognitive-behavioral therapy; psychodynamic therapy; randomized clinical trial*

Introduction

Major Depressive Disorder (MDD) is a very prevalent mental illness, affecting an estimated 300 million people worldwide (World Health Organization (WHO), 2012). Symptoms have direct and indirect repercussions, such as disability, reduced quality of life, increase costs related to overuse of health care services, impaired work performance, diminished social life, and suicide (Martin-Subero et al., 2017). In addition to all these symptoms, patients with MDD often have features of anxiety, about 85% of patients with MDD have significant anxiety (Tiller, 2013). It is currently considered by WHO as one of the leading causes of disability globally. (WHO, 2017).

Disability is a complex phenomenon, reflecting the interaction between functionalities of a person's body and features of the society, covering the terms impairments, activity limitations, and participation restrictions. MDD as a primary health condition becomes a possible starting point for disabilities, including mobility, sensory, mental and communication (WHO, 2011). For this reason, assessing the impact of MDD plays an important role on patients' daily lives. In addition, it is associated not only with other common chronic illnesses, including cardiovascular disease, diabetes, arthritis, and back problems but also with functional impairments (American Psychiatric Association, 2013; Greer et al., 2010). In the same way, patients experience reduced quality of life (QOL) and difficulty with interpersonal relationships. In comparison with adults with no mood disorder, adults with MDD reported limitations in the ability to perform work, household, or school activities 4.5 times more frequently (Shippee et al., 2011). The concept of functioning involves many different domains, including the ability to work, live independently, engage in recreation, experience romantic life, and study effectively (Rosa et al, 2007). Measures of psychosocial functioning generally move in parallel with depressive symptoms (Judd et al., 1996; Dunn et al., 2012; Greer et al., 2016), some studies showed that depressive symptoms were associated with limitations in six domains of functioning (physical functioning, role functioning, social functioning, number of days in bed, current health, and being free from pain) when compared with patients with no chronic conditions in a general medical outpatient sample (Chen et al., 2000; Wells et al., 1992).

Following initial monotherapy for MDD, only about 30% of patients achieve remission, indicating that approximately 70% experience residual symptoms (Trivedi et al., 2006), besides that psychosocial functioning returned to normal in patients who achieved remission of depressive symptoms (Miller et al., 1998). The level of residual symptoms was not only shown to have prognostic value for the risk of relapse and recurrence (Judd et al, 1998), but also to

have a major impact on psychosocial functioning and capability to work (Kennedy et al, 2007). The treatment gap for depression is wide (Kohn et al., 2004), especially in primary care settings (McQuaid et al., 1999; Quintana et al., 2013). A national study in Brazil shows a point prevalence of depressive symptoms of 28.3%, with the majority of cases (15.3%) presenting with severe depression (Coelho et al., 2013). Existing literature has emphasized the need for long-term follow-up studies of community-based samples in order to examine the stability, comorbidity, and long-term outcome of depression in the population (Lee, 2003; Merikangas et al., 2003; Murphy, 1980). Functional impairment associated with depression presents a substantial healthcare and societal burden. Improvements in functional outcomes are related to improvements in depression symptoms (Fichter, 2008).

Therefore, the aim of the present study was to evaluate the impact of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Supportive-Expressive Dynamic Psychotherapy (SEDP) on patients functioning and on the depressive and anxious symptoms in a twelve-month follow-up period, in addition to correlating the reduction of depressive and anxious symptoms with functionality.

Methods

Setting

This is a randomized clinical trial nested in an outpatient research and mental health evaluation service of the Catholic University of Pelotas, in Brazil. Potential participants were individuals who were voluntarily seeking for psychology services, and read or heard about the research in the media; or had been referred to the community mental health professionals. Psychotherapy was offered free of charge. The sample was selected by convenience.

Patients were enrolled from July 2012 to December 2015, and the final assessment was completed on February 2017. The research was approved by the Research Ethics Committee of the institution (case N. 46/2012). All subjects were informed about the study and agreed to participate by providing their free and informed consent.

Participants

Participants aged 18-60 years with a current MDD according to the Mini International Neuropsychiatric Interview-PLUS (MINI-PLUS; Sheehan et al., 1997); and agreed to sign an informed consent for treatment were enrolled in the study. Subjects were excluded from the

study according to the following criteria: those who presented moderate or severe suicide risk; were in current psychiatric or psychological treatment; met the criteria for psychoactive substances abuse (except for alcohol and tobacco use); were currently using or had taken any antidepressant medication in the two months prior to the treatment; presented psychotic symptoms; or when MDD was not the main diagnosis.

Simple randomization was used to allocate participants between the two brief intervention models – CBT or SEDP. To this end, an equal number of labels of each therapy model was placed in an opaque envelope and a label was selected for each patient. The researcher in charge of randomization did not participate in the evaluation process or in the psychotherapeutic intervention. Further, the participants were contacted by the therapist to make the first appointment.

Interventions

The intervention models consisted of 16 CBT sessions and 18 sessions of SEDP. The individual therapy sessions took place once a week for 50 minutes. The sessions were performed at the Catholic University of Pelotas. Cognitive Behavioral Therapy manual was structured as proposed by Beck (1997). This psychotherapy model proposes that distorted or dysfunctional thinking (which influences the patient's mood and behavior) is common to all psychological disorders. Realistic assessment and the modification of thinking generate improvements in mood and behavior; lasting improvement is believed to stem from patient's modification of dysfunctional basic beliefs.

The protocol for Supportive-Expressive Dynamic Psychotherapy was proposed by Luborsky (Luborsky, 1984; Luborsky et al, 1995). It is based on the central pattern analysis patients follow when conducting their relationships and is formulated based on specific stories about problematic interactions the patient had recently experienced with important people in their lives. The main goal of SEDP therapy is to establish a trusting, supportive therapeutic relationship allowing the patient to explore thoughts and experiences. Within this framework, the therapist uses the narratives shared during therapy, as well as the transference as experienced in the therapeutic relationship, to interpret the patient's core conflictual relationship themes (CCRT).

Training for each of the interventions was conducted by a psychologist with theoretical background and clinical experience in the specific area of intervention. Each intervention was supervised by a psychologist who was responsible for the training and study supervision. All therapists responsible for the interventions had previously read a book based on each

intervention. In addition, each session required one meeting for supervision and manual calibration. After training, each therapist received at least one pilot patient in order to test the study logistics and to solve possible issues regarding the interventions.

Senior psychologist students, master and Ph.D.-level therapist students of the postgraduate program of Health and Behavior of the Catholic University of Pelotas participated in this investigation. There were 18 therapists at SEDP model and 11 into CBT, who worked only one of the models.

Data collection

Socioeconomic, demographic and health related data that included sex, age, ethnicity, marital status, current work, educational level, socioeconomic status, current use of psychiatric medication, current tobacco use/abuse, and current alcohol abuse were collected during the first interview. MDD and comorbidities were evaluated by a psychologist who has attended weekly supervision. In cases of diagnostic doubt, the patient would be referred to a clinical interview by a well-trained psychiatrist of the research team.

Dropout

Patients reported that change of address, start of drug treatment or personal problems were the main reasons for dropout. Patients who did not attend three consecutive sessions were excluded from the treatment.

Outcomes

All instruments were administered at baseline, at post-intervention (last session), at six-month follow-up and at twelve-month follow-up. The Beck Depression Inventory-II (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996) can be considered the gold standard for all research on MDD, it consists of 21 self-reported items, each item is scored 0 to 3 points for a total score range of 0 to 63. Total score of 0-13 is considered minimal range, 14-19 is mild depression, 20-28 is moderate, and 29-63 is severe depression. The BDI-II has been shown to have high internal consistency ($\alpha = 0.91$; Steer, Brown Beck, & Sanderson, 2001). It has been translated into Brazilian Portuguese and validated for the Brazilian population (Gomes-Oliveira, Gorenstein, Neto, Andrade, & Wang, 2012).

The Beck Anxiety Inventory (BAI; Steer & Beck, 1997), is a 21-item self-report instrument that measures the severity of anxiety symptoms. It has been translated into Brazilian Portuguese and validated for the Brazilian population (Cunha, 2001). The severity of each

symptom is scored using a 4-point scale ranging from 0 “Not at all” to 3 “Severely - I could barely stand it.” The BAI is scored by summing the severity ratings across all 21 symptoms. The total scores can range from 0 to 63.

Impairment on role functioning was assessed by the Functioning Assessment Short Test (FAST; Rosa et al., 2007), which is an interviewer-administered questionnaire designed to evaluate overall function across multiple domains in psychiatric patients. It consists of 24 items covering six specific areas of functioning, as follows: autonomy; occupational functioning; cognitive functioning; financial issues; interpersonal relationships; and leisure time. Items are rated using a 4-point scale ranging from 0 (no difficulty) to 3 (severe difficulty), with a total score ranging between 0 and 72 (higher scores indicate poorer functioning). FAST validation study in Brazil showed high internal consistency (Cronbach’s alpha was 0.95 for the whole scale and 0.82 or higher for the subscales). Test-retest reliability for total FAST scores was excellent ($r = 0.90$; $p < 0.001$) (Cacilhas, et al., 2009). The cut-off point of ≥ 11 (Rosa, et al., 2007).

Statistical analysis

After the evaluation instruments were coded at baseline, at post-intervention, at six-month follow-up and at twelve-month follow-up, data were double-entered into Epi-Info 6.04d software, with a subsequent check for data consistency using the VALIDATE command (Dean et al., 1994).

Statistical analysis was performed using SPSS 21.0. We used the chi-square test and the t test to assess whether sociodemographic and clinical characteristics of the sample were homogeneously distributed between the intervention models.

We used a mixed-design ANOVA to analyze differences among the means of the FAST, FAST domains, BDI-II and BAI scales between the two interventions models. We performed pairwise comparisons using the Bonferroni correction to assess the differences between baseline, post-intervention and six-and twelve-month follow-up.

We computed the difference of BDI-II, BAI and FAST scores (reduction) from baseline to post-intervention, six-month and twelve-month follow-up. Hierarchical linear regression analyses were used to assess the association between the reduction of depressive and anxious symptoms and the functionality. The following covariates were sequentially entered in each analysis: gender, intervention model and depressive symptoms at baseline. The analysis of anxious symptoms and functionality were controlled for anxious symptoms at baseline.

We also analyzed the data by intention to treat; for this analysis, we replaced missing values using the multiple imputation method. After performing the association tests, statistical power was calculated through the η^2 in order to test the reliability of the results.

Results

Participants' flow

The clinical trial was conducted from July 2012 to December 2015. Two hundred and forty-seven people were randomized between the two psychotherapy models. Four failed to return after the initial assessment. In total, 243 patients were allocated to CBT (n=113) and to SEPD (n=130). There were 55 dropouts from the CBT and 64 from the SEPD. At the six-month follow-up 157 patients were assessed; the twelve-month follow-up evaluations occurred with 142 participations (see Figure 1).

Baseline data

Two hundred and forty-seven were analyzed; 205 (83.0%) were women. Mean age and mean years of schooling were 35.55 ± 11.50 and 10.75 ± 3.80 years, respectively. No difference between the intervention models was observed with respect to sociodemographic variables ($p > 0.05$) (Table 1).

Comparisons between individual who dropped out and those who continued treatment were performed at baseline. No differences were found in patient functionality in individual who dropped out when compared with those who finished the treatment $t(245)=0.602$; $p=0.548$. Also, no differences were found in depressive symptoms $t(241)=1.274$; $p=0.204$, and anxious symptoms $t(240)=1.468$; $p=0.143$.

Considering the total sample, mean of functionality was 27.79 ± 11.48 . In relation to the domains of the FAST scale, the mean of autonomy domain was 3.70 ± 2.60 , the mean of occupational functioning domain was 4.66 ± 3.39 , the mean cognitive functioning domain was 7.37 ± 3.03 , the domain financial issues had the mean of 2.29 ± 2.01 , the interpersonal relationship domain had 9.76 ± 4.87 of mean and lastly, the mean of leisure time domain was 3.24 ± 1.72 . There were no significant differences between the intervention models in functionality, depression and anxiety, with exception of the FAST domain interpersonal relationship ($p=0.047$) (Table 2).

Follow-up data

Table 2 shows data regarding the severity of depressive and anxious symptoms, as well as the mean of functionality in each intervention group at baseline, post-intervention, at six-month follow-up and twelve-month follow-up evaluations. Mixed model analysis of variance showed no differences between the outcomes for each psychotherapy model indicating that CBT and SEDP presented similar effects on depressive and anxious symptoms as well as on functionality.

The main time effect showed a statistically significant difference in patient functionality at the different time points ($F(3, 267)=2.727, p=0.045, \text{partial } \eta^2=0.030$) and no significant interaction between the intervention model and time on functionality ($F(1,89)=0.113, p=0.738, \text{partial } \eta^2=0.001$). Thus, patients on average show a reduction on functionality impairment from baseline to twelve-month follow-up. The prevalence of patients who at twelve-month follow-up were rated below cut-off point 11, that is functional, was 38.9% compared with 3.66% at baseline.

Regarding depressive symptoms, a significant difference was found at the different time points ($F(3,270)=4.105, p=0.007, \eta^2=0.044$) but no differences between the interventions and time ($F(1,90)=0.100, p=0.753, \text{partial } \eta^2=0.001$). At the twelve-month follow-up, 42.4% ($n=61$) of the patients showed remission of depressive symptoms, 18.8% ($n=27$) presented mild depressive symptoms and 13.3% ($n=19$) showed moderated depressive symptoms.

There was no significant main effect of time in anxious symptoms at the different time points ($F(3,270)=1.190, p=0.314, \eta^2=0.013$) and also no significant difference between the intervention and time ($F(1,90)=0.85, p=0.771, \text{partial } \eta^2=0.001$). At the twelve-month follow-up, 67.4% ($n=97$) of the patients presented remission of anxious symptoms, 22.2% ($n=32$) presented moderated anxious symptoms and 10,4% ($n=15$) presented severe anxious symptoms. Data are not shown in tables.

Concerning to FAST domains, the main time effect showed a statistically significant difference in autonomy at the different time points ($F(3,267)=3.425, p=0.018, \text{partial } \eta^2=0.037$) and no significant interaction between the intervention model and time on functionality ($F(1,89)=0.112, p=0.738, \text{partial } \eta^2=0.001$). Regarding interpersonal relationship domain, the main time effect showed a statistically significant difference at the different time points ($F(2.48,220.46) = 4.013, p=0.013, \text{partial } \eta^2=0.043$) and no significant interaction between the intervention model and time on functionality ($F(1,89)=0.669, p=0.415, \text{partial } \eta^2=0.007$). In relation to other FAST domains, the main time effect did not show a statistically significant

difference at the different time points and no significant interaction between the intervention model and time on functionality (Fig 2).

Since there was no interaction between the intervention model and the time in the measures evaluated, we chose to analyze the intervention models together. Intent-to treat analysis and the analysis considering only the patients who completed treatment are shown in Table 3. In those who completed the treatment, we found that both psychotherapy models were effective at all times of evaluation. There was a significant difference between functionality and all times of evaluation ($F=22.981$; $\eta^2=0.221$; $p<0.001$); The pairwise comparison of the times of treatment with patient functionality showed a significant difference from baseline to all times of evaluation ($p<0.001$) and no differences was found between post-intervention and six-month ($p=1.000$) and twelve-month ($p=0.215$) follow-up. Regarding depressive symptoms, there was a significant difference at all times of evaluation ($F=50.054$; $\eta^2=0.388$; $p<0.001$) and the pairwise comparisons between baseline and all times of evaluation were significant ($p<0.001$); there was also a difference between post-intervention and six-month ($p=0.026$) and twelve-month ($p=0.020$) follow-up; however, there was no difference between six-month and twelve-month ($p=1.000$) follow-up. For anxious symptoms, there was a significant difference at all times of evaluation ($F=21.036$; $\eta^2=0.208$; $p<0.001$), and the pairwise comparison of the times of treatment and anxious symptoms showed a significant difference between baseline and all times of evaluation ($p<0.001$); however, no differences were found between the others times of evaluation ($p=1.000$) (Table 3).

At post-intervention, after adjustments for gender ($\beta=-2.493$; $p=0.281$), treatment conditions ($\beta=0.652$; $p=0.742$) and depressive symptoms at baseline ($\beta=0.033$; $p=0.722$) the improvement on functionality significantly predict the reduction of depressive symptoms ($r^2=0.345$; $\beta=0.544$; $p<0.001$); at six-month follow-up, after adjustments for gender ($\beta=0.636$; $p=0.764$), treatment condition ($\beta=-1.927$; $p=0.202$) and depressive symptoms at baseline ($\beta=0.434$; $p<0.001$), the functionality significantly predicted the reduction of depressive symptoms ($r^2=0.575$; $\beta=0.828$; $p<0.001$); and the twelve-month follow-up after adjustments for gender ($\beta=2.730$; $p=0.369$); treatment conditions ($\beta=-1.809$; $p=0.413$) and depressive symptoms at baseline ($\beta=-0.030$; $p=0.777$) the functionality significantly predicted the reduction of depressive symptoms ($r^2=0.236$; $\beta=0.502$; $p<0.001$).

Patient functionality significantly predicts the reduction of anxious symptoms at post-intervention ($r^2= 0.235$; $\beta=0.538$; $p<0.001$) after controlling for gender ($\beta=-1.443$; $p=0.561$), treatment condition ($\beta=-1.491$; $p=0.470$) and depressive ($\beta=-0.193$; $p=0.068$) and anxious

symptoms ($\beta=0.213$; $p=0.045$) at baseline. At the six-month follow-up, functionality predicted reduction of anxious symptoms ($r^2=0.145$; $\beta=0.405$; $p<0.001$) after adjustments for gender ($\beta=-0.334$; $p=0.912$), treatment condition ($\beta=-2.616$; $p=0.229$) and depressive ($\beta=-0.189$; $p=0.116$) and anxious symptoms at baseline ($\beta=0.183$; $p=0.077$). Finally, functionality predicts reduction of anxiety at the twelve-month follow-up ($r^2=0.154$; $\beta=0.452$; $p<0.001$) after adjustments for gender ($\beta=3.821$; $p=0.240$), treatment condition ($\beta=-1.928$; $p=0.416$) and depressive ($\beta=-0.267$; $p=0.037$) and anxious symptoms at baseline ($\beta=0.182$; $p=0.108$).

Discussion

This study has demonstrated that CBT and SEDP were effective for decreasing functional impairment and improvement of depressive and anxious symptoms, and these improvements were maintained at six-month and twelve-month evaluations. Furthermore, a moderate positive correlation between the reduction of depressive symptoms and functionality improvement was identified in all evaluation time. Also, a weak to moderated positive correlation between reduction of anxious symptoms and functionality improvement was found. As depressive and anxiety symptoms decreased and remained stable during follow-up, patient's functionality improved and remained as well. One possible explanation for our findings is that psychotherapy remains effective after treatment once patients learn special skills which were useful in modulating reactions, as well as an effect of the elaboration process performed during the period of treatment.

In addition, we have to highlight that all outcomes in the present study are related to evaluation of depressive symptomatology, as we might consider functional impairment as part of the disorder. Moreover, there is a significantly moderate positive correlation between the reduction of depressive symptoms and functionality improvement. At the twelve-month follow-up, patients presented a significantly improvement in global functionality when compared to the baseline. This positive correlation adds evidence base for both psychotherapy models. In the same way, a pooled analysis of three randomized, double-blind, 8-week acute treatment studies found that 38% of patients achieved symptomatic remission, while 32% achieved functional remission and 23% achieved combined symptomatic and functional remission (Sheehan et al., 2011). In another study, the researchers found out that after therapy intervention

the relationship between depression and functioning become stronger when considering a sample of obsessive-compulsive disorder patients (Motivala et al, 2017).

Nil and colleagues (2016), evaluated depressed outpatients treated with escitalopram, described that 50.9% of the patients reported no functional impairment after one year. These functional impairments were mostly reported to be mild, resulting in an overall percentage of almost 80% of patients who reported no or mild impairments. Alonso and colleagues (2004), reported that dysthymia and major depressive episodes were among the five mental disorders with the strongest impact on WHODAS-II (World Health Organization Assessment Schedule II) disability and emphasized that the reduced cognitive, emotional and motivational functioning associated with depression affects the highest mental capacities in human beings. Similarly, the ECA study (Judd et al., 1996) found that subsyndromal depressive symptoms were associated with reduced functionality, high impairment and disability; the authors conclude that depression is a relevant and costly public health issue.

There have been studies examining cognitive-behavior and psychodynamic psychotherapy efficacy in reducing depressive symptoms (Driessen et al., 2013; Cuijpers et al., 2008; Thase, 2013), however, few studies have evaluated its impact on psychosocial functional. Two important studies (Connolly Gibbons et al., 2016; Driessen et al., 2017) examined whether psychodynamic psychotherapy and CBT for depression could be considered efficacious with regard to patients' functionality and quality of life, not only the depressive symptom reduction. Driessen and colleagues (2017), found no significant differences between treatments, both posttreatment and follow-up, on any of the outcome measures. Connolly Gibbons and colleagues (2016) results were largely inconclusive as their measures of functionality and quality of life had small effect size for differences between treatments models on change across treatment, indicating that no clinically meaningful advantage existed for cognitive therapy.

Autonomy and interpersonal relationship were the fast domains showing significant difference at the different time points. It also shows that intervention was able to improve and maintain the levels of relationships, involvement in social activities, sexual relations, and the ability to defend ideas and opinions, ability to do things alone and making individual decisions. Blatt and colleagues (2000) reported that patients at 18-month follow-up showed greater effects on their ability to establish and maintain interpersonal relationships and to recognize the sources of their depression and to prevent it than control groups.

About the limitations, we were faced with missing data on all outcome measures, especially at follow-up, we do not consider the therapists variables and only patients with moderated depression and non-medicated were evaluated. One of the strengths of this study

was the individual treatment outcomes, which allowed us to have a more realistic view when compared with outcome means. To the date, this is the largest clinical trial of the type published in Brazil, and its results are in line with international publications.

Depression as a primary health care became a possible starting point for functional impairment and anxious symptoms. Mentally impaired patients require health services regarding medical and psychological care, as well as the rest of the population. General health needs to include health promotion, preventive care, treatment of acute and chronic mental illnesses, and adequate care to specific needs when necessary. Access to psychological treatments is particularly important for those who have a poorer mental health level in order to achieve the highest possible standard of health and functionality.

References

- Alonso, J., Angermeyer, M. C., & Bernert, S. (2004). ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 420, 38-46.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Beck, Aaron T, Steer, Robert A, & Brown, Gregory K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio*, 78(2), 490-498.
- Beck, AT, Rush, AJ, Shaw, BF, & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão* (S. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Blatt, sj, zuroff, d, bondi, c, & sanislow, c. (2000). Short-and long-term effects of medication and psychotherapy in the brief treatment of depression: further analyses of data from the nimh tdcpr. *Psychotherapy research*, 10(2), 215-234.
- Cacilhas, A. A., da Silva Magalhães, P. V., Ceresér, K. M., Walz, J. C., Weyne, F., Rosa, A. R., . . . Kapczinski, F. (2009). Validity of a short functioning test (FAST) in Brazilian outpatients with bipolar disorder. *Value in Health*, 12(4), 624-627.
- Chen, L. S., Eaton, W. W., Gallo, J. J., Nestadt, G., & Crum, R. M. (2000). Empirical examination of current depression categories in a population-based study: symptoms, course, and risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 573-580.
- Coelho CLS, Crippa JAS, Santos JLF, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R, et al. Higher prevalence of major depressive symptoms in Brazilians aged 14 and older. *Rev Bras Psiquiatr*. 2013; 35(2):142–9. PMID: 23904019
- Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, van Oppen P (2008) Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *J Consult Clin Psychol*. 76(6):909.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dean, A., DJ CD, B. K., Smith, D., Burton, A., Dicker, R., Sullivan, K., . . . Arner, T. (1994). Center of disease control and prevention. Epi--Info version 6.04 d. A word processing database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Atlanta, Georgia, USA.
- Driessen E, Van HL, Don FJ, Peen J, Kool S, Westra D, Dekker JJ (2013) The efficacy of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy in the outpatient treatment of major depression: a randomized clinical trial. *Am J Psychiatry*. 170(9):1041–1050.
- Driessen, E., Van, H. L., Peen, J., Don, F. J., Twisk, J. W., Cuijpers, P., & Dekker, J. J. (2017). Cognitive-behavioral versus psychodynamic therapy for major depression: Secondary outcomes of a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 85(7), 653.

- Dunn, T. W., Vittengl, J. R., Clark, L. A., Carmody, T., Thase, M. E., & Jarrett, R. B. (2012). Change in psychosocial functioning and depressive symptoms during acute-phase cognitive therapy for depression. *Psychological Medicine*, *42*(2), 317-326.
- Fichter, M. M., Kohlboeck, G., & Quadflieg, N. (2008). The Upper Bavarian longitudinal community study 1975–2004. 2. Long-term course and outcome of depression. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, *258*(8), 476-488.
- Gibbons, M. B. C., Gallop, R., Thompson, D., Luther, D., Crits-Christoph, K., Jacobs, J., . . . Crits-Christoph, P. (2016). Comparative effectiveness of cognitive therapy and dynamic psychotherapy for major depressive disorder in a community mental health setting: a randomized clinical noninferiority trial. *JAMA psychiatry*, *73*(9), 904-912.
- Gomes-Oliveira, M. H., Gorenstein, C., Lotufo Neto, F., Andrade, L. H., & Wang, Y. P. (2012). Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *34*(4), 389-394.
- Greer, T. L., Kurian, B. T., & Trivedi, M. H. (2010). Defining and measuring functional. *Cns Drugs*, *24*(4), 267-284.
- Greer, T. L., Trombello, J. M., Rethorst, C. D., Carmody, T. J., Jha, M. K., Liao, A., . . . Trivedi, M. H. (2016). Improvements In Psychosocial Functioning And Health-related Quality Of Life Following Exercise Augmentation In Patients With Treatment Response But Nonremitted Major Depressive Disorder: Results From The Tread Study. *Depression and anxiety*, *33*(9), 870-881.
- Judd, L. L., Paulus, M. P., Wells, K. B., & Rapaport, M. H. (1996). Socioeconomic burden of subsyndromal depressive symptoms and major depression in a sample of the general population. *Am J Psychiatry*. *153*(11):1411-7.
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Maser, J. D., Zeller, P. J., Endicott, J., Coryell, W., ... & Rice, J. A. (1998). A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. *Archives of general psychiatry*, *55*(8), 694-700.
- Kennedy, N., Foy, K., Sherazi, R., McDonough, M., & McKeon, P. (2007). Long-term social functioning after depression treated by psychiatrists: a review. *Bipolar Disorders*, *9*(1-2), 25-37.
- Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ*. 2004; *82*(11):858–66. PMID: 15640922
- Lee, A. S. (2003). Better outcomes for depressive disorders? *Psychological Medicine*, *33*(5), 769-774.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment*: Basic Books New York.
- Luborsky, L., Mark, D., Hole, A. V., Popp, C., Goldsmith, B., & Cacciola, J. (1995). Supportive-expressive dynamic psychotherapy of depression: A time-limited version.
- Martin-Subero, M., Kroenke, K., Diez-Quevedo, C., Rangil, T., de Antonio, M., Morillas, R. M., ... & Navarro, R. (2017). Depression as measured by PHQ-9 versus clinical diagnosis as

an independent predictor of long-term mortality in a prospective cohort of medical inpatients. *Psychosomatic medicine*, 79(3), 273-282.

McQuaid JR, Stein MB, Laffaye C, McCahill ME. Depression in a primary care clinic: the prevalence and impact of an unrecognized disorder. *J Affect Disord*. 1999; 55(1):1–10. PMID: 10512600

Merikangas, K. R., Zhang, H., Avenevoli, S., Acharyya, S., Neuenschwander, M., & Angst, J. (2003). Longitudinal trajectories of depression and anxiety in a prospective community study: the Zurich Cohort Study. *Archives of general psychiatry*, 60(10), 993-1000.

Miller IW, Keitner GI, Schatzberg AF, Klein DN, Thase ME, Rush AJ, et al. The treatment of chronic depression, part 3: Psychosocial functioning before and after treatment with sertraline or imipramine. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1998; 59:608–619. [PubMed: 9862607]

Motivala, S. J., Arellano, M., Greco, R. L., Aitken, D., Hutcheson, N., Tadayonnejad, R., . . . Feusner, J. D. (2018). Relationships between obsessive-compulsive disorder, depression and functioning before and after exposure and response prevention therapy. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 22(1), 40-46.

Murphy, J. M. (1980). Continuities in community-based psychiatric epidemiology. *Archives of General Psychiatry*, 37(11), 1215-1223.

Nil, R., Lütolf, S., & Seifritz, E. (2016). Residual symptoms and functionality in depressed outpatients: a one-year observational study in Switzerland with escitalopram. *Journal of Affective Disorders*, 197, 245-250.

Quintana MI, Andreoli SB, Moreira FG, Ribeiro WS, Feijo MM, Bressan RA, et al. Epidemiology of Psychotropic Drug Use in Rio de Janeiro, Brazil: Gaps in Mental Illness Treatments. *PLoS One*. 2013; 8(5).

Rosa, A. R., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Aran, A., Salamero, M., Torrent, C., Reinares, M., . . . Vieta, E. (2007). Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3(5). doi:10.1186/1745-0179-3-5

Sheehan, DV, Lecrubier, Y, Sheehan, K Harnett, Janavs, J, Weiller, E, Keskiner, A, . . . Dunbar, GC. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, 12(5), 232-241.

Sheehan, D. V., Harnett-Sheehan, K., Spann, M. E., Thompson, H. F., & Prakash, A. (2011). Assessing remission in major depressive disorder and generalized anxiety disorder clinical trials with the discan metric of the Sheehan disability scale. *International clinical psychopharmacology*, 26(2), 75-83.

Shippee, N.D., Shah, N.D., Williams, M.D., Moriarty, J.P., Frye, M.A., Ziegenfuss, J.Y., 2011. Differences in demographic composition and in work, social, and functional limitations among the populations with unipolar depression and bipolar disorder: results from a nationally representative sample. *Health Qual. Life. Outcomes* 9, 90.

Steer, R. A., & Beck, A. T. (1997). Beck Anxiety Inventory. In C. P. Z. R. J. Wood (Ed.), *Evaluating stress: A book of resources* (pp. 23-40). Lanham, MD, US: Scarecrow Education.

Steer, R. A., Brown, G. K., Beck, A. T., & Sanderson, W. C. (2001). Mean Beck depression inventory–II scores by severity of major depressive episode. *Psychological Reports*, 88(3_suppl), 1075-1076.

Thase ME (2013) Comparative effectiveness of psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy: It's about time, and what's next? *Am J Psychiatry*. 170:953–956.

Tiller, J. WG. (2013). Depression and anxiety. *The Medical Journal of Australia*, 199(6), 28-31.

Trivedi, M. H., Rush, A. J., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A. A., Warden, D., Ritz, L., ... & Shores-Wilson, K. (2006). Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR* D: implications for clinical practice. *American journal of Psychiatry*, 163(1), 28-40.

Wells, K. B., Burnam, M. A., Rogers, W., Hays, R., & Camp, P. (1992). The course of depression in adult outpatients: results from the Medical Outcomes Study. *Archives of general psychiatry*, 49(10), 788-794.

World Health Organization, 2011. World report on disability. Available at http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/ (Accessed 01.10.2018)

World Health Organization, 2012. Depression. Fact sheet 369. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/> (Accessed 24.09.18)

World Health Organization, 2017. Depression and Other Common Mental Disorders. (WHO reference number: WHO/MSD/MER/2017.2)

Table I. Sociodemographic characteristics of sample at baseline, according to treatment condition.

Variables	Cognitive Behavior Therapy (n=117)	Supportive-expressive Dynamic Psychotherapy (n=130)	p-value
Gender, n (%)			0.097
Male	15 (35.7)	27 (64.3)	
Female	102 (49.8)	103 (50.2)	
Ethnicity, n (%)			0.762
White	91 (47.9)	99 (52.1)	
Non-white	26 (45.6)	31 (54.4)	
Age (mean±SD, years)	36.17 (11.81)	34.99 (11.23)	0.257
Socioeconomic Status, n (%)			0.397
Upper	52 (50)	52(50)	
Middle	54 (46.4)	74 (53.6)	
lower	1 (20)	4 (80)	
Marital status, n (%)			0.343
Single	47 (43.9)	60 (56.1)	
Have a partner	70 (50)	70 (50)	
Year of education, n (%)			0.417
≤8 years	37 (51.4)	35 (48.6)	
≥9 years	80 (45.7)	95 (54.3)	
Current work, n (%)			0.893
No	53 (46.9)	60 (53.1)	
Yes	64 (47.8)	70 (52.2)	
Comorbidity axis I, n (%)			0.244
No	35 (42.2)	48 (57.8)	
Yes	82 (50)	82 (50)	
Lifetime psychotropic use, n (%)			0.280
No	36 (52.9)	32 (47.1)	
Yes	81 (45.3)	98 (54.7)	
Tobacco abuse / dependence, n (%)			0.079
No	97 (50.3)	46 (49.7)	
Yes	19 (36.5)	33 (63.5)	
Alcohol abuse/dependence, n (%)			0.887
No	81 (47.6)	89 (52.4)	
Yes	35 (46.7)	40 (53.3)	

TABLE 2 Comparison of functionality, depression and anxious symptoms between CBT and SEDP from baseline to twelve-month follow-up.

Variables	CBT	SEDP	Mean differences (IC 95%)	p-Value
FAST (mean±SD)				
Baseline				
Total score	29.03 (±12.34)	26.67 (±10.58)	-2.36 (-5.23; 0.52)	0.107
Autonomy	3.86 (±2.63)	3.56 (±2.57)	-0.30 (-0.95; 0.35)	0.363
Occupational functioning	4.90 (±3.69)	4.45 (±3.10)	-0.45 (-1.30; 0.40)	0.297
Cognitive functioning	7.46 (±3.28)	7.28 (±2.80)	-0.18 (-0.94; 0.59)	0.648
Financial issues	2.39 (±1.98)	2.20 (±2.05)	-0.19 (-0.70; 0.31)	0.453
Interpersonal relationships	10.41 (±5.11)	9.18 (±4.58)	-1.23 (-2.45; -0.02)	0.047
Leisure Time	3.32 (±1.78)	3.17 (±1.67)	-0.15 (-0.58; 0.28)	0.503
Post-intervention				
Total score	17.95 (±12.47)	17.57 (± 11.90)	-0.38 (-4.73; 3.97)	0.863
Autonomy	2.47 (±2.55)	2.17 (±2.54)	-0.30 (-1.21; 0.61)	0.520
Occupational functioning	3.17 (±3.11)	3.52 (±3.36)	0.35 (-0.81; 1.51)	0.551
Cognitive functioning	5.71 (±3.52)	5.85 (±3.06)	0.14 (-1.04; 1.31)	0.815
Financial issues	1.84 (±1.92)	1.34 (±1.50)	-0.51 (-1.11; 0.10)	0.103
Interpersonal relationships	4.76 (±4.14)	4.69 (±3.81)	-0.07 (-1.49; 1.35)	0.926
Leisure Time	2.60 (±1.80)	2.48 (±1.68)	-0.13 (-0.75; 0.49)	0.688
Six-month follow-up				
Total score	20.60 (±14.29)	19.99 (±12.37)	-0.61 (-4.82; 3.59)	0.773
Autonomy	2.45 (±2.71)	2.80 (±2.88)	0.35 (-0.54; 1.23)	0.443
Occupational functioning	3.38 (±3.57)	3.30 (±3.55)	-0.09 (-1.21; 1.04)	0.880
Cognitive functioning	5.27 (±3.38)	5.55 (±3.15)	0.27 (-0.76; 1.30)	0.601
Financial issues	1.70 (±1.84)	1.56 (±1.78)	-0.14 (-0.71; 0.43)	0.631
Interpersonal relationships	5.53 (±6.17)	4.68 (±3.77)	-0.86 (-2.45; 0.73)	0.289
Leisure Time	2.26 (±1.83)	2.11 (±1.73)	-0.15 (-0.71; 0.41)	0.590
Twelve-month follow-up				
Total score	17.92 (±13.23)	18.09 (±12.69)	0.17 (-4.14; 4.47)	0.939
Autonomy	1.97 (±2.38)	2.17 (±2.53)	0.20 (-0.62; 1.02)	0.627
Occupational functioning	3.11 (±3.52)	2.46 (±3.13)	-0.65 (-1.75; 0.46)	0.250
Cognitive functioning	5.36 (±3.49)	6.04 (±5.70)	0.68 (-0.92; 2.27)	0.404
Financial issues	1.97 (±2.77)	1.64 (±1.95)	-0.32 (-1.11; 0.46)	0.416
Interpersonal relationships	3.64 (±3.81)	4.00 (±4.20)	0.36 (-0.97; 1.70)	0.592
Leisure Time	1.88 (±1.81)	1.78 (±1.56)	-0.10 (-0.67; 0.46)	0.718
BDI-II (mean±SD)				
Baseline	33.19 (±11.34)	32.12 (±10.93)	-1.07 (-3.87; 1.73)	0.453
Post-intervention	17.54 (±14.28)	19.08 (±13.77)	1.54 (-3.50; 6.58)	0.546
Six-month follow-up	17.94 (±14.16)	21.17 (±14.83)	3.22 (-1.39; 7.83)	0.169
Twelve-month follow-up	18.67 (±16.33)	19.82 (±14.89)	1.15 (-4.03; 6.33)	0.662
BAI (mean±SD)				
Baseline	22.93 (±11.69)	23.75 (±13.87)	0.82 (-2.43; 4.07)	0.619
Post-intervention	14.25 (±12.38)	13.20 (±10.87)	-1.06 (-5.17; 3.06)	0.612
Six-month follow-up	18.01 (±17.54)	17.37 (±14.09)	-0.65 (-5.67; 4.38)	0.368
Twelve-month follow-up	15.44 (±13.07)	18.83 (±15.47)	3.39 (-1.40; 8.18)	0.164

Note: CBT = Cognitive-Behavior Therapy; SEDP = Supportive-Expressive Dynamic Psychotherapy; FAST = Functioning Assessment Short Test; BDI-II = Beck Depression Inventory II; BAI = Beck Anxiety Inventory.

Table 3 Intent-to-treatment sample and completers sample at baseline, post-intervention and follow-up evaluations.

	Baseline*	Post-treatment*	Six-month follow-up*	Twelve-month follow-up*	η^2	<i>F</i>	<i>p</i> -value
Intent-to-treat sample (n=247)							
FAST [#]	27.85 (0.73)	23.10 (0.83)	23.26 (0.87)	21.68 (0.87)	0.221	22.981	<0.001
BDI-II**	32.66 (0.71)	25.28 (0.93)	23.37 (0.94)	23.19 (1.00)	0.388	50.054	<0.001
BAI**	23.34 (0.82)	18.60 (0.85)	19.24 (0.96)	19.18 (0.93)	0.208	21.036	<0.001
Completers sample (n=92)							
FAST ^{##}	26.86 (1.15)	17.80 (1.36)	19.84 (1.49)	17.51 (1.45)	0.398	19.178	<0.001
BDI-II ^{***}	31.51 (1.03)	17.87 (1.49)	16.74 (1.37)	16.94 (1.59)	0.643	52.863	<0.001
BAI ^{***}	22.02 (1.33)	13.58 (1.24)	15.01 (1.43)	15.71 (1.51)	0.374	17.526	<0.001

Note: *Mean (SE); FAST = Functioning Assessment Short Test; BDI-II = Beck Depression Inventory II; BAI = Beck Anxiety Inventory.

Bonferroni test:

**Baseline \neq all times of evaluation, Post-intervention \neq 12 months, 6 months \neq 12 months;

\neq all times;

*** Baseline \neq all times;

Baseline \neq all times; Post-intervention \neq 6 months; Post-intervention \neq 12 months.

Figure 1. CONSORT flow diagram in the clinical trial and follow-up assessments

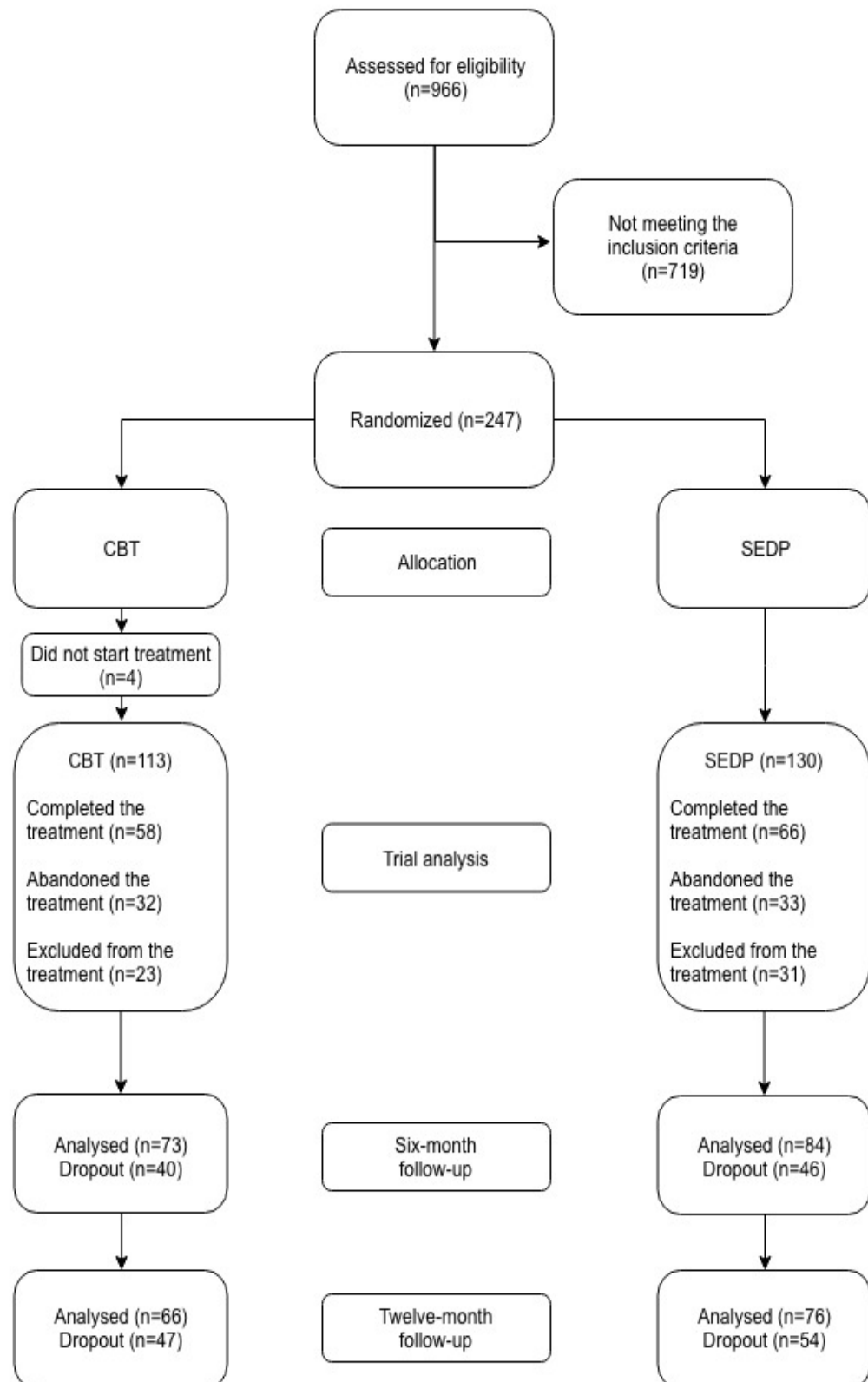
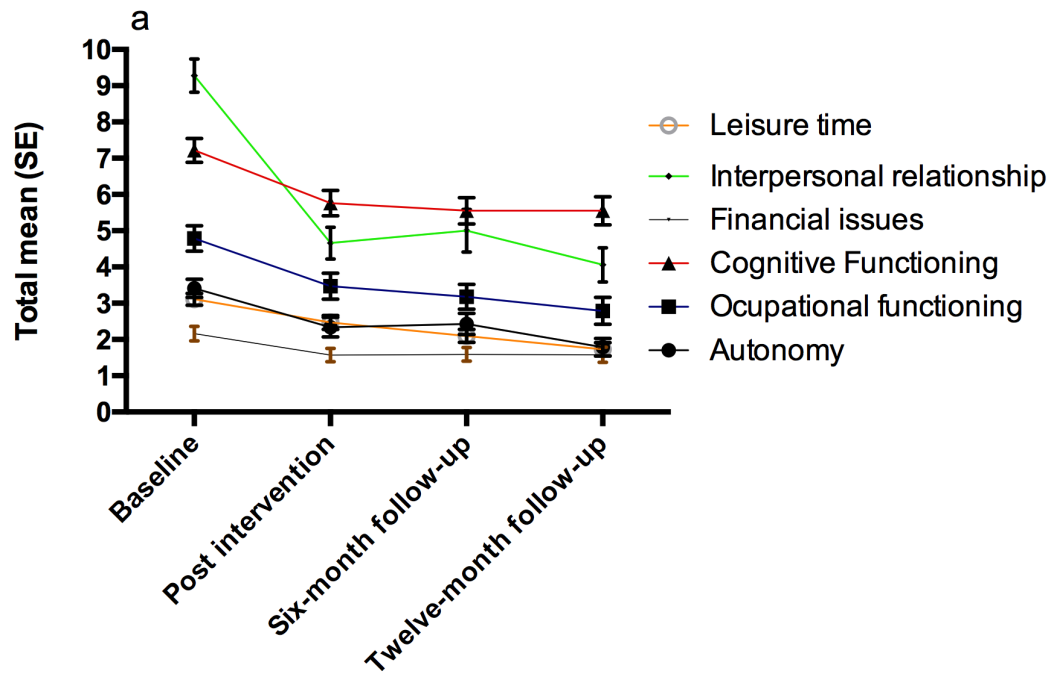


Figure 2. Total mean of functionality domains at baseline, post-intervention, at six-month and twelve-month follow-up, with completers sample.



PARTE III – CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O transtorno depressivo maior é um importante tema de pesquisa, seja pelo seu contínuo aumento na prevalência em todo o mundo, seja pelo o impacto negativo que ele causa na vida das pessoas, como também pelo aumento dos custos relacionados ao uso excessivo de serviços de saúde. Portanto, avaliar o impacto que os tratamentos psicoterápicos breves têm sobre esse transtorno se torna importante medida de saúde pública.

Com isso, o objetivo geral desta tese foi avaliar o efeito da Psicoterapia Dinâmica Suportiva-Expressiva e da Terapia Cognitiva-Comportamental no progresso terapêutico, na funcionalidade, bem como, na melhora da sintomatologia depressiva e ansiosa em indivíduos com diagnóstico de transtorno depressivo maior. Para isso, ao longo deste trabalho buscou-se, inicialmente, apresentar um projeto de pesquisa englobando os objetivos e a metodologia para a elaboração e realização de um ensaio clínico randomizado, após procedeu-se a análise dos dados e confecção dos dois artigos que vieram a compor a tese.

Objetivando a avaliação da eficácia dos dois modelos de psicoterapia breve no progresso terapêutico e na melhora de sintomas depressivos, os dois modelos foram eficazes em reduzir os sintomas depressivos e a melhora da autoavaliação do progresso terapêutico, como também, não demonstraram diferenças no que diz respeito as taxas de mudança durante o curso do tratamento. Ambos os modelos também tiveram um impacto no que concerne a melhora da funcionalidade do paciente, como também, a redução dos sintomas depressivos e ansiosos um ano após o término do tratamento. Não foram encontradas diferenças entre os dois modelos de psicoterapia nos tempos de avaliação e foi encontrada uma correlação positiva entre funcionalidade e sintomas depressivos e funcionalidade e sintomas de ansiedade.

Com isso, tais achados são importantes para pensar a psicoterapia breve como um importante instrumento no tratamento do transtorno depressivo maior e corroborar a importância das evidências empíricas dos modelos psicodinâmico e cognitivo-comportamental. Sabe-se que o transtorno depressivo maior como condição primária de saúde se torna um possível ponto de partida para os sintomas de ansiedade e prejuízo funcional. Observar que a melhora da funcionalidade do paciente está correlacionada com a melhora sintomática depressiva e ansiosa, se torna um importante indicativo de saúde mental, a ser trabalhado pelos psicólogos. Outro fator importante, é de os tratamentos breve terem mantido a melhora do paciente um ano após o término, demonstrando que o seu efeito continua impactando a vida dos pacientes, isto é, estes continuam se beneficiando.

O estudo das evidências empíricas dos modelos psicodinâmico e cognitivo-comportamental de psicoterapia breve para depressão são de grande importância científica, como também para a prática clínica do psicólogo, principalmente no que concerne ao serviço de saúde mental pública. Até o momento, este é o maior ensaio clínico do tipo publicado no Brasil, e seus resultados vão ao encontro das publicações internacionais. A partir da constatação que ambos os modelos de psicoterapia produzem mudanças nos pacientes, as próximas pesquisas podem ir ao encontro dos fatores comuns desses dois modelos de psicoterapia breve, a fim de entender como ocorre a mudança e quais mecanismos estão presentes.

Por fim, o meu estudo durante o período de quatro anos do doutorado, foi em busca da compreensão dos efeitos da psicoterapia na melhora dos pacientes deprimidos, como também, o entendimento de outros aspectos da vida do paciente e a correlação com a sua melhora durante e após o tratamento. A partir desta busca do saber, consegui avançar para a questão de *como* e *porque* a mudança em psicoterapia ocorre, e durante o período de um ano do doutorado-sanduíche em Portugal, tive a oportunidade de pesquisar, em uma pequena parte da amostra do ensaio clínico, o processo de mudança desses pacientes, e a partir da perspectiva narrativo-construtivista entender como a integração de novos significados na experiência do paciente é fundamental para um processo psicoterapêutico bem-sucedido. A união do desenvolvimento do conhecimento com a possibilidade do trabalho prático nesses dois campos da pesquisa em psicoterapia, desfecho e processo, possibilitou uma expansão do meu conhecimento não só como pesquisadora, mas também como psicóloga.

ANEXOS

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – APESM

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Informações sobre o estudo ao participante

Esta folha informativa tem o objetivo de fornecer a informação suficiente para quem considerar participar neste estudo. Ela não elimina a necessidade do pesquisador de explicar, e se necessário, ampliar as informações nela contidas.

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?

Conhecer aspectos da saúde e da funcionalidade da população que procura o Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental da UCPel. Havendo inicialmente uma avaliação psicológica que investigará a presença de transtornos mentais. Para medir possíveis alterações bioquímicas, será coletado sangue das pessoas com indicativo do transtorno. Assim, será possível entender melhor modificações de algumas substâncias durante alguma alteração emocional importante.

Como o estudo será realizado?

Será realizada uma avaliação psicológica e uma coleta de sangue do seu braço, na qual serão retirados 20 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. Caso positivo para algum transtorno mental, será realizado encaminhamento adequado. Caso esteja em sofrimento psíquico e não preencha os critérios de inclusão no estudo, será encaminhado para o serviço de saúde apropriado.

Quais são os 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 da saúde. A coleta será feita para que sejam analisadas algumas substâncias que poderão estar alteradas em função da presença de transtornos mentais.

Item importante!

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 local.

O que eu ganho com este estudo?

Você pode se beneficiar pelo tratamento proposto pela equipe de pesquisa que lhe é oferecido sem custo nenhum e de forma rápida, caso este seja o tratamento mais adequado. Sua colaboração neste estudo pode ajudar a aumentar o conhecimento científico sobre fatores relacionados aos transtornos, que poderão eventualmente beneficiar você ou outras pessoas.

Ao saber melhor quais substâncias estão relacionadas à melhora do transtorno, 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. Informe 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 Mariane Lopez pelos telefones: 81133404 / 84023356 / 91385835 / 21288404

Coordenador do projeto: Prof. Dr. Luciano Dias de Mattos Souza
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento
Universidade Católica de Pelotas
Fone: 21288404 – 81180444

ANEXO B - Contrato terapêutico – Psicoterapia Suportiva-Expressiva



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



Programa de Pós-Graduação em
Saúde e Comportamento

Mestrado e Doutorado
Universidade Católica de Pelotas

CONTRATO TERAPÊUTICO

Este tratamento conta com 16 sessões semanais as quais terão duração de 50 minutos realizadas na Clínica Psicológica da Universidade Católica de Pelotas. É importante o esclarecimento de algumas regras, citadas abaixo, para que o tratamento seja desenvolvido da melhor forma possível.

- 1) **CONFIDENCIALIDADE** – **a)** Todas as informações fornecidas pelo paciente serão confidenciais. Será mantida em sigilo absoluto a identidade do mesmo, inclusive em caso de supervisões. Além disso, apenas o grupo de pesquisa participa de tais supervisões. Em casos onde seja identificado risco de suicídio ou risco quanto a outras pessoas (agressão, homicídio), o sigilo poderá ser quebrado através do contato com a família ou responsáveis. **b)** Todas as sessões serão gravadas, com consentimento do paciente. Porém, somente o terapeuta e o grupo de pesquisa terão acesso ao conteúdo das gravações e serão tomados todos os cuidados necessários para preservar o sigilo quanto a identidade do paciente e o que é falado na sessão.
- 2) **ASSISTÊNCIA** – É importante a presença em todas as sessões. O serviço é gratuito. Caso não seja possível o comparecimento, justificar com antecedência e comparecer a “sessão extra” a ser agendada em outro horário. O paciente que tiver 2 faltas consecutivas ou 3 faltas alternadas ao longo do tratamento será desligado do processo terapêutico.
- 3) **PONTUALIDADE** – É fundamental para o andamento adequado das sessões.
- 4) **RESPEITO** – Não existirá nenhum julgamento ou preconceito com relação às opiniões, atitudes e comportamentos, as quais serão acolhidas com total respeito por terapeutas.

5) **PARTICIPAÇÃO** – a) No decorrer do processo terapêutico, terão sessões específicas em que o paciente responderá alguns instrumentos. O paciente será avisado com antecedência pelo terapeuta sobre qual será a sessão em que ocorrerão estes questionamentos, para que o mesmo se organize para ficar mais tempo na Clínica Psicológica. Ou seja, nesses casos o tempo de sessão poderá aumentar para aproximadamente 1h30. O terapeuta não terá acesso aos instrumentos que falem sobre ele, sendo de fundamental importância a sua sinceridade ao respondê-los. b) Haverão sessões específicas em que será solicitado ao paciente que compareça pela manhã para fazer a coleta de sangue. Os riscos dessa coleta são mínimos, como descrito no termo de consentimento. Além disso, todos os cuidados para preservação do sigilo quanto ao material biológico serão tomados. O paciente será avisado com antecedência dessas sessões e será instruído quanto a qualquer solicitação (por exemplo: jejum).

6) **AVALIAÇÕES PSICOLÓGICAS** – Além da avaliação psicológica realizada na primeira sessão e ao longo das 16 sessões, terão duas avaliações que serão realizadas aos seis e doze meses após concluído o tratamento.

7) **AUTONOMIA** – A sua participação neste estudo é voluntária e você pode desistir do tratamento em qualquer momento. Porém, mesmo nesse caso, por se tratar de um estudo de acompanhamento, entraremos em contato para realizarmos as avaliações psicológicas.

Eu, _____ declaro que fui esclarecido(a) sobre o tratamento e os itens do contrato terapêutico acima e aceito participar do estudo de forma voluntária.

Nome completo do paciente: _____

Assinatura do Paciente: _____

Data: ___ / ___ / _____

Assinatura do pesquisador: _____

Para maiores informações entrar em contato com Giovanna Silva pelo telefone 81249333.

Coordenador do projeto: Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento
Universidade Católica de Pelotas
Fone: 21288404 – 91330050

ANEXO C - Contrato terapêutico – Psicoterapia Cognitivo-Comportamental



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



CONTRATO TERAPÊUTICO

Este tratamento conta com 14 sessões semanais as quais terão duração de 50 minutos realizadas na Clínica Psicológica da Universidade Católica de Pelotas. É importante o esclarecimento de algumas regras, citadas abaixo, para que o tratamento seja desenvolvido da melhor forma possível.

- 1) **CONFIDENCIALIDADE** – **a)** Todas as informações fornecidas pelo paciente serão confidenciais. Será mantida em sigilo absoluto a identidade do mesmo, inclusive em caso de supervisões. Além disso, apenas o grupo de pesquisa participa de tais supervisões. Em casos onde seja identificado risco de suicídio ou risco quanto a outras pessoas (agressão, homicídio), o sigilo poderá ser quebrado através do contato com a família ou responsáveis. **b)** Todas as sessões serão gravadas, com consentimento do paciente. Porém, somente o terapeuta e o grupo de pesquisa terão acesso ao conteúdo das gravações e serão tomados todos os cuidados necessários para preservar o sigilo quanto a identidade do paciente e o que é falado na sessão.
- 2) **ASSISTÊNCIA** – É importante a presença em todas as sessões. O serviço é gratuito. Caso não seja possível o comparecimento, justificar com antecedência e comparecer a “sessão extra” a ser agendada em outro horário. O paciente que tiver 2 faltas consecutivas ou 3 faltas alternadas ao longo do tratamento será desligado do processo terapêutico.
- 3) **PONTUALIDADE** – É fundamental para o andamento adequado das sessões.
- 4) **RESPEITO** – Não existirá nenhum julgamento ou preconceito com relação às opiniões, atitudes e comportamentos, as quais serão acolhidas com total respeito por terapeutas.

5) **PARTICIPAÇÃO** – a) No decorrer do processo terapêutico, terão sessões específicas em que o paciente responderá alguns instrumentos. O paciente será avisado com antecedência pelo terapeuta sobre qual será a sessão em que ocorrerão estes questionamentos, para que o mesmo se organize para ficar mais tempo na Clínica Psicológica. Ou seja, nesses casos o tempo de sessão poderá aumentar para aproximadamente 1h30. O terapeuta não terá acesso aos instrumentos que falem sobre ele, sendo de fundamental importância a sua sinceridade ao respondê-los. b) Haverão sessões específicas em que será solicitado ao paciente que compareça pela manhã para fazer a coleta de sangue. Os riscos dessa coleta são mínimos, como descrito no termo de consentimento. Além disso, todos os cuidados para preservação do sigilo quanto ao material biológico serão tomados. O paciente será avisado com antecedência dessas sessões e será instruído quanto a qualquer solicitação (por exemplo: jejum).

6) **AVALIAÇÕES PSICOLÓGICAS** – Além da avaliação psicológica realizada na primeira sessão e ao longo das 16 sessões, terão duas avaliações que serão realizadas aos seis e doze meses após concluído o tratamento.

7) **AUTONOMIA** – A sua participação neste estudo é voluntária e você pode desistir do tratamento em qualquer momento. Porém, mesmo nesse caso, por se tratar de um estudo de acompanhamento, entraremos em contato para realizarmos as avaliações psicológicas.

Eu, _____ declaro que fui esclarecido(a) sobre o tratamento e os itens do contrato terapêutico acima e aceito participar do estudo de forma voluntária.

Nome completo do paciente: _____

Assinatura do Paciente: _____

Data: ___/___/_____

Assinatura do pesquisador: _____

Para maiores informações entrar em contato com Giovanna Silva pelo telefone 81249333.

Coordenador do projeto: Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento
Universidade Católica de Pelotas
Fone: 21288404 – 91330050

ANEXO D - Carta de aprovação no comitê de ética

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Católica de Pelotas - UCPel

PROJETO DE PESQUISA

Título: PROCESSO TERAPÊUTICO EM PSICOTERAPIAS PARA DEPRESSÃO

Área Temática:

Pesquisador: RICARDO AZEVEDO DA SILVA

Versão: 1

Instituição: SOCIEDADE PELOTENSE DE ASSISTENCIA
E CULTURA (SPAC)

CAAE: 02855312.6.0000.5339

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 66006

Data da Relatoria: 19/07/2012

Apresentação do Projeto:

A depressão é um importante foco das políticas públicas de saúde, tendo em vista a elevada prevalência na população geral e os prejuízos à qualidade de vida e capacidade produtiva dos indivíduos.

Estudos mostram extensa redução da qualidade de vida, com incapacidades, disfunções e prejuízos na vida do indivíduo e de seus familiares. Este projeto insere-se no esforço que vem sendo realizado para elaborar e investigar estratégias de tratamento psicológico sem ignorar os aspectos fisiopatológicos envolvidos nos transtornos de humor visando a aplicabilidade dos modelos de intervenção no serviço público de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Investigar a eficácia e efetividade dos modelos de intervenção propostos para a remissão de sintomas depressivos, a regulação das alterações neuroquímicas e do ritmo biológico e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes; Verificar a integração genética-resiliência sobre a remissão de sintomas depressivos e a regulação das alterações neuroquímicas. Com isso, o projeto propõe a observação de características sócio-demográficas, psicológicas e genéticas associadas ao abandono terapêutico e ao insucesso das intervenções. Como resultado destas observações, busca-se compreender o impacto de aspectos da personalidade, estilo defensivo e aliança terapêutica na eficácia e efetividade dos modelos de intervenção.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco refere-se a piora ou recorrência do quadro depressivo.

Em termos institucionais o benefício consiste nas melhorias do modelo de atenção psicossocial dos portadores de depressão. Em relação a formação profissional da equipe o projeto permitirá a observação mais acurada sobre parâmetros psicológicos e biológicos da depressão que trará subsídios para elencar um conjunto mínimo de habilidades e conhecimentos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é de grande relevância científica e social por abordar um importante foco das políticas públicas de saúde, que é a Depressão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto satisfaz todos os itens necessários na proposta de um projeto de pesquisa.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo.

PELOTAS, 02 de Agosto de 2012

Assinado por:
VILSON JOSE LEFFA

ANEXO E - Instrumentos

M.I.N.I.**Mini International Neuropsychiatric Interview****Brazilian version 5.0.0****DSM IV**

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière – Paris – França

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida – Tampa – E.U.A.

Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim

© 1992, 1994, 1998 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

M.I.N.I. 5.0.0 Brazilian version / DSM IV / Current (December, 1999)

NOME DO(A) ENTREVISTADO(A) : _____ **PROTOCOLO NÚMERO:** _____

DATA DE NASCIMENTO : _____ **HORA DO INÍCIO DA ENTREVISTA:** _____

NOME DO(A) ENTREVISTADOR(A): _____ **HORA DO FIM DA ENTREVISTA:** _____

DATA DA ENTREVISTA: _____ **DURAÇÃO TOTAL DA ENTREVISTA:** _____

MINI 5.0.0 / Brazilian Version / DSM-IV / Current

MÓDULOS	PERÍODOS EXPLORADOS	
A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 últimas semanas) + vida inteira	
A.7 EDM com características melancólicas	Atual (2 últimas semanas)	<u>Opcional</u>
B. DISTIMIA	Atual (2 últimos anos)	
C. RISCO DE SUICÍDIO	Atual (último mês)	
D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO	Atual + vida inteira	
E. TRANSTORNO DE PÂNICO	Vida inteira + atual (último mês)	
F. AGORAFOBIA	Atual	
G. FOBIA SOCIAL	Atual (último mês)	
H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO	Atual (último mês)	
I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (último mês)	<u>Opcional</u>
J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL	Atual (12 últimos meses)	
K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S) (Não alcoólicas)	Atual (12 últimos meses)	
L. SÍNDROME PSICÓTICA	Vida inteira + atual	
M. ANOREXIA NERVOSA	Atual (3 últimos meses)	
N. BULÍMIA NERVOSA	Atual (3 últimos meses)	
O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (6 últimos meses)	
P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL	Vida inteira	<u>Opcional</u>

INSTRUÇÕES GERAIS

O M.I.N.I. (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica estruturada, de aplicação rápida (em torno de 15 minutos), explorando de modo padronizado os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). O M.I.N.I. pode ser utilizado por clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva.

- **Entrevista:**

Com o objectivo de reduzir o mais possível a duração da entrevista deve-se preparar o(a) entrevistado(a) para este enquadramento clínico pouco habitual, informando que lhe serão feitas perguntas precisas sobre os seus problemas psicológicos e que se espera dele(a) respostas “sim” ou “não”.

- **Apresentação:**

O MINI está dividido em **módulos** identificados por letras, cada um correspondendo a uma categoria diagnóstica.

- No início de cada um dos módulos diagnósticos (exceto do que explora os sintomas psicóticos), uma ou várias questões/filtros que correspondem aos critérios principais do Transtorno são apresentadas num quadro com fundo acinzentado.
- No final de cada módulo, um ou vários **quadros diagnósticos** permite(m) ao clínico indicar se os critérios de diagnóstico foram ou não preenchidos.

- **Convenções:**

As frases escritas em “letras minúsculas” devem ser lidas “palavra por palavra” para o(a) entrevistado(a) de modo a padronizar a exploração de cada um dos critérios diagnósticos.

As frases escritas em “MAIÚSCULAS” não devem ser lidas para o(a) entrevistado(a). São instruções às quais o clínico deve-se referenciar de modo a integrar os algoritmos diagnósticos ao longo de toda a entrevista.

As frases escritas em “negrito” indicam o período de tempo a explorar. O clínico deve lê-las tantas vezes quanto necessário, ao longo da exploração dos sintomas e só levar em conta aqueles presentes ao longo desse período.

As frases escritas entre (parêntesis) são exemplos clínicos que descrevem o sintoma avaliado. Podem ser lidos de modo a clarificar a questão.

Quando os termos são separados por uma barra (/) o clínico deve considerar apenas o termo que corresponde ao sintoma apresentado pelo(a) entrevistado(a) e que foi explorado anteriormente.

As respostas com uma seta sobreposta (↔) indicam que um dos critérios necessários ao estabelecimento do diagnóstico explorado não é preenchido. O clínico deve ir diretamente para o fim do módulo, cotar “NÃO” no(s) quadro(s) diagnóstico(s) correspondente(s) e passar ao módulo seguinte.

- **Instruções de cotação :**

Todas as perguntas feitas devem ser cotadas. A cotação faz-se à direita de cada uma das questões, envolvendo com um círculo a resposta correspondente do(a) entrevistado(a), seja “SIM” ou “NÃO”.

O clínico deve-se assegurar que cada um dos termos formulados na questão foi, de fato, considerado pelo(a) entrevistado(a) na sua resposta (em particular, os critérios de duração, de frequência e as alternativas “e / ou”).

Não levar em conta os sintomas imputáveis a uma doença física, ou ao uso de medicamentos, droga ou álcool.

Se tem questões ou sugestões, se deseja ser treinado(a) na utilização do M.I.N.I. ou informado(a) das atualizações, pode contactar:

Yves LECRUBIER / Thierry HERGUETA
Inserm U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, boulevard de l’Hôpital
F. 75651 PARIS
FRANCE

Patrícia AMORIM
N.A. P. S. Novo Mundo
Avenida Manchester 2000
Jd Novo Mundo
74000 – Goiânia - Goiás
BRASIL

David SHEEHAN
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
TAMPA, FL USA 33613-4788

tel: +33 (0) 1 42 16 16 59
fax: +33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

Tel: + 55 62 208 85 50
fax: + 55 62 285 43 60
e-mail: p.amorim@persogo.com.br

ph: +1 813 974 4544
fax: +1 813 974 4575
e-mail : dsheehan@com1.med.usf.edu

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	1
A2	Nas duas últimas semanas, teve, quase todo tempo, o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	SIM	2
	A1 OU A2 SÃO COTADAS SIM ?	→ NÃO	SIM	

A3 Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|---|
| a | O seu apetite mudou de forma significativa, <u>ou</u> o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de \pm 5% ao longo do mês, isto é, \pm 3,5 Kg, para uma pessoa de 65 Kg)
COTAR SIM , SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO | NÃO | SIM | 3 |
| b | Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)? | NÃO | SIM | 4 |
| c | Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto, quase todos os dias? | NÃO | SIM | 5 |
| d | Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias? | NÃO | SIM | 6 |
| e | Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias? | NÃO | SIM | 7 |
| f | Teve dificuldade em concentrar-se ou em tomar decisões, quase todos os dias? | NÃO | SIM | 8 |
| g | Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ? | NÃO | SIM | 9 |

A4 HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3 ? (ou 4 se A1 OU A2 = "NÃO")

NÃO	SIM
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL	

SE o(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL:

- | | | | | |
|-----|---|----------|-----|----|
| A5a | Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g]? | →
NÃO | SIM | 10 |
| b | Desta vez, antes de se sentir deprimido(a) e/ou sem interesse pela maioria das coisas, sentia-se bem desde há pelo menos dois meses? | NÃO | SIM | 11 |

A5b É COTADA SIM ?

NÃO	SIM
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR PASSADO	

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

A'. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = **SIM**), EXPLORAR O SEGUINTE:

A6 a	A2 É COTADA SIM ?	NÃO	SIM	12
b	Durante este último período de depressão, quando se sentiu pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam?	NÃO	SIM	13
	SE NÃO: Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de se sentir melhor, mesmo temporariamente?			
	A6a OU A6b SÃO COTADAS SIM ?	→ NÃO	SIM	

Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido (a) e sem interesse pela maioria das coisas:

A7 a	Os sentimentos depressivos que tinha eram diferentes daqueles que se pode sentir quando se perde uma pessoa querida?	NÃO	SIM	14
b	Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior de manhã ?	NÃO	SIM	15
c	Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, tendo dificuldade em voltar a dormir, quase todos os dias?	NÃO	SIM	16
d	A3c É COTADA SIM (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)?	NÃO	SIM	17
e	A3a É COTADA SIM (ALTERAÇÕES DO APETITE / DO PESO)?	NÃO	SIM	18
f	Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia?	NÃO	SIM	19

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A7 ?

NÃO SIM

**EPISÓDIO
DEPRESSIVO MAIOR
com Características
Melancólicas
ATUAL**

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

B. DISTIMIA

Não explorar este módulo se o(a) entrevistado(a) apresenta um Episódio Depressivo Maior Atual.

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo ?	→ NÃO	SIM	20				
B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante mais de 2 meses ?	NÃO	→ SIM	21				
B3	Desde que se sente deprimido(a) a maior parte do tempo:							
a	O seu apetite mudou de forma significativa ?	NÃO	SIM	22				
b	Tem problemas de sono ou dorme demais ?	NÃO	SIM	23				
c	Sente-se cansado ou sem energia ?	NÃO	SIM	24				
d	Perdeu a auto-confiança ?	NÃO	SIM	25				
e	Tem dificuldade em concentrar-se ou em tomar decisões ?	NÃO	SIM	26				
f	Sente-se sem esperança ?	NÃO	SIM	27				
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM B3?	→ NÃO	SIM					
B4	Esses problemas causam - lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes ?	→ NÃO	SIM	28				
	B4 É COTADA SIM?	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>DISTIMIA ATUAL</i></td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	<i>DISTIMIA ATUAL</i>	
NÃO	SIM							
<i>DISTIMIA ATUAL</i>								

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:

C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?	NÃO	SIM	1
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a) ?	NÃO	SIM	2
C3	Pensou em suicidar-se ?	NÃO	SIM	3
C4	Pensou numa maneira de se suicidar ?	NÃO	SIM	4
C5	Tentou o suicídio ?	NÃO	SIM	5

Ao longo da sua vida:

C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO	SIM	6
----	---------------------------------------	-----	-----	---

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ?

Se **SIM**, ESPECIFICAR O NÍVEL DO RISCO DE SUICÍDIO:

- C1 ou C2 ou C6 = SIM : LEVE**
C3 ou (C2 + C6) = SIM : MODERADO
C4 ou C5 OU (C3 + C6) = SIM : ELEVADO

NÃO	SIM
RISCO DE SUICÍDIO ATUAL	
LEVE	<input type="checkbox"/>
MODERADO	<input type="checkbox"/>
ELEVADO	<input type="checkbox"/>

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO

D1 ε	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ?	NÃO	SIM	1
	NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL.			
	SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE “EUFÓRICO” OU “CHEIO DE ENERGIA”, EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou extremamente impulsivo(a).	NÃO	SIM	2
	SE “SIM”			
b	Sente-se, neste momento, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?			
D2 ε	Alguma vez teve um período em que estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com pessoas que não eram de sua família?	NÃO	SIM	3
	NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL.			
	SE “SIM”			
b	Sente-se, excessivamente irritável neste momento?	NÃO	SIM	4
	D1a OU D2a SÃO COTADAS “SIM” ?	→ NÃO	SIM	
D3	SE D1b OU D2b = “SIM”: EXPLORAR APENAS O EPISÓDIO ATUAL SE D1b E D2b = “NÃO” : EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE			
	Quando se sentiu mais eufórico(a), cheio(a) de energia / mais irritável :			
a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante?	NÃO	SIM	5
b	Tinha menos necessidade de dormir do que costume (sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ?	NÃO	SIM	6
c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ?	NÃO	SIM	7
d	Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los ?	NÃO	SIM	8
e	Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando ?	NÃO	SIM	9
f	Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?	NÃO	SIM	10
g	Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você...) ?	NÃO	SIM	11

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3

OU 4 SE D1a = "NÃO" (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = "NÃO" (EPISÓDIO ATUAL) ?



NÃO SIM

D4 Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana e lhe causaram dificuldades em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais ou você foi hospitalizado(a) por causa desses problemas?

COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO

NÃO SIM 12

D4 É COTADA "NÃO" ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO HIPOMANÍACO	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

D4 É COTADA "SIM" ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO MANÍACO	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

E1	Alguma vez teve crises ou ataques repetidos durante os quais se sentiu subitamente muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim ? Estas crises de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos? SÓ COTAR SIM SE RESPOSTA SIM ÀS DUAS QUESTÕES	NÃO	SIM	1
SE E1 = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM E5 E PASSAR A F1.				
E2	Algumas dessas crises de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada as provocasse/ sem motivo ?	NÃO	SIM	2
SE E2 = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM E5 E PASSAR A F1.				
E3	Após uma ou várias dessas crises, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outras crises ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências ?	NÃO	SIM	3
SE E3 = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM E5 E PASSAR A F1.				
E4	Durante a crise em que se sentiu pior :			
a	Tinha palpitações ou o seu coração batia muito rápido ?	NÃO	SIM	4
b	Transpirava ou tinha as mãos úmidas ?	NÃO	SIM	5
c	Tinha tremores ou contrações musculares ?	NÃO	SIM	6
d	Tinha dificuldade em respirar ou sentia-se abafado(a) ?	NÃO	SIM	7
e	Tinha a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta ?	NÃO	SIM	8
f	Sentia dor ou desconforto no peito ?	NÃO	SIM	9
g	Tinha náuseas, desconforto no estômago ou diarreia repentina ?	NÃO	SIM	10
h	Sentia-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar ?	NÃO	SIM	11
i	Tinha a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irreais ou sentia-se como que desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo ?	NÃO	SIM	12
j	Tinha medo de enlouquecer ou de perder o controle ?	NÃO	SIM	13
k	Tinha medo de morrer ?	NÃO	SIM	14
l	Tinha dormências ou formigamentos ?	NÃO	SIM	15
m	Tinha ondas de frio ou de calor ?	NÃO	SIM	16
E5	HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS “SIM” EM E4 ?	NÃO	SIM	
SE E5 = “NÃO”, PASSAR a E7.				
<i>Transtorno de Pânico Vida inteira</i>				
E6	Durante o último mês, teve pelo menos 2 dessas crises de ansiedade, e sentia um medo constante de ter outra crise ?	NÃO	SIM	17
<i>Transtorno de Pânico Atual</i>				
E7	HÁ 1, 2 OU 3 “SIM” EM E4 ?	NÃO	SIM	18
<i>Ataques Pobres em Sintomas Vida inteira</i>				

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

F. AGORAFOBIA

F1	Sente-se particularmente ansioso ou desconfortável em lugares ou em situações das quais é difícil ou embaraçoso escapar ou, ainda, em que é difícil ter ajuda como estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, sobre uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião?	NÃO	SIM	19
----	--	-----	-----	----

SE F1 = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM F2.

F2	Tem tanto medo dessas situações que na prática, evita-as, sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ou procura estar acompanhado(a) ao ter que enfrentá-las ?	NÃO	SIM	20
----	---	-----	-----	----

Agorafobia Atual

F2 (Agorafobia atual) É COTADA “NÃO”

e

E6 (Transtorno de Pânico atual) É COTADA “SIM” ?

NÃO SIM
**TRANSTORNO DE PÂNICO
sem Agorafobia
ATUAL**

F2 (Agorafobia atual) É COTADA “SIM”

e

E6 (Transtorno de Pânico atual) É COTADA “SIM” ?

NÃO SIM
**TRANSTORNO DE PÂNICO
com Agorafobia
ATUAL**

F2 (Agorafobia atual) É COTADA “SIM”

e

E5 (Transtorno de Pânico Vida Inteira) É COTADA “NÃO” ?

NÃO SIM
**AGORAFOBIA
sem história de
Transtorno de Pânico
ATUAL**

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

G. FOBIA SOCIAL

G1	Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais; por exemplo, quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ?	→ NÃO	SIM	1
G2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	→ NÃO	SIM	2
G3	Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?	→ NÃO	SIM	3
G4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	4

G4 É COTADA “SIM” ?

NÃO	SIM
FOBIA SOCIAL ATUAL	

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

H1	Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo, por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) ou que tinha micróbios ou medo de contaminar os outros ou de agredir alguém mesmo contra a sua vontade ou de agir impulsivamente ou medo ou superstição de ser responsável por coisas ruins ou ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis ou uma necessidade de colecionar ou ordenar as coisas?	NÃO	SIM	1				
NÃO LEVAR EM CONSIDERAÇÃO PREOCUPAÇÕES EXCESSIVAS COM PROBLEMAS DA VIDA COTIDIANA, NEM AS OBSESSÕES LIGADAS À PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR, DESVIOS SEXUAIS, JOGO PATOLÓGICO, ABUSO DE DROGAS OU ÁLCOOL, PORQUE O(A) ENTREVISTADO(A) PODE TER PRAZER COM ESSAS EXPERIÊNCIAS E DESEJAR RESISTIR A ELAS APENAS POR SUAS CONSEQÜÊNCIAS NEGATIVAS.								
SE H1 = “NÃO”, PASSAR A H4.								
H2	Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ?	NÃO	SIM	2				
SE H2 = “NÃO”, PASSAR A H4								
H3	Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior ?	NÃO	SIM	3				
H4	Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?	NÃO	SIM	4				
H3 <u>OU</u> H4 SÃO COTADAS “SIM” ?		→ NÃO	SIM					
H5	Pensa que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as) ?	→ NÃO	SIM	5				
H6	Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo ?	NÃO	SIM	6				
H6 É COTADA “SIM” ?		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO ATUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO ATUAL	
NÃO	SIM							
TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO ATUAL								

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

I1	Alguma vez viveu ou foi testemunha ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas ou você mesmo e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física? EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ATENTADO, SEQUESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...	→ NÃO	SIM	1
I2	Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo?	→ NÃO	SIM	2
I3	Durante o último mês:			
a	Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?	NÃO	SIM	3
b	Teve dificuldades em lembrar-se exatamente do que se passou?	NÃO	SIM	4
c	Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?	NÃO	SIM	6 7
e	Teve dificuldade em sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?	NÃO	SIM	
f	Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, de que já não encararia o futuro da mesma maneira?	NÃO	SIM	8
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM I3 ?	→ NÃO	SIM	
I4	Durante o último mês:			
a	Teve dificuldade para dormir ?	NÃO	SIM	9
b	Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?	NÃO	SIM	10
c	Teve dificuldades em concentrar-se?	NÃO	SIM	11
d	Estava nervoso(a), constantemente alerta?	NÃO	SIM	12
e	Ficava sobressaltado(a) por quase nada?	NÃO	SIM	13
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM I4	→ NÃO	SIM	
I5	Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	14

I5 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL	

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL

J1	Nos últimos 12 meses, por mais de três vezes você bebeu, em menos de três horas, mais do que cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...)?	→ NÃO	SIM	1
J2	Durante os últimos 12 meses:			
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito?	NÃO	SIM	2
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a)? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	3
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia?	NÃO	SIM	4
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber?	NÃO	SIM	5
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool?	NÃO	SIM	6
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da bebida?	NÃO	SIM	7
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	8
HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2?		NÃO SIM DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL		
O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL?		NÃO	→ SIM	
J3	Durante os últimos 12 meses:			
a	Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa? Isso lhe causou problemas? COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS	NÃO	SIM	9

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

b	Alguma vez esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ?	NÃO	SIM	10
c	Teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?	NÃO	SIM	11
d	Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM J3 ?

NÃO SIM

*ABUSO DE ALCÓOL
ATUAL*

LISTA DE SUBSTÂNCIAS

ANFETAMINA	ECSTASY	MORFINA
BRANCA	ERVA	ÓPIO
CANNABIS	ÉTER	PCP
BASEADO	GASOLINA	PÓ
COCAÍNA	HAXIXE	RITALINA
CODEÍNA	HEROÍNA	COGUMELO
COLA	L.S.D.	SPEEDS
CRACK	MARIJUANA	TEGISEC
MACONHA	MESCALINA	TOLUENO
MERLA	METADONA	TRICLOROETILENO

K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)

K1	Agora, vou lhe mostrar / ler (MOSTRAR A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS / LER A LISTA ABAIXO) uma lista de drogas e de medicamentos e gostaria que me dissesse se, durante os últimos 12 meses, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar “ de cabeça feita / chapado”?	→ NÃO	SIM
----	--	----------	-----

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBTÂNCIA CONSUMIDA

Estimulantes : anfetaminas, “speed”, ritalina, pílulas anorexígenas.

Cocaína: cocaína, “coca”, crack, pó, folha de coca

Opiáceos: heroína, morfina, ópio, metadona, codeína, meperidina

Alucinogêneos: L.S.D., “ácido”, mescalina, PCP, “pó de anjo”, “cogumelos”, ecstasy.

Solventes voláteis: “cola”, éter.

Canabinóides: cannabis, “erva”, maconha, “baseado”, haxixe, THC

Sedativos: Valium, Diazepam, Lexotan, Lorax, Halcion, Frontal, Rohypnol, barbitúricos

Diversos: Anabolisantes, esteróides, “poppers”. Toma outras substâncias?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) MAIS CONSUMIDA (S): _____

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) A SER(EM) EXPLORADA(S) SEGUNDO OS CRITÉRIOS ABAIXO INDICADOS:

- SE HÁ CONSUMO DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS (AO MESMO TEMPO OU SEQUENCIALMENTE):
 CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) SEPARADAMENTE
 SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA
- SE HÁ CONSUMO DE UMA SÓ SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS):
 SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS)

K2 Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], durante os últimos 12 meses:

a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito ?	NÃO	SIM	1
b	Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a))? Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ?	NÃO	SIM	2
COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO				
c	Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], frequentemente consumia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM	3
d	Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]?	NÃO	SIM	4
e	Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ou ainda pensando nessas coisas ?	NÃO	SIM	5

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|---|
| f | Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da(s) droga(s) ? | NÃO | SIM | 6 |
| g | Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos? | NÃO | SIM | 7 |

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____

NÃO	SIM
DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS(S) ATUAL	

**O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA DEPENDÊNCIA DE UMA/
VÁRIAS SUBSTÂNCIA(S) CONSUMIDA(S) ?**

NÃO	SIM →
-----	-------

K3 Durante os últimos 12 meses:

- | | | | | |
|---|--|-----|-----|----|
| a | Por várias vezes ficou intoxicado ou “ de cabeça feita / chapado” com [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas?
COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS | NÃO | SIM | 8 |
| b | Alguma vez esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.? | NÃO | SIM | 9 |
| c | Teve problemas legais como uma intimação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? | NÃO | SIM | 10 |
| d | Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ? | NÃO | SIM | 11 |

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM K3 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) : _____

NÃO	SIM
ABUSO DE SUBSTÂNCIAS(S) ATUAL	

L. SÍNDROME PSICÓTICA

PARA TODAS AS QUESTÕES DESTE MÓDULO, PEDIR UM EXEMPLO EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA.

SÓ COTAR **SIM** SE OS EXEMPLOS MOSTRAM CLARAMENTE UMA DISTORÇÃO DO PENSAMENTO E / OU DA PERCEPÇÃO OU SE SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADOS OU DISTOANTES.

AVALIAR SE OS SINTOMAS DESCRITOS APRESENTAM OU NÃO CARACTERÍSTICAS "BIZARRAS" E COTAR A ALTERNATIVA APROPRIADA..

DELÍRIOS BIZARROS : SÃO AQUELES CUJO CONTEÚDO É MANIFESTAMENTE ABSURDO, IMPLAUSÍVEL, INCOMPREENSÍVEL E QUE NÃO PODE ESTAR BASEADO EM EXPERIÊNCIAS HABITUAIS DA VIDA.

ALUCINAÇÕES BIZARRAS: VOZES QUE COMENTAM OS PENSAMENTOS OU OS ATOS DO(A) ENTREVISTADO(A) OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.

			BIZARRO	
Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.				
L1a	Alguma vez acreditou que alguém o espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ?	NÃO SIM	SIM	1
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO SIM	SIM →L.6a	2
L2a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s) ?	NÃO SIM	SIM	3
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO SIM	SIM →L.6a	4
L3a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o fazia agir de uma maneira diferente do seu jeito habitual ? Alguma vez acreditou que estava possuído?	NÃO	SIM	5
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM →L.6a	6
L4a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?	NÃO	SIM	7
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM →L.6a	8
L5a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você ? COTAR " SIM " APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRIACAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA, DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE L1 A L4	NÃO SIM	SIM	9
b	SE SIM : Atualmente eles acham suas idéias estranhas ?	NÃO SIM	SIM	10
L6a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes? COTAR " SIM " "BIZARRO" UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM À QUESTÃO: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes a falar entre elas?	NÃO SIM	SIM	11
b	SE SIM : Isto lhe aconteceu durante o último mês?	NÃO SIM	SIM →L.8a	12

				21	
L7a	Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado? COTAR “SIM” SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS OU DESTOANTES.	NÃO	SIM	13	
b	SE SIM : Isto lhe aconteceu durante o último mês?	NÃO	SIM	14	
	<u>OBSERVAÇÕES DO CLÍNICO:</u>				
L8b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ?	NÃO	SIM	15	
L9b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?	NÃO	SIM	16	
L10b	OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA?	NÃO	SIM	17	
L11	DE L1 A L10 HÁ PELO MENOS : UMA QUESTÃO « b » COTADA “SIM” BIZARRO OU DUAS QUESTÕES « b » COTADAS “SIM” (NÃO BIZARRO) ?	NÃO SIM SÍNDROME PSICÓTICA ATUAL			
L12	DE L1 A L7 HÁ PELO MENOS: UMA QUESTÃO « a » COTADA “SIM” BIZARRO OU DUAS QUESTÕES « a » COTADAS “SIM” (NÃO BIZARRO) ? (VERIFICAR SE OS 2 SINTOMAS OCORRERAM AO MESMO TEMPO) OU L11 É COTADA “SIM” ?	NÃO SIM SÍNDROME PSICÓTICA VIDA INTEIRA			
L13a	SE L12 É COTADA “SIM” E SE HÁ PELO MENOS UM “SIM” DE L1 A L7: O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4) OU PASSADO (A5b) OU UM EPISÓDIO MANÍACO ATUAL OU PASSADO (D4) ?	→	NÃO	SIM	
b	SE L13a É COTADA “SIM”: Você me disse, há pouco, que teve um (vários) período(s) em que se sentiu deprimido (a) / eufórico(a) / particularmente irritável. Ao longo da sua vida, as idéias ou experiências das quais acabamos de falar, como (CITAR OS SINTOMAS COTADOS "SIM" DE L1 À L7) ocorreram somente durante esse(s) período(s) em que se sentia deprimido (a) / eufórico (a) / irritável ? SE L13a É COTADA “SIM”: ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (A4) OU UM EPISÓDIO MANÍACO (D4) ASSOCIADO A UMA SÍNDROME PSICÓTICA (L11) ?	→	NÃO	SIM	18
		NÃO SIM TRANSTORNO DO HUMOR com Sintomas Psicóticos ATUAL			
d	L13b OU L13c SÃO COTADAS “SIM”?	NÃO SIM TRANSTORNO DO HUMOR com Sintomas Psicóticos VIDA INTEIRA			

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

M. ANOREXIA NERVOSA

M1a	Qual é a sua altura ?	cm		
b	Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo ?	kg		
c	O PESO DO(A) ENTREVISTADO(A) É INFERIOR AO LIMITE CRÍTICO INDICADO PARA A SUA ALTURA ? (Ver TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ABAIXO)	→ NÃO	SIM	1

Durante os últimos 3 meses:

M2	Recusou-se a engordar , embora pesasse pouco ?	→ NÃO	SIM	2
M3	Teve medo de ganhar peso ou de engordar demais ?	→ NÃO	SIM	3
M4a	Achou que era ainda muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda ?	NÃO	SIM	4
b	A sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais ?	NÃO	SIM	5
c	Achou que o seu peso era normal ou até excessivo ?	NÃO	SIM	6
M5	HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM M4 ?	→ NÃO	SIM	
M6	PARA AS MULHERES APENAS: Nos últimos três meses sua menstruação não veio quando normalmente deveria ter vindo (na ausência de uma gravidez) ?	→ NÃO	SIM	7

PARA AS MULHERES: M5 E M6 SÃO COTADAS "SIM" ?

PARA OS HOMENS: M5 É COTADA "SIM" ?

NÃO SIM

**ANOREXIA NERVOSA
ATUAL**

TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ALTURA - LIMITE CRÍTICO DE PESO (SEM SAPATOS, SEM ROUPA)

ALTURA (cm)	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190
PESO (Kg) Mulheres	37	38	39	41	43	45	47	50	52	54	57
Homens	41	43	45	47	49	51	52	54	56	58	61

(15% DE REDUÇÃO EM RELAÇÃO AO PESO NORMAL)

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

N. BULIMIA NERVOSA

N1	Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” durante as quais ingeriu quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas?	→ NÃO	SIM	8
N2	Durante os últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” pelo menos duas vezes por semana ?	→ NÃO	SIM	9
N3	Durante essas crises de “comer descontroladamente” tem a impressão de não poder parar de comer ou de não poder limitar a quantidade de alimento que come ?	→ NÃO	SIM	10
N4	Para evitar engordar depois das crises de “comer descontroladamente”, faz coisas como provocar o vômito, dietas rigorosas, praticar exercícios físicos importantes, tomar laxantes, diuréticos ou medicamentos para tirar a fome ?	→ NÃO	SIM	11
N5	A opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais ?	→ NÃO	SIM	12
N6	O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (MÓDULO “M”)?	NÃO	SIM	13
SE N6 = “NÃO”, PASSAR A N8				
N7	Estas crises de “comer descontroladamente” ocorrem sempre que o seu peso é inferior a ____ Kg* ?	NÃO	SIM	14
* RETOMAR O PESO CRÍTICO DO(A) ENTREVISTADO(A) EM FUNÇÃO DA SUA ALTURA E SEXO.NA TABELA DO MÓDULO “M” (ANOREXIA NERVOSA)				

N8 N5 É COTADA "SIM" E N7 COTADA "NÃO" (OU NÃO COTADA)?

NÃO SIM
**BULIMIA NERVOSA
ATUAL**

N7 É COTADA "SIM" ?

NÃO SIM
**ANOREXIA NERVOSA
tipo Compulsão Periódica / Purgativa
ATUAL**

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

O1	a	Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana (trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo ?	→ NÃO	SIM	1
		NÃO COTAR SIM SE A ANSIEDADE DESCRITA CORRESPONDE A UM TIPO DE ANSIEDADE JÁ EXPLORADA, COMO MEDO DE TER UM ATAQUE DE PÂNICO (TRANSTORNO DE PÂNICO), DE SER HUMILHADO EM PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE SER CONTAMINADO (TOC), DE GANHAR PESO (ANOREXIA NERVOSA)...			
	b	Teve essas preocupações quase todos os dias?	→ NÃO	SIM	2
O2		Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?	→ NÃO	SIM	3
		DE O3 A O3f COTAR “NÃO” OS SINTOMAS QUE OCORREM APENAS NO QUADRO DOS TRANSTORNOS EXPLORADOS ANTERIORMENTE			
O3		Nos últimos seis meses, quando se sentia particularmente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), freqüentemente:			
	a	Sentia –se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?	NÃO	SIM	4
	b	Tinha os músculos tensos?	NÃO	SIM	5
	c	Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?	NÃO	SIM	6
	d	Tinha dificuldade em concentrar-se ou ter esquecimentos / “dar branco” ?	NÃO	SIM	7
	e	Ficava particularmente irritável ?	NÃO	SIM	8
	f	Tinha problemas de sono (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	9
		HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM O3 ?			
			<p>NÃO SIM</p> <p>TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL</p>		

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)

P1 Antes dos 15 anos:

a	Freqüentemente faltou à escola ou passou a noite fora de casa ?	NÃO	SIM	1
b	Freqüentemente mentiu, passou a perna/ enganou os outros ou roubou ?	NÃO	SIM	2
c	Brutalizou, ameaçou ou intimidou os outros ?	NÃO	SIM	3
d	Destruiu ou incendiou coisas porque quis?	NÃO	SIM	4
e	Fez sofrer animais ou pessoas porque quis?	NÃO	SIM	5
f	Forçou alguém a ter relações sexuais com você?	NÃO	SIM	6



HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM P1?

NÃO SIM

P2 NÃO COTAR "SIM" AS RESPOSTAS ABAIXO SE OS COMPORTAMENTOS DESCRITOS ACONTECEM UNICAMENTE EM CONTEXTOS POLÍTICOS OU RELIGIOSOS ESPECÍFICOS.

Depois dos 15 anos:

a	Freqüentemente teve comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como não pagar as dívidas, agir impulsivamente ou não querer trabalhar para assegurar o mínimo necessário?	NÃO	SIM	7
b	Fez coisas ilegais (mesmo que não tenha sido preso), como destruir a propriedade alheia, roubar, vender droga ou cometer um crime?	NÃO	SIM	8
c	Freqüentemente foi violento fisicamente, inclusive com seu(sua) companheiro (a) ou seus filhos ?	NÃO	SIM	9
d	Freqüentemente mentiu, passou a perna ou enganou os outros para obter dinheiro ou prazer ou mentiu apenas para se divertir ?	NÃO	SIM	10
e	Expôs pessoas a perigos sem se preocupar com elas?	NÃO	SIM	11
f	Não sentiu nenhuma culpa depois de ter mentido, ferido, maltratado ou roubado alguém, ou destruído a propriedade alheia?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM P2 ?

NÃO SIM

**TRANSTORNO DA
PERSONALIDADE
ANTI-SOCIAL
VIDA INTEIRA**

REFERÊNCIAS

Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), a short diagnostic interview : Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 1997 ; **12** : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P. *European Psychiatry*, 1997 ; **12** : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998 ; 59 [suppl 20] : 22-33.

Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic disorders : procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*, 1998 ; **13** : 26-34.

As versões originais francesa e inglesa do MINI / DSM IV foram traduzidas e podem pedir-se aos autores (ver página 3). Uma versão CIM-10 do MINI está também disponível em francês, inglês e dinamarquês.

Traduções	M.I.N.I. 4.4 e versões anteriores	M.I.N.I. 5.0, M.I.N.I. PLUS, M.I.N.I. screen
Afrikaans		R. Emsley
Alemão	I. van Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	M. Ackenheil, G. Stotz, R. Dietz-Bauer
Árabe		O. Osman, E. Al-Radi
Basco		En préparation
Bengali		H. Banerjee, A. Banerjee
Brasileiro	P. Amorim	P. Amorim
Búlgaro		L.G. Hranov
Catalão		En préparation
Chinês		L. Caroll
Croata		En préparation
Dinamarquês	P. Bech	P. Bech, T. Scütze
Espanhol	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gibert-Rahola	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes, O. Soto, L. Franco, J. Gibert
Farsi/Persa		K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finlandês	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen	En préparation
Galês		En préparation
Grego	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Hebreu	J. Zohar, Y. Sasson	R. Barda, I. Levinson
Hindi		K. Batra, S. Gambir
Húngaro	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balazs
Italiano	P. Donda, E. Weiller, I. Bonora	L. Conti, P. Donda, A. Rossi, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano
Japonês		H. Watanabe
Letão	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
Holandês/ Flamenco	E. Griez, K. Schruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere	I. van Vliet, H. Leroy, H. van Megen
Norueguês	G. Pedersen, S. Blomhoff	K. Leiknes, U. Malt, E. Malt
Polaco	M. Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, E. Jasiak
Português	P. Amorim, T. Guterres	T. Guterres, P. Levy, P. Amorim
Punjabi		S. Gambir
Romeno		O. Driga
Russo		A. Bystitsky, E. Selivra, M. Bystitsky
Sérvio	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana		K. Ketlogetswe
Esloveno	M. Kocmur	M. Kocmur
Sueco	M. Waern, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble
Checo	P. Zvolsky	P. Zvolsky
Turco	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Örnek, A. Keskiner
Urdu		S. Gambir

O M.I.N.I. foi desenvolvido simultaneamente em francês e inglês. O desenvolvimento e a validação do M.I.N.I. foram possíveis graças, em parte, a fundos cedidos pela CNAM (701061), os laboratórios SmithKline Beecham e a U.E. Imp. 18.10.

