

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

THOMÁS DA SILVA E SILVA

**O IMPACTO DE TRAUMAS NA INFÂNCIA NO TRATAMENTO PARA A
DEPRESSÃO COM PSICOTERAPIA DINÂMICA SUPORTIVO-EXPRESSIVA**

Pelotas

2018/2

THOMÁS DA SILVA E SILVA

**O IMPACTO DE TRAUMAS NA INFÂNCIA NO TRATAMENTO PARA A
DEPRESSÃO COM PSICOTERAPIA DINÂMICA SUPORTIVO-EXPRESSIVA**

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

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva.

Coorientadora: Profa. Dra. Thaíse Campos Mondin

Pelotas

2018/2

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S586i Silva, Thomás da Silva e
O impacto de traumas na infância no tratamento para a depressão com psicoterapia dinâmica suportivo-expressiva. / Thomás da Silva e Silva. – Pelotas: UCPEL, 2018.
66 f.
Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Pelotas, Mestrado em Saúde e Comportamento, Pelotas, BR-RS, 2018. Orientador: Ricardo Azevedo da Silva.

1. depressão. 2. traumas na infância. 3. CTQ. 4. psicoterapia dinâmica suportivo-expressiva. I. Silva, Ricardo Azevedo da, or. II. Título.

CDD 616

À Maria Isaura Porto da Silva
Minha honrada mãe e colaboradora

Agradecimento

Momentos como este penetram nossa alma tão profundamente que se tornam impossíveis de serem esquecidos. E que assim seja! Foram dois longos anos de muito estudo, dedicação, de reestabelecer prioridades, de falta de tempo, de emoções das mais variadas, de frustrações e de expectativas até que enfim alcançadas. Só quem esteve ao meu lado este tempo para conseguir entender. Por esta razão, não caberia findar este tão importante esforço sem agradecer do fundo do meu coração às pessoas mais especiais da minha vida. São elas: meu pais, Zezé e Isaura que me proporcionaram sempre tudo o que há de bom e melhor, com os limites e valores mais bem fundamentados, e que serviram de raiz para o indivíduo em constante formação e transformação que sou hoje; ao meu fiel companheiro e noivo, Lucas, que é meu porto seguro, que me aguenta no pior dos dias e me dá suporte e está sempre ao meu lado nas alegrias e nas constantes novas escolhas. Agradeço, por fim, ao conhecimento e à paciência do meu orientador, Ricardo e de minha coorientadora Thaíse, às queridas professoras que aceitaram estar presentes em minha banca, Myriam e Luciana, além da amiga Jacque, que sempre esteve disponível para refletir a estatística e dar o melhor apoio moral.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APESM	Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental
BDI-II	<i>Beck Depression Inventory</i>
CBASP	Sistema de Análise Cognitivo-Comportamental de Psicoterapia
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CONEP	Comitê Nacional de Ética em Pesquisa
CPE	Educação Psicológica Cognitiva
CTQ	<i>Childhood Trauma Questionnaire</i>
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
IPT	<i>Interpersonal Therapy</i>
IPT-B	<i>Brief Interpersonal Therapy</i>
IR	Relacionamento Interpessoal
MBCT	Terapia Cognitiva Baseada em <i>Mindfulness</i>
MINI-Plus	<i>Mini Structured Clinical Interview for DSM</i>
OQ-45.2	<i>Outcome Questionnaire</i>
PDSE	Psicoterapia Dinâmica Suportivo-Expressiva
SD	Sofrimento Subjetivo
SR	Desempenho Social
TAU	Tratamento Usual
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDM	Transtorno Depressivo Maior
UCPEL	Universidade Católica de Pelotas

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	1
I. PROJETO DE PESQUISA	2
1. IDENTIFICAÇÃO.....	6
2. INTRODUÇÃO.....	7
3. OBJETIVOS.....	9
3.1 Objetivo Geral	9
3.2 Objetivos Específicos.....	9
4. HIPÓTESES.....	9
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	10
5.1 Estratégias de busca.....	10
5.2 Quadros de revisão.....	10
5.3 Corpo da revisão	13
6 MÉTODO	17
6.1 Delineamento	16
6.2 Amostra	17
6.2.1 Critério de inclusão.....	17
6.2.2 Critérios de exclusão.....	17
6.3 Critério diagnóstico.....	18
6.4 Randomização	18
6.5 Modelo de intervenção	18
6.5.1 Psicoterapia Dinâmica Suportivo-Expressiva de tempo limitado.....	18
6.6 Instrumentos.....	19
6.6.1 Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI-Plus).....	19
6.6.2 Beck Depression Inventory (BDI-II).....	19
6.6.3 Childhood Trauma Questionnaire (CTQ).....	19
6.6.4 Outcome Questionnaire (OQ-45.2).....	19
6.7 Coleta de Dados	20
6.8 Seleção e Treinamento de Pessoal.....	20
6.9 Processamento e Análise dos Dados	20
6.10 Aspectos éticos	21
6.11 Cronograma	21
7. REFERÊNCIAS	22
II. ARTIGO	25
ANEXOS	46
Anexo A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	46
Anexo B: Contrato Terapêutico – Psicoterapia Suportivo-Expressiva.....	48
Anexo C: Instrumentos.....	50
Apêndice A: Carta de Aprovação no Comitê de Ética.....	57

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação aborda a investigação do impacto de traumas na infância no desfecho do tratamento para a depressão em adultos que participaram de um ensaio clínico no centro de saúde mental da Universidade Católica de Pelotas e está de estruturada de acordo com as normas do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento desta universidade.

Primeiramente, apresenta-se o projeto de pesquisa atualizado de acordo com as recomendações provenientes do processo de qualificação e teve como banca avaliadora os professores Dr. Luciano Dias de Mattos Souza e Dra. Thaíse Campos Mondin. A seguir, descreve-se as alterações do projeto.

Na segunda parte do volume, encontra-se o artigo com os principais resultados encontrados com a pesquisa, intitulado “*The impact of childhood trauma in treatment for depression with supportive-expressive dynamic psychotherapy*”.

I. PROJETO DE PESQUISA

O IMPACTO DE TRAUMAS NA INFÂNCIA NO TRATAMENTO
PARA A DEPRESSÃO COM PSICOTERAPIA DINÂMICA SUPORTIVO-
EXPRESSIVA: UM *FOLLOW-UP* DE SEIS MESES

RESUMO

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) apresenta uma relação importante com traumas na infância. Além disso, essa associação parece não somente facilitar o surgimento do TDM, assim como também a maior permanência do transtorno ao longo da vida. Estudos têm testado algumas abordagens psicoterapêuticas breves para a remissão ou redução dos sintomas depressivos nesses casos. Dessa forma, o objetivo deste estudo é verificar o impacto de traumas na infância na remissão ou redução de sintomas depressivos e no processo terapêutico em pacientes atendidos com Psicoterapia Dinâmica Suportivo-Expressiva (PDSE) de tempo limitado após o *follow-up* de seis meses. Os dados deste estudo vieram de 130 pacientes com depressão maior que participaram de um ensaio clínico randomizado, com idade entre 18 e 60 anos, selecionados por conveniência, na cidade de Pelotas-RS. O diagnóstico do TDM foi realizado por meio de entrevista clínica estruturada para os critérios do DSM-IV, *Mini International Neuropsychiatric Interview - Plus* (MINI Plus). Enquanto os traumas na infância foram verificados pelo *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) e o progresso terapêutico por meio do *Outcome Questionnaire* (OQ-45.2). É esperado que os sujeitos que apresentarem maior número e/ou maior severidade de traumas, principalmente de abuso físico e de negligência emocional, terão pior resposta após a psicoterapia, mesmo se acreditando que a PDSE será eficaz na remissão ou redução dos sintomas depressivos pós-tratamento.

Palavras-chave: depressão; trauma na infância; questionário de trauma na infância; CTQ; psicoterapia dinâmica suportivo-expressiva

ABSTRACT

Major Depressive Disorder (MDD) presents an important relationship with childhood traumas. Besides, this association seems not only to collaborate to the MDD development, as well as to the remain of the disorder lifelong. Studies have tested some brief psychotherapeutic approaches to reach remission or to reduce depressive symptoms in these cases. Thus, the objective of this study is to verify the impact of childhood traumas in the remission or reduction of depressive symptoms and in the therapeutic process in patients under Supportive-Expressive Dynamic Psychotherapy (SEDP) of limited-time in a six-month follow-up. Data came from 130 patients with major depression who participated in a randomized clinical trial, with 18-60 years-old, selected by convenience, in the city of Pelotas-RS. The diagnose of MDD was achieved through a clinical interview structured for the DSM-IV criteria, Mini International Neuropsychiatric Interview – Plus (MINI-Plus). Childhood traumas were verified by the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), and the therapeutic progress by means of the Outcome Questionnaire (OQ-45.2). It is expected that the subjects who present higher number or severity of traumas, mainly physical abuse and emotional negligence, will respond worse to psychotherapy, even believing that SEDP will be effective in remission or reduction of the symptomatology after the treatment.

Keywords: depression; childhood trauma; childhood trauma questionnaire; CTQ; supportive-expressive dynamic psychotherapy

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Descrição dos artigos utilizados na revisão de literatura.....	10
---	----

1. IDENTIFICAÇÃO

Título: O Impacto dos Traumas na Infância no Tratamento para a Depressão com Psicoterapia Dinâmica Suportivo-Expressiva: um *follow-up* de seis meses

Discente: Thomás da Silva e Silva

Orientador: Ricardo Azevedo da Silva

Instituição: Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

Centro: Centro de Ciências da Saúde

Curso: Mestrado em Saúde e Comportamento

Linha de Pesquisa: Transtornos de Humor

Data: Agosto de 2017

2 INTRODUÇÃO

O Transtorno Depressivo Maior é uma psicopatologia recorrente que afeta diretamente o funcionamento e a qualidade de vida do indivíduo^{1,2}, estando atualmente entre os transtornos psiquiátricos mais comuns e ao mesmo tempo mais severos em países desenvolvidos, onde a prevalência crônica é de aproximadamente 14%³. No Brasil, o TDM atinge 16,8% da população⁴, e em Pelotas-RS, o transtorno é observado em cerca de 24% das pessoas que buscam o serviço público de saúde, de acordo com estudo realizado em unidades básicas da cidade⁵. Tendo esses dados como base, é possível perceber que a depressão está bastante presente e, quando não tratada, leva o indivíduo a ter prejuízos em vários aspectos de sua vida, como sofrimento psíquico e somático, além de discriminação, isolamento social e baixo rendimento na carreira e na vida acadêmica^{6,7}. Logo, a depressão é considerada a maior e a primeira causa de anos vividos com incapacidades⁸.

Em se tratando de traumas na infância, este tópico tem se tornado um alvo importante de pesquisa, uma vez que grande variedade de estudos tem documentado seu impacto direto na saúde mental e física ao longo da vida^{9,10}. Eventos traumáticos na infância estão associados fortemente com a manifestação do TDM já na idade adulta jovem^{11,12}, apontando como principais os históricos de abuso físico na infância¹³, assim como de negligência física e também emocional¹⁴. Em concordância, um estudo realizado com jovens adultos que sofreram traumas precoces na infância apontou que esses sujeitos apresentavam 50% mais risco de desenvolver o TDM, comparado àqueles que não foram expostos a situações traumáticas¹⁴.

Sabe-se que o tratamento para os sintomas depressivos inclui intervenções psicoterapêuticas e psicofarmacológicas, sendo a psicoterapia uma das opções de primeira linha indicada para o tratamento do TDM¹⁵. Atualmente, opta-se por modelos breves no atendimento primário de saúde, pois além de apresentarem custo reduzido quando comparados a psicoterapias tradicionais, também diminuem o tempo de terapia¹⁶.

Sabe-se da eficácia das psicoterapias dinâmicas para o tratamento do TDM, assim como modelos breves, como é o caso da Psicoterapia Dinâmica Suportivo-Expressiva (PDSE), que vem apresentando resultados promissores quando comparados a um tratamento usual para o transtorno¹⁷. Mesmo assim, a literatura ainda carece de estudos que avaliem a eficácia da PDSE em pacientes com TDM que tenham vivenciado traumas na infância – tema que fomentou a investigação proposta neste projeto.

Assim, este estudo tem como objetivo verificar o impacto de traumas na infância na remissão ou redução de sintomas depressivos e no progresso terapêutico em pacientes atendidos por um modelo breve de PDSE após o *follow-up* de seis meses.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Verificar o impacto de traumas na infância na remissão ou redução de sintomas depressivos e no processo terapêutico em pacientes atendidos com Psicoterapia Dinâmica Suportivo-Expressiva de tempo limitado após o *follow-up* de seis meses.

3.2. Objetivos Específicos

- 1 Verificar se há diferença em remissão ou redução dos sintomas depressivos após a psicoterapia quando o paciente vivenciou ou não traumas na infância;
- 2 Investigar quais traumas na infância são mais associados com a menor resposta ao tratamento breve da depressão;
- 3 Avaliar se a severidade dos traumas na infância influencia na remissão ou redução dos sintomas depressivos.

4. HIPÓTESES

- 1 Indivíduos que não vivenciaram traumas na infância terão remissão ou maior redução de sintomas depressivos após a psicoterapia;
- 2 Aqueles que apresentarem traumas relacionados a abuso físico e por terem sofrido negligência emocional terão pior resposta pós-tratamento;
- 3 Os sujeitos que apresentarem maior severidade de traumas na infância apresentarão um pior desfecho do tratamento para a depressão.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Estratégias de busca

Pubmed - busca realizada por descritores em maio de 2017

- depression AND childhood trauma – 1452
- depression AND childhood trauma questionnaire – 58

Pubmed - busca realizada por descritores em agosto de 2017

- depression AND supportive expressive dynamic psychotherapy – 15
- depression AND supportive expressive dynamic psychotherapy AND trauma – 0
- trauma AND supportive expressive dynamic psychotherapy – 0
- trauma AND psychotherapy - 7499

PsycINFO - busca realizada por descritores em junho de 2017

- depression AND childhood trauma – 60
- depression AND childhood trauma questionnaire – 0

PsycINFO - busca realizada por descritores em junho de 2017

- depression AND supportive expressive dynamic psychotherapy – 20
- depression AND supportive expressive dynamic psychotherapy AND trauma – 0
- trauma AND supportive expressive dynamic psychotherapy – 0
- trauma AND psychotherapy - 9630

Foram utilizados como critérios de busca artigos publicados de 1997-2017, em inglês, português, espanhol e francês, utilizando como filtro estudos com humanos do gênero masculino e feminino. Dentre os artigos encontrados, 34 foram considerados elegíveis para a inclusão nessa revisão de literatura e 4 artigos principais estão aqui apresentados.

5.2 Quadros de Revisão (Quadro 1)

Autor, ano, revista	Objetivo	Método	Principais resultados	Comentários/ Observações
Grote, NK, <i>et al.</i> <u>Depression and Anxiety</u> 2012	Comparar a eficácia entre Psicoterapia Interpessoal Breve (ITP-B) e o tratamento usual para a depressão em gestantes, durante e pós-gestação, expostas a traumas na infância.	<u>Delineamento:</u> ensaio clínico randomizado <u>Amostra:</u> 25 gestantes tratadas com ITP-B e 28 com o tratamento usual. <u>Instrumentos:</u> <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale, Beck Depression Inventory (BDI), Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID), Diagnostic Interview Schedule (DIS).</i>	Os sintomas depressivos não tiveram mudanças significativas com relação à exposição ao trauma aos três meses pós- <i>baseline</i> para as gestantes que receberam tratamento usual, comparado aos grupos de ITP-B. Na avaliação de seis meses pós-parto, apenas em ambos os grupos de ITP-B apresentaram remissão dos sintomas depressivos.	Em ambos os modelos de intervenção, as gestantes foram divididas em dois grupos: menos exposição e mais exposição ao trauma. A remissão dos sintomas depressivos pelo BDI foi atingida quando o escore foi >9.
Cort, NA, <i>et al.</i> <u>Depression and Anxiety</u> 2012	Avaliar quais preditores são mais associados com a recorrência ou persistência da depressão em mulheres que vivenciaram abuso sexual na infância em dois modelos: Terapia Interpessoal (IPT) e tratamento usual (UC).	<u>Delineamento:</u> ensaio clínico randomizado <u>Amostra:</u> 37 com IPT e 33 com UC <u>Instrumentos:</u> <i>Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID); Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (MOS SF-36), Social Adjustment Scale (SAS-SR), Childhood Trauma Questionnaire – Short-Form (CTQ), Traumatic Life Events Questionnaire (TLEQ), Intimate Partner Violence (IPV), Beck Depression Inventory (BDI-II), Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD).</i>	Concluiu-se que levar em conta os fatores preditores de mulheres depressivas que sofreram algum tipo de abuso sexual na infância é fundamental para um melhor desfecho do tratamento. No entanto, o estudo não apontou diferença significativa entre os tratamentos com IPT e UC.	Preditores avaliados: 1) características sociodemográficas; 2) características clínicas; 3) funcionamento físico e social e; 4) características específicas de histórico de trauma.

<p>Gibbons, MB, et al. <i>Psychotherapy (Chic)</i> 2012</p>	<p>Apresentar resultados de uma investigação piloto de psicoterapia dinâmica breve comparada com tratamento usual de depressão moderada-severa no sistema de saúde mental comunitário.</p>	<p><u>Delineamento:</u> ensaio clínico randomizado <u>Amostra:</u> 21 adultos em Psicoterapia Dinâmica Suportivo-Expressiva (PDSE) e 19 sob tratamento usual <u>Instrumentos:</u> <i>Behavior and Symptom Identification Scale (BASIS-24)</i>, <i>The Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)</i>.</p>	<p>O efeito da PDSE foi considerado moderado-grande no tratamento para a depressão quando comparado ao tratamento usual para o transtorno. O estudo ainda aponta que 50% dos pacientes tratados com PDSE foram classificados, pós-tratamento, como dentro do intervalo de normalidade de funcionamento, comparados a 29% dos que receberam o tratamento usual.</p>	<p>O estudo foi embasado na intenção por tratar, ou seja, nem todos os participantes passaram por todas as sessões de terapia propostas.</p>
<p>Nemeroff, CB, et al. <i>National Academy of Sciences of the USA</i> 2003</p>	<p>Verificar a diferença de três abordagens de tratamento para o TDM crônico: com antidepressivo, com Sistema de Análise Cognitivo-Comportamental de Psicoterapia, e a combinação dos dois.</p>	<p><u>Delineamento:</u> ensaio clínico multicêntrico <u>Amostra:</u> 681 pacientes de 18-75 anos <u>Instrumentos:</u> <i>The Childhood Trauma Scale</i>, <i>The Hamilton Rating Scale for Depression</i>.</p>	<p>O efeito da psicoterapia foi superior à monoterapia com o antidepressivo em pacientes com TDM que apresentavam traumas na infância relacionados a perda parental, abuso emocional e físico e negligência. Além disso, a combinação dos dois tratamentos foi ligeiramente superior à psicoterapia sozinha nesses pacientes.</p>	<p>Sugere que a psicoterapia é essencial para a remissão de sintomas depressivos em pacientes com TDM e histórico de traumas na infância.</p>

5.3 Corpo da revisão

O tratamento para o Transtorno Depressivo Maior (TDM) comumente inclui antidepressivos, psicoterapia ou a combinação das duas técnicas. Tendo isso como base, um estudo americano buscou investigar a associação das duas abordagens de tratamento quando o participante apresentou depressão crônica e histórico de trauma na infância. O instrumento utilizado para medir a severidade da depressão foi a Escala de Taxa de Depressão de Hamilton e para a mensuração dos traumas foi o The Childhood Trauma Scale. Contando com 681 pacientes, o estudo dividiu os sujeitos em três grupos, sendo um apenas tratado com um antidepressivo (nefazodona), um com o Sistema de Análise Cognitivo-Comportamental de Psicoterapia (CBASP), e um último grupo que recebeu ambos os tratamentos. Conclui-se que tanto o tratamento com antidepressivo sozinho quanto o CBASP também sozinho para o TDM apresentavam respostas muito similares e foram significativamente menos eficazes que o tratamento em combinação com as duas técnicas. Porém, quando o TDM foi associado ao trauma infantil precoce, a psicoterapia sozinha foi superior ao tratamento apenas medicamentoso, e a combinação dos dois foi ligeiramente superior à psicoterapia sozinha, sugerindo que a CBASP seja um elemento essencial para o tratamento do TDM associado a traumas infantis¹⁸.

Um estudo neozelandês com pacientes depressivos hospitalizados também buscou verificar a associação de resposta ao tratamento farmacológico quando esses sujeitos apresentavam traumas na infância, medido pelo *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ). O resultado foi que aqueles pacientes que reportaram traumas significativamente mais severos (com maior escore no CTQ) apresentaram uma resposta estatística pior ao tratamento medicamentoso quando comparados aos que responderam à medicação e ao grupo controle dos saudáveis¹⁹.

Ao longo dos anos, evidencia-se, cada vez mais, que a literatura tem trazido estudos que relacionam uma notável proximidade entre traumas na infância e o TDM. Um estudo brasileiro com adultos de 18 a 65 anos, por exemplo, avaliou: a relação entre transtornos de humor e traumas psicológicos na infância. Foi concluído, portanto, que os sujeitos expostos durante a infância à violência na comunidade com maior frequência e que sofreram abuso físico por pais ou cuidadores, eram considerados mais suscetíveis a desenvolver transtornos de humor²⁰.

Em complemento, uma pesquisa norte-americana com crianças menores de 11 anos apontou que em casos comprovados de abuso físico, assim como de negligência

física ou emocional, essas crianças tinham risco aumentado de desenvolver TDM já no início da idade adulta, de acordo com *follow-up*. Ainda, o estudo mostra que as crianças que vivenciaram especificadamente abuso físico e/ou múltiplos tipos de abuso apresentavam maior risco de desenvolver TDM crônica, enquanto as negligenciadas apenas TDM, quando comparadas ao grupo controle¹³.

Outro estudo, este mais uma vez com adultos, utilizou o CTQ como escala para medir a intensidade dos traumas na infância e o impacto que eles causam no TDM. O estudo detectou que sujeitos depressivos com traumas mais severos, mais notadamente de abuso emocional, representavam variância entre 25-28% quanto à idade inicial do primeiro episódio depressivo e ao número de episódios depressivos ao longo da vida. A severidade dos traumas foi considerada de acordo com o maior escore no CTQ. De acordo com este estudo, apresentar traumas na infância, principalmente de abuso emocional, influenciam: no início precoce do TDM, baseado em regressão múltipla realizada entre a idade dos participantes; no curso do transtorno; e no caráter comórbido do TDM, após análise de variância²¹.

Em se tratando de fatores de risco para o desenvolvimento do TDM estão associados principalmente histórias de abuso físico e sexual infantil de acordo também com um estudo chileno realizado com mulheres depressivas com idade superior a 20 anos. Neste, as participantes foram divididas aleatoriamente em dois grupos de intervenção: 1) em que se utilizou o método tradicional de tratamento, de acordo com as orientações diagnósticas e farmacológicas vigentes no Ministério da Saúde chileno; e 2) no qual o grupo de mulheres foi designado para um tipo experimental de intervenção protocolar, focado no enfrentamento da crise, uma vez por semana, além do tratamento farmacológico padrão. O resultado foi o esperado, pois mesmo ambos os modelos tendo apresentado bons resultados, de acordo com o OQ-45.2 e a escala Hamilton de Depressão, o tratamento experimental foi responsável por uma remissão de sintomas depressivos significativamente maior²², evidenciando a importância do método terapêutico no tratamento do TDM associado a traumas na infância.

Um ensaio clínico norte-americano avaliou outros possíveis preditores que devem ser relevados durante um tratamento para o TDM. Este estudo teve como amostra 70 mulheres depressivas que haviam sofrido algum tipo de abuso sexual durante a infância, e foram testados dois modelos de psicoterapia: a Terapia Interpessoal (IPT) e o tratamento usual – que independia da linha teórica utilizada pelo profissional, desde que não fosse IPT. Como delatam os resultados, concluiu-se que é sim importante prestar atenção a

fatores preditores, como características sociodemográficas, características clínicas, funcionamento físico e social, além de características específicas de histórico de trauma do indivíduo durante o tratamento. Mesmo não apontando diferença significativa entre os tratamentos com IPT e o usual, pôde-se perceber que alguns preditores foram mais associados com uma menor redução dos sintomas depressivos ao longo do tratamento: ser negra, receber assistência financeira do governo, estar desempregada, possuir depressão crônica e transtorno de personalidade *borderline*²³.

Ainda, outro estudo, também de amostra exclusivamente feminina, todas grávidas maiores de 18 anos, que preencheram critérios para TDM na Escala de Depressão Pós-Natal Edinburgh, testou duas modalidades de tratamento. Em um dos grupos, as mulheres receberam o cuidado usual, que era apenas a psicoeducação verbal e por escrito sobre a depressão, além de serem encorajadas a buscar tratamento em um centro de saúde comportamental. Já no segundo grupo, as grávidas foram encaminhadas para Psicoterapia Interpessoal Breve (IPT-B), que consiste em um melhoramento motivacional, uma sessão de engajamento pré-tratamento, oito sessões de IPT-B e manutenção com IPT – que é o modelo estendido desse tipo de tratamento focado na motivação. Tendo o CTQ como base, o estudo concluiu que as grávidas com TDM e que apresentavam traumas na infância tiveram desfechos mais pobres com IPT-B aos 3 meses pós *baseline*. Este dado sugere que se deva incluir mais sessões de manutenção nesses casos para que se previna recaídas de depressão, uma vez que aos 6 meses pós-parto, as mesmas mulheres apresentaram bons resultados com IPT-B²⁴.

Na literatura, ainda foi encontrado um estudo britânico com 274 adultos que buscou verificar a eficácia de três modelos de abordagem terapêuticas focados na prevenção de recaídas da depressão em pacientes que apresentaram histórico de traumas na infância: 1) a Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* (MBCT) que consiste em um programa de treinamento baseado em grupos de habilidades manualizados que integram aspectos educacionais psicológicos de Terapia Cognitivo-Comportamental (CBT) para depressão com componentes de meditação para a redução de estresse baseados em *Mindfulness*; 2) a Educação Psicológica Cognitiva (CPE), que abrange elementos da MBCT, exceto o *Mindfulness* por meio da prática de meditação; e 3) o Tratamento Usual (TAU), que nada mais é do que um aconselhamento psicológico para ressaltar a importância do participante em buscar tratamento. O estudo concluiu que a MBCT forneceu proteção significativa contra a recaída da depressão para participantes com vulnerabilidade aumentada em função de histórico de traumas na infância, mas não

se mostrou como vantagem significativa quando comparada às abordagens de CPE e TAU – fator que instiga a necessidade de avaliar novas abordagens para o tratamento nestes casos²⁵.

Por fim, um único estudo que utilizou o modelo psicoterapêutico específico, proposto por este projeto, com 40 adultos com TDM moderado ou severo, apresentou efeito de médio a grande quanto à eficácia da Psicoterapia Dinâmica Suportivo-Expressiva (PDSE). Foi um ensaio clínico, em que 21 adultos foram randomizados para o grupo de PDSE, enquanto 19 para receberem tratamento usual. Com base na intenção por tratar, 50% dos pacientes tratados com PDSE foram classificados, pós-tratamento, como dentro do intervalo de normalidade de funcionamento, comparados com 29% dos que receberam o tratamento usual²⁶. A variável ter ou não vivenciado traumas na infância não foi levada em conta neste estudo – fato que fomenta ainda mais a busca por essa informação.

Com base na análise e interpretação dos achados, pôde-se perceber o quão notável é a necessidade de se estudar mais sobre o tema, uma vez que, ainda, pouco se sabe sobre o impacto dos traumas na infância nos tratamentos direcionados ao TDM, em especial com PDSE – que é o modelo proposto a ser estudado nesta investigação.

6. MÉTODO

6.1 Delineamento

Este projeto trata-se de um estudo longitudinal aninhado a um ensaio clínico randomizado intitulado “Processo Terapêutico, Fatores Psicossociais e Biológicos em Dois Modelos de Psicoterapia para Depressão” realizado no ambulatório de saúde mental da Universidade Católica de Pelotas. O estudo analisará somente os dados de pacientes que foram randomizados para o grupo de Psicoterapia Dinâmica Suportivo-Expressiva (PDSE).

6.2 Amostra

Foram incluídos todos os 130 indivíduos de 18 a 59 anos diagnosticados com Transtorno Depressivo Maior (TDM) que passaram por PDSE.

6.2.1 Critério de inclusão:

- Ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- Ter sido diagnosticado com TDM leve ou moderado;
- TDM foi considerado o único transtorno presente ou o mais desabilitante;
- Ter participado do processo psicoterapêutico com PDSE, independente de ter sido concluído ou não.

6.2.1 Critérios de exclusão:

- Ter apresentado risco de suicídio moderado ou severo;
- Ter apresentado uso abusivo de substâncias psicoativas no decorrer do processo psicoterapêutico;
- Apresentar dependência de álcool e/ou abuso de substâncias ilegais;
- Apresentar sintomas psicóticos;
- Ter usado medicamento antidepressivo ao menos dois meses precedentes à participação do estudo;
- Apresentar TDM grave.

6.3 Critério diagnóstico

Para o diagnóstico do TDM, critério de inclusão no estudo, foi utilizada a entrevista clínica estruturada para o DSM-IV – *Mini Structured Clinical Interview for DSM (MINI Plus)*²⁷. A tradução e adaptação desta entrevista para o idioma português apresentam, em geral, boa confiabilidade, com coeficiente de Kappa excelente (0,87) para os transtornos de humor²⁸. Esta avaliação foi realizada por cinco psicólogos previamente treinados e que passavam por supervisão semanal. Quando havia dúvida a respeito do diagnóstico, o paciente era encaminhado para avaliação aprofundada com um psiquiatra da equipe de pesquisa.

6.4 Randomização

Os indivíduos que preencheram os critérios de inclusão foram randomizados entre dois modelos de intervenção breve: Psicoterapia Cognitivo Comportamental e Psicoterapia Dinâmica Suportivo-Expressiva (PDSE) de tempo limitado.

O pesquisador responsável pela randomização não participou do processo de avaliação, nem de intervenção psicoterapêutica. A randomização foi realizada por meio de sorteio, com etiquetas, que estavam no interior de um envelope pardo, e que indicavam o modelo de intervenção. Os avaliadores foram cegos na avaliação *baseline* e pós-intervenção.

O estudo proposto analisará somente os dados dos pacientes que foram randomizados para o grupo de PDSE.

6.5 Modelo de intervenção

6.5.1 Psicoterapia Dinâmica Suportivo-Expressiva de tempo limitado

Modelo estruturado a partir da proposição de Luborsky²⁹. Baseia-se na análise do padrão central de 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 dar manutenção o nível de funcionamento do paciente) e expressivas (possibilitam a expressão e compreensão dos conflitos). As principais técnicas são: estabelecer a aliança terapêutica, formular e responder aos padrões centrais de relacionamento, responder as esferas de relacionamento, contextualizar o sintoma no padrão conflitual e trabalhar a separação.

6.6 Instrumentos

6.6.1 Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI-Plus)

Para avaliação dos sintomas depressivos foi utilizada a MINI-Plus, que é uma entrevista diagnóstica padronizada breve, compatível com os critérios do DSM-IV e da CID-10, destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa em atenção primária e em psiquiatria. Desenvolvida para a avaliação dos transtornos mentais ao longo da vida, explora sistematicamente todos os critérios de inclusão e de exclusão e a cronologia de 23 categorias diagnósticas do DSM-IV³⁰.

6.6.2 Beck Depression Inventory (BDI-II)

Esta escala foi utilizada para avaliação dos sintomas depressivos. O instrumento original e a versão validada para o Brasil apresentam bons coeficientes de validade e fidedignidade^{31,32}. 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. Os pontos de corte para o instrumento são: escore ≤ 27 para sintomas leves e moderados; e escore ≥ 28 para sintomas severos³³.

6.6.3 Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

Para investigar a história de abuso e negligência durante a infância, foi utilizado este instrumento autoaplicável, voltado para adolescentes e adultos. Por meio deste instrumento podem ser avaliados cinco componentes traumáticos: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional. Assim, o CTQ é destinado para adolescentes (a partir de 12 anos) e adultos em que o respondedor gradua a frequência de 28 assertivas relacionadas com situações ocorridas na infância em uma escala Likert de cinco pontos. Atualmente o CTQ é um instrumento muito utilizado em pesquisas, na área forense e na área clínica^{34,35}.

6.6.4 Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45)

Esse instrumento 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 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. É composto de 45 frases que refletem

situações/pensamentos/sentimentos avaliados em uma escala 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 (SD), Relacionamento Interpessoal (IR) e Desempenho do Papel Social (SD). 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 um índice de mudança confiável/significativa (diminuição do escore entre avaliações) para cada domínio, sendo eles: Escore Total ≥ 14 ; SD ≥ 12 ; IR ≥ 8 ; e SR ≥ 7 ³⁶.

6.7 Coleta de Dados

A aplicação dos instrumentos foi realizada no Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental (APESM) da Universidade Católica de Pelotas (UCPEL) e nas residências. O CTQ foi aplicado na entrevista inicial, já o BDI e o OQ-45.2 nas sessões 1, 10, na final e no *follow-up* de 6 meses – sendo esta última a ser utilizada nesta análise. Além disso, os pacientes elegíveis receberam psicoterapia individual de no máximo 18 sessões, uma vez por semana, com cinquenta minutos de duração, realizada por psicólogos alunos do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da UCPel, supervisionados por pesquisadores com formação no modelo proposto.

6.8 Seleção e Treinamento de Pessoal

Os avaliadores foram psicólogos treinados para realizar a entrevista clínica de acordo com os critérios do DSM-IV.

Para o ensaio clínico, que durou 3 anos, os psicólogos foram treinados para a utilização dos protocolos de intervenção propostos, e os mesmos receberam supervisão de todos os casos atendidos semanalmente pelos coordenadores do estudo com formação em psicologia, membros do grupo de pesquisa do PPG em Saúde e Comportamento.

6.9 Processamento e Análise dos Dados

A análise dos dados será realizada no programa Stata 12, incluindo todos os sujeitos que tiveram intenção de tratar. O teste *t* será utilizado para comparar as médias do OQ-45.2, BDI e do CTQ no *baseline* com as respectivas no *follow-up* de seis meses. Os resultados com valores de $p \leq 0,05$ serão considerados estatisticamente significativos.

6.10 Aspectos Éticos

Neste protocolo de pesquisa foram respeitados todos os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde na Resolução Nº 466 de 2012. Os participantes receberam informações sobre os objetivos da pesquisa e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi assegurado o direito à confidencialidade dos dados e o cuidado na utilização das informações nos trabalhos escritos, de modo que os participantes não pudessem 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.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas., que é associado ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

6.11 Cronograma

Atividades	05	06	07	08	09	10	11	12
Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração do projeto	X	X	X	X				
Qualificação do projeto				X				
Organização do banco de dados					X			
Análises estatísticas						X		
Redação do artigo						X	X	
Defesa								X

* O mês 5 refere-se a maio de 2017.

7. REFERÊNCIAS

1. Spijker J., de Graaf R., Bijl RV, et al., *Functional disability and depression in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)*, Acta. Psychiatrica Scandinavica, 2004. **110**: p. 208–214.
2. Ustün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, et al., *Global burden of depressive disorders in the year 2000*. Br. J. Psychiatry, 2004. **184**: p. 386-392.
3. Kessler RC, Bromet EJ, *The epidemiology of depression across cultures*, Annual Review of Public Health, 2013. **34**: p. 119-138.
4. Andrade L, Walters EE, Gentil V, et al., *Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil*, Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol., 2002. **37**(7): p. 316-325.
5. Lopez M, Jansen K, Silva RA, *Depressão e histórico de tratamento, psicológico/psiquiátrico em usuários de três unidades de atenção primária*, Universidade Católica de Pelotas: Pelotas, 2001.
6. Bonicatto SC, Dew MA, Zaratiegui R, et al., *Adult outpatients with depression: worse quality of life than in other chronic medical diseases in Argentina*, Soc. Sci. Med., 2001. **52**(6): p. 911-919.
7. Noël PH, Williams JW Jr, Unützer J, et al., *Depression and comorbid illness in elderly primary care patients: impact on multiple domains of health status and well-being*, Ann. Fam. Med., 2004. **2**(6): 555-562.
8. Organization, WH, *The World Health Report. Mental health: new understanding, new hope*, Geneva: World Health Organization, 2001.
9. Springer KW, Sheridan J, Kuo D, et al., *Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: results from a large population-based sample of men and women*, Child Abuse Negl., 2007. **31**: p. 517-530.
10. Wegman HL, Stetler C, *A meta-analytic review of the effects of childhood abuse on medical outcomes in adulthood*, Psychosom. Med., 2009. **71**: p. 805-812.
11. Kendler KS, Bulik CM, Silberg J, et al., *Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: and epidemiological and cotwin control analysis*, Arch. Gen. Psychiatry, 2000. **57**(10): p. 953-959.
12. Kessler RC, Davis CG, Kendler KS, *Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey*, Psychol. Med., 1997. **27**(5): p. 1101-1119.
13. Levitan RD, Parikh SV, Lesage AD, et al., *Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: relationship to neurovegetative features, maniac, and gender*, Am. J. Psychiatry, 1998. **155**(12): p. 1746-1752.
14. Widom CS, DuMont K, Czaja SJ, *A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up*, Arch. Gen. Psychiatry, 2007. **64**: p. 49-56.
15. Parikh SV, Quikty LC, Ravitz P, et al., *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. II. Psychotherapy alone or in combination with antidepressant medication*, J. Affect. Disord., 2009. **117**: p. 15-25.
16. Scott C, Tacchi MJ, Jones R, et al., *Acute and one-year outcome of a randomized controlled trial of brief cognitive therapy for major depressive disorder in primary care*, Br. J. Psychiatry, 1997. **171**: p. 131-134.

17. Connolly MB, Crits-Christoph P, Shappell S, et al., *Therapist interventions in early sessions of brief supportive-expressive psychotherapy for depression*, The Journal of Psychotherapy Practice and Research, 1998. **7**: p. 290-300.
18. Nemeroff CB, Heim CM, Thase ME, et al., *Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma*, The National Academy of Sciences, 2003. **100**(24): p. 14293-14296.
19. Douglas KM, Porter RJ, *The effect of childhood trauma on pharmacological treatment response in depressed inpatients*, Psychiatry Research, 2012. **200**: p. 1058-1061.
20. Zavaschi MLS, Graeff ME, Menegassi TM, et al., *Transtornos do humor no adulto e trauma psicológico na infância*, Rev. Bras. Psiquiatr., 2006. **28**: p. 184-190.
21. Bernet CZ, Stein MB, *Relationship of childhood maltreatment to the onset and course of major depression in adulthood*, Depression and Anxiety, 1999. **9**: p. 169-174.
22. Vitriol VG, Cancino AA, Florenzano RU, et al., *Eficacia y costos asociados a un tratamiento ambulatorio en mujeres con depresión severa y trauma temprano*, Rev. Med. Chile, 2010. **138**: p. 428-436.
23. Cort NA, Gamble AS, Smith PN, et al., *Predictors of treatment outcomes among depressed women with childhood sexual abuse histories*, Depression and Anxiety, 2012. **29**(6): p. 479-486.
24. Grote NK, Spieker SJ, Lohr MJ, et al., *Impact of childhood trauma on the outcomes of a perinatal depression trial*, Depression and Anxiety, 2012. **29**: p. 563-573.
25. Williams JMG, Crane C, Barnhofer T, et al., *Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: a randomized dismantling trial*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2014. **82**: p. 275-286.
26. Gibbons MB, Thompson SM, Scott K, et al., *Supportive-expressive dynamic psychotherapy in the community mental health system: a pilot effectiveness trial for the treatment of Depression*, Psychotherapy (Chic), 2012. **49**(3): p. 303-316.
27. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al., *The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10*, J. Clin. Psychiatry, 1998. **20**: p. 22-33; quiz: p. 34-57.
28. Del-Ben CM, Vilela JAA, Crippa JAS, et al., *Confiabilidade da "Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV - Versão Clínica" traduzida para o português*, Rev. Bras. Psiquiatr., 2001. **23**(3): p. 156-159.
29. Luborsky L, *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive Treatment*, Paperback, 2000.
30. Amorim P, *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais*, Rev. Bras. Psiquiatr., 2000. **22**(3): p. 106-115.
31. Beck AT, Steer RA, Brown G, *Manual for the Beck Depression Inventory-II (BDI-II)*, Psychological Corporation, 1996.
32. Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Neto FL, et al., *Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample*, Rev. Bras. Psiquiatr., 2012. **34**(4): p. 389-394.
33. American Psychiatric Association, *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, ed. 4, texto revisado, Porto Alegre: Artmed, 2002.

34. Grassi-Oliveira R, Stein LM, Pezzi JC, Tradução e validação de conteúdo da versão em português do *Childhood Trauma Questionnaire*, Rev. Saúde Pública, 2006. **40**(2): p. 249-255.
35. Grassi-Oliveira R, Cogo-Moreira H, Salum GA, et al., *Childhood trauma questionnaire (CTQ) in Brazilian samples of different age groups: findings from confirmatory factor analysis*, PloS ONE, 2014. **9**(1): e87118.
36. Lambert MJ, Ogles BM, *The efficacy and effectiveness of psychotherapy*, Bergin & Gaarfied's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, ed. 4, Nova York: Wiley, 2004. p. 139-193.

II. ARTIGO

The impact of childhood trauma in treatment for depression with supportive-expressive dynamic psychotherapy.

Thomás da Silva e Silva¹; Thaíse Campos Mondin¹; Ricardo Azevedo da Silva¹.

Thomás da Silva e Silva: thomaspsi@live.com

Thaíse Campos Mondin: thaisemondin@yahoo.com.br

Ricardo Azevedo da Silva: ricardo.azs@gmail.com

Corresponding author: Ricardo Azevedo da Silva, Universidade Católica de Pelotas, Rua Gonçalves Chaves, 377, sala 424 Prédio C, Pelotas, Brazil – CEP: 96.015-560, Phone +55 53 21288404, E-mail ricardo.silva@ucpel.edu.br

Acknowledgments: This research received financial support from CNPQ (*Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico*) and FAPERGS (*Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul*).

Disclosure: There is no conflict of interest regarding the publication of this article. Last literature review: July 2018.

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

ABSTRACT

Introduction: Major Depressive Disorder (MDD) not only presents a strong relationship with childhood trauma, collaborating to a lifelong continuity of depressive symptoms, as traumas appear to have a deal with a worse depression treatment effectiveness. **Objective:** To verify the impact of childhood traumas in reduction or remission of depressive symptoms and in the therapeutic process in patients under 18th-session Supportive-Expressive Dynamic Psychotherapy (SEDP) at baseline, 10th session and post-intervention. **Method:** Data for this study came from 130 patients with MDD aged 18-60 years-old who participated in a randomized clinical trial. Mini International Neuropsychiatric Interview – Plus (MINI Plus) was performed to diagnose depression, while Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) to evaluate childhood trauma, Beck Depression Inventory (BDI) to verify reduction or remission of the depressive symptoms, and Outcome Questionnaire (OQ-45) to measure the therapeutic progress in three moments of psychotherapy. **Results:** Childhood trauma did not impact completers and intention-to-treat analysis. For the completers, there was only a significant time effect of therapy through baseline, 10th session and post-intervention in both BDI and OQ-45 instruments for all the subgroups of CTQ. In the intention-to-treat analysis there was also significant time effect of psychotherapy, in the three evaluated moments, but only in BDI and for the sexual abuse, emotional abuse and emotional negligence CTQ subgroups.

Keywords: depression; childhood trauma; childhood trauma questionnaire; CTQ; supportive-expressive dynamic psychotherapy.

RESUMO

Introdução: O Transtorno Depressivo Maior (TDM) não somente apresenta uma importante relação com traumas na infância, colaborando para a permanência dos sintomas depressivos ao longo da vida, assim como traumas parecem ter associação com a pior efetividade do tratamento para a depressão. **Objetivo:** Verificar o impacto de traumas na infância na redução ou remissão dos sintomas depressivos e no processo terapêutico em pacientes atendidos com Psicoterapia Dinâmica Suportivo-Expressiva (PDSE) de 18 sessões no *baseline*, 10^a sessão e pós-intervenção. **Método:** Os dados deste estudo têm origem de 130 pacientes com TDM, de 18-60 anos, que participaram de um ensaio clínico randomizado.

A escala *Mini International Neuropsychiatric Interview – Plus* (MINI Plus) foi utilizada para diagnosticar a depressão, enquanto a *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) para avaliar o trauma na infância, a *Beck Depression Inventory* (BDI) para verificar a redução ou remissão dos sintomas depressivos, e o *Outcome Questionnaire* (OQ-45) para medir o progresso terapêutico nos três momentos da psicoterapia. **Resultados:** Trauma na infância não impactou na análise dos sujeitos que completaram, quanto na por intenção de tratar. Na análise dos que completaram, houve efeito terapêutico significativo de tempo no *baseline*, 10^a sessão e pós-intervenção, em ambos instrumentos BDI e OQ-45, para todos os subgrupos do CTQ. Na análise por intenção de tratar também houve efeito terapêutico significativo de tempo nos três momentos de avaliação, mas somente no BDI e para os subgrupos do CTQ de abuso sexual, abuso emocional e negligência emocional.

Palavras-chave: depressão; traumas na infância; questionário de trauma na infância; CTQ; psicoterapia dinâmica suportivo-expressiva.

INTRODUCTION

Major depressive disorder (MDD) is known as a disease that directly affects functioning and quality of life^{1,2}, leading the subject to several harms, as psychic and somatic suffering, discrimination, social isolation, and low performance in career and academic life^{3,4}. Also, besides being considered the major and main cause of years lived with disabilities⁵, MDD is currently positioned among, at the same time, the most common and severe psychiatric disorders in developed countries, where the chronic prevalence of depression is approximately 14%⁶. In Brazil, depression reaches around 16,8% of its population⁴.

When it comes to childhood trauma, this topic has become an important target in research, whereas a great variety of studies have documented its lifelong impact in mental and physical health^{7,8}. Traumatic events in childhood have been deducted to be strongly associated with MDD in early adult life^{9,10}. In accordance, a study performed with young adults who suffered traumas in childhood verified that these subjects presented 50% more risk of developing depression when compared to those who were not exposed to traumatic situations in early life¹¹.

Not only childhood traumas have been related to MDD, as they appear to have a deal with depression treatment effectiveness. A meta-analysis of 16 clinical trials, for instance, revealed that childhood maltreatment was associated with lack of response or remission during MDD treatment¹². Indeed, a study performed with adolescents, showed that life stress, trauma history and depressive symptom severity were negatively associated with therapy outcomes¹³. Moreover, another study with patients with chronic forms of MDD found that history of childhood adversity was associated with less responsiveness to antidepressant pharmacotherapy¹⁴. Also, a study with depressed outpatients with a history of emotional and physical abuse suggested poorer treatment response in this subgroup¹⁵.

It is known that treatment for depressive symptoms includes psychotherapeutic and psychopharmacologic interventions, being the first one of the main indications to treat MDD¹⁶. Currently, briefer psychotherapy models are chosen in primary healthcare instead, since they present reduced costs and time when compared to traditional long-term therapies¹⁷. The thing is that the efficacy of brief dynamic treatments for depression is notable, as well as the Supportive-expressive dynamic psychotherapy (SEDP), which has been presenting promising results face the usual approaches for the disorder¹⁸. Also, once the dynamic psychotherapies explore and interpret insights as a contributing factor for a therapeutic action and change¹⁹, SEDP may influence the treatment outcome of the depressive patients even if they have trauma, since their expression is taken into consideration to comprehend the conflict in order to get support and repair their level of functioning as a whole²⁰. Even though, there is still a need to broad this knowledge regarding the efficacy of SEDP for depression in patients with MDD who had also experienced childhood traumas.

Thus, this study aimed to verify the impact of childhood traumas in remission or reduction of depressive symptoms and in the therapeutic process in patients under Supportive-expressive dynamic psychotherapy at baseline, 10th session and post-intervention.

METHOD

This is a longitudinal study nested in a randomized clinical trial entitled “Therapeutic Process, Biological and Psychosocial Factors in Two Models of Psychotherapy for Depression” performed in the mental healthcare center of the Catholic University of Pelotas, Brazil, between the years 2012 and 2015. The two models in the main study are SEDP and Cognitive Behavioral Therapy. This study only analyzed data from randomized patients for the supportive-expressive dynamic psychotherapy group. The SEDP group consisted of 130 patients between 18 and 59 years old, all diagnosed with Major Depressive Disorder (MDD), living in the city of Pelotas, state of Rio Grande do Sul, Brazil.

This study utilized data from an evaluation instrument composed of a questionnaire responded by the participants directly into tablets through the Open Data Kit Collect 1.1.7, containing the following variables: gender, age, occupation, years of education, hospitalization, and use of current medication. Their economic status was verified through a scale developed by the Brazilian Association of Research Companies (ABEP), which is a scale based on the accumulation of material goods and the education level of the household, categorizing people among the socioeconomic classes A, B, C, D and E²¹.

The MDD diagnose was accomplished through the Mini International Neuropsychiatric Interview Plus version (MINI Plus)²², which is a clinical interview based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) criteria. This evaluation was performed by five previously trained psychologists who went through weekly supervisions with professors with large experience in this theme. In cases when it was still difficult to establish the diagnosis, the participants were referred to a research team psychiatrist in order to go through a deeper assessment.

The Childhood trauma questionnaire (CTQ)²³, was administered in order to consider whether or not the participant experienced any traumatic situation in early life. The Brazilian version of CTQ is already adapted and validated with good psychometric proprieties²⁴. In this instrument, trauma is divided into five subscales: sexual abuse (SA) physical abuse (PA), emotional abuse (EA), physical neglect (PN), and emotional neglect (EN)²³. The whole scale comprises 25 items, in which the higher the score, the greater the intensity of traumatic events. To analyze trauma according to the CTQ manual, the subscales' scores

were dichotomized as having (moderate-severe) and not having (none-mild) trauma, and the cutoff points for each subscale were: SA \geq 12; PA \geq 12; EA \geq 15; PN \geq 12; and EN \geq 17²⁵.

In order to analyze the therapeutic progress, two instruments were used in this study: Beck Depression Inventory II (BDI II) and Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45). This study divided the analysis by observing patients' progress in three moments: baseline, 10th session and post-intervention. Through BDI, it was possible to verify, in these three moments, if patients changed their depressive levels along treatment. Both the original and the validated version of BDI II for the Brazilian population present good coefficient of validity and reliability^{26,27}, and the cutoff points are \leq 28 for minimal to moderate \geq 29 to severe symptoms²⁸. And, by means of the OQ-45, the progress of the patient in therapy in the three studied moments could be measured. This instrument evaluates the subjective experience and the global functioning of an individual. Besides presenting a total score, the scale is also divided in three independent domains: subject discomfort (SD), interpersonal relationships (IR), and social role (SR)²⁹. The cutoff points in OQ-45 are: total score \geq 63; SD \geq 36; IR \geq 15; and SR \geq 12. In both instruments, the higher the score, the greater the symptom.

The psychotherapeutic approach used in this study was the SEDP, structured by Luborsky²⁰. It is based on the analysis of the central pattern of the relations each person follows while leading their relationships, as well as formulated from their narratives of interaction with other people. The techniques used are supportive (aim to repair the level of functioning of the patient) and expressive (enable the expression and comprehension of conflicts). The main techniques are: to establish a therapeutic alliance, to formulate and respond to the central patterns of relationship, to respond the spheres of relationship, to contextualize the symptom in the conflictual pattern, and to improve the way of dealing with separation.

All participants received information about the research objectives and they also signed an informed consent form. Moreover, those who were unable to understand and/or respond to the instruments, due to physical or cognitive reasons, were excluded from the study. This study was approved by the ethics committee of the UCPEL under the protocol number 66006, from July 2012.

Statistical analyses were performed in SPSS Statistics version 23 for mac. In order to compare the mean of the Total CTQ and the independent variables, *t* test student and ANOVA were used, and to compare the dependent variable with the OQ-45 subscales, Pearson's correlation was performed. Furthermore, *t* test student was also used to compare whether or not each subdomain of CTQ was related to the mean scores of BDI and OQ-45 in the three moments of evaluation: baseline, 10th session and post-intervention. Since the data used in this study came from a clinical trial, this analysis was performed for the completers – participants who completed the treatment until the last session, and by means of intention-to-treat (ITT), in which those patients who did not go through the whole treatment process were included. The method used for ITT was by considering the last measure collected from each patient the final evaluation for BDI and OQ-45 instruments.

When it came to verify the effect of the psychotherapy along the three moments in study and the relationship of the treatment to childhood trauma experiences, the statistical general linear model (GLM) was performed. At the end of the treatment, the participants who had completed the BDI were 65 and the OQ-45 were 56. In the ITT analysis, 130 were considered: 14.6% had experienced SA, 26.2% PA, 34.6% EA, 1.5% PN, and 47.7% EN. Also, to analyze the main factors associated to childhood trauma, the analysis was controlled for the variables gender, age and years of education, which presented $p < 0.20$.

RESULTS

We assessed 966 patients in the study. A total of 719 did not meet the inclusion criteria. We selected 247 patients, from whom 4 were excluded from our sample once they did not return after the initial assessment. Then, 243 patients were enrolled to the study, but from these, 19 were also excluded for not filling the BDI and OQ-45 scales. Finally, after allocating the patients to the respective treatments, we analyzed the data from 130 patients. Those who received full SEDP were 59, since 57 dropped-out during treatment. (Figure 1)

From the 130 subjects diagnosed with MDD, 104 (79.4%) were women, 84 (64.1%) were 30 years or older, and 78 (59.5%) belonged to class C, D or E. Regarding to occupation, 53.4% was working and the majority (72.5%) had 9 years or more of education. Among these subjects, only 3 (2.3%) had been

hospitalized and 28 (21.7%) were under other medication than antidepressants. When analyzing baseline data for BDI, 111 (84.7%) individuals were classified as having moderate to severe depression, while 20 had minimal to mild depression. Also, according to baseline data of the OQ-45 subscales, 90.5% presented symptom distress, 89.7% had interpersonal relationships issues, and 75% face problems in their social role. (Table 1)

After analyzing the association between the independent variables with the Total CTQ mean, a significant association with years of education was observed ($p=0.039$), in which those who had until 8 years of schooling had more probability of having childhood trauma (49.38 ± 15.50) than those who had 9 years or more (43.10 ± 15.36). Furthermore, when analyzing the association between the Total CTQ mean and the subscales of OQ-45 at baseline, having symptom distress ($p<0.001$, $r=0.416$) and interpersonal relationship issues ($p<0.001$, $r=0.373$) were associated with having childhood trauma, while problems regarding social role were not. Additionally, gender, age, socioeconomic status, occupation, hospitalization, using current medication, and the severity of BDI at baseline were not statistically associated with the Total CTQ mean. (Table 1)

For the completers, when analyzed the relationship between the CTQ subdomains categorized as having and not having experienced trauma during childhood and the scores of BDI and OQ-45 in the three proposed moments, there was statistical significance between these groups in: OQ-45 at baseline for SA, $t(113)=-2.699$, $p=0.008$; BDI at the 10th session for PA, $t(76)=-2.092$, $p=0.039$; OQ-45 at baseline for PA, $t(113)=-2.234$, $p=0.027$; BDI at baseline and 10th session for EA, respectively $t(128)=-3.409$, $p<0.001$ and $t(76)=-3.425$, $p=0.001$; OQ-45 at baseline and 10th session for EA, respectively $t(113)=-4.175$, $p<0.001$ and $t(73)=-2.585$, $p=0.011$; BDI at the 10th session for EN, $t(76)=-2.831$, $p=0.005$; and OQ-45 at baseline and 10th session for EN, respectively $t(113)=-2.832$, $p=0.005$ and $t(73)=-2.034$, $p=0.045$. In all these cases, subjects who had experienced trauma presented higher means in BDI and OQ-45, when compared to those who had no childhood trauma history. For PN, at the 10th session and post-intervention, in both BDI and OQ-45 assessments, there were no p -values since there was only one participant who had experienced this subtype of trauma. (Table 2)

For the ITT analysis, the relationship between the CTQ subdomains and the scores of BDI and OQ-45 in the three studied moments presented a statistical significance in: OQ-45 at baseline for SA, $t(121)=-2.624$, $p=0.009$; OQ-45 at baseline for PA, $t(121)=-2.025$, $p=0.045$; BDI at baseline, 10th session and post-intervention for EA, respectively $t(128)=-3.409$, $p<0.001$, $t(128)=-4.456$, $p<0.001$ and $t(128)=-3.732$, $p<0.001$; OQ-45 at baseline, 10th session and post-intervention for EA, respectively $t(121)=-4.422$, $p<0.001$, $t(121)=-3.714$, $p<0.001$ and $t(121)=-3.060$, $p=0.002$; BDI at 10th session and post-intervention for PN, respectively $t(128)=-1.975$, $p=0.050$ and $t(128)=-2.200$, $p=0.029$; OQ-45 at baseline for PN, $t(121)=-2.007$, $p=0.046$; BDI at 10th session and post-intervention for EN, respectively $t(128)=-2.653$, $p=0.009$ and $t(128)=-2.358$, $p=0.019$; and OQ-45 at baseline, 10th session and post-intervention for PN, respectively $t(121)=-2.911$, $p=0.004$, $t(121)=-2.801$, $p=0.005$ and $t(121)=-2.713$, $p=0.007$. Also, in all cases, subjects who had experienced trauma presented higher means in BDI and OQ-45, when compared to those who had no childhood trauma history. (Table 2)

All patients, in both groups, improved from baseline, through 10th session, until the post-intervention interview, in both BDI and OQ-45 instruments. Nevertheless, having or not experienced trauma in childhood had no statistically significant effect in the outcome of Supportive-expressive dynamic psychotherapy for MDD in all the three moments in study, also in both instruments used to measure it. For the completers, in BDI: SA, Wilks' Lambda = 0.994, $F(2,61)=0$, $p=0.844$; PA, Wilks' Lambda = 0.945, $F(2,61)=1$, $p=0.177$; EA, Wilks' Lambda = 0.973, $F(2,61)=0$, $p=0.438$; PN Wilks' Lambda = 0.945, $F(2,61)=1$, $p=0.177$; and EN, Wilks' Lambda = 0.974, $F(2,61)=0$, $p=0.445$. And in OQ-45: SA, Wilks' Lambda = 0.988, $F(2,52)=0$, $p=0.726$; PA, Wilks' Lambda = 0.977, $F(2,52)=0$, $p=0.547$; EA, Wilks' Lambda = 0.955, $F(2,52)=1$, $p=0.300$; PN Wilks' Lambda = 0.998, $F(2,52)=0$, $p=0.951$; and EN, Wilks' Lambda = 0.980, $F(2,52)=0$, $p=0.589$. For the ITT analysis, in BDI: SA, Wilks' Lambda = 0.994, $F(2,126)=0$, $p=0.700$; PA, Wilks' Lambda = 0.958, $F(2,126)=2$, $p=0.066$; EA, Wilks' Lambda = 0.972, $F(2,126)=1$, $p=0.166$; PN Wilks' Lambda = 0.993, $F(2,126)=0$, $p=0.653$; and EN, Wilks' Lambda = 0.976, $F(2,126)=1$, $p=0.217$. And in OQ-45: SA, Wilks' Lambda = 0.989, $F(2,119)=0$, $p=0.530$; PA, Wilks' Lambda = 0.999, $F(2,119)=0$, $p=0.969$; EA, Wilks' Lambda = 0.997, $F(2,119)=0$, $p=0.849$; PN Wilks' Lambda =

1.000, $F(2,119)=0$, $p=0.994$; and EN, Wilks' Lambda = 0.997, $F(2,119)=0$, $p=0.842$. (data not shown in tables)

So, since there was not impact of childhood traumas along treatment, analysis were still performed separately for the same subgroups to find out if these subjects differed statistically over time within themselves. As a result, for the completers, by the BDI instrument, there was a significant time effect of psychotherapy through the three analyzed moments in reduction of depressive symptoms for the follow CTQ subscales' groups: SA, Wilks' Lambda = 0.865, $F(2,61)=4$, $p=0.012$; PA, Wilks' Lambda = 0.861, $F(2,61)=4$, $p=0.010$; EA, Wilks' Lambda = 0.835, $F(2,61)=6$, $p=0.004$; and EN, Wilks' Lambda = 0.827, $F(2,61)=6$, $p=0.003$. There was also a significant time effect of psychotherapy in the three moments by the OQ-45 for the same CTQ subscales' groups: SA, Wilks' Lambda = 0.859, $F(2,52)=4$, $p=0.019$; PA, Wilks' Lambda = 0.817, $F(2,52)=5$, $p=0.005$; EA, Wilks' Lambda = 0.809, $F(2,52)=6$, $p=0.004$; and EN, Wilks' Lambda = 0.826, $F(2,52)=5$, $p=0.007$. In addition, for both BDI and OQ-45, the results for PN were not considered for the completers since there was only one participant who had experienced physical negligence until post-intervention. (data not shown in tables)

When performing the ITT analysis, there was also a statistically significant time effect of psychotherapy, but only through BDI and for: SA, Wilks' Lambda = 0.952, $F(2,126)=3$, $p=0.046$; EA, Wilks' Lambda = 0.955, $F(2,126)=2$, $p=0.054$; and EN, Wilks' Lambda = 0.953, $F(2,126)=3$, $p=0.048$. (data not shown in tables)

DISCUSSION

This study aimed to verify the impact of childhood trauma in reduction or remission of depressive symptoms and in the therapeutic process in patients under Supportive-expressive dynamic psychotherapy for depression at baseline, 10th session and post-intervention. The main findings of the study refer to the absence of a significant association between having and not having experienced childhood trauma in subjects with MDD in therapeutic progress and reduction of depressive symptoms. Even though, the results showed that all participants, in both completers and ITT analysis, presented an improvement towards therapeutic progress and reduction of depressive symptomatology through all the

three moments of therapy in study. Anyhow, these results are significant only due to psychotherapy effect, while childhood traumas did not impact the association.

As a whole, our results diverge from the majority of the studies found in literature, which defend that childhood traumas are associated with greater persistence of MDD^{13,25,30-33}. Still, there are some that do not associate traumas to a worsen in depressive symptoms^{34,35}. For instance, a controlled trial with pregnant women found that having experienced childhood trauma besides not moderating changes in depressive symptoms and functioning over time for these women, also resulted in remission of depression at post-intervention with brief interpersonal psychotherapy³⁴. In addition, our study found that in the completers analysis, in both BDI and OQ-45, there was a significant time effect of therapy even for the subjects who had experienced every subtype of trauma, but physical negligence – which did not have enough participants to analyze. For the ITT group, there was only association of time through BDI in sexual abuse, emotional abuse and emotional negligence. One more time, differently, literature mostly show physical abuse as being statistically associated with greater persistency of MDD^{36,37,38} and sexual abuse with lack of response to therapy and lack of remission of the depressive symptoms³⁹. Also, only one study showed no association between psychical abuse and greater persistence of MDD⁴⁰.

At the same time, what provides strong support for this investigation validity is that, according to each study found in literature, there were noted different perspectives of association between the subtypes of childhood traumas and reduction of depressive symptoms. This can be due to inadequate recognition of trauma subtypes and their confounding effects in the previous researches, so not all studies could be able to control their impact. For instance, some studies generalized abuse as an only category. One associated poor outcome within pharmacological treatment, and good outcome with therapy⁴¹; other two with lack of response to therapy⁴² or lack of remission¹⁴; another one to a longer time to remission¹⁵; and only one showed no relation between childhood abuse and the outcome of psychotherapy⁴³.

Taking the SEDP treatment, what could explain the patients' improvement in the end of treatment, regardless of whether having or not experienced childhood traumas, is that this approach, differently from other types of treatments, takes mainly into consideration the expression of the patient in order

to repair the symptomatology. Expressing the feelings in therapy, even if the focus is in depression, enables the patient to talk about everything that causes psychological pain, as well as experiences from the past as childhood traumas – which are much related to MDD, as said before. Along this narrative, insights are encouraged by the therapist in order to support the patient, taking the subject to a level of functioning repair. So, this approach technique may be the reason for even the patients who reported childhood traumas have also improved through therapy, since they could talk about their issues as a whole and were all stimulated to comprehend their conflicts.

Also, some studies have shown association between the subscales of OQ-45 and having experienced childhood traumas, as is the case of a Chilean research with depressed women that found association among all three subscales⁴⁴. Still, other studies have been presenting improvement results through therapy by means of the OQ-45 score, either for those who had experienced or not childhood traumas^{45,46}. Our study also found association of symptom distress and interpersonal relationship, but not social role, with having experienced traumas in childhood. This may possibly be because it is expected that childhood traumas affect directly how people behave as a whole. Regarding to social role, even not finding association, most of the patients presented issues related to this matter.

A limitation of the present study was the small sample, which may have influenced the interpretation of the results, since literature has been showing great association between having experienced childhood traumas and lower effectiveness of psychotherapy, but in this study it did not differ statistically. Another limitation was that the findings could not be extrapolated to patients with severe depression, moderate and severe suicide risk, psychotic symptoms, alcohol or drugs dependence, abusive use of psychoactive substances during the therapeutic process, and use of antidepressants at least two months before the participation on the study. In contrast, this study presents some important contributions, as analyzing how childhood traumas impact on the progress of the psychotherapy for depression, once most of the studies tend only to show how traumas impact on depression, and generally, with very specific samples. Also, this study may contribute to differentiate from others by the variables and moments of evaluation established.

Psychotherapy or pharmacotherapy are first-line recommendation for the treatment of mild or moderate depression^{2,47}. Much as the Supportive-expressive dynamic psychotherapy has been also presenting promising results in depressive patients, it is still little explored, but not less efficient, when compared to other brief and less costly dynamic approaches¹⁸. Seems that as consequence, the current literature for depressive subjects who had experienced childhood traumas and have been treated with SEDP is barely known. Therefore, since these findings suggest that psychotherapies must be included in this treatment regimen, further studies are needed to broad the knowledge and develop the topic.

REFERENCES

- 1 Spijker, J., Graaf, R., Bijl, R. V., Beekman, A. T. F., Ormel, J., & Nolen, W. A. (2004). Functional disability and depression in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(3), 208–214. doi:10.1111/j.1600-0447.2004.00335.x
- 2 Üstün, T. B., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Mathers, C., & Murray, C. J. L. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *British Journal of Psychiatry*, 184(05), 386–392. doi:10.1192/bjp.184.5.386
- 3 Bonicatto, S. ., Dew, M. ., Zaratiegui, R., Lorenzo, L., & Pecina, P. (2001). Adult outpatients with depression: worse quality of life than in other chronic medical diseases in Argentina. *Social Science & Medicine*, 52(6), 911–919. doi:10.1016/s0277-9536(00)00192-1
- 4 Noel, P. H. (2004). Depression and Comorbid Illness in Elderly Primary Care Patients: Impact on Multiple Domains of Health Status and Well-being. *The Annals of Family Medicine*, 2(6), 555–562. doi:10.1370/afm.143
- 5 Organization, WH, *The World Health Report. Mental health: new understanding, new hope*, Geneva: World Health Organization, 2001.
- 6 Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The Epidemiology of Depression Across Cultures. *Annual Review of Public Health*, 34(1), 119–138. doi:10.1146/annurev-publhealth-031912-114409
- 7 Springer, K. W., Sheridan, J., Kuo, D., & Carnes, M. (2007). Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 31(5), 517–530. doi:10.1016/j.chiabu.2007.01.003

- 8 Chen, E., Turiano, N. A., Mroczek, D. K., & Miller, G. E. (2016). Association of Reports of Childhood Abuse and All-Cause Mortality Rates in Women. *JAMA Psychiatry*, 73(9), 920. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.1786
- 9 Cong, E., Li, Y., Shao, C., Chen, J., Wu, W., Shang, X., ... Shi, S. (2011). Childhood sexual abuse and the risk for recurrent major depression in Chinese women. *Psychological Medicine*, 42(02), 409–417. doi:10.1017/s0033291711001462
- 10 McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2010). Childhood Adversities and Adult Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey Replication II. *Archives of General Psychiatry*, 67(2), 124. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.187
- 11 Spatz Widom, C., DuMont, K., & Czaja, S. J. (2007). A Prospective Investigation of Major Depressive Disorder and Comorbidity in Abused and Neglected Children Grown Up. *Archives of General Psychiatry*, 64(1), 49. doi:10.1001/archpsyc.64.1.49
- 12 Nanni, V., Uher, R., & Danese, A. (2012). Childhood Maltreatment Predicts Unfavorable Course of Illness and Treatment Outcome in Depression: A Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 169(2), 141–151. doi:10.1176/appi.ajp.2011.11020335
- 13 Shirk, S. R., Kaplinski, H., & Gudmundsen, G. (2008). School-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Depression. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 17(2), 106–117. doi:10.1177/1063426608326202
- 14 Klein, D. N., Arnow, B. A., Barkin, J. L., Dowling, F., Kocsis, J. H., Leon, A. C., ... Wisniewski, S. R. (2009). Early adversity in chronic depression: clinical correlates and response to pharmacotherapy. *Depression and Anxiety*, 26(8), 701–710. doi:10.1002/da.20577
- 15 Miniati, M., Rucci, P., Benvenuti, A., Frank, E., Battenfield, J., Giorgi, G., & Cassano, G. B. (2010). Clinical characteristics and treatment outcome of depression in patients with and without a history of emotional and physical abuse. *Journal of Psychiatric Research*, 44(5), 302–309. doi:10.1016/j.jpsychires.2009.09.008
- 16 Parikh, S. V., Segal, Z. V., Grigoriadis, S., Ravindran, A. V., Kennedy, S. H., Lam, R. W., & Patten, S. B. (2009). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. II. Psychotherapy alone or in combination with antidepressant medication. *Journal of Affective Disorders*, 117, S15–S25. doi:10.1016/j.jad.2009.06.042
- 17 Scott, C., Tacchi, M. J., Jones, R., & Scott, J. (1997). Acute and one-year outcome of a randomised controlled trial of brief cognitive therapy for major depressive disorder in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 171(02), 131–134. doi:10.1192/bjp.171.2.131

18 Connolly MB, Crits-Christoph P, Shappell S, et al., Therapist interventions in early sessions of brief supportive-expressive psychotherapy for depression, *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 1998. 7: p. 290-300.

19 Lacewing, M (2014). Psychodynamic psychotherapy, insight and therapeutic action. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21, 156-173.

20 Luborsky L, *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive Treatment*, Paperback, 2000.

21 Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Dados com base no Levantamento Socioeconômico. (2003). Available in: <http://www.abep.org.br>. Access in: 23/10/2018.

22 Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106–115. doi:10.1590/s1516-44462000000300003

23 Grassi-Oliveira, R., Cogo-Moreira, H., Salum, G. A., Brietzke, E., Viola, T. W., Manfro, G. G., ... Arcthe, A. X. (2014). Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in Brazilian Samples of Different Age Groups: Findings from Confirmatory Factor Analysis. *PLoS ONE*, 9(1), e87118. doi:10.1371/journal.pone.0087118

24 Grassi-Oliveira, R., Stein, L. M., & Pezzi, J. C. (2006). Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Revista de Saúde Pública*, 40(2), 249–255. doi:10.1590/s0034-89102006000200010

25 Bernet, C. Z., & Stein, M. B. (1999). Relationship of childhood maltreatment to the onset and course of major depression in adulthood. *Depression and Anxiety*, 9(4), 169–174. doi:10.1002/(sici)1520-6394(1999)9:4<169::aid-da4>3.0.co;2-2

26 Beck AT, Steer RA, Brown G, *Manual for the Beck Depression Inventory-II (BDI-II)*, Psychological Corporation, 1996.

27 Gomes-Oliveira, M. H., Gorenstein, C., Neto, F. L., 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. doi:10.1016/j.rbp.2012.03.005

28 American Psychiatric Association, *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, ed. 4, texto revisado, Porto Alegre: Artmed, 2002.

29 Lambert MJ, Ogles BM, *The efficacy and effectiveness of psychotherapy*, Bergin & Garfield's *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, ed. 4, Nova York: Wiley, 2004. p. 139-193.

- 30 Danese, A., Moffitt, T. E., Pariante, C. M., Ambler, A., Poulton, R., & Caspi, A. (2008). Elevated Inflammation Levels in Depressed Adults With a History of Childhood Maltreatment. *Archives of General Psychiatry*, 65(4), 409. doi:10.1001/archpsyc.65.4.409
- 31 Ritchie K, Jaussent I, Stewart R, Dupuy AM, Courtet P, Ancelin ML, Malafosse A: Association of adverse childhood environment and 5-HTTLPR genotype with late-life depression. *J Clin Psychiatry* 2009; 70:1281–1288
- 32 Suija, K., Aluoja, A., Kalda, R., & Maaros, H.-I. (2010). Factors associated with recurrent depression: a prospective study in family practice. *Family Practice*, 28(1), 22–28. doi:10.1093/fampra/cmq076
- 33 Lewis CC, Simons AD, Nguyen LJ, Murakami JL, Reid MW, Silva SG, March JS: Impact of childhood trauma on treatment outcome in the Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010; 49:132–140
- 34 Grote, N. K., Spieker, S. J., Lohr, M. J., Geibel, S. L., Swartz, H. A., Frank, E., ... Katon, W. (2012). IMPACT OF CHILDHOOD TRAUMA ON THE OUTCOMES OF A PERINATAL DEPRESSION TRIAL. *Depression and Anxiety*, 29(7), 563–573. doi:10.1002/da.21929
- 35 Brown, G. W., Moran, P., Harris, T. O., Hepworth, C., & Robinson, R. (1994). Clinical and Psychosocial Origins of Chronic Depressive Episodes. *British Journal of Psychiatry*, 165(04), 457–465. doi:10.1192/bjp.165.4.457
- 36 Hayden, E. P., & Klein, D. N. (2001). Outcome of Dysthymic Disorder at 5-Year Follow-Up: The Effect of Familial Psychopathology, Early Adversity, Personality, Comorbidity, and Chronic Stress. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1864–1870. doi:10.1176/appi.ajp.158.11.1864
- 37 Angst, J., Gamma, A., Rössler, W., Ajdacic, V., & Klein, D. N. (2010). Childhood adversity and chronicity of mood disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 261(1), 21–27. doi:10.1007/s00406-010-0120-3
- 38 McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2010). Childhood Adversities and Adult Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey Replication II. *Archives of General Psychiatry*, 67(2), 124. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.187
- 39 Enns, M. W., & Cox, B. J. (2005). Psychosocial and Clinical Predictors of Symptom Persistence vs Remission in Major Depressive Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(12), 769–777. doi:10.1177/070674370505001206
- 40 Wainwright, N. W. J., & Surtees, P. G. (2002). Childhood adversity, gender and depression over the life-course. *Journal of Affective Disorders*, 72(1), 33–44. doi:10.1016/s0165-0327(01)00420-7

41 Nemeroff, C. B., Heim, C. M., Thase, M. E., Klein, D. N., Rush, A. J., Schatzberg, A. F., ... Keller, M. B. (2003). Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 100(24), 14293–14296. doi:10.1073/pnas.2336126100

42 ASARNOW, J. R., EMSLIE, G., CLARKE, G., WAGNER, K. D., SPIRITO, A., VITIELLO, B., ... BRENT, D. (2009). Treatment of Selective Serotonin Reuptake Inhibitor-Resistant Depression in Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(3), 330–339. doi:10.1097/chi.0b013e3181977476

43 Johnstone, J. M., Luty, S. E., Carter, J. D., Mulder, R. T., Frampton, C. M. A., & Joyce, P. R. (2009). Childhood neglect and abuse as predictors of antidepressant response in adult depression. *Depression and Anxiety*, 26(8), 711–717. doi:10.1002/da.20590

44 Vitrol, V., Cancino, A., Weil, K., Salgado, C., Asenjo, M. A., and Potthoff, S., “Depression and Psychological Trauma: An Overview Integrating Current Research and Specific Evidence of Studies in the Treatment of Depression in Public Mental Health Services in Chile,” *Depression Research and Treatment*, vol. 2014, Article ID 608671, 10 pages, 2014. <https://doi.org/10.1155/2014/608671>.

45 Vitrol, V., Cancino A., Florenzano, R., Ballesteros, S., and Schwartz, D. (2010). Efficacy and associated costs of an outpatient intervention in women with severe depression and early trauma. *Revista médica de Chile*, 138(4), 428-436. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000400006>

46 Vitrol, V., Ballesteros, S., Florenzano, R., Weil, P., Benadof, F. (2009). Evaluation of an outpatient intervention for women with severe depression and history of childhood trauma. *Psychiatry Service*, 60(7), 936-42. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.7.936>

47 Kennedy, S. H., Lam, R. W., McIntyre, R. S., Tourjman, S. V., Bhat, V., ... Blier, P. (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(9), 540–560. doi:10.1177/0706743716659417

Table 1: Relationship between sample's sociodemographic, clinical characteristics, BDI and OQ-45.2 at baseline and Total CTQ mean score.

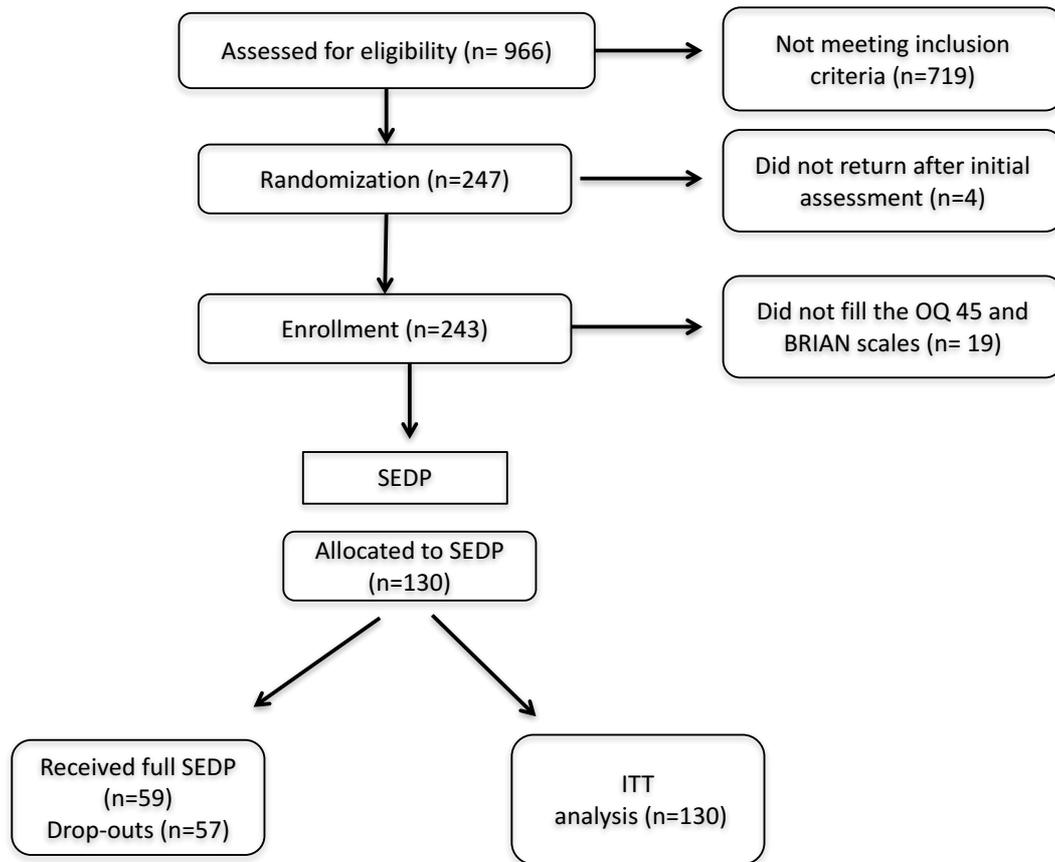
	N (%)	Total CTQ (mean \pm sd)*	p-value
Gender**			0.128
Female	104 (79.40)	45.91 \pm 12.50	
Male	27 (20.60)	40.77 \pm 16.19	
Age**			0.177
18 – 29 years old	47 (35.90)	42.34 \pm 13.60	
30 years or older	84 (64.10)	46.21 \pm 16.50	
Socioeconomic status**			0.284
A+B	53 (40.50)	43.07 \pm 15.23	
C+D+E	78 (59.50)	46.06 \pm 15.82	
Occupation**			0.595
No	61 (46.60)	45.62 \pm 16.88	
Yes	70 (53.40)	44.15 \pm 14.46	
Years of education**			0.039
Up to 8 years	36 (27.50)	49.38 \pm 15.50	
9 years or more	95 (72.50)	43.10 \pm 15.36	
Hospitalization**			0.836
No	128 (97.70)	44.88 \pm 15.66	
Yes	3 (2.30)	43.00 \pm 14.93	
Current medication**			0.725
No	101 (78.30)	45.04 \pm 15.51	
Yes	28 (21.70)	43.85 \pm 16.37	
BDI baseline***			0.224
Minimal depression	4 (3.10)	34.75 \pm 8.92	
Mild depression	16 (12.20)	41.06 \pm 14.29	
Moderate to severe depression	111 (84.70)	45.76 \pm 15.84	
OQ45.2 baseline****			
Symptom distress		0.416	<0.001
No	11 (9.50)		
Yes	105 (90.50)		
Interpersonal relationships		0.373	<0.001
No	12 (10.30)		
Yes	104 (89.70)		
Social role		0.144	0.124
No	29 (25.00)		
Yes	87 (75.00)		

* For OQ-45.2 subscales, the r value was presented; ** For gender, age, socioeconomic status, occupation, years of education, hospitalization and current medication, ttest student was performed; *** One-way ANOVA was performed for BDI baseline sample; and **** Pearson's Correlation was performed for OQ-45.2 subscales at baseline.

Table 2: Relationship between CTQ subdomains and scores of BDI and OQ-45 in three moments in depressive patients for completers and intention-to-treat analysis.

COMPLETERS												
CTQ	BDI	<i>p</i>	BDI	<i>p</i>	BDI	<i>p</i>	OQ-45	<i>p</i>	OQ-45	<i>p</i>	OQ-45	<i>p</i>
	Baseline		10 th Session		Post-intervention		Baseline		10 th Session		Post-intervention	
SA		0.138		0.995		0.830		0.008		0.783		0.357
No	31.45±10.59		25.17±12.49		18.63±13.35		88.08±18.32		75.18±25.01		65.54±26.33	
Yes	35.47±12.46		25.20±17.60		19.75±16.56		101.23±19.82		77.55±17.08		74.62±22.57	
PA		0.880		0.039		0.928		0.027		0.237		0.520
No	32.12±11.57		23.33±12.84		18.85±14.28		87.75±20.14		73.47±24.93		65.46±27.18	
Yes	31.79±8.99		30.19±12.83		18.50±11.88		96.75±13.53		80.95±21.34		70.31±21.95	
EA		<0.001		0.001		0.059		<0.001		0.011		0.430
No	29.75±10.57		21.90±11.63		16.64±13.05		84.86±18.30		70.56±24.79		64.95±26.80	
Yes	36.35±10.37		32.12±13.59		23.55±14.06		99.34±16.66		85.28±19.67		70.50±23.99	
EN		0.141		0.005		0.083		0.005		0.045		0.285
No	30.69±11.50		21.45±12.06		16.05±13.56		85.35±19.91		70.27±27.44		63.45±28.55	
Yes	33.51±10.14		29.52±13.10		21.93±13.27		95.12±16.79		81.40±18.28		70.40±22.34	
INTENTION-TO-TREAT												
CTQ	BDI	<i>p</i>	BDI	<i>p</i>	BDI	<i>p</i>	OQ-45	<i>p</i>	OQ-45	<i>p</i>	OQ-45	<i>p</i>
	Baseline		10 th Session		Post-intervention		Baseline		10 th Session		Post-intervention	
AS		0.138		0.518		0.582		0.009		0.127		0.109
No	31.45±10.59		28.38±12.17		25.63±13.88		86.24±19.32		81.03±23.59		76.25±26.32	
Yes	35.47±12.46		30.42±15.29		27.57±16.14		99.33±20.85		90.16±21.47		87.05±25.94	
PA		0.880		0.152		0.605		0.045		0.125		0.179
No	32.12±11.57		27.73±12.86		25.53±14.44		86.02±21.07		80.45±24.08		75.93±26.76	
Yes	31.79±8.99		31.35±11.71		27.00±13.57		94.25±15.31		87.84±20.85		83.25±25.12	
EA		<0.001		<0.001		<0.001		<0.001		<0.001		0.002
No	29.75±10.57		25.32±11.29		22.69±13.11		82.71±19.47		76.90±23.26		72.66±25.37	
Yes	36.35±10.37		35.02±12.70		32.00±14.27		98.30±16.96		92.55±20.33		87.46±25.96	
PN		0.104		0.050		0.029		0.046		0.071		0.098
No	31.84±10.90		28.41±12.54		25.57±14.03		87.70±19.84		81.88±23.31		77.33±26.34	
Yes	44.50±0.70		46.00±1.41		47.50±3.53		116.00±1.41		112.00±4.24		108.50±9.19	
EN		0.141		0.009		0.019		0.004		0.005		0.007
No	30.69±11.50		25.94±12.51		23.16±14.33		83.26±21.08		76.84±25.37		71.78±26.85	
Yes	33.51±10.14		31.69±12.16		28.93±13.49		93.47±17.44		88.37±19.63		84.40±24.55	

SA: sexual abuse; PA: physical abuse; EA: emotional abuse; PN: physical negligence; EN: emotional negligence.

Figure 1: Sample flow chart in the clinical trial.

Note. SEDP = Supportive Expressive Dynamic Psychotherapy; ITT= Intend-to-treat.

ANEXOS

Anexo A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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?

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

Como o estudo será realizado?

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

Existem riscos em participar?

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

Itens importantes:

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

O que eu ganho com este estudo?

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

Quais são os meus direitos?

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

DECLARAÇÃO:

Eu,declaro que:

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

Nome completo do paciente: _____

Assinatura do Paciente: _____

Data: __ / __ / _____

Assinatura do Pesquisador: _____

Para maiores informações entre em contato com Karen Jansen pelos telefones: 81186112 – 21288404 ou Rita Silva pelo telefone: 21288328 – 84178817

Coordenador do projeto: Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento
Universidade Católica de Pelotas
Fone: 21288404 – 81228378

Anexo B: Contrato Terapêutico – Psicoterapia Suportivo-Expressiva

Contrato Terapêutico – Psicoterapia Suportivo-Expressiva



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

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

M.I.N.I. PLUS +
Mini International
Neuropsychiatric
Interview Brazilian version 5.0.0
DSM-IV-TR

**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 Correção:
Cláudio Drews Jr.***

© 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.

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (p. 348)

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

PARA ENTREVISTADOS COM APARÊNCIA PSICÓTICA ANTES DO INÍCIO DA ENTREVISTA, OU PARA AQUELES QUE SÃO SUSPEITOS DE APRESENTAR UMA ESQUIZOFRENIA, FAVOR ADOTAR A SEGUINTE ORDEM DE ADMINISTRAÇÃO DOS MÓDULOS:

- 1) PARTE 1 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M1-M18).
- 2) MÓDULOS A-D (EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR A EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO).
- 3) PARTE 2 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M19-M23).
- 4) OUTROS MÓDULOS NA SUA SEQUÊNCIA USUAL.

SE O MÓDULO "M" JÁ FOI EXPLORADO E SE SINTOMAS PSICÓTICOS FORAM IDENTIFICADOS (M1 A M10B), EXAMINAR, PARA CADA RESPOSTA POSITIVA ÀS QUESTÕES SEGUINTE, SE OS SINTOMAS DEPRESSIVOS DESCRITOS NÃO SÃO MELHOR EXPLICADOS PELA PRESENÇA DE UM TRANSTORNO PSICÓTICO E COTAR EM FUNÇÃO.

A1	a	Alguma vez sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do dia, quase todos os dias, durante pelo menos duas semanas ?	NÃO	SIM	1
SE A1a = SIM:					
	b	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do dia, quase todos os dias,?	NÃO	SIM	2
A2	a	Alguma vez teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, ou perdeu o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente, quase todo o tempo, durante pelo menos duas semanas ?	NÃO	SIM	3
SE A1a = SIM:					
	b	Nas duas últimas semanas, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, ou perdeu o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente, quase todo o tempo ?	NÃO	SIM	4
A1a OU A2a SÃO COTADAS SIM ?			→ NÃO	SIM	

SE O(A) ENTREVISTADO(A) ESTÁ DEPRIMIDO(A) ATUALMENTE (A1b OU A2b = SIM): EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL.
SE NÃO: EXPLORAR O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

A3 Durante as 2 semanas em que sentiu-se deprimido(a)/ sem interesse pela maioria das coisas, quase todo o tempo:

	Episódio Atual		Episódio Passado		
a	NÃO	SIM	NÃO	SIM	5
Seu apetite aumentou ou diminuiu, quase todos os dias ? O seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (VARIAÇÃO DE ± 5% AO LONGO DE UM MÊS, ISTO É, ± 3,5 KG, PARA UMA PESSOA DE 65 KG) COTAR SIM, SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO					
b	NÃO	SIM	NÃO	SIM	6
Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais) ?					
c	NÃO	SIM	NÃO	SIM	7
Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias?					
d	NÃO	SIM	NÃO	SIM	8
Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?					
e	NÃO	SIM	NÃO	SIM	9
Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?					

SE A3e = SIM: PEDIR UM EXEMPLO.

O EXEMPLO CONSISTE NUMA IDÉIA DELIRANTE ? NÃO SIM

		<u>Episódio Atual</u>		<u>Episódio Passado</u>		
f	Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	10
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	SIM	NÃO	11
A4	HÁ 3 OU MAIS RESPOSTAS "SIM" EM A3 (OU 4 RESPOSTAS POSITIVAS, SE A1a OU A2a É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO PASSADO OU SE A1b OU A2b É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL)?	NÃO	SIM	→ NÃO	SIM	
VERIFICAR SE OS SINTOMAS POSITIVOS ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO DE DUAS SEMANAS.						
SE A4 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A3a - A3g PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.						
A5	Esses problemas de depressão lhe causaram sofrimento importante ou o(a) perturbaram em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais ou necessitou ser hospitalizado(a) por causa desses problemas?	NÃO	SIM	→ NÃO	SIM	12
SE A5 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A4 E A5 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.						
A6	Esses problemas de depressão foram inteiramente causados pela perda de uma pessoa querida (luto)? A gravidade desses problemas, sua duração e as dificuldades que eles provocaram foram iguais às que outros sofreriam se estivessem na mesma situação ?			→ NÃO	SIM	13
UM LUTO NÃO COMPLICADO FOI EXCLUÍDO ?		NÃO	SIM	NÃO	SIM	
SE A6 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A4, A5 E A6 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.						
A7 a	Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim					
b	Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim					
<i>NO JULGAMENTO DO CLÍNICO</i> : O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA DEPRESSÃO ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).						
A7 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?		NÃO	SIM	INCERTO	NÃO	SIM
SE A7 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A4, A5 A6 E A7 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.						

A8 COTAR SIM SE A7 (SUMÁRIO) = SIM OU INCERTO.
ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior</i>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

A9 COTAR SIM SE A7b = SIM E A7 (SUMÁRIO) = NÃO.
ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior devido à condição médica geral (p. 394)</i>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

- A10 COTAR **SIM** SE A7a = **SIM** E A7 (SUMÁRIO) = **NÃO**.
 ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior induzido por substância (p. 397)</i>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

CRONOLOGIA

- A11 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou um período de 2 semanas ou mais, esses problemas de depressão ? Idade 15
- A12 Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos de depressão teve, que duraram pelo menos 2 semanas ? 16
- A13 Há um histórico familiar de Transtorno Bipolar ou algum parente já foi tratado com estabilizador de humor? 16b

BECK DEPRESSION INVENTORY - BDI

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
1 Eu me sinto triste.
2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
2 Acho que nada tenho a esperar.
3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.
3. 0 Não me sinto um fracasso.
1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.
4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes. 2 Não encontro um prazer real em mais nada. 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.
5. 0 Não me sinto especialmente culpado.
1 Eu me sinto culpado às vezes.
2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo. 3 Eu me sinto sempre culpado.
6. 0 Não acho que esteja sendo punido. 1 Acho que posso ser punido.
2 Creio que vou ser punido.
3 Acho que estou sendo punido.
7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 1 Estou decepcionado comigo mesmo.
2 Estou enojado de mim.
3 Eu me odeio.
8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros. 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.
9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria. 2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
10. 0 Não choro mais que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava.
2 Agora, choro o tempo todo.
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.
11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.

12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas. 2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época. 1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 Não consigo mais tomar decisões.
14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos. 3 Considero-me feio.
15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa. 2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito.
1 Não durmo tão bem quanto costumava.
2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir. 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.
17. 0 Não fico mais cansado que de hábito.
1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava. 2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
18. 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser. 2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Não tenho mais nenhum apetite.
19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente. 1 Perdi mais de 2,5 Kg.
2 Perdi mais de 5,0 Kg.
3 Perdi mais de 7,5 Kg.

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()

20. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.
1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre. 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.
21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual. 1 Estou menos interessado por sexo que costumava.
2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
3 Perdi completamente o interesse por sexo

CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE – CTQ

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

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

(1) nunca (2) poucas vezes (3) às vezes (4) muitas vezes (5) sempre

Enquanto eu crescia...

- | | |
|--|---------------------|
| 1. Eu não tive o suficiente para comer. | (1) (2) (3) (4) (5) |
| 2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger. | (1) (2) (3) (4) (5) |
| 3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo “estúpido (a)”, “preguiçoso (a)” ou “feio (a)”. | (1) (2) (3) (4) (5) |
| 4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família. | (1) (2) (3) (4) (5) |
| 5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante. | (1) (2) (3) (4) (5) |
| 6. Eu tive que usar roupas sujas. | (1) (2) (3) (4) (5) |
| 7. Eu me senti amado (a). | (1) (2) (3) (4) (5) |
| 8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido. | (1) (2) (3) (4) (5) |
| 9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico. | (1) (2) (3) (4) (5) |
| 10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família. | (1) (2) (3) (4) (5) |
| 11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos. | (1) (2) (3) (4) (5) |
| 12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram. | (1) (2) (3) (4) (5) |
| 13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras. | (1) (2) (3) (4) (5) |
| 14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam. | (1) (2) (3) (4) (5) |
| 15. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente. | (1) (2) (3) (4) (5) |
| 16. Eu tive uma ótima infância. | (1) (2) (3) (4) (5) |
| 17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar. | (1) (2) (3) (4) (5) |
| 18. Eu senti que alguém da minha família me odiava. | (1) (2) (3) (4) (5) |
| 19. As pessoas da minha família se sentiam unidas. | (1) (2) (3) (4) (5) |
| 20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual. | (1) (2) (3) (4) (5) |
| 21. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual. | (1) (2) (3) (4) (5) |
| 22. Eu tive a melhor família do mundo. | (1) (2) (3) (4) (5) |
| 23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo. | (1) (2) (3) (4) (5) |
| 24. Alguém me molestou. | (1) (2) (3) (4) (5) |
| 25. Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente. | (1) (2) (3) (4) (5) |
| 26. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei. | (1) (2) (3) (4) (5) |
| 27. Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente. | (1) (2) (3) (4) (5) |
| 28. Minha família foi uma fonte de força e apoio. | (1) (2) (3) (4) (5) |

APÊNDICES

Apêndice A: Carta de Aprovação no Comitê de Ética

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.

E 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