



Avaliação e Intervenção Psicológicas na Depressão, Stress Pós-traumático e Stress Pós- traumático Complexo em Vítimas de Violência Doméstica

André Emanuel Nunes Moreira

Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Orientação: Professor Doutor José Carlos Rocha

Gandra, fevereiro de 2019



Avaliação e Intervenção na Depressão, PTSD e PTSD Complexo em Vítimas de Violência Doméstica

André Emanuel Nunes Moreira

Dissertação apresentada no Instituto Universitário de Ciências da Saúde
Instituto de Investigação e Formação Avançada em Ciências e Tecnologias
da Saúde para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e
Neuropsicologia, sob orientação do Prof. Doutor José Carlos Rocha

Gandra, fevereiro de 2019

Declaração de Integridade

Eu, André Emanuel Nunes Moreira, estudante do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração desta Dissertação de Mestrado.

Confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual o indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele).

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor José Carlos Rocha, pela orientação e incentivo contínuos ao longo deste percurso.

À Doutora Ana Moreira, pelo auxílio, disponibilidade e entusiasmo.

À Susana, pela disponibilidade.

Às utentes da Casa Abrigo, pela participação.

À Associação para o Desenvolvimento da Figueira, pela hospitalidade e apoio.

Aos meus colegas e amigos, pelo apoio e partilha de angústias.

À Isaura, pelo apoio incondicional, por acreditar sempre em mim, pela paciência, compreensão e incentivo em todos os momentos.

À minha família, pelo suporte, por toda a ajuda e paciência.

Índice Geral

Resumo.....	1
Parte I - <i>Randomized Controlled Trial: Cognitive-Narrative Therapy on IPV Victims</i>..	3
Parte II - <i>PTSD & Complex PTSD Diagnostic Interview Schedule for ICD-11: Portuguese Version</i>.....	26
Anexos.....	46

Índice de Anexos

Anexo I - Resumo de poster submetido, aceite e apresentado no congresso ESTSS 2019 em Roterdão: *Manual for Cognitive-narrative short intervention with Intimate Partner Violence victims with PTSD and CPTSD*

Anexo II - Resumo de poster submetido, aceite e apresentado no congresso ESTSS 2019 em Roterdão: *Clinical Diagnosis Interview for Post-Traumatic Stress Disorder, Complex Post-Traumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder: Portuguese Version*

Anexo III - PTSD & Complex PTSD Diagnostic Interview Schedule for ICD-11:
Versão Portuguesa

Resumo

A depressão, o stress pós-traumático e o stress pós-traumático complexo são perturbações dolorosas e incapacitantes que causam grandes problemas na vida dos indivíduos que sofrem delas. Neste sentido, torna-se pertinente a investigação nesta área, focada na validação de instrumentos e intervenções eficazes no diagnóstico e tratamento destas perturbações, de modo a que o seu impacto possa ser reduzido.

A primeira parte desta dissertação consiste num manuscrito com o título: *Randomized Controlled Trial: Cognitive-Narrative Therapy on IPV Victims* que tem como objetivo testar a eficácia da terapia cognitiva-narrativa no tratamento de sintomas de depressão, stress pós-traumático e stress pós-traumático complexo, numa população de vítimas de violência doméstica, com uma amostra de 19 participantes, divididas em dois grupos, sendo o grupo de intervenção submetido a uma intervenção cognitiva-narrativa. A segunda parte consiste num manuscrito com o título: *PTSD & Complex PTSD Diagnostic Interview Schedule for ICD-11: Portuguese Version* que tem como objetivo traduzir e validar este instrumento recorrendo a uma amostra de 24 vítimas de violência doméstica.

Os resultados permitiram verificar a eficácia da terapia cognitiva-narrativa no tratamento dos sintomas propostos, assim como a eficácia do instrumento no diagnóstico de stress pós-traumático e stress pós-traumático complexo apesar das suas limitações.

Palavras-chave: Ensaio randomizado; entrevista diagnóstica; depressão; stress pós-traumático; stress pós-traumático complexo.

Abstract

Depression, post-traumatic stress disorder and complex post-traumatic stress disorder are painful and incapacitating disorders that cause major problems in the lives of individuals who suffer from them. Therefore, research in this area is pertinent, focusing on the validation of effective instruments and interventions that can better diagnose and treat these disorders, reducing their negative impacts and improving quality of health care.

The first part of this dissertation consists of a manuscript entitled: Randomized Controlled Trial: Cognitive-Narrative Therapy on IPV Victims, which aims to test the effectiveness of cognitive-narrative therapy in the treatment of depression symptoms, post-traumatic stress disorder and complex post-traumatic stress disorder in a population of intimate partner violence victims, with a sample of 19 participants divided into two groups, with the intervention group undergoing a cognitive-narrative intervention. The second part is a manuscript entitled: PTSD & Complex PTSD Diagnostic Interview Schedule for ICD-11: Portuguese Version, which aims to translate and validate this instrument using a sample of 24 intimate partner violence victims.

Results showed the effectiveness of cognitive-narrative therapy in the treatment of the proposed symptoms, as well as the effectiveness of the instrument in the diagnosis of post-traumatic stress and complex post-traumatic stress, despite its limitations.

Key-words: Randomized trial; diagnostic interview; depression; post-traumatic stress; complex post-traumatic stress.

PARTE I – Randomized Controlled Trial: Cognitive-Narrative Therapy
on IPV Victims

Randomized Controlled Trial: Cognitive-Narrative Therapy on IPV Victims

Moreira, A.¹, Moreira, A.². & Rocha, J¹

¹ Instituto de Investigação e Formação Avançada em Ciências e Tecnologias da Saúde (IINFACTS).

² Associação para o Desenvolvimento da Figueira.

Abstract

Objective: To test the efficacy of the cognitive-narrative therapy in the treatment of depression, PTSD, CPTSD and borderline symptoms on a sample of women who suffered from IPV.

Method: Longitudinal randomized controlled trial with a sample of 19 battered women allocated in two groups, control group and treatment group, being assessed two times at baseline before intervention and at follow-up. The outcome measures were Patient Health Questionnaire, International Trauma Questionnaire, PTSD & Complex PTSD Diagnostic Interview Schedule for ICD-11, Conjugal Violence Exposure Scale, Life Events Checklist and Intervention Program Satisfaction Assessment Instrument. Treatment group received a four-session cognitive-narrative manualized intervention.

Results: There are no statistically significant differences between groups baseline and follow-up. However, analyzing baseline-follow-up deltas between groups, there are positive effect sizes in depression, PTSD, and borderline, as well in some CPTSD dimensions, ranging between 0.04 and 0.43. There is also a negative effect size of -0.28 in CPTSD total.

Discussion: This intervention is effective in the treatment of depression, PTSD and borderline and is an important tool in the treatment of this disorders.

Keywords: Depression; PTSD; CPTSD; borderline; cognitive-narrative; IPV.

Introduction

Intimate partner violence (IPV) is a violation of human rights and includes physical, emotional, or sexual aggression as well as stalking and economic aggression directed at a partner (Arroyo, Lundahl, Butters, Vanderloo & Wood, 2016; Orang, Ayoughi, Moran, Ghaffari, Mostafavi, Rasoulilian, & Elbert, 2018). This impacts the life of millions of women around the world, with between 10% and 69% of women having reported being physically assaulted by an intimate male partner at some point in their lives (WHO, 1999).

Survivors can suffer from a wide range of physical, social, economic and mental health issues. IPV is associated with PTSD, alcohol and drug abuse, anxiety and depression (Coker, Davis, Arias, Desai, Sanderson, Brandt, & Smith, 2002; Dekel, Shaked, Ben-Porat, & Itzhaky, 2019; Pico-Alfonso, Garcia-Linares, Celda-Navarro, Blasco-Ros, Echeburúa, & Martinez, 2006; Ruiz-Pérez & Plazaola-Castaño, 2005; Sullivan, Weiss, Flanagan, Willie, Armeli, & Tennen, 2016). In the United States, according to the National Intimate Partner and Sexual Violence Survey: 2015 Data Brief – Update Release 1 in 4 women and 1 in 10 men have experienced contact sexual violence, physical violence, and/or stalking by an intimate partner and reported an IPV-related impact during their lifetime (CDC, 2015). According to the *Associação Portuguesa de Apoio à Vítima – APAV* (2017; 2018) between 2013 and 2017 there were 87730 cases of domestic violence in Portugal, which translated in 36528 cases of victim support; in 2018 this association also provided aid for 6928 victims of IPV, mostly women (86,3%) with a mean age of 43, 7,4% of them also had children directly affected.

Many survivors lose economic security and are also forced to leave their homes in order to escape the violence. They often go to Domestic Violence Shelters so they can

be safe and recover their stability. Even being in a safe environment, these abrupt life changes and the cycles of resources loss exacerbate risks and severity of PTSD and other mental health problems (Arroyo et al., 2016).

Mental health issues perpetuate the consequences on several levels and have a serious burden on individuals functioning. All mental health direct effects of IPV are relevant targets for interventions. However, treating the damage inflicted by IPV is a challenging task and the traditional forms of psychotherapy may not be the most appropriate to treat these issues with such a specific population.

IPV victims, especially those living in a shelter home and going through a life changing and dependence breaking process have a complex set of needs and problems such as safety, conflict management, mental illness, parenting skills, economic challenges, job finding difficulties and juridical needs of many sorts. Thus, brief therapies are often indicated for IPV survivors in shelter situations since they might not stay for a long time and even for those who find other solutions or stay in uncertain living conditions (Arroyo et. al, 2016; Orang et. al, 2018).

Several psychotherapies have been found by meta analyses to have positive effects in areas such as PTSD, depression, anxiety and substance/alcohol abuse; these therapies included cognitive-behavioral therapy, interpersonal psychotherapy, relapse prevention and relationship safety (RPRS) groups, dialectical behavior therapy, brief counseling and others; the number of sessions of the therapies ranged from a minimum of 4 sessions to a maximum of 12 weeks of treatment (Arroyo et al., 2016).

Narrative Exposure Therapy (NET), which is an evidence-based short-term treatment that aims to treat and diminish the repercussions of exposure to accumulative, repetitive and multiple types of trauma, mostly amongst victims of war and torture (Schauer, Neuner, & Elbert, 2011) has also been found to be effective in the treatment of

women who suffered from IPV. Orang and colleagues (2018) found effect differences between Treatment as Usual (TAU) group and treatment group in a sample of Iranian women exposed to IPV, with between-group effect sizes ranging from 0.34 and 0.43 in 3-months and 6-months follow-ups for PTSD, depression and perceived stress.

Cognitive-narrative therapy developed by Gonçalves and Machado (1999) is a constructivist approach focused on deconstructing personal episodic narratives and constructing new ones with multiple meanings and coherences. This therapy perspective emphasizes the power of the word and sees the individual as a builder of their experiences through storytelling (Gonçalves, 2002a). Since its development, this therapy has already been tested in randomized trials that measured its efficacy in populations suffering from grief and who suffered a termination of pregnancy after a positive prenatal diagnosis and showed positive effects in preventing and treating complicated grief, perinatal grief, depression and anxiety symptoms (Barbosa, Sá & Rocha, 2013; Andrade, Moreira, Sá, Pacheco, Almeida, & Rocha, 2017; Azevedo, Carvalho, Mendes, Andrade, & Rocha, 2017.; Rocha, Nunes, Leonardo, Correia, Fernandes, Paúl, & Almeida, 2018).

Following these positive results, the objective of this randomized trial is to test the efficacy of the cognitive-narrative therapy in the treatment of depression, PTSD, CPTSD and borderline symptoms on a sample of women who suffered from IPV.

Method

Trial Design

A cognitive-narrative intervention program for IPV, with a total of four sessions of 60 minutes each, was applied.

The selection criteria were: (1) to be more than 18 years old; (2) to have been a victim of IPV.

This trial was divided into four parts, which are: (1) randomization of the participants into a Control group (CG) and a Treatment group (TG); (2) application of a PTSD, CPTSD, BPD and depression symptom evaluation protocol; (3) implementation of the cognitive-narrative intervention; (4) Follow-Up (FU) evaluation using the same protocol as in part one.

This research has Ethics Committee approval, with the reference: 31/CE-IUCS/2019.

Intervention: Manualized cognitive-narrative program for IPV victims

This manual is based on the programs developed by Gonçalves, Machado, and Rosas (1997), Gonçalves (2002b) and Barbosa, Sá & Rocha (2013) and it was adapted to better address the type of trauma suffered by IPV victims.

The intervention is a brief therapy divided into four weekly sessions of 60 minutes which seek to construct new meanings and coherences about the traumatic experiences the victims went through.

The objective of the first session, “Recalling”, is to evoke an episode related to the IPV and to clarify its meaning; to achieve this, the patient is firstly invited to describe the history of the relation with the aggressor and to make a timeline of the violence and then to describe an IPV related episode with as many details as possible.

In the second session, “Emotional and Cognitive Subjectivation”, the objective is to describe the episode and to structure the patients experience with sense of authorship, coherence and diversity of emotional and cognitive contents which weren’t valued in the previous session. To achieve this the patient is asked to narrate about the emotions and cognitions/thoughts associated with the episode described in “Recalling”. Initially emotions are activated and in a second phase there’s exploration of the cognitive component. Associations between emotions and thoughts are made.

The objective of the third session, “Metaphorization” is to explore different meanings of the chosen episode and to find a unifying metaphor/title. To achieve this the patient is asked to build a metaphor for the episode and emotions/cognitions explored in the previous sessions and to explain its meaning. It’s important for the therapist to use techniques such as: paraphrasing; silences; and meaning reflections.

Finally, the fourth session, “Projection”, objective is to promote the construction and experimentation of other episode organizations possibilities. To achieve this, the patient is asked to find an alternative and more positive metaphor of the episode. After the alternative metaphor is found, its meaning, its cognitive and emotional differences and its representation of a more adaptative functioning are discussed. A “future project” is also made as the victims of IPV are trying to start a new life project.

Therapists

The therapist was subjected to training on the manualized intervention and it was monitored with supervision by the provider of the training and other professionals.

Besides this the therapist also evaluated himself through a self-evaluation checklist with all the aspects that need to be addressed throughout the four sessions of the intervention.

Sample

The sample is composed by 23 adult women who suffered from IPV (Table 1). All participants are women and were at a special protection Shelter House (SH) for IPV Victims in complex crisis situation, with high traumatic exposure, with ongoing criminal court process as victims and are considered at risk of violence on their own family context. It is unpredictable the time and the circumstances each participant can leave the SH.

Of this sample 12 of them were randomized into the Control Group and 11 were randomized into the Treatment Group. Due to unpredictable circumstances, 1 element of the Control Group and 3 of the Treatment Group weren't assessed and we weren't able to apply the follow-up protocol to 2 of the CG participants.

Randomization

Due to the specific sample conditions, the randomization was performed using, Research Randomizer (randomizer.org), a generator of aleatory numbers with an initial set of 30 numbers which provided a randomization ratio 1:1. This 30 numbers represented a list with the possible number of participants that could possibly be sheltered in the SH during the time span of this investigation.

Taking this into account, 23 participants, which included the residents of the SH at the time of the randomization, were randomly and blindly allocated into two groups: 12 to the control group and 11 to the treatment group (Figure 1).

Outcome Measures

This investigation main outcome is Depression symptoms and secondary outcomes are PTSD, CPTSD and BPD symptoms. The protocol consisted of five instruments and an informed consent.

To evaluate depression, the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001; Portuguese version by Ferreira, et. al, 2018) was used, consisting of 9 questions assessing the presence of the depression symptoms described in DSM-V, in the last 14 days. These symptoms are: depressed mood, anhedonia, sleep problems, tiredness or lack of energy, change in appetite or weight, feelings of guilt and/or worthlessness, concentration problems, slow thinking or thoughts, suicidal thoughts. Depression is diagnosed if 5 or more of the 9 symptoms have been present in the last 2 weeks (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001).

The International Trauma Questionnaire (ITQ) (Rocha, Rodrigues, Santos, Azevedo, Machado, Almeida, Silva, Almeida, & Cloitre, 2019) was used to evaluate PTSD, CPTSD and Borderline Personality Disorder. Initially the participant is asked to select an episode of a traumatic event or stressful life experience and to indicate how long ago it happened. This questionnaire is divided into three sections, the first of which evaluates PTSD, through a set of 7 questions answered in a Likert style scale (0 to 4), which must be answered taking into account the what the person felt in the last month.

The second section evaluates the CPTSD through a set of 17 questions answered on a Likert style scale (0 to 4). Contrary to the questions in the previous section, these should be answered according to what the participant normally feels and not with what he felt in the last month.

The third section evaluates Borderline Personality Disorder through a set of 14 questions answered in a Likert style scale (0 to 1, Yes or No).

Finally, the PTSD & Complex PTSD Diagnostic Interview Schedule for ICD-11 (Roberts, Cloitre, Bisson, & Brewin, 2016) was also applied. This interview was firstly translated, with authorization from the original authors, to Portuguese. This instrument is divided into three interconnected parts, with a total of 42 items, following the organization of ITQ; for CPTSD diagnosis it is necessary a concomitant diagnosis of PTSD.

Other instruments

To evaluate the level of exposure to conjugal violence, the CVES - Conjugal Violence Exposure Scale - Research Version (Rocha, Moreira, Fonseca & Quintas, 2019) was used. This scale consists of 7 questions that address the dimensions of verbal abuse, violation of freedom or dignity, threat or intimidation, physical abuse, sexual abuse, economic violence, privacy control/disrespect. Another item allows the participant to add another type of violence suffered that is not addressed in the 7 previous questions.

The Life Events Checklist (LEC) (Weathers, Blake, Schnurr, Kaloupek, Marx, & Keane, 2013) was adapted to the Portuguese population through the research version of Rocha, Sá, Almeida, Chilemba & Silva (2013). LEC is a self-report scale built to evaluate potential traumatic events in a participant's life. It assesses exposure to 16 life events that may potentially result in PTSD or distress and includes an additional item that evaluates the presence of any non-rated traumatic events in the 16 previous questions.

After all the first protocol application, the therapy and the follow-up were concluded, the IASPI (Intervention Program Satisfaction Assessment Instrument) (Rocha, 2019) was also applied. This instrument has 19 items, 2 dichotomic assesses whether the participants found the intervention program important or not, specific questions about which were the positive and negative components of the program, 11 Likert on a scale from zero to 10, and a final question asking which component was more

important, what changed in them with the intervention and which parts of their lives improved following the sessions.

Statistical Method

To assess the differences between groups at the level of the symptoms of depression, PTSD, CPTSD and Borderline we performed independent sample t-tests and effect sizes. Considering the sample number, there are procedures to control bias, comparing outcome results at baseline. If there are relevant bias due to sample size randomization, the interception between groups and time can be obtained calculating Delta values (Baseline minus Follow-up) in order clarify the changes in the outcome measures results between groups and time. To calculate the effect size, we used Cohen's d value.

Results

Between groups analysis for the main outcome measure: depression

By comparing the evolution of the participants in both the TG and the CG (Table 3) there are no statistically significant differences, but there is a medium positive Cohen's d effect size of 0.43 (Table 2).

Between groups analysis for the secondary outcome measures: PTSD, CPSD, BPD

Comparing the PTSD baseline and follow-up values (Table 3) there are no statistically significant differences, but there is a small positive Cohen's d size effect of 0.19.

By analyzing the CPTSD Total evolution between groups at baseline and follow-up (Table 3) we observe there are no statistically significant differences. CPTSD Total Delta shows a small negative Cohen's d effect size of -0.28 (Table 2).

In order to make the best possible assessment of the CPTSD symptom evolution between groups and to better understand the causes of the therapies negative effect on Complex PTSD, we analyzed the evolution between groups across all the dimensions of the outcome measure. Thus, the analysis of CPTSD is divided in CPTSD Negative Self-Concept, CPTSD Dullness, CPTSD Impulsivity, CPTSD Deregulation and CPTSD Impairment, besides the total.

CPTSD Negative Self-Concept Delta also shows a negative medium Cohen's d effect size of -0.38 (Table 2).

Similarly, to the CPTSD Negative Self-Concept Delta the CPTSD Deregulation Delta also shows a negative medium Cohen's d effect size of - 0.52 (Table 2).

Contrary to the previous two dimensions, CPTSD Dullness and CPTSD Impulsivity and Impairment Deltas show positive Cohen's d effect sizes.

By comparing CPTSD Dullness baseline and FU values (Table 3) we find there are no statistically significant differences. However, there is a small positive Cohen's d effect size of 0.04.

CPTSD Impulsivity baseline and FU values comparison shows no statistically significant differences, but there is a medium positive Cohen's d effect size of 0.37.

Finally, comparing the BPD baseline and FU values (Table 3) between groups, there are no statistically significant differences, however, there is a small positive effect of 0.18.

Discussion

IPV has been associated with many mental health issues, such as an increase in depression, anxiety, PTSD, substance abuse (Coker et. al, 2002; Dekel et. al, 2019; Pico-Alfonso et. al, 2006; Ruiz-Pérez & Plazaola-Castaño, 2005; Sullivan et al., 2016) which together with the traumatic experiences, crisis situations and life changes these victims go through, make IPV victims a priority population for intervention.

Cognitive-narrative therapies have been proven to be successful in the treatment of complicated grief, depression and anxiety symptoms (Barbosa, Sá & Rocha, 2013; Azevedo et. al, 2017; Gonçalves, Macedo, Rodrigues & Rocha, 2016), but there haven't been any investigations that studied its efficacy specifically on IPV victims neither for PTSD and Complex PTSD, hence the relevance of an investigation that also studies all these variables.

One important aspect is the fact that there is bias in this sample, since the TG has higher baseline scores than the CG in all the studied variables except for CPTSD Deregulation.

This therapy proved to be effective in reducing depressive symptoms in this population, which comes in line with the previous results obtained with bereavement populations. Since the applied intervention is a very short therapy of 4 sessions, an effect size of 0.43 is a very significant reduction of the depressive symptoms in such a short time span and make it an important tool to work with these victims and to diminish the possible consequences.

We also find a smaller but positive effect size on PTSD. This kind of decrease in the symptoms of such an incapacitating and impactful psychopathology is relevant and shows that these symptoms can be reduced in a short period of time, thus improving the life of people suffering from them. Considering the amount of traumatic experiences IPV

victims go through, an effect size of 0.19 is relevant and shows that this intervention is useful in crisis situations and can be a prime instrument to those to need to intervene quickly and in a short period of time.

Complex PTSD has a negative effect size. This aspect was surprising and needs to be addressed in future research. This is the first known RCT controlling CPTSD symptoms and new questions are revealed.

By analyzing the procedure, the intervention and the sample characteristics, a possible explanation for this negative effect is the memory activation that occurs during therapy which leads to short-term increase of awareness of such difficult experiences. All the sessions invite memory focused activity meaning making, which may lead participants to an over intensive confrontation. This might generate some CPTSD symptoms to increase over a short time period and the positive effects might only be fully obtained after a few months of FU. This randomized trial was the first to include this variable and therapies might need to be adjusted to better address CPTSD symptoms and pursue longer FU. Looking for the specific dimensions of CPTSD that increased with the procedures one month after, we find particularly effect in Negative Self-Concept and in Emotion Deregulation dimensions.

The emotional charge that recalling and reliving all of the traumatic experiences these victims went through is extreme and the intervention process exacerbates this, which might explain the negative scores in CPTSD Deregulation. The effects of this therapy regarding this CPTSD dimension might only be assessable in a longer FU process, that allows all the work initiated by the participant during the intervention process to have its full effect.

CPTSD Negative Self-Concept has a negative effect size which might be explained by the increased awareness of their emotions and cognitions that these victims

have after the intervention. Having a better awareness is an improvement in the mental health of the participants, but before it can contribute to a better self-concept it can decrease it by making the participants more aware of all of what they have been through, their current situation and the consequences that it had on them as women, mothers and persons. In future interventions this potential confrontation should be addressed more carefully considering the deep emotional and traumatic experiences.

Regardless, there are still CPTSD positive effects in Impulsivity, Impairment and Dullness emotions, that show a faster decrease in these specific problems.

Benefits of this therapy are also shown in the positive effect it has on BPD.

Nevertheless, there are some limitations to take in consideration. The major limitation of this research is the short FU time and the impossibility to assess the sample after three or six months as well as the sample size.

In the future, it would be interesting to continue this line of research with a wider sample and long-term follow-up periods.

Bibliographic References

Andrade, A., Moreira, M., Sá, M., Pacheco, D., Almeida, V., & Rocha, J. (2017). Randomized Controlled Trial of a Cognitive Narrative Crisis Intervention for Bereavement in Primary Healthcare. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 45, p. 85-90. DOI: 10.1017/S1352465816000345.

Associação Portuguesa de Apoio À Vítima – APAV (2017). *Estatísticas APAV – Vítimas de Violência Doméstica 2013-2017*.
https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Violencia_Domestica_2013_2017.PDF

APAV (2018). *Estatísticas APAV – Relatório Anual 2018*.
https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2018.pdf

Arroyo, K., Lundahl, B., Butters, B., Vanderloo, M., & Wood, D. (2016). Short-Term Interventions for Survivors of Intimate Partner Violence: *A Systematic Review and Meta-Analysis*. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1-17. DOI: 10.1177/1524838015602736.

Azevedo, I., Carvalho, N., Mendes, D., Andrade, M., & Rocha, J. (2017). Randomized Controlled Trial of a Cognitive Narrative Intervention for Complicated Grief in Psychiatric Outpatients. IINFACTS, CESPU, Portugal.

Barbosa, V., Sá, M., & Rocha, J. (2013). Randomized controlled trial of a cognitive narrative intervention for complicated grief in widowhood. *Aging & Mental Health*. DOI: 10.1080/13607863.2013.833164.

CDC (2015). *National Intimate Partner and Sexual Violence Survey: 2015 Data Brief – Updated Release*.

Coker, A., Davis, K., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H., & Smith, P. (2002). Physical and Mental Health Effects of Intimate Partner Violence for Men and Women. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(4), 260-268.

Dekel, R., Shaked, O., Ben-Porat, A., & Itzhaky, H. (2019). The Interrelations of Physical and Mental Health: *Self-Rated Health, Depression, and PTSD Among Female IPV Survivors*. *Violence Against Women*, 1-16. DOI: 10.1177/1077801219832916.

Ferreira, T., Sousa, M., Meira, L., Cunha, C., Santos, A., Silva, S., Couto, A., Gomes, P., Costa, L., Barbosa, E., Basto, I., & Salgado, J. (2018). Brief assessment of depression: *Psychometric properties of the Portuguese version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9)*. *PPRJ*, 1(2). DOI: <https://doi.org/10.33525/pprj.v1i2.36>.

Gonçalves, O. (2002a). *Viver narrativamente: A psicoterapia como adjectivação da experiência*. Coimbra: Quarteto.

Gonçalves, O. (2002b). *Psicoterapia cognitiva narrativa: manual de terapia breve*. Bilbao: Editorial Desclée.

Gonçalves, O., & Machado, P. (1999). Cognitive Narrative Psychotherapy: *Research Foundations*. *J of Clin Psychol*, 55(10), 1179-1191.

Gonçalves, O., Machado, P., & Rosas, M. (1997). *A elaboração narrativa dos aspectos psicotraumáticos do enfarte miocárdio: um manual terapêutico*. *Psicologia: Teoria, investigação e prática*, 3, 26-27.

Gonçalves, S., Macedo, G., Rodrigues, R., & Rocha, J. (2016). Randomized controlled trial of a cognitive-narrative intervention for complicated grief after suicide. *IINFACTS, Cespu*.

Kroenke, K., Spitzer, R., & Williams, J. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613.

Orang, T., Ayoughi, S., Moran, J., Ghaffari, H., Mostafavi, S., Rasoulilian, M., & Elbert, T. (2018). The efficacy of narrative exposure therapy in a sample of Iranian women exposed to ongoing intimate partner violence – A randomized controlled trial. *Clin Psychol Psychother*, 1-15. DOI: 10.1002/cpp-2318.

Pico-Alfonso, M., Garcia-Linares, M., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E., & Martinez, M. (2006). The Impact of Physical, Psychological, and Sexual Intimate Male Partner Violence on Women's Mental Health: *Depressive Symptoms, Posttraumatic Stress Disorder, State Anxiety, and Suicide*. *Journal of Women's Health*, 15(5), 599-611.

Roberts, N., Cloitre, M., Bisson, J., & Brewin, C. (2016). PTSD & Complex PTSD Diagnostic Interview Schedule for ICD-11.

Rocha, J. (2019). IASPI: *Instrumento de Avaliação de Satisfação com Programa de Intervenção*.

Rocha, J., Moreira, A., Fonseca, E., & Quintas, J. (2019). *EEVC- Escala de Exposição a Violência Conjugal: Intimate Partner Violence Exposure Scale – Research Version*.

Rocha, J., Nunes, C., Leonardo, A., Correia, M., Fernandes, M., Paúl, M., & Almeida, V. (2018). Women generating narratives after an unwanted prenatal diagnosis result: randomized controlled trial. *Archives of Women's Mental Health*. DOI: 10.1007/s00737-018-0822-5.

Rocha, J., Rodrigues, V., Santos, E., Azevedo, I., Machado, S., Almeida, V., Silva, C., Almeida, J., & Cloitre, M. (2019). The first instrument for complex PTSD assessment: psychometric properties of the ICD-11 Trauma Questionnaire. *Braz J Psychiatry*. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0272>.

Rocha, J., Sá, M., Chilembo, M., Almeida, J., & Silva, Y. (2013). LEC Portuguese version. DOI: 10.13140/2.1.2785.8881.

Ruiz-Pérez, I., & Plazaola-Castaño, J. (2005). Intimate Partner Violence and Mental Health Consequences in Women Attending Family Practice in Spain. *Psychosomatic Medicine*, 67, 791-797.

Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2011). *Narrative Exposure Therapy* (2nd edition).

Sullivan, T., Weiss, N., Flanagan, J., Willie, T., Armeli, S., & Tennen, H. (2016). PTSD and Daily Co-Occurrence of Drug and Alcohol Use Among Women Experiencing Intimate Partner Violence. *Journal of Dual Diagnosis*. <http://dx.doi.org/10.1080/15504263.2016.1146516>.

Weathers, F., Blake, D., Schnurr, P., Kaloupek, D., Marx, B., & Keane, T. (2013). *The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5) – Standard*. National Center for Post-Traumatic Stress Disorder. Available from <https://www.ptsd.va.gov/> .

World Health Organization – WHO (1999). *World report on violence and health*. Chapter 4. Violence by intimate partners. Available from https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf.

Figure 1 – Flow Diagram

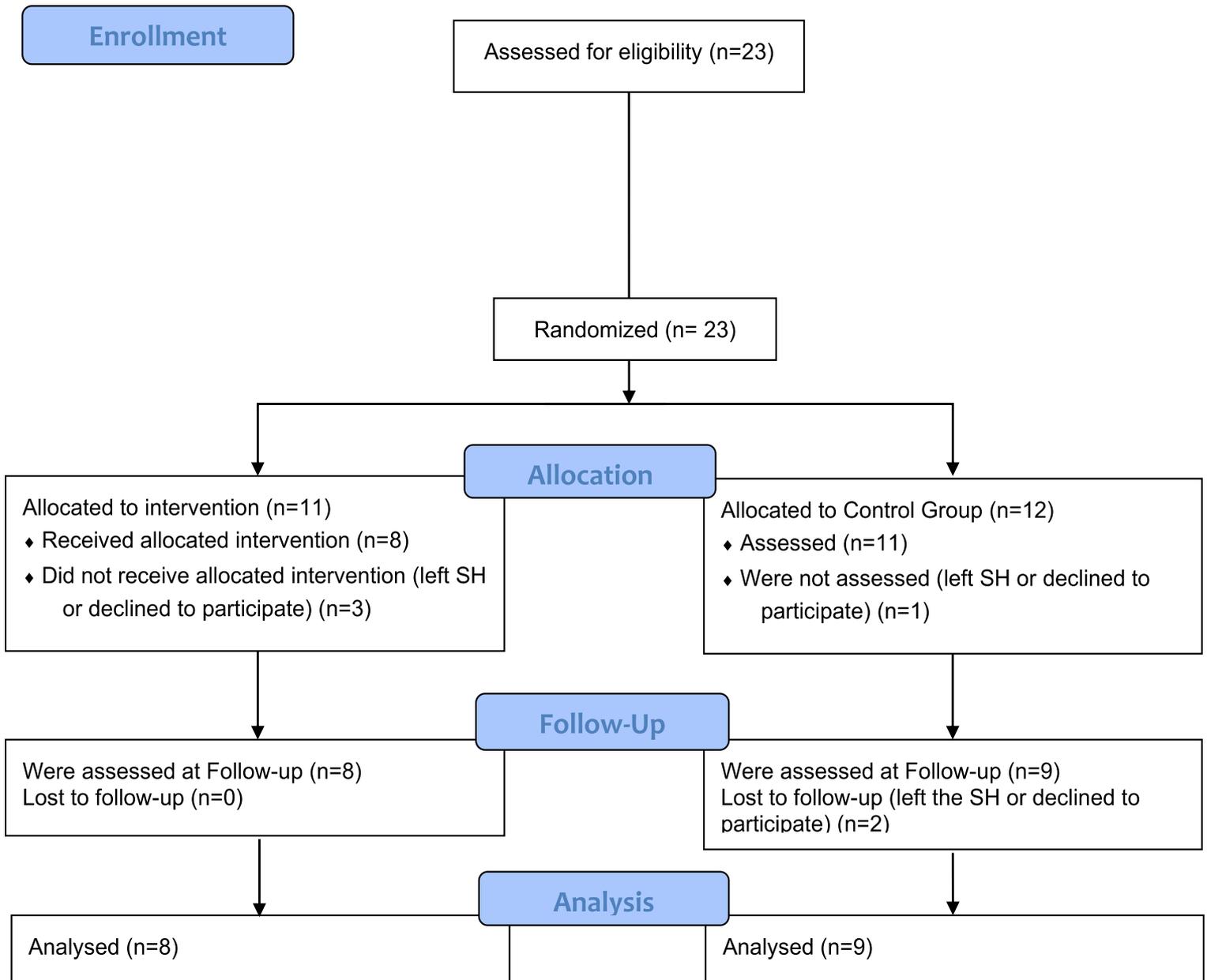


Table 1*Sociodemographic and clinical characteristics of TG (n=8) and CG (n=11)*

Characteristic	Treatment Group				Control Group			
	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>SD</i>
Age			37.00	13.57			41.82	10.89
Exposure to IPV events (CVES)			17.00	2.27			15.00	5.37
Exposure to other traumatic events (LEC)			4.37	3.07			4.09	2.55
Marital Status								
Not Married	3	37.5			4	36.36		
Married	3	37.5			3	27.27		
Divorced	2	25			4	36.36		
Qualifications								
six years or less	3	37.5			5	45.45		
Six to nine years	3	37.5			2	18.18		
Twelve years or more	2	25			4	36.36		
Professional Situation								
Employed	3	37.5			5	45.45		
Unemployed	5	62.5			5	45.45		
Retired					1	9.1		
Intimate Partner Separation								
6 months or less	5	62,5			5	45.45		
7 months or more	3	37.5			6	54,54		
Psychiatric Diagnosis								
Yes	3	37.5			2	18.18		
No	5	62.5			9	81.81		
Children Suffered Violence								
Yes	5	62.5			3	27.27		
No	2	25			7	63.64		

Table 2

Cohen's d Effect Sizes for Depression, PTSD, CPTSD and BPD variations between FU and Baseline

	Treatment Group		Control Group		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>Cohen's d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Delta PHQ	4.63	4.81	-2.56	4.89	0.88	0.39	0.43
Delta PTSD	-3.88	4.73	-2.56	8.49	0.39	0.70	0.19
Delta CPTSD	-1.38	14.50	-4.78	10.08	-0.57	0.58	-0.28
Delta CPTSD Negative Self- Concept	0.50	8.85	-2.44	6.54	-0.78	0.44	-0.38
Delta CPTSD Dullness	-1.13	3.60	-1.00	3.74	0.07	0.95	0.03
Delta CPTSD Impulsivity	-0.88	2.48	-0.22	0.67	0.76	0.46	0.37
Delta CPTSD Deregulation	0.13	2.10	-1.11	2.57	-1.08	0.30	-0.52
Delta BPD Total	-1.00	1.31	-0.67	2.29	0.36	0.72	0.18

* $p < 0.05$

Table 3

Baseline and Follow-up values for TG (n=8) and CG (n=11)

	Treatment Group		Control Group	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Baseline				
PHQ Total	11.00	6.57	8.09	6.99
PTSD Total	15.13	3.31	13.64	6.67
CPTSD Total	27.13	10.05	20.27	13.37
CPTSD Negative Self- Concept	12.25	6.78	8.91	8.50
CPTSD Dullness	7.38	2.88	5.00	4.20
CPTSD Impulsivity	1.63	1.99	0.46	0.69
CPTSD Deregulation	5.88	2.17	5.91	2.98
BPD Total	5.30	3.41	5.00	1.48
Follow-Up				
PHQ Total	6.38	4.47	4.33	3.20
PTSD Total	11.25	5.06	9.56	8.28
CPTSD Total	25.75	13.15	20.27	13.37
CPTSD Negative Self- Concept	12.75	7.00	5.11	6.41
CPTSD Dullness	6.25	3.45	3.44	4.20
CPTSD Impulsivity	0.75	1.40	0.11	0.33
CPTSD Deregulation	6.00	2.56	4.44	3.60
BPD Total	4.25	2.71	3.90	2.09

Table 4*IASPI frequencies (N=7)*

	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Was the intervention important?				
<i>Yes</i>	7	100		
<i>No</i>				
Grade of importance (1 to 10)				
8	4	57.14		
10	3	42.86		
Negative points				
<i>Recall traumatic events</i>	2	8.34		
Positive points				
<i>Helped me reflect on many good things</i>	1	4.17		
<i>To talk and to unburden</i>	1	4.17		
<i>To realize we are women and have the right to live and feel</i>	1	4.17		
<i>To “Be lighter”</i>	1	4.17		
<i>I felt comprehended</i>	1	4.17		
<i>Surpass barriers</i>	1	4.17		
<i>To see things in other ways and to not be judged.</i>	1	4.17		
Helped you deal with the trauma?				
<i>Yes</i>	7	100		
<i>No</i>				
Intervention was important to (1 to 10):				
<i>Make what I felt clearer</i>			8.14	1.77
<i>Support me</i>			9.14	1.21
<i>Better organize my feelings</i>			8.71	1.38
<i>Better organize my thoughts and doubts</i>			9.00	1.00
<i>Communicate better with my family</i>			7.42	3.15
<i>Live better</i>			8.71	1.38
<i>Have less fear to connect to others</i>			7.57	2.76
<i>Know my personal meanings better</i>			8.42	1.81
<i>To give me information about this process</i>			8.71	1.38

**PARTE II - PTSD & Complex PTSD Diagnostic Interview Schedule for
ICD-11: Portuguese Version**

PTSD & Complex PTSD Diagnostic Interview Schedule for ICD-11: Portuguese Version

Moreira, A.¹, Moreira, A.² & Rocha, J¹

¹ Instituto de Investigação e Formação Avançada em Ciências e Tecnologias da Saúde (IINFACTS).

² Associação para o Desenvolvimento da Figueira

Abstract

Objective: To translate and validate PTSD & Complex PTSD Diagnostic Interview Schedule for ICD-11 with a sample of IPV victims in crisis situation.

Method: Application of an Evaluation Protocol, constituted by an informed consent form, a sociodemographic questionnaire and 4 instruments, followed by the application of the PTSD & Complex PTSD Diagnostic Interview Schedule for ICD-11. To calculate the reliability of this interview, Cronbach's alpha was calculated. Cohen's kappa was also calculated to assess interrater concordance levels.

Results: Cronbach's alpha results between 0.800 and 0.897 indicate a high level of internal consistency.

Cohen's kappa results range from -0.364 to 0.545.

Discussion: This interview proved to have a good discriminatory value, but its questions might need to be revised in order to provide a better assessment of some of the symptoms, such as impairment and to provide a less confusing experience for applicators and raters. Scoring keys should also be revised to better address symptom presence across criteria.

Keywords: PTSD; CPTSD; Diagnostic Interview Schedule.

Introduction

There are several factors that will influence a person's life and how they will deal with what happens to them. These life events can be good or bad, depending on the impact they have on the individual and whether or not they cause him pleasure.

Amongst the most harmful events are the traumatic ones, which can be events in which the individual sees his life endangered or is exposed to death, serious injuries, sexual violence and violation among others, that the individual experiences directly, personally witnesses traumatic events that happen to other people or is repeatedly or excessively exposed to aversive details of a particular event (APA, 2013).

Depending on the person who is exposed to these traumatic events there will be more or less difficulties in processing them psychologically. The ease of adaptation will be based on the resilience of the individual and on his coping strategies.

Coping refers to cognitive and behavioral efforts to control, reduce, or tolerate external and / or internal demands created by traumatic events (Folkman & Lazarus, 1980).

The available strategies, which include physical, social, psychological and material resources, are evaluated according to the situation (Folkman, 1984) that the person is going through and that will allow him to deal more effectively with what he is living.

The available coping strategies varies from person to person, each of which has different mental functions, and even when the strategies do not relate to the person, such as social support, there are variations that affect the outcome. The proper functioning of these strategies is essential so that the individual is able to overcome the traumatic events in the best possible way and to be able to maintain the full of his mental capacities.

When strategies are not put into practice or are not sufficient for a person to overcome the traumatic event in the best way and keep his mental functioning intact, symptoms of mental disorders may appear.

These mental illnesses, such as anxiety disorders, Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex Post-Traumatic Stress Disorder (CPTSD), have a negative effect on the quality of life of the person suffering from them and, as such, there is a need for instruments that allow the effective diagnosis of these disorders in order to identify the cases, refer them to therapy and lessen the impact that these pathologies have on life.

Except for CPTSD, all these pathologies are included in disease classification manuals, such as DSM-V and ICD-10, however, the study of this mental disorder became even more relevant since ICD-11 was released. ICD is "the standard diagnostic classification for all clinical and research purposes and defines the universe of diseases, disorders, injuries and other health conditions listed in a comprehensive and hierarchical way" (WHO, 2018).

With the appearance of this new diagnosis in ICD-11, there is a need to find instruments to determine whether or not patients are within the diagnosis criteria of CPTSD. The International Trauma Questionnaire (ITQ) (Rocha, Rodrigues, Santos, Azevedo, Machado, Almeida, Silva, Almeida, & Cloitre, 2019) is a self-report scale that assesses PTSD, CPTSD and Borderline Personality Disorder and that is extremely important in the assessment of this illnesses. Even though this instrument can be used to better diagnose PTSD and CPTSD, there is still a need to find other instruments that can confirm diagnosis.

The PTSD & Complex PTSD Diagnostic Interview Schedule for ICD-11 (Roberts, Cloitre, Bisson, & Brewin, 2016) was developed in order to confirm ITQs diagnosis and to be used as a golden standard.

However, there is a need to test and validate this interview schedule in representative samples.

Intimate partner violence (IPV) is a violation of human rights and includes physical, emotional, or sexual aggression as well as stalking and economic aggression directed at a partner (Arroyo, Lundahl, Butters, Vanderloo & Wood, 2016). IPV is associated with PTSD, alcohol and drug abuse, anxiety and depression (Coker, Davis, Arias, Desai, Sanderson, Brandt, & Smith, 2002; Dekel, Shaked, Ben-Porat, & Itzhaky, 2019; Sullivan, Weiss, Flanagan, Willie, Armeli, & Tennen, 2016). Many survivors lose economic security and are also forced to leave their homes in order to escape the violence. They often go to Domestic Violence Shelters so they can be safe and recover their stability. Even being in a safe environment, these abrupt life changes and the cycles of resources loss exacerbate risks and severity of PTSD and other mental health problems (Arroyo et al., 2016).

The objective of this investigation is to translate and validate PTSD & Complex PTSD Diagnostic Interview Schedule for ICD-11 (Roberts, et. al, 2016) with a sample of IPV victims in crisis situation.

Theoretical Framework

Post-Traumatic Stress Disorder

According to the ICD-11 (WHO, 2018), Post Traumatic Stress Disorder is a disorder that may develop following exposure to an extremely threatening or horrific events or sequences of events characterized by:

1) Re-experiencing the traumatic event or events in the present in the form of vivid intrusive memories, flashbacks or nightmares, which are typically accompanied by strong or overwhelming emotions such as fear, horror and other strong physical sensations, or feelings of being overwhelmed or emerged in the same emotions that are experienced during the traumatic event;

2) Avoidance of thoughts and memories of the event or events, or avoidance of activities, situations, or people reminiscent the event or events;

3) Persistent perceptions of heightened current threat, for example as indicated by hypervigilance or an enhanced startle reaction to stimuli such as unexpected noises.

The symptoms persist for at least several weeks and cause significant impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning.

Complex Post-Traumatic Stress Disorder

According to the ICD-11 (WHO, 2018), Complex Post-Traumatic Stress Disorder is a pathology that can develop after exposure to an event or series of events of an extremely threatening or horrific nature, most commonly prolonged or repetitive events from which escape is difficult or impossible (e.g. torture, enslavement, genocide campaigns, prolonged domestic violence, repeated childhood sexual or physical abuse).

This disorder is characterized by the basic symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder, which means that for CPTSD to be diagnosed, the diagnostic criteria for PTSD must have been filled at some point during the course of the disorder.

In addition to these, CPTSD is also characterized by a set of symptoms reflecting Self-Organizing Disorders. These symptoms encompass the invasive psychological disturbances that may occur after exposure to trauma, which are divided into three factors.

These factors are affective dysregulation, negative self-concept and disturbed relationships (Hyland, Shevlin, Elklit, Murphy, Vallières, Garvert, & Cloitre, 2017), which, according to ICD-11 (WHO, 2018), are severe and persistent:

- 1) Problems in affective regulation;
- 2) Beliefs about oneself as diminished, defeated or worthless, accompanied by feelings of shame, guilt or failure related to the traumatic event;
- 3) Difficulties in maintaining relationships and in feeling close to others.

CPTSD symptoms also cause impairment in personal, family, social, educational, occupational, or other important areas of functioning.

Method

Sample

The sample is composed by 24 adult women who suffered from IPV (Table 1). All participants are women and were at a special protection Shelter House (SH) for IPV Victims in complex crisis situation, with high traumatic exposure, with ongoing criminal court process as victims and are considered at risk of violence on their own family context. It is unpredictable the time and the circumstances each participant can leave the SH.

Procedure

Application of an Evaluation Protocol, constituted by an informed consent form, a sociodemographic questionnaire and 4 instruments, followed by the application of the PTSD & Complex PTSD Diagnostic Interview Schedule for ICD-11 (Roberts, et. al, 2016).

Of the 24 participants 17 were retested after one month, with 2 participants being lost due to unpredictable and uncontrollable circumstances, and 5 were not retested but were tested by interrater.

This research has Ethics Committee approval, with the reference: 31/CE-IUCS/2019.

Instruments

Five instruments were used as well as a sociodemographic questionnaire and an informed consent form. The five instruments measured the following variables: Level of exposure to intimate partner violence; Level of exposure to other traumatic events; symptoms/diagnosis of PTSD; CPTSD; Borderline Personality Disorder and Depression.

To evaluate the level of exposure to conjugal violence, the CVES - Conjugal Violence Exposure Scale - Research Version (Rocha, Moreira, Fonseca & Quintas, 2019) was used. This scale consists of 7 questions that address the dimensions of verbal abuse, violation of freedom or dignity, threat or intimidation, physical abuse, sexual abuse, economic violence, privacy control/disrespect. Another item allows the participant to add another type of violence suffered that is not addressed in the 7 previous questions.

The Life Events Checklist (LEC) (Weathers, Blake, Schnurr, Kaloupek, Marx, & Keane, 2013) was adapted to the Portuguese population through the research version of Rocha, Sá, Almeida, Chilembo & Silva (2013). LEC is a self-report scale built to evaluate

potential traumatic events in a participant's life. It assesses exposure to 16 life events that may potentially result in PTSD or distress and includes an additional item that evaluates the presence of any non-rated traumatic events in the 16 previous questions.

The International Trauma Questionnaire (ITQ) (Rocha, Rodrigues, Santos, Azevedo, Machado, Almeida, Silva, Almeida, & Cloitre, 2019) was used to evaluate PTSD, CPTSD and Borderline Personality Disorder. Initially the participant is asked to select an episode of a traumatic event or stressful life experience and to indicate how long ago it happened. This questionnaire is divided into three sections, the first of which evaluates PTSD, through a set of 7 items answered in a Likert style scale (0 to 4), which must be answered taking into account what the person felt in the last month.

The second section evaluates the CPTSD through a set of 17 items answered on a Likert style scale (0 to 4). Contrary to the questions in the previous section, these should be answered according to what the participant normally feels and not with what he felt in the last month.

The third section evaluates Borderline Personality Disorder through a set of 14 questions answered in a Likert style scale (0 to 1, Yes or No).

To evaluate depression, the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001; Portuguese version by Ferreira, et. al, 2018) was used, consisting of 9 items assessing the presence of the depression symptoms described in DSM-IV, in the last 14 days. These symptoms are: depressed mood, anhedonia, sleep problems, tiredness or lack of energy, change in appetite or weight, feelings of guilt and/or worthlessness, concentration problems, slow thinking or thoughts, suicidal thoughts. Depression is diagnosed if 5 or more of the 9 symptoms have been present in the last 2 weeks (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001).

Finally, the PTSD & Complex PTSD Diagnostic Interview Schedule for ICD-11 (Roberts, et. al, 2016) was also applied. This interview was firstly translated, with authorization from the original authors, to Portuguese. This instrument is divided into three interconnected parts, with a total of 42 items, following the organization of ITQ; for CPTSD diagnosis it is necessary a concomitant diagnosis of PTSD.

To calculate PTSD diagnosis, we used 4 criteria (Table 2) which need to have at least one item with a score ≥ 2 in order to count for diagnosis.

CPTSD can only be diagnosed if PTSD was also diagnosed. When this happened, in order to calculate CPTSD diagnosis we used 3 criteria (Table 3).

Criterion A needs to have at least two items with scores ≥ 2 in order to be accounted for diagnosis.

Criterion B needs to have at least one of the first two items and one of the last two with a score ≥ 2 .

Criterion C need to have two items with a score ≥ 2 .

Statistical Method

To calculate the reliability of this interview for PTSD, CPTSD and PTSD + CPTSD, Cronbach's alpha was calculated.

Since this study has only one interrater, to assess concordance levels, Cohen's kappa was calculated.

Results

Tables 2 and 3 show the frequencies in answers across criteria and symptoms for PTSD and CPTSD respectively.

By analyzing table 2 we observe that there are high frequencies in intrusive memories (50%), psychological distress (70%) as well as in emotions and thoughts avoidance (87%).

By analyzing table 3 we verify that there is high presence of symptoms such as easily hurt feelings (72%), derealization (83%), feeling like a failure (54%), feeling ashamed (41%) and feeling guilty (62%).

Table 4 shows criteria prevalence frequencies for both PTSD and CPTSD, with high presence of PTSD A Criterion (100%), PTSD C Criterion (87%) and PTSD B Criterion (71%). In CPTSD, there is a high prevalence of CPTSD B Criterion (54%).

In table 5 we can see PTSD and Complex PTSD prevalence based on the interview, with 7 diagnosed cases of PTSD (29%) and 1 diagnosed case of CPTSD (4%).

Analyzing the Cronbach's alpha results, it's possible to observe that this interview has good alphas in PTSD ($\alpha = 0.800$), CPTSD Specific ($\alpha = 0.854$) and PTSD + CPTSD ($\alpha = 0.897$) (Table 6), which indicates a high level of internal consistency.

Raters and interraters concordance levels were calculated using Cohen's kappa with results ranging from -0.364 to 0.545 (Table 7). Concordance levels for PTSD A criterion and CPTSD C criterion could not be calculated because there's no variation between the scores of both evaluations.

Discussion

Complex PTSD is a disorder that only recently has its diagnosis criteria defined in ICD-11 (WHO, 2018). Its symptoms make it an incapacitating problem that greatly affects the lives of people who suffer from it.

Thus, it is important to find instruments that can reliably assess this disorder in order to develop better diagnosis and intervention instruments.

The PTSD & Complex PTSD Diagnostic Interview Schedule for ICD-11 (Roberts, et. al, 2016) is the first diagnostic interview schedule to be created to assess this disorder as well as Borderline Personality Disorder.

This interview is particularly relevant for highly traumatized patients like IPV victims in a Shelter House, considering the inherent risk of PTSD and CPTSD symptoms.

However, we observe that participants had difficulties recognizing their own impairments were related to the traumatic events they went through. These impairments can be, even when they're not recognized by the victim, observed clinically and the fact that the participants didn't report them may decrease diagnosis rates even when all other symptoms were present. For instance, women where in a special protection environment, retired from most social, work and community activities, and some considered not impaired on their own lives. There is need for special care on addressing impairment in these patients and this aspect could improve future diagnosis strategies.

In order to overcome these issues and provide a further validity reflection, while still respecting ICD-11 CPTSD criteria, we considered every participant, as they are in a crisis situation, to be functionally and occupationally impaired.

This interview proved to have a good discriminatory value across its dimensions and symptoms, but its questions might need to be revised in order to provide a better assessment of some of the symptoms, such as impairment and to provide a less confusing experience for applicators and raters. Scoring keys should also be revised to better address symptom presence across criteria.

However, there are some limitations, such as the low number of interrater cases which do not allow a good concordance level, as the overall sample size could improve

in future research and, of course, the sustained specific aspects that need refinement on the operationalization of ICD-11 criteria.

The development and validation of this interview provides new perspectives for research and clinical application. It allows researchers to more efficiently assess PTSD and CPTSD in different populations and clinicians to diagnose these disorders more easily and reliably also improving interventions.

Bibliographic References

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5*.

Arroyo, K., Lundahl, B., Butters, B., Vanderloo, M., & Wood, D. (2016). Short-Term Interventions for Survivors of Intimate Partner Violence: *A Systematic Review and Meta-Analysis*. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1-17. DOI: 10.1177/1524838015602736.

Coker, A., Davis, K., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H., & Smith, P. (2002). Physical and Mental Health Effects of Intimate Partner Violence for Men and Women. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(4), 260-268.

Dekel, R., Shaked, O., Ben-Porat, A., & Itzhaky, H. (2019). The Interrelations of Physical and Mental Health: *Self-Rated Health, Depression, and PTSD Among Female IPV Survivors*. *Violence Against Women*, 1-16. DOI: 10.1177/1077801219832916.

Ferreira, T., Sousa, M., Meira, L., Cunha, C., Santos, A., Silva, S., Couto, A., Gomes, P., Costa, L., Barbosa, E., Basto, I., & Salgado, J. (2018). Brief assessment of depression: *Psychometric properties of the Portuguese version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9)*. *PPRJ*, 1(2). DOI: <https://doi.org/10.33525/pprj.v1i2.36>.

Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.

Folkman, S., & Lazarus, R. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.

Hyland, P., Shevlin, M., Elklit, A., Murphy, J., Vallières, F., Garvert, D., & Cloitre, M. (2017). An assessment of the construct validity of the ICD-11 proposals for

complex posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 9, 1–9. doi: 10.1037/tra0000114

Kroenke, K., Spitzer, R., & Williams, J. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613.

Roberts, N., Cloitre, M., Bisse, J., & Brewin, C. (2016). PTSD & Complex PTSD Diagnostic Interview Schedule for ICD-11: Test Version 2.0.

Rocha, J., Moreira, A., Fonseca, E., & Quintas, J. (2019). *EEVC- Escala de Exposição a Violência Conjugal: Intimate Partner Violence Exposure Scale – Research Version*.

Rocha, J., Rodrigues, V., Santos, E., Azevedo, I., Machado, S., Almeida, V., Silva, C., Almeida, J., & Cloitre, M. (2019). The first instrument for complex PTSD assessment: psychometric properties of the ICD-11 Trauma Questionnaire. *Braz J Psychiatry*. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0272>.

Rocha, J., Sá, M., Chilembo, M., Almeida, J., & Silva, Y. (2013). LEC Portuguese version. DOI: 10.13140/2.1.2785.8881.

Sullivan, T., Weiss, N., Flanagan, J., Willie, T., Armeli, S., & Tennen, H. (2016). PTSD and Daily Co-Occurrence of Drug and Alcohol Use Among Women Experiencing Intimate Partner Violence. *Journal of Dual Diagnosis*. <http://dx.doi.org/10.1080/15504263.2016.1146516>.

Weathers, F., Blake, D., Schnurr, P., Kaloupek, D., Marx, B., & Keane, T. (2013). *The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5) – Standard*. National Center for Post-Traumatic Stress Disorder. Available from <https://www.ptsd.va.gov/>.

World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th Revision). Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/1-m/en>

Table 1*Sociodemographic and clinical characteristics of sample*

Characteristic	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>SD</i>
Age	24		40.54	12.12
Exposure to IPV events (CVES)			15.25	4.44
Exposure to other traumatic events (LEC)			4.13	2.5
Marital Status				
Not Married	9	37.5		
Married	9	37.5		
Divorced	6	25		
Qualifications				
six years or less	8	33.34		
Six to nine years	8	33.33		
Twelve years or more	7	29.17		
Professional Situation				
Employed	10	41.66		
Unemployed	13	54.17		
Retired	1	4.17		
Intimate Partner Separation				
6 months or less	15	62,5		
7 months or more	9	37.5		
Psychiatric Diagnosis				
Yes	5	20.83		
No	19	79.17		
Children Suffered Violence				
Yes	10	50		
No	12	41.67		

Table 2*PTSD symptoms frequency (N=24)*

	0 – Absent %	1 – Mild %	2 – Moderate %	3- Severe %	4 – Extreme %
PTSD B Criterion - Reexperiencing					
<i>Disturbing Dreams</i>	54.17	0	12.5	25	8.33
<i>Intrusive Memories</i>	41.66	8.33	20.83	29.17	0
<i>Psychological Distress</i>	25	4.17	50	20.83	0
PTSD C Criterion - Avoidance					
<i>Emotions and thoughts avoidance</i>	12.5	0	54.17	33.33	0
<i>Persons, activities and places avoidance</i>	66.67	4.17	20.83	8.33	0
PTSD D Criterion - Hyperactivation					
<i>Hypervigilance</i>	62.5	4.17	20.83	12.5	0
<i>Startle reaction</i>	75	8.3	16.67	0	0

Table 3*CPTSD Criteria answer descriptive (N=24)*

	0 –Not at all	1 – A little	2 – Moderate	3- Very	4 – Extremely
	%	%	%	%	%
CPTSD A1 Criterion					
– Emotion Regulation Hyperarousal					
<i>Intense reactions</i>	58.33	20.83	16.67	4.17	0
<i>Trouble at calming down</i>	79.17	4.17	16.67	0	0
<i>Easily hurt feelings</i>	16.67	20.83	50	12.5	0
<i>Uncontrollable rage</i>	91.67	4.17	4.17	0	0
<i>Dangerous or reckless behavior</i>	95.83	4.17	0	0	0
CPTSD A2 Criterion					
– Emotion Regulation Deactivation					
<i>Numbness</i>	62.5	0	29.17	8.33	0
<i>Difficulties experiencing pleasure or joy</i>	87.5	0	0	12.5	0
<i>Derealization</i>	16.67	0	62.5	20.83	0
<i>Depersonalization</i>	66.67	0	12.5	20.83	0
CPTSD B Criterion					
– Negative Self-Concept					
<i>Feeling like a failure</i>	41.67	4.17	12.5	33.33	8.33
<i>Feeling worthless</i>	83.33	0	4.17	12.5	0
<i>Feeling ashamed</i>	54.17	4.17	8.33	33.33	0
<i>Feeling guilty</i>	25	12.5	12.5	41.67	8.33
CPTSD C Criterion – Disturbed Relations					
<i>Feeling distant or apart</i>	75	12.5	8.33	4.17	0
<i>Difficulties in connecting emotionally</i>	83.33	4.17	12.5	0	0
<i>Relationship avoidance</i>	54.17	16.67	12.5	16.67	0

Table 4*PTSD and CPTSD criteria presence frequencies (N=24)*

	<i>n</i>	%
PTSD A Criterion	24	100
PTSD B Criterion	17	70.8
PTSD C Criterion	21	87.5
PTSD D Criterion	10	41.7
CPTSD A Criterion	5	20.8
CPTSD B Criterion	13	54.2
CPTSD C Criterion	3	12.5

Table 5*PTSD and Complex PTSD prevalence based on the Interview (N=24)*

	<i>n</i>	%
PTSD	7	29.2
PTSD & CPTSD	1	4.2

Table 6*Cronbach's Alpha values of internal consistency*

	α
PTSD	0.800
CPTSD Specific	0.854
PTSD + CPTSD Specific	0.897

Table 7*Interrater Cohen's Kappa*

	<i>k</i>
PTSD A + PTSD A Interrater	No variation
PTSD B + PTSD B Interrater	0.108
PTSD C + PTSD C Interrater	0.032
PTSD D + PTSD D Interrater	0.106
CPTSD A + CPTSD A Interrater	-0.364
CPTSD B + CPTSD B Interrater	0.545
CPTSD C + CPTSD C Interrater	No variation

Anexos

Anexo I – Resumo de poster submetido aceite e
apresentado no congresso ESTSS 2019 em Roterdão:
*Manual for Cognitive-narrative short intervention with
Intimate Partner Violence victims with PTSD and CPTSD*

ESTSS2019 Rotterdam Poster Abstract Book

Friday June 14th 2019

Day #1

15:45 17:00 General Poster Session

1-049.

Manual for Cognitive-narrative short intervention with Intimate Partner Violence victims with PTSD and CPTSD

André Moreira¹, José Rocha¹, Ana Moreira²

¹CESPU, Portugal, ²Associação para o Desenvolvimento de Figueira, Portugal

Background: Intimate Partner Violence (IPV) takes place in all settings and its consequences, such as Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex Post-Traumatic Stress Disorder (C-PTSD) affect the daily life and well-being of women and men worldwide and even the development of children. It is of the utmost importance to find ways to help these victims deal with their suffering and to move on with their lives, in a respectful, non-invasive way that allows the victim to make their own path. *Objective and method:* The intervention has four sessions and is centered on building sense of authorship, defusing and generating multiple meanings and coherencies for women victims of IPV. The four sessions aim to develop specific skills, fine-tuned to address specific issues of PTSD and CPTSD, as dissociation and social isolation. The first session is centered on recalling and work specific episodic memories, without focus on traumatic events. The second session is to develop emotional and cognitive subjectivation of narratives, providing a framework to rebuild narratives with defused emotions and clarity. Metaphorization as a strategy to enhance meaning making and meaning communication is used on the third sessions. On the last session, projecting new narratives with an increased level of authorship, creativity and meaning is trained. *Conclusion:* This manual is discussed based on previous experiences with these strategies and with this specific target group, considering the main outcome aimed, to reduce traumatic stress symptoms on women victims of IPV.

Manual for Cognitive-Narrative Short Intervention with Intimate Partner Victims with PTSD and CPTSD



Moreira, A.^{1*}, Rocha, J.C.^{1,2} & Moreira, A. C.³

¹Instituto Universitário de Ciências da Saúde (CESPU), Portugal
²Institute of Research and Advanced Training in Health Sciences and Technologies (IINFAC-CESPU), Portugal
³Associação Para o Desenvolvimento da Figueira, Portugal
*Contact: andre95moreira@gmail.com



INTRODUCTION

Intimate Partner Violence (IPV) has serious consequences, such as Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex Post-Traumatic Stress Disorder (C-PTSD), that impairs daily life and well-being of women and men and affects child development. It is of the utmost importance to find ways to help this victims deal with their suffering and to move on with their lives, in a respectful, nonconfrontational way that allows the victim to make their own path, concerning meaning and decision making. The cognitive-narrative model has been proven effective to integrate complex emotional experiences in new and different possible selves in very short time (Barbosa, V., Sá, M. & Rocha, J. C., 2014).

Framing the Intervention

The intervention has four weekly sessions and is centered on building sense of authorship, defusing and generating multiple meanings and coherencies for adult women victims of IPV. The four sessions aim to develop specific skills, fine tuned to address specific issues of PTSD and CPTSD, as dissociation and social isolation. This intervention was defined for sheltered women with severe history of IPV. It was built a rating scale for the Psychologist use after each session regarding the central tasks of the manual, in order to verify adherence of the application.

1st Session: Recalling

Objective: To evoke an episode related to the IPV and to clarify its meaning.

Method: The patient is invited to describe the history of the relation with the partner/agressor and to make a timeline of the relationship/violence history. Next, it is asked the patient to describe an episode related to IPV, narrating the details of what happened. A structural organization of the episodic memories is sought. At the end of the session the episode is summarized in a coherent way.

2nd Session: Subjectivation

Objective: Description of the episode and structuring of the patients experience with sense of authorship, coherence and diversity of emotional and cognitive contents which weren't valued in the previous session.

Method: Summarization of the episode described in the first session. Following the summarization, patient is invited to narrate about emotions and cognitions/thoughts associated with the episode described in Recalling. Initially emotions are activated and described, in a second phase, there's the exploration of the cognitive components. Associations between emotions and thoughts are asked.

3rd Session: Metaphorization

Objective: To explore different meanings of the chosen episode and to find a unifying metaphor/title. Examples from movies/books can be given.

Method: Integrative summarization of what was achieved on other sessions. It is important to use interview techniques, such as: paraphrasing (repetition of the core of what the patient said); silences (which have different meanings: passive, regressive, defensive, pause, reflexive, opposition, empathic, etc.); meaning reflections (e.g.: "You feel very sad with this situation") to support the difficult task of meaning encapsulation in few words.

4th Session: Projection

Objective: To construct and to experience other possibilities to organize the episode;

Method: The patient is asked to construct and reconstruct diversified narratives making a "future project". In projection, the metaphors aim for more positive functioning (Rocha, J., Nunes, C., Leonardo, A., Correia, M., Fernandes, M. & Almeida, V., 2018), which means that they allow to find an alternative to the base metaphor. After the alternative metaphor is found its meaning, its cognitive and emotional differences and its representation of a more adaptative functioning are discussed.

Therapists Characteristics and Requirements

As IPV victims go through an extreme levels of traumatic stress in multiple events, Psychologists that apply this therapy must have some particular training and supervision. The professionals that use this intervention must have training in the manual, experience in Psychological Treatments, knowledge of IPV, PTSD, CPTSD, BPD and depression symptoms. Experience and knowledge of these conditions are important for fully understand the common problems patients recalling traumatic episodes. The capability to establish an empathetic relationship and respect the boundaries of a highly traumatized person is also essential to go through the process generating new and creative views on such shattered live experiences.

References

Rocha, J. et al. (2018). Women generating narratives after an unwanted prenatal diagnosis result: randomised controlled trial. Archives of Women's Mental Health. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0822-5>.
Barbosa, V. Sá, M. & Rocha, J. C. (2014). Randomised controlled trial of a cognitive narrative intervention for complicated grief in widowhood. Aging and Mental Health, 18:3, 354-362. DOI: 10.180/13607863.2013.833164.

Anexo II – Resumo de poster submetido, aceite e apresentado no congresso ESTSS 2019 em Roterdão:
Clinical Diagnosis Interview for Post-Traumatic Stress Disorder, Complex Post-Traumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder: Portuguese Version

ESTSS2019 Rotterdam Poster Abstract Book

Friday June 14th 2019

Day #1

15:45 17:00 General Poster Session

1-048.

Clinical Diagnosis Interview for Post-Traumatic Stress Disorder, Complex Post-Traumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder: Portuguese Version

José Rocha¹, André Moreira²

¹IINFACTS, CESPU, Portugal, ²CESPU, Portugal

Background: The recent clarification on the contours of the Complex Post-Traumatic Stress Disorder (C-PTSD), culminating with the introduction into last version of International Classification of Diseases (ICD-11) and with the development in English and Portuguese of the International Trauma Questionnaire (ITQ), requests a new need to develop a diagnostic interview allowing clinicians and researchers to evaluate, to recognize and to treat this serious problem. With this objective, Neil Roberts, Marylene Cloitre, Jonathan Bisson, Chris Brewin developed in 2016 an interview. *Objective:* We intend to translate, adapt and validate a diagnostic interview for PTSD, C-PTSD and Borderline Personality Disorder for the Portuguese population, based on the permission of the authors of the English version: PTSD and Complex PTSD Diagnostic Interview Schedule for ICD- 11, Test Version 2.0. *Method:* Translation of the interview and adaptation, with application of the interview in conjunction with ITQ. The interview is composed of three interdependent parts, since for the diagnosis of C-PTSD a concomitant diagnosis of PTSD is necessary, with 42 items that do not include optional items with the aim of clarifying. *Results and Conclusions:* Given the size of this instrument, its usability in clinical context may be limited to forensic or research application, which requires levels of extreme reliability. Or, it can be used partially for the desired components. However, ITQ is more adapted to clinical contexts and can be clinically meaningful if cut-off value is calculated based on the interview gold standard. This research will pave the way for further cut-off research and provide a functional gold standard adapted to Portuguese.

Clinical Diagnosis Interview for Post-Traumatic Stress Disorder, Complex Post-Traumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder: Portuguese Version



Moreira, A.^{1*}, Silva, R.¹, Nogueira, A.¹, & Rocha J.C.^{1,2}

¹Instituto Universitário de Ciências da Saúde (CESPU), Portugal
²Institute of Research and Advanced Training in Health Sciences and Technologies (IINFACT-CESPU), Portugal
 *Contact: andre95moreira@gmail.com



INTRODUCTION

The recent clarification on the contours of the Complex Post-Traumatic Stress Disorder (C-PTSD), culminating in its introduction into the International Classification of Diseases (ICD-11) and with the development in English and Portuguese of the International Trauma Questionnaire (ITQ), it's important to develop a diagnostic interview that allows clinicians and researchers to evaluate, recognize and treat this serious problem. With this objective, Neil Roberts, Marylene Cloitre, Jonathan Bisson, Chris Brewin developed, in 2016, an interview which is also essential to the Portuguese speaking communities and to clinical or research work in Psychotraumatology field.

OBJECTIVE

To translate, to adapt and to validate a diagnostic interview for PTSD, C-PTSD and Borderline Personality Disorder (BPD) for the Portuguese speakers, based on the authorization of the authors of the English version: PTSD and Complex PTSD Diagnostic Interview Schedule for ICD- 11, Test Version 2.0.

METHOD

Translation and adaptation of the interview, with concurrent application with ITQ. The interview is composed of three interconnected parts; for C-PTSD diagnosis it is necessary a concomitant diagnosis of PTSD, with 42 items that include optional items with the aim of clarifying specificities related to BPD.

RESULTS – Question Examples

Table 1 – Example of a PTSD diagnostic question: Portuguese and English

No mês passado, evitou pensamentos ou sentimentos sobre o (EVENTO)? (In the past month, have you tried to avoid thoughts or feelings about (Event)?)	0 Absent
Que tipos de pensamentos ou sentimentos é que evita? (What kind of thoughts or feelings do you avoid?)	1 Mild / subthreshold
Até que ponto é que tenta evitar estes pensamentos ou sentimentos? (O que faz?) (How hard do you try to avoid these thoughts or feelings? (What kind of things do you do?))	2 Moderate / threshold
Circle: Avoidance = Minimal Clearly Present Pronounced Extreme	3 Severe / markedly elevated
How often in the past month? # of times _____	4 Extreme / incapacitating
Key rating dimensions = frequency / intensity of avoidance Moderate = at least 2 X month / avoidance clearly present Severe = at least 2 X week / pronounced avoidance	

Table 2 – Example of a C-PTSD diagnostic question: Portuguese and English.

i) Quando está sobre pressão ou quando é confrontado com recordações do seu trauma, costuma sentir que o mundo está distante ou que o mundo parece diferente (e.x., o tempo abranda, as coisas têm um aspecto diferente)? (When you are under stress or when confronted with reminders of your trauma, do you often feel that the world is distant or that the world seems different (e.g., time slows down, things look different)?)	0	Describes a persistent and pervasive pattern of problems	Not at all
[Se não for claro.] Pode dar-me alguns exemplos de como é sentir-se dessa forma? ([if not clear.] Can you give me some examples of what it's like when you are feeling that way?)	1		A little bit
[Se não for claro.] É fácil para si recuperar destes estados? ([if not clear.] Is it easy to bring yourself out of this state?)	2		Moderately
	3		Very much
	4		Extremely

Table 3 – Example of a C-PTSD diagnostic question;

i) Quando está sobre pressão ou quando é confrontado com recordações do seu trauma, costuma sentir-se fora do seu corpo ou sentir que o seu corpo está estranho? (When under stress or when confronted with reminders of your trauma, do you often feel outside your body or feel there is something strange about your body?)	0	Describes a persistent and pervasive pattern of problems	Not at all
[Se não for claro:] Pode dar-me alguns exemplos de como é sentir-se desta maneira? ([if not clear.] Can you give me some examples of what it's like when you are feeling that way?)	1		A little bit
	2		Moderately
[Se não for claro:] É fácil para si recuperar deste estado? ([if not clear.] Is it easy to bring yourself out of this state?)	3		Very much
	4		Extremely

Table 4 – Example of a Borderline Personality Disorder diagnostic question;

Tem muitas mudanças de humor repentinas? (Do you have a lot of sudden mood changes?)	?	Inadequate information
Pode falar-me mais acerca disso? (Can you tell me more about that?)	1	Absent or false
[Se não for claro.] Quanto tempo é que o seu mau humor dura? Com que frequência é que estas mudanças de humor acontecem? Quanto rapidamente é que o seu humor muda? Há quanto tempo tem estes problemas/sintomas/tendências? ([if unclear] How long do your bad moods last? How often do these mood changes happen? How suddenly do your moods change? How long have you had these problems/symptoms/tendencies?)	2	Subthreshold
<input type="checkbox"/> desde a infância (até aos 11)? <input type="checkbox"/> since childhood (up to 11)? <input type="checkbox"/> desde a adolescência (12-18) ? <input type="checkbox"/> since adolescence (12-18) ? <input type="checkbox"/> desde que é jovem adulto (19-25)? <input type="checkbox"/> since early adulthood (19-25)? <input type="checkbox"/> apenas na idade adulta (26+) ? <input type="checkbox"/> in Adulthood only (26+) ?	3	Threshold or true
	3 =	acknowledges traits

CONCLUSIONS

The adaptation of this instrument revealed a very extensive procedure and with prolonged application time. Its usability in clinical context may be limited to the forensic or research objectives, which require extreme reliability levels. Or, it can be applied partially for the desired components. However, the availability of the ITQ may enhance an assessment more adapted to general clinical contexts and be more easily used as long as a culturally adapted cut-off point is available. In this sense, we aim to calculate the cut-off point for ITQ. Right now this interview is being validated through a sample of IPV victims residing in a shelter and the cut-off point for the ITQ is also being calculated.

References

- Roberts, N., Cloitre, M., Bisson, J. & Brewin, C. (2016) PTSD & Complex PTSD Diagnostic Interview: Schedule for ICD-11, Test Version 2.0.

Anexo III – PTSD & Complex PTSD
Diagnostic Interview Schedule for ICD-11:
Versão Portuguesa

**PTSD & Complex PTSD Diagnostic Interview
Schedule for ICD-11
Versão Portuguesa**

Nome: _____

ID #: _____

Entrevistador: _____

Data: _____

Estudo: _____

Versão Original:

Neil Roberts, Marylene Cloitre, Jonathan Bisson & Chris Brewin, 2016.

Este guia de entrevista está dividido em três partes. A parte 1 avalia sintomas do PTSD como proposto no CID-11. A parte 2 avalia sintomas de PTSD Complexo como proposto no CID-11. A parte 3 avalia sintomas de Perturbação de Personalidade Borderline.

Instruções

A administração standardizada deste guia é essencial para a produção de resultados e decisões diagnósticas fiáveis e válidos. A entrevista deve ser administrada apenas por entrevistadores qualificados que tenham tido treino formal em entrevista clínica e diagnóstico diferencial, bem como um conhecimento aprofundado das bases conceptuais dos diagnósticos de PTSD e CPTSD propostos no CID-11.

Administração

1. Identificar um evento traumático que possa servir como base para o inquérito de sintomas. Administrar o Life Events Checklist e o questionário referente ao Critério A fornecido na página 5, ou usar outro método estruturado e baseado em evidências. O evento base deve envolver ou um único acontecimento (ex.: “o acidente”) ou múltiplos acidentes proximamente relacionados (ex.: “as piores partes das suas experiências de combate, o abuso sexual que sofreu enquanto criança”).
2. Ler os itens clara e literalmente, um de cada vez, na ordem apresentada, exceto:
 - a. Usar as palavras do entrevistado para se referir ao evento traumático base ou para descrever sintomas específicos.
 - b. Reformular itens de modo a que incluam informação previamente adquirida, mas voltando ao literal assim que possível. Por exemplo, a abordagem ao item 5 pode começar da seguinte forma: “Já mencionou que se tornou mais vigilante. Pode dar-me alguns exemplos?”.
 - c. Se não for reunida informação suficiente depois de todos os itens serem abordados, a entrevista pode ser continuada com mais liberdade. Nesta situação, voltar a repetir o primeiro item pode ajudar o entrevistado a voltar a concentrar-se.
 - d. Sempre que necessário, pedir exemplos específicos ou levar o entrevistado a elaborar mesmo quando itens para esse efeito não estão disponíveis.
3. Em geral, NÃO sugerir respostas. Se um entrevistado tiver dificuldades pronunciadas em entender um item, pode ser necessário dar um exemplo de modo a ilustrar e clarificar. Isto deve, no entanto, ser feito raramente e apenas depois de terem sido dadas ao entrevistado muitas oportunidades de responder espontaneamente.
4. NÃO ler cotações ao entrevistado. São apenas para o entrevistador, visto que o uso apropriado requer julgamento clínico e amplo conhecimento das regras de cotação de instrumentos.
5. Percorrer a entrevista o mais eficientemente possível para evitar cansaço do entrevistado. Existem algumas estratégias úteis, como por exemplo:
 - a. Estar familiarizado com as questões e respetivas cotações;
 - b. Abordar o mínimo de itens necessários para obter informação suficiente que suporte uma cotação válida.
 - c. Minimizar anotações e escrita enquanto o entrevistado responde de modo a evitar pausas longas.
 - d. Assumir o controlo da entrevista. Respeitar o entrevistado, mas ser firme no que toca a mantê-lo focado na tarefa, avançar entre questões, pressionar para obter exemplos ou chamar a atenção às contradições.

Pontuação da Parte 1: Entrevista Diagnóstica de PTSD

1. Os graus de severidade dos sintomas são baseados em avaliações combinadas de frequência e intensidade dos sintomas (ver abaixo). A frequência é avaliada de acordo com o número de ocorrências (quão frequentemente no último mês). A intensidade é avaliada numa escala ordinal com 4 classificações: *Mínima*, *Claramente Presente*, *Pronunciada* e *Extrema*.
2. A escala de 5 pontos para a severidade dos sintomas é usada para todos os sintomas. Os pontos da escala de avaliação devem ser interpretados da seguinte forma:

0. **Ausente:** O entrevistado negou o problema ou o que relatou não preenche os critérios do CID-11.
 1. **Suave/Abaixo do Limite:** O entrevistado descreveu um problema que é consistente com os critérios de sintomas, mas que não é severo o suficiente para ser considerado clinicamente significativo. O problema não preenche os critérios de sintomas do CID-11 e, por isso, não conta para um diagnóstico de PTSD.
 2. **Moderado/Limite:** O entrevistado descreveu um problema clinicamente significativo. O problema preenche os critérios de sintomas do CID-11 e, por isso, conta para um diagnóstico de PTSD. O problema seria um alvo de intervenção. Esta classificação requer uma frequência mínima de 2 vezes por mês e uma intensidade mínima de *Claramente Presente*.
 3. **Severo/ Acima do Limite:** O entrevistado descreveu um problema que está bem acima do limite. O problema é difícil de controlar e, por vezes, avassalador e seria um alvo importante para intervenção. Esta classificação requer uma frequência de 2 vezes por semana e uma intensidade mínima de *Pronunciada*.
 4. **Extremo/Incapacitante:** O entrevistado descreveu um sintoma dramático, muito acima do limite. O problema é pervasivo, incontrolável, e avassalador, e seria uma prioridade para intervenção.
3. No geral, atribuir uma determinada classificação de severidade quando os mínimos de frequência e intensidade são atingidos. No entanto, é possível atribuir uma classificação de severidade através de julgamento clínico quando a frequência relatada está apenas um pouco abaixo do necessário, mas a intensidade é mais elevada. Por exemplo, uma classificação de Moderado/Limite pode ser atribuída se um sintoma ocorrer 1 vez por mês (em vez de 2 vezes por mês), mas a intensidade for classificada como *Pronunciada* ou *Extrema* (ao invés de *Claramente Presente*). Do mesmo modo, uma classificação de Severo/Acima do Limite pode ser feita se um sintoma ocorrer 1 vez por semana (em vez das 2 vezes necessárias) desde que a intensidade seja classificada como *Extrema* (em vez de *Pronunciada*). Se não for capaz de decidir entre duas classificações de severidade, deve optar pela classificação mais baixa.
 4. O item 2, que questiona acerca da reatividade emocional em resposta a estímulos traumáticos, só deve ser administrado quando a memória for insuficiente ou existir ausência de memória do evento (por exemplo, devido à perda de consciência durante o evento traumático base ou eventos preocupantes durante a infância em que a memória não é nítida).
 5. É necessário estabelecer que um sintoma não só cumpre os critérios do CID-11 fenomenologicamente, mas que também está funcionalmente relacionado com o evento traumático base, p.e., começou ou ficou pior devido ao evento. Os itens 1-4 (reexperienciar e evitamento) estão inerentemente ligados ao evento. Avaliar os itens 5 e 6 de relação ao trauma (trauma-relatedness) através do instrumento TR e da sua cotação. As três classificações TR são:
 - *Definitiva* = o sintoma pode ser claramente atribuído ao trauma base, porque (1) há uma óbvia mudança dos níveis de funcionamento pré-trauma e/ou (2) os sintomas são constantemente e claramente em resposta a estímulos relacionados com o trauma (ex.: *flashbacks* de abuso sexual durante o ato sexual) e/ou (3) o entrevistado faz uma atribuição convicta dos sintomas ao trauma base.
 - *Provável* = o sintoma está provavelmente relacionado com o trauma base, mas isto não pode ser afirmado inequivocamente porque, p.e., (1) parece existir uma mudança dos níveis de funcionamento pré-trauma, mas não tão explícita como em "*Certo*"; e/ou parece haver uma relação funcional entre o sintoma e um sintoma inerentemente ligado ao trauma como a reexperiência (ex.: entorpecimento e retirada aumentam quando a reexperiência aumenta); e/ou o entrevistado faz a atribuição dos sintomas ao trauma base, mas com menos convicção do que para uma classificação de "*Certo*".
 - *Pouco Provável* = o sintoma pode ser atribuído a outra causa que não o trauma base porque (1) há uma relação funcional óbvia com outra causa, e/ou (2) o

entrevistado faz a atribuição dos sintomas a uma outra causa (e nega uma relação destes ao trauma base) com convicção. Sintomas com a classificação TR de *Pouco Provável* não devem ser contabilizados para o diagnóstico de PTSD ou incluídos na cotação final de severidade de sintomas. Devido a ser difícil excluir completamente uma relação funcional entre um sintoma e o trauma base, uma classificação de *Pouco Provável* deve ser atribuída apenas quando as evidências disponíveis apontam claramente para uma causa que não o trauma base.

6. O diagnóstico de PTSD deve ser feito se o entrevistado descreve:
 - Exposição a um evento traumático;
 - Problemas clinicamente significativos em pelo menos 1 item de cada grupo dos três sintomas (reexperienciamento, evitamento, hiperactivação);
 - Os sintomas têm estado presentes por pelo menos algumas semanas;
 - Incapacidade clinicamente significativa em funcionamento social ou ocupacional.

Parte 1: Diagnóstico de PTSD no CID-11

Evento traumático: envolve um evento ou situação (ou curto ou de longa duração) de uma natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica (e.x.: experienciar um desastre natural ou humano, combate, acidente grave, doença possivelmente fatal, assédio ou violação, ou a morte súbita, morte inesperada ou violenta de um ente querido; testemunhar a morte violenta de outros). Eventos traumáticos também incluem experiências que podem ser repetidas ou ocorrer por longos períodos de tempo e das quais é difícil ou impossível escapar, como ser vítima de tortura, abuso físico ou sexual na infância ou violência doméstica ou outras formas de violência repetida (e.x.: contra uma comunidade, etnia).

[Aplicar o Life Events Checklist ou outro instrumento estruturado de avaliação de trauma]

Vou perguntar-lhe acerca do questionário de experiências stressantes que preencheu. Primeiro vou pedir-lhe que me fale um pouco acerca do evento que disse que foi o pior para si. Depois, vou perguntar-lhe como é que esse evento o pode ter afetado durante o mês passado. No geral, não preciso de muita informação – apenas a suficiente para conseguir entender os problemas que possa ter tido. Por favor diga-me se estiver a ficar perturbado com as questões para podermos abrandar e falar acerca disso. Diga-me, também, se tiver alguma questão ou não entender alguma coisa. Tem algumas questões antes de começarmos?

O evento que disse ser o pior foi (EVENTO). O que gostaria era que descrevesse brevemente o que aconteceu.

Evento base: _____

O que aconteceu? (Que idade tinha? De que maneira esteve envolvido? Quem mais esteve envolvido? Alguém foi gravemente ferido ou morreu? Esteve alguma vida em perigo? Quantas vezes é que isto aconteceu?)

Tipo de Exposição:

Experienciou ____

Testemunhou ____

Soube de ____

Exposição a detalhes brutais ____

Ameaça vital? NÃO SIM [self ____ outro ____]

Lesão grave? NÃO SIM [self ____ outro ____]

Violação sexual? NÃO SIM [self ____ outro ____]

Evento traumático? NÃO PROVÁVEL SIM

O entrevistado relata que tem pouca ou nenhuma memória do evento (ex.: porque o evento ocorreu na infância ou porque o entrevistado sofreu uma lesão na cabeça durante o evento)?

Sim Não

Durante o resto da entrevista quero que mantenha o (Pior Evento) no seu pensamento enquanto lhe pergunto acerca de diferentes problemas que o mesmo lhe possa ter causado. Pode ter tido alguns destes problemas antes, mas nesta entrevista vamos focar-nos apenas no mês passado. Para cada problema vou perguntar-lhe se o sentiu no último mês, e se sim, com que frequência e quanto o incomodou.

Sintomas de Reexperiência

Sintomas que estão associados com o(s) evento(s) traumático(s) (que começam depois do(s) evento(s)), como evidenciado por um dos seguintes:

Pesadelos:

- (1) - sonhos angustiantes recorrentes em que o conteúdo e/ou a emoção estão relacionados com o(s) evento(s). Os pesadelos devem ser acompanhados por sentimentos de medo ou horror (isto não é necessário quando os sonhos estão associados com abuso sexual na infância).

<p>No mês passado, teve algum sonho angustiante em que reviveu parte do (EVENTO) ou que estava claramente relacionado com o mesmo?</p> <p>Descreva um sonho típico. (O que acontece?)</p> <p>[Se não for claro:] (Esses sonhos acordam-no?)</p> <p>[Se sim:] (O que sente quando acorda? Quanto tempo demora a voltar a adormecer?)</p> <p>[Se não voltar a adormecer:] (Quanto tempo de sono perde?)</p> <p>[Se não for claro:] Esses sonhos costumam incluir sentimentos de medo ou horror? <i>Sim Não</i></p> <p>Quanto é que estes sonhos o incomodam?</p> <p>Rodeie: Angústia= <i>Mínima Claramente Presente Pronunciada Extrema</i></p> <p>Quão frequentemente teve estes sonhos durante o último mês? n° de vezes _____</p> <hr/> <p>Dimensões Chave = frequência/intensidade da angústia Moderado = pelo menos 2 X por mês / angústia <i>Claramente Presente</i>, menos de 1 hora de sono perdida. Severo = pelo menos 2 X por semana/angústia <i>Pronunciada</i>, mais do que 1 hora de sono perdida.</p>	<p>0 <i>Ausente</i></p> <p>1 <i>Suave/ baixo do limite</i></p> <p>2 <i>Moderado / limite</i></p> <p>3 <i>Severo / acima do limite</i></p> <p>4 <i>Extremo / incapacitante</i></p>
--	---

Flashbacks:

(2) - Imagens vívidas e involuntárias e reações dissociativas (ex.: *flashbacks*) em que o indivíduo sente-se ou age como se o evento traumático estivesse a repetir-se, mesmo que apenas fugazmente (estas reações podem ocorrer continuamente, com a expressão mais extrema sendo uma perda total de consciência do meio envolvente). Esta reexperiência deve ser acompanhada por sentimentos de medo ou horror (isto não é necessário quando se trata de reviver episódios de abuso sexual na infância).

<p>No mês passado, alguma vez experienciou imagens vívidas ou teve memórias que o fizeram sentir como se o evento estivesse a acontecer no presente?</p> <p>[Se “não” ou não for claro] ... mesmo que apenas por um momento?</p> <p>Teve experiências em que subitamente agiu ou sentiu-se como se o (EVENTO) estivesse a acontecer outra vez?</p> <p>[Se “não” ou não for claro] ... mesmo que apenas por um momento?</p> <p>[Se não for claro:] <i>(Isto não é o mesmo do que pensar ou sonhar acerca disso – agora estou a perguntar-lhe sobre flashbacks, quando sente que está de facto de volta ao [EVENTO], a revivê-lo, mesmo que por pouco tempo.)</i></p> <p>No último mês, alguma vez foi lembrado do (EVENTO) e perdeu consciência do que o rodeava por alguns momentos?</p> <p>No último mês, teve momentos em que perdeu o controlo e em que agiu como se estivesse de volta ao (EVENTO)?</p> <p>No último mês, lembrou-se de alguma parte do (EVENTO) e essa memória foi tão forte que perdeu a consciência daquilo que estava a acontecer à sua volta?</p> <p>No último mês, reagiu a pessoas ou situações como se estivesse de volta ao (EVENTO)?</p> <p>Quão vívidas foram as reexperiências do (EVENTO)? <i>(Durante as mesmas fica confuso acerca de onde de facto está?)</i></p> <p>O que faz quando isto acontece? <i>(As outras pessoas reparam no seu comportamento? O que dizem?)</i></p> <p>Qual é a duração?</p>	<p>0 Ausente</p> <p>1 Suave / abaixo do limite</p> <p>2 Moderado / limite</p> <p>3 Severo / acima do limite</p> <p>4 Extremo / incapacitante</p> <p>Descreve reexperiência no “aqui e agora”</p> <p><i>Sim Não</i></p> <p>Descreve reexperiência muito breve</p> <p><i>Sim Não</i></p> <p><i>Sim Não</i></p> <p><i>Sim Não</i></p> <p><i>Sim Não</i></p> <p><i>Sim Não</i></p>
---	---

<p>[Se não for claro:] Estes episódios costumam incluir sentimentos de medo ou horror?</p> <p>Rodeie: Dissociação = <i>Mínima</i> <i>Claramente Presente</i> <i>Pronunciada</i> <i>Extrema</i></p> <p>Quão frequentemente é que isto aconteceu durante o último mês? <i>nº de vezes</i> _____</p>	<p><i>Sim</i> <i>Não</i></p>
<p>Dimensões chave = frequência / intensidade da dissociação Moderada = pelo menos 2 X por mês / qualidades dissociativas <i>Claramente Presente</i>, pode manter alguma consciência do espaço envolvente, mas revive o evento de uma maneira claramente distinta de pensamentos e memórias. Severo = pelo menos 2 X por semana / qualidades dissociativas <i>Pronunciada</i>, descreve reexperiência vívida, e.x.: com imagens, sons, cheiros.</p>	

Reatividade Emocional: (Deve ser administrado apenas quando há ausência ou insuficiência de memórias do evento como pode acontecer com lesão cerebral ou abuso na infância).

(2a) - angústia psicológica intensa ou prolongada quando exposto a estímulos internos ou externos que simbolizem ou sejam semelhantes a um aspeto do(s) evento(s) traumático(s).

<p>No último mês, ficou <u>emocionalmente perturbado</u> quando algo o <u>lembrou</u> do (EVENTO)?</p> <p>Que tipo de estímulos o perturbam?</p> <p>Até que ponto é que estes estímulos o incomodam?</p> <p>Consegue voltar a acalmar-se depois disto acontecer? (Quanto tempo demora?)</p> <p>Rodeie: Angústia = <i>Mínima</i> <i>Claramente Presente</i> <i>Pronunciada</i> <i>Extrema</i></p> <p>Quantas vezes é que isto aconteceu no último mês? <i>nº de vezes</i> _____</p>	<p>0 <i>Ausente</i></p> <p>1 <i>Suave / abaixo do limite</i></p> <p>2 <i>Moderado / limite</i></p> <p>3 <i>Severo / acima do limite</i></p> <p>4 <i>Extremo / incapacitante</i></p>
<p>Dimensões chave = frequência / intensidade da angústia Moderada = pelo menos 2 X por mês / angústia <i>Claramente Presente</i>, difícil recuperação Severo = pelo menos 2 X por semana / angústia <i>Pronunciada</i>, recuperação bastante difícil</p>	

Sintomas de Evitamento

O evitamento persistente de estímulos associados com o(s) evento(s) traumático(s) que comecem depois do evento propriamente dito, evidenciados por evitamento ou esforços para evitar um ou mais dos seguintes:

(3) - Memórias, pensamentos ou sentimentos angustiantes sobre o evento traumático ou relacionados com o mesmo.

<p>No mês passado, tentou evitar pensamentos ou sentimentos sobre o (EVENTO)?</p> <p>Que tipos de pensamentos ou sentimentos é que evita?</p> <p>Até que ponto é que tenta evitar estes pensamentos ou sentimentos? (O que faz?)</p> <p><u>Rodeie:</u> Evitamento = <i>Mínimo</i> <i>Claramente Presente</i> <i>Pronunciado</i> <i>Extremo</i></p> <p>Quão frequentemente no último mês? <i>nº de vezes</i> _____</p>	<p>0 <i>Ausente</i></p> <p>1 <i>Suave / abaixo do limite</i></p> <p>2 <i>Moderado / limite</i></p> <p>3 <i>Severo / acima do limite</i></p> <p>4 <i>Extremo / incapacitante</i></p>
<p>Dimensões chave = frequência / intensidade do evitamento Moderado = pelo menos 2 X por mês/ evitamento <i>Claramente Presente</i> Severo = pelo menos 2 X por semana/ evitamento <i>Pronunciado</i></p>	

(4) - Estímulos externos (ex.: pessoas, locais, conversas, atividades, objectos, situações) que provocam memórias, pensamentos e sentimentos angustiantes acerca, ou fortemente associados, com o evento traumático.

<p>No mês passado, tentou evitar coisas que o(a) lembrem do (EVENTO), como determinadas pessoas, locais ou situações?</p> <p>Que tipo de coisas é que evita?</p> <p>Que esforço é que faz para evitar estes estímulos? (Elabora um plano ou muda as suas atividades para os evitar?)</p> <p>[Se não for claro:] (No geral, até que ponto é que isto representa um problema para si? O que seria diferente se não tivesse de evitar estes estímulos?)</p> <p><u>Rodeie:</u> Evitamento = <i>Mínimo</i> <i>Claramente Presente</i> <i>Pronunciado</i> <i>Extremo</i></p> <p>Quão frequentemente no último mês? <i>nº de vezes</i> _____</p>	<p>0 <i>Ausente</i></p> <p>1 <i>Suave / abaixo do limite</i></p> <p>2 <i>Moderado / limite</i></p> <p>3 <i>Severo / acima do limite</i></p> <p>4 <i>Extremo / incapacitante</i></p>
<p>Dimensões chave = frequência / intensidade do evitamento Moderado = pelo menos 2 X por mês / evitamento <i>Claramente Presente</i> Severo = pelo menos 2 X por semana / evitamento <i>Pronunciado</i></p>	

Sintomas de Hiperactivação

Alterações na ativação e reatividade que estão associadas com o evento traumático (que começaram ou pioraram depois do evento traumático), como evidenciado por um ou mais dos seguintes:

(5) - Hipervigilância

<p>No último mês, esteve especialmente vigilante ou alerta, mesmo quando não existiam ameaças ou perigo? (<i>Sentiu-se como se tivesse que estar de guarda?</i>)</p> <p>Pode dar-me alguns exemplos? (<i>Que tipo de coisas faz quando está vigilante ou alerta?</i>)</p> <p>[Se não for claro:] (O que faz com que aja desta maneira? Sente-se em perigo ou ameaçado de alguma maneira? Sente que a maioria das pessoas se sentiriam ameaçadas ou em perigo nessas situações?)</p> <p><u>Rodeie:</u> Hipervigilância = <i>Mínima</i> <i>Claramente Presente</i> <i>Pronunciada</i> <i>Extrema</i></p> <p>Quanto tempo é que se sentiu assim durante o último mês? % de tempo _____</p> <p>O estado de alerta e a vigilância começaram ou pioraram depois do (EVENTO)? (<i>Pensa que isto está relacionado com o [EVENTO]? Como?</i>)</p> <p><u>Rodeie:</u> Relação ao trauma = <i>Definitiva</i> <i>Provável</i> <i>Pouco Provável</i></p>	<p>0 <i>Ausente</i></p> <p>1 <i>Suave / abaixo do limite</i></p> <p>2 <i>Moderado / limite</i></p> <p>3 <i>Severo / acima do limite</i></p> <p>4 <i>Extremo / incapacitante</i></p>
<p>Dimensões chave = frequência / intensidade da hipervigilância</p> <p>Moderada = algum do tempo (20-30%) / hipervigilância <i>Claramente Presente</i>, e.x.: vigilante em público, sensação de ameaça elevada.</p> <p>Severa = a maioria do tempo (50-60%) / hipervigilância <i>Pronunciada</i>, e.x.: procura possível perigo em seu redor, tem rituais de segurança, preocupação excessiva pela sua segurança, da sua família e casa.</p>	

(6) - Resposta de sobressalto exagerada

<p>No último mês, teve alguma reação de sobressalto?</p> <p>Que tipo de coisas o sobressaltaram?</p> <p>Quão fortes são estas reações? (<i>Como são quando comparadas com as reações de outras pessoas? Faz algo em que as outras pessoas reparem?</i>)</p> <p>Quanto tempo demora a recuperar?</p> <p><u>Rodeie:</u> Sobressalto = <i>Mínimo</i> <i>Claramente Presente</i> <i>Pronunciado</i> <i>Extremo</i></p> <p>Com que frequência é que isto aconteceu no último mês? <i>nº de vezes</i> _____</p> <p>Estes sobressaltos começaram ou pioraram depois do (EVENTO)? (<i>Acha que estão relacionados ao [EVENTO]? De que forma?</i>)</p> <p><u>Rodeie:</u> Relação ao trauma = <i>Definitiva</i> <i>Provável</i> <i>Pouco Provável</i></p>	<p>0 <i>Ausente</i></p> <p>1 <i>Suave / abaixo do limite</i></p> <p>2 <i>Moderado / limite</i></p> <p>3 <i>Severo / acima do limite</i></p> <p>4 <i>Extremo / incapacitante</i></p>
<p>Dimensões chave = frequência / intensidade dos sobressaltos</p> <p>Moderado = pelo menos 2 X por mês / sobressalto <i>Claramente Presente</i>, alguma dificuldade em recuperar.</p> <p>Severo = pelo menos 2 X por semana / sobressalto <i>Pronunciado</i>, ativação duradoura, dificuldades consideráveis em recuperar.</p>	

Critérios de Incapacidade

Incapacidade no funcionamento social

<p>No último mês, os (SINTOMAS DE PTSD) afetaram as suas relações com outras pessoas? De que forma? [Considerar a incapacidade no funcionamento social observado noutros itens]</p>	0	<i>Sem impacto adverso</i>
	1	<i>Impacto suave, incapacidade mínima no funcionamento social</i>
	2	<i>Impacto moderado, clara incapacidade, mas muitos aspetos continuam intactos</i>
	3	<i>Impacto severo, incapacidade elevada, poucos aspetos do funcionamento social continuam intactos</i>
	4	<i>Impacto extremo, pouco ou nenhum funcionamento social</i>

Incapacidade ocupacional ou noutra área importante do funcionamento

<p>[Se não for claro:] Encontra-se empregado?</p> <p>[Se sim:] No último mês, estes (SINTOMAS DE PTSD) afetaram o seu trabalho ou a sua capacidade para trabalhar? De que forma? [Considerar a história laboral, incluindo número e duração dos empregos, bem como a qualidade das relações laborais. Se o funcionamento pré-mórbido não for claro, questionar acerca de experiências laborais antes do trauma. Para traumas na adolescência/infância, avaliar o desempenho académico pré-trauma e a possível presente de problemas comportamentais]</p> <p>[Se não:] Estes (SINTOMAS DE PTSD) afetaram-no em mais alguma parte importante da sua vida? [Sugerir exemplos como parentalidades, tarefas do lar, trabalho escolar, trabalho voluntário, etc]. De que forma?</p>	0	<i>Sem impacto adverso</i>
	1	<i>Impacto suave, incapacidade mínima</i>
	2	<i>Impacto moderado, clara incapacidade, mas muitos aspetos do funcionamento ocupacional/outro continuam intactos</i>
	3	<i>Impacto severo, incapacidade elevada, poucos aspetos do funcionamento ocupacional/outro continuam intactos</i>
	4	<i>Impacto extremo, pouco ou nenhum funcionamento ocupacional/outro</i>

Duração dos Sintomas

<p>[Se não for claro:] Há quanto tempo é que estes (SINTOMAS DE PTSD) duram?</p>	<p>Nº total de semanas _____</p> <p>Durou mais do que algumas semanas?</p> <p style="text-align: center;">NÃO SIM</p>
---	---

Parte 2: Diagnosticar PTSD Complexo segundo o CID-11

Administração

1. A parte 2 deste guia de entrevista é normalmente administrada como seguimento da avaliação de sintomas de PTSD da parte 1. Se ainda não o tiver feito, identifique um evento traumático para servir como base para um questionário de sintomas através da administração do Life Events Checklist ou outro semelhante. O evento base pode envolver quer um único incidente (ex.: “o acidente”) ou múltiplos, um ou múltiplos incidentes relacionados (ex.: “as piores partes das suas experiências de combate, o abuso sexual de que sofreu enquanto criança).
2. O objetivo destes itens é identificar reações e mudanças que podem ter ocorrido como consequência do evento base (ou outro evento traumático anterior). Estas reações e mudanças são persistentes e ocorrem numa variedade de situações e circunstâncias. Não precisam de ser apenas em resposta a um estímulo traumático. Para um item ser aprovado é necessário existirem provas científicas de que é um padrão ou tendência e que tem estado presente por pelo menos um ano. Se o trauma base ocorreu há menos de um ano e há uma história de traumas anteriores ao trauma base, o critério de duração pode ser preenchido sem referência ao trauma base.
3. Se o evento base ocorreu há algum tempo (ex.: na infância) e os problemas têm vindo a ocorrer durante grande parte da vida da pessoa, a questão acerca da relação entre estes problemas e o trauma pode ser reformulada para “Os problemas parecem estar relacionados com as suas experiências traumáticas? Por exemplo, “algumas pessoas com o (evento traumático base) dizem ter reparado que pessoas que **não tiveram esse tipo de experiência** não têm os mesmos sentimentos ou problemas”.
4. Os itens devem ser administrados de acordo com as instruções previamente fornecidas. Algumas questões podem ser reformuladas para irem mais de encontro à informação previamente apurada, mas devem voltar às questões definidas rapidamente. Por exemplo, o item X pode começar da seguinte forma: “Já mencionou ter problemas em relacionar-se com os outros. Acha que tem uma tendência ou um padrão de se sentir à parte das outras pessoas?”.

Cotação

1. A cotação deve ser feita depois de todas as questões de todas as secções serem respondidas. As pontuações são baseadas numa escala ordinal de cinco pontos em que o entrevistador deve considerar o quão pervasivo e persistente é o problema através das seguintes classificações: “De modo nenhum”, “Um pouco”, “Moderadamente”, “Muito” e “Extremamente”. As classificações devem ser usadas e interpretadas de acordo com o seguinte:

0 De modo nenhum – O entrevistado negou o problema ou a sua descrição do mesmo não se adequa aos critérios de sintomas do CID-11.

1 Um pouco – O entrevistado descreve um problema que é consistente com os critérios de sintomas, mas que não é severo o suficiente para ser considerado clinicamente significativo. O problema não preenche os critérios de sintomas do CID-11 e por isso não conta para um posterior diagnóstico de PTSD complexo.

2 Moderadamente – O entrevistado descreve um problema pervasivo e persistente clinicamente significativo, que começou ou piorou depois do evento traumático base; ou há uma história de trauma se o evento ocorreu há menos de um ano. O problema preenche os critérios do CID-11 e, por isso, conta para um posterior diagnóstico de PTSD Complexo. O problema seria um alvo para intervenção.

3 Muito – O entrevistado descreveu um problema que está bastante acima do limite para a Classificação 2. O problema é difícil de controlar e, por vezes, avassalador e seria um alvo proeminente para intervenção.

4 Extremamente – O respondente descreve um sintoma dramático, muito acima do limite para a Classificação 2. O problema é pervasivo, incontrolável e avassalador, e seria um alvo prioritário para intervenção.

Cotar apenas com base na informação dada pelo entrevistado. Se não for capaz de decidir entre duas classificações, opte pela classificação mais baixa. O item 7, desregulação afetiva, é cotado com base na classificação mais alta dos itens 7(a) e 7(b). A cotação limite para cada item é 2 (Moderadamente). Uma pontuação de 2 nos itens 7(7a ou 7b), 8 e 9 é necessária para preencher os critérios de diagnóstico para PTSD Complexo. O diagnóstico de PTSD Complexo só pode ser feito se o entrevistado também preencher os critérios do CID-11 para PTSD.

Instruções para o entrevistado

Para o próximo conjunto de questões, quero que mantenha os eventos de que me falou no seu pensamento à medida que lhe pergunto acerca de diferentes problemas que lhe possam ter causado. Estas questões referem-se a como se costuma sentir, como costuma pensar acerca de si próprio e como se costuma relacionar com os outros. Considere o quão verdade estes problemas são para si.

7(a) – Desregulação afetiva (Hiperactivação): **um padrão pervasivo e persistente** de problemas a regular emoções, caracterizado por reações emocionais exageradas perante estímulos fracos.

<p>i) Reage intensivamente a coisas que parecem não afetar os outros tanto quanto a si?</p> <p>[Se não for claro:] Dê-me alguns exemplos do que acontece quando se sente dessa maneira.</p> <p>[Se não for claro:] Com que frequência reage assim?</p>		<p>Descreve padrões de problemas pervasivos e persistentes</p> <p>0 De modo nenhum</p> <p>1 Um pouco</p> <p>2 Moderadamente</p> <p>3 Muito</p> <p>4 Extremamente</p>
---	--	---

<p>i) Quando está perturbado, é fácil voltar a acalmar-se?</p> <p>[Se não for claro:] Pode dar-me alguns exemplos de como reage quando fica perturbado?</p> <p>[Se não for claro:] Acha que é mais difícil para si acalmar-se do que para as outras pessoas?</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>	<p>Descreve padrões de problemas perversivos e persistentes</p> <p>De modo nenhum</p> <p>Um pouco</p> <p>Moderadamente</p> <p>Muito</p> <p>Extremamente</p>
<p>ii) É fácil magoarem-lhe os sentimentos?</p> <p>[Se não for claro:] Pode dar-me alguns exemplos de tipos de situações que podem fazer com que os seus sentimentos sejam magoados?</p> <p>[Se não for claro:] Acha que os seus sentimentos são mais facilmente magoados do que os das outras pessoas?</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>	<p>Descreve padrões de problemas perversivos e persistentes</p> <p>De modo nenhum</p> <p>Um pouco</p> <p>Moderadamente</p> <p>Muito</p> <p>Extremamente</p>

- i) Se o entrevistado relaciona alguns ou todos estes problemas com a regulação emocional (hiperactivação afetiva), pergunte:

Estes problemas que acabou de descrever (sumariar apropriadamente) começaram ou ficaram piores depois do (EVENTO) ou de outros eventos traumáticos que experienciou? Acha que estão relacionados com o [EVENTO]? De que forma?)

OU

Para aqueles que passaram pelo evento traumático base já há algum tempo (e.x., na infância): **Estes problemas (sumariar de forma apropriada) pareciam estar relacionados com as suas experiências traumáticas? Por exemplo, algumas pessoas com [evento base] dizem ter reparado que pessoas que não tiveram esse tipo de experiência não têm os mesmos sentimentos ou problemas.**

Rodeie: Relação ao trauma = *Definitiva* *Provável* *Pouco Provável*

<p>i) Quando está sobre pressão ou quando é confrontado com recordações do seu trauma, costuma sentir que o mundo está distante ou que o mundo parece diferente (e.x., o tempo abranda, as coisas têm um aspeto diferente)?</p> <p>[Se não for claro:] Pode dar-me alguns exemplos de como é sentir-se dessa forma?</p> <p>[Se não for claro:] É fácil para si recuperar destes estados?</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>	<p>Descreve padrões de problemas pervasivos e persistentes</p> <p>De modo nenhum</p> <p>Um pouco</p> <p>Moderadamente</p> <p>Muito</p> <p>Extremamente</p>
<p>ii) Quando está sobre pressão ou quando é confrontado com recordações do seu trauma, costuma sentir-se fora do seu corpo ou sentir que o seu corpo está estranho?</p> <p>[Se não for claro:] Pode dar-me alguns exemplos de como é sentir-se desta maneira?</p> <p>[Se não for claro:] É fácil para si recuperar deste estado?</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>	<p>Descreve padrões de problemas pervasivos e persistentes</p> <p>De modo nenhum</p> <p>Um pouco</p> <p>Moderadamente</p> <p>Muito</p> <p>Extremamente</p>

<p>i) Se o entrevistado relacionar algum ou todos estes problemas à regulação emocional (desregulação afetiva), pergunte:</p> <p>Os problemas que descreveu (sumariar apropriadamente) começaram ou pioraram depois do (EVENTO) ou de outros eventos traumáticos que tenha experienciado? Acha que estão relacionados com o [EVENTO]? De que forma?)</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>Para aqueles a que o evento traumático base ocorreu há já algum tempo (e.x., na infância): Estes problemas (sumariar apropriadamente) parecem estar relacionados com as suas experiências traumáticas? Por exemplo, algumas pessoas com [evento base] dizem ter reparado que pessoas que não passaram pela mesma experiência não têm os mesmos sentimentos ou problemas.</p> <p><u>Rodeie:</u> Relação ao trauma = <i>Definitiva</i> <i>Provável</i> <i>Pouco Provável</i></p>		
---	--	--

7(c) - Problemas a nomear e descrever sentimentos

<p>a. Tem dificuldades em reconhecer aquilo que está a sentir ou em descrever os sentimentos aos outros?</p> <p>b. [Se o problema não for claro enquanto tendência ou padrão:] Diria que este problema ocorre numa variedade de situações e circunstâncias?</p> <p>Estes problemas começaram ou ficaram piores depois do (EVENTO)? (<i>Acha que estão relacionados com o [EVENTO]? De que forma?</i>)</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>Para aqueles a que o evento base ocorreu há já algum tempo (e.x., na infância): Estes problemas pareciam estar relacionados com as suas experiências traumáticas? Por exemplo, algumas pessoas com [evento base] dizem que reparam que pessoas sem [evento base] não têm estes sentimentos ou problemas.</p> <p>Rodeie: Relação ao trauma = <i>Definitiva</i> <i>Provável</i> <i>Pouco Provável</i></p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>	<p>Descreve padrões de problemas pervasivos e persistentes</p> <p>De modo nenhum</p> <p>Um pouco</p> <p>Moderadamente</p> <p>Muito</p> <p>Extremamente</p>
---	--	---

(8) - Sentido alterado de si mesmo – Conceito negativo do próprio: crenças persistentes acerca de ser diminuído, derrotado ou de não ter valor. Sentimentos profundos e pervasivos de vergonha, culpa ou falhanço podem ocorrer.

As próximas questões são acerca de como se sente acerca de si próprio enquanto pessoa:

<p>i) Sente-se como sendo um falhado?</p> <p>[Se não for claro:] Pode dizer-me mais acerca disso?</p> <p>[Se não for claro:] Normalmente, quão fortes são esses sentimentos?</p> <p>[Se não for claro:] Com que frequência é que se sente assim?</p> <p>[Se não for claro:] Consegue pensar em si de outra maneira?</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>	<p>Descreve padrões de problemas pervasivos e persistentes</p> <p>De modo nenhum</p> <p>Um pouco</p> <p>Moderadamente</p> <p>Muito</p> <p>Extremamente</p>
<p>ii) Sente que não vale nada ou que é inferior aos outros?</p> <p>[Se não for claro:] Pode dizer-me mais acerca disso?</p> <p>[Se não for claro:] Normalmente, quão fortes são esses sentimentos?</p> <p>[Se não for claro:] Com que frequência é que se sente assim?</p> <p>[Se não for claro:] Consegue pensar em si de outra maneira?</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>	<p>Descreve padrões de problemas pervasivos e persistentes</p> <p>De modo nenhum</p> <p>Um pouco</p> <p>Moderadamente</p> <p>Muito</p> <p>Extremamente</p>

<p>iii) Costuma sentir vergonha de si próprio mesmo que não faça sentido?</p> <p>[Se não for claro:] Pode dizer-me mais acerca disso?</p> <p>[Se não for claro:] Normalmente, quão fortes são esses sentimentos?</p> <p>[Se não for claro:] Com que frequência é que se sente assim?</p> <p>[Se não for claro:] Consegue pensar em si de outra maneira?</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>	<p>Descreve padrões de problemas pervasivos e persistentes</p> <p>De modo nenhum</p> <p>Um pouco</p> <p>Moderadamente</p> <p>Muito</p> <p>Extremamente</p>
<p>iv) Sente-se culpado de coisas que fez ou que não conseguiu fazer?</p> <p>[Se não for claro:] Pode dizer-me mais acerca disso?</p> <p>[Se não for claro:] Normalmente, quão fortes são esses sentimentos?</p> <p>[Se não for claro:] Com que frequência é que se sente assim?</p> <p>[Se não for claro:] Consegue pensar em si de outra maneira?</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>	<p>Descreve padrões de problemas pervasivos e persistentes</p> <p>De modo nenhum</p> <p>Um pouco</p> <p>Moderadamente</p> <p>Muito</p> <p>Extremamente</p>

<p>i) Se o entrevistado relacionar algum ou todos estes problemas ao auto-conceito negativo, pergunte:</p> <p>Os problemas que descreveu acerca de como se sente sobre si próprio começaram ou pioraram depois do (EVENTO) ou de outros eventos traumáticos que tenha experienciado? Acha que estão relacionados com o [EVENTO]? De que forma?)</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>Para aqueles a que o evento traumático base ocorreu há já algum tempo (e.x., na infância): Estes problemas (sumariar apropriadamente) parecem estar relacionados com as suas experiências traumáticas? Por exemplo, algumas pessoas com [evento base] dizem ter reparado que pessoas que não passaram pela mesma experiência não têm os mesmos sentimentos ou problemas.</p> <p><u>Rodeie:</u> Relação ao Trauma = <i>Definitiva</i> <i>Provável</i> <i>Pouco Provável</i></p>		
--	--	--

(9) - Relações perturbadas – Dificuldades persistentes em manter relações e sentir-se próximo de outros.

As próximas questões são sobre relações.

<p>i) Sente-se distante ou separado das outras pessoas?</p> <p>Porque acha que se sente assim?</p> <p>[Se não for claro:] Com que frequência se sente assim?</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>	<p>Descreve padrões de problemas pervasivos e persistentes</p> <p>De modo nenhum</p> <p>Um pouco</p> <p>Moderadamente</p> <p>Muito</p> <p>Extremamente</p>
<p>ii) Acha difícil manter-se emocionalmente próximo de pessoas?</p> <p>Pode dizer-me mais acerca da razão?</p> <p>[Se não for claro:] Sente-se assim a maioria do tempo?</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>	<p>Descreve padrões de problemas pervasivos e persistentes</p> <p>De modo nenhum</p> <p>Um pouco</p> <p>Moderadamente</p> <p>Muito</p> <p>Extremamente</p>

<p>iii) Acha que evita relações porque elas acabam por ser muito difíceis ou dolorosas?</p> <p>[Se sim:] Porque acha que é assim?</p> <p>[Se não for claro:] Com que frequência se sente assim?</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>	<p>Descreve padrões de problemas pervasivos e persistentes</p> <p>De modo nenhum</p> <p>Um pouco</p> <p>Moderadamente</p> <p>Muito</p> <p>Extremamente</p>
<p>i) Se o participante relaciona alguns ou todos estes problemas com relações perturbadas, perguntar:</p> <p>Os problemas que descreveu acerca de relações começaram ou pioraram depois do (EVENTO) ou de outros eventos traumáticos que tenha experienciado? Acha que estão relacionados com o [EVENTO]? De que forma?)</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>Para aqueles a que o evento traumático base ocorreu há já algum tempo (e.x., na infância): Estes problemas com relações parecem estar relacionados com as suas experiências traumáticas? Por exemplo, algumas pessoas com [evento base] dizem ter reparado que pessoas que não passaram pela mesma experiência não têm os mesmos sentimentos ou problemas.</p> <p><u>Rodeie:</u> Relação ao Trauma = <i>Definitiva</i> <i>Provável</i> <i>Pouco Provável</i></p>		

Critérios de Incapacidade

Incapacidade de funcionamento social

No último mês, estes problemas com emoções, crenças sobre si próprio e com relações afetaram a qualidade das suas relações ou vida social? De que modo? [Considerar a incapacidade no funcionamento social descrito nos itens anteriores]	0	<i>Sem Impacto Adverso</i>
	1	<i>Impacto Suave, incapacidade mínima</i>
	2	<i>Impacto Moderado, clara incapacidade, mas muitos aspetos permanecem intactos</i>
	3	<i>Impacto Severo, grande incapacidade, poucos aspetos permanecem intactos</i>
	4	<i>Impacto Extremo, pouco ou nenhum funcionamento social</i>

Incapacidade em funcionamento ocupacional ou outro importante

[Se não for claro:] Encontra-se empregado? [Se sim:] No último mês, estes problemas com emoções, crenças sobre si mesmo e com relações têm afetado o seu trabalho ou a sua capacidade para trabalhar? De que forma? [Considerar a história laboral descrita, incluindo número e duração de empregos, bem como a qualidade das relações de trabalho. Se o funcionamento pré-mórbido não for claro, questionar acerca das experiências laborais antes do trauma. Para traumas na adolescência/infância, avaliar o aproveitamento académico antes do trauma e a possibilidade de problemas de comportamento] [Se não:] Estes afetaram mais alguma parte importante da sua vida? [Sugerir exemplos como a parentalidade, tarefas, trabalho escolar, trabalho voluntário, etc.] De que modo?	0	<i>Sem Impacto Adverso</i>
	1	<i>Impacto Suave, incapacidade mínima</i>
	2	<i>Impacto Moderado, clara incapacidade, mas muitos aspetos permanecem intactos</i>
	3	<i>Impacto Severo, grande incapacidade, poucos aspetos permanecem intactos</i>
	4	<i>Impacto Extremo, pouco ou nenhum funcionamento ocupacional/outro</i>

Validade Global

Estime a validade geral das respostas. Considere fatores como a conformidade com a entrevista, estado mental (e.x., problemas com concentração, compreensão de itens, dissociação), e a evidência de esforços para exagerar ou minimizar sintomas.	0	<i>Excelente, não há razões para suspeitar de respostas inválidas</i>
	1	<i>Boa, existem fatores que podem afetar a validade</i>
	2	<i>Fraca, existem fatores que definitivamente afetam a validade</i>
	3	<i>Má, validade substancialmente reduzida</i>
	4	<i>Respostas Inválidas, estado mental muito deficitário e possibilidade de estar a fingir sintomas</i>

Parte 3: Diagnosticar Perturbação de Personalidade Borderline

Instruções para o entrevistado

Agora vou fazer-lhe algumas questões mais específicas acerca do tipo de pessoa que é

(10) - Esforços frenéticos para evitar abandono real ou imaginário [Não incluir comportamento suicida ou de automutilação abordado no item 14]

Fica frenético, frequentemente, quando pensa que alguém de que gosta está prestes a abandoná-lo?	?	Informação inadequada
O que fez?	1	Ausente ou falso
[Se não for claro] Ameaçou essa pessoa ou implorou-lhe?	2	Abaixo do limite
Há quanto tempo tem estes problemas/sintomas/tendências?		
<input type="checkbox"/> desde a infância (até aos 11)?		
<input type="checkbox"/> desde a adolescência (12-18)?		
<input type="checkbox"/> desde que é jovem adulto (19-25)?	3	Limite ou verdadeiro
<input type="checkbox"/> apenas na idade adulta(26+) ?		
	3 = vários exemplos	

(11) - Um padrão intenso e instável de relações interpessoais caracterizado por alternância entre extremos de idealização e de desvalorização

As relações com as pessoas com que se preocupa muito são cheias de altos e baixos?	?	Informação inadequada
Fale-me sobre elas.	1	Ausente ou falso
[Se não for claro] Houve Alturas em que pensou que essas pessoas eram tudo aquilo que desejava e depois outras alturas em que pensou que eram terríveis? Quantas das suas relações foram assim?	2	Abaixo do limite
Há quanto tempo tem estes problemas/sintomas/tendências?		
<input type="checkbox"/> desde a infância (até aos 11)?		
<input type="checkbox"/> desde a adolescência (12-18)?		
<input type="checkbox"/> desde que é jovem adulto (19-25)?	3	Limite ou verdadeiro
<input type="checkbox"/> apenas na idade adulta (26+)?		
	3 = ou uma relação prolongada ou várias relações mais curtas em que os padrões alternados ocorrem pelo menos duas vezes	

(12) - Distúrbios de Identidade: auto-imagem ou sentido de si próprio marcadamente e persistentemente instável [Não incluir comportamento suicida ou de automutilação abordado no item 14]

<p>a. Já alguma vez, de repente, o seu sentido de quem é e dos seus objectivos, mudou?</p>	?	Informação inadequada
<p>Pode dar-me alguns exemplos disso? [<i>Não incluir as incertezas normais da adolescência</i>]</p>	1	Ausente ou falso
<p>b. O seu sentido de quem é costuma mudar drasticamente?</p> <p>Pode falar-me mais acerca disso?</p>	2	Abaixo do limite
<p>c. Age de maneira diferente quando está com determinadas pessoas ou em determinadas situações, o que faz com que algumas vezes não saiba quem realmente é?</p> <p>Dê-me alguns exemplos disso. (Sente-se assim muitas vezes?)</p> <p>d. Já teve muitas mudanças nos seus objectivos, planos de carreira, crenças religiosas e outros?</p> <p>Pode falar-me mais acerca disso?</p>	3 <i>3 = reconhece traços</i>	Limite ou verdadeiro
<p>Há quanto tempo tem estes problemas/sintomas/tendências?</p> <p><input type="checkbox"/> desde a infância (até aos 11)?</p> <p><input type="checkbox"/> desde a adolescência (12-18)?</p> <p><input type="checkbox"/> desde que é jovem adulto (19-25)?</p> <p><input type="checkbox"/> apenas na idade adulta (26+)?</p>		

(13) - Impulsividade em pelo menos duas áreas que podem ser auto destruidoras (e.x.: gastos, sexo, abuso de substâncias, condução perigosa, compulsão alimentar) [Não incluir comportamento suicida ou de automutilação abordado no item 14].

<p>Faz coisas impulsivas com frequência? Que tipo de coisas?</p> <p>[Se não for claro] Comprou coisas acima das suas capacidades? ... teve relações sexuais com pessoas que mal conhecia ou praticou sexo inseguro?... Bebeu demasiado ou usou drogas? ... Conduziu de modo perigoso? ...Comeu incontrolavelmente?</p> <p>[Se sim a algum dos anteriores] Fale-me mais acerca disso. Com que frequência é que acontece? Que tipo de problemas é que lhe tem causado?</p> <p>Há quanto tempo tem estes problemas/sintomas/tendências?</p> <p><input type="checkbox"/> desde a infância (até aos 11)?</p> <p><input type="checkbox"/> desde a adolescência (12-18)?</p> <p><input type="checkbox"/> desde que é jovem adulto (19-25)?</p> <p><input type="checkbox"/> apenas na idade adulta (26+)?</p>	<p>?</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p><i>3 = grande variedade de exemplos que indicam um padrão de comportamentos impulsivos (não necessariamente limitado aos exemplos acima)</i></p>	<p>Informação inadequada</p> <p>Ausente ou falso</p> <p>Abaixo do limite</p> <p>Limite ou verdadeiro</p>
--	---	--

(14) - Comportamentos recorrentes de suicídio, gestos, ameaças ou de automutilação

<p>a. Já tentou magoar-se ou matar-se ou ameaçou fazê-lo quando se sente angustiado ou frustrado?</p> <p>Pode falar-me mais acerca disso?</p> <p>b. Já se cortou, queimou ou arranhou de propósito?</p> <p>Há quanto tempo tem estes problemas/sintomas/tendências?</p> <p><input type="checkbox"/> desde a infância (até aos 11)?</p> <p><input type="checkbox"/> desde a adolescência (12-18)?</p> <p><input type="checkbox"/> desde que é jovem adulto (19-25)?</p> <p><input type="checkbox"/> apenas na idade adulta (26+)?</p>	<p>?</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p><i>3 = dois ou mais eventos sem episódio depressivo major</i></p>	<p>Informação inadequada</p> <p>Ausente ou falso</p> <p>Abaixo do limite</p> <p>Limite ou falso</p>
---	--	---

(15) - Instabilidade afetiva devido a uma marcada reação de humores (ex.: disforia episódica intensa, irritabilidade, ou ansiedade que costuma durar algumas horas e raramente mais do que alguns dias).

Tem muitas mudanças de humor repentinas?	?	Informação inadequada
Pode falar-me mais acerca disso?	1	Ausente ou falso
[Se não for claro] Quanto tempo é que o seu mau humor dura? Com que frequência é que estas mudanças de humor acontecem? Quão repentinamente é que o seu humor muda?	2	Abaixo do limite
Há quanto tempo tem estes problemas/sintomas/tendências?	3	Limite ou verdadeiro
<input type="checkbox"/> desde a infância (até aos 11)? <input type="checkbox"/> desde a adolescência (12-18)? <input type="checkbox"/> desde que é jovem adulto (19-25)? <input type="checkbox"/> apenas na idade adulta (26+)?	3 = reconhece traços	

(16) - Sentimentos crónicos de vazio

Costuma sentir-se vazio?	?	Informação inadequada
Pode falar-me mais acerca disso?	1	Ausente ou falso
Há quanto tempo tem estes problemas/sintomas/tendências?	2	Abaixo do limite
<input type="checkbox"/> desde a infância (até aos 11)? <input type="checkbox"/> desde a adolescência (12-18)? <input type="checkbox"/> desde que é jovem adulto (19-25)? <input type="checkbox"/> apenas na idade adulta (26+)?	3	Limite ou verdadeiro
	3 = reconhece traços	

(17) - Raiva inapropriada, intensa e difícil de controlar (ex.: mau humor frequente, raiva constante, lutas físicas recorrentes)

<p>Enerva-se com frequência ou fica tão zangado que perde o controle?</p>	<p>?</p>	<p>Informação Inadequada</p>
<p>Pode falar-me sobre isso?</p>	<p>1</p>	<p>Ausente ou falso</p>
<p>Bate em pessoas ou atira coisas quando fica zangado?</p> <p>Pode falar-me sobre isso?</p>	<p>2</p>	<p>Abaixo do limite</p>
<p>[Se não for claro] Isto acontece com frequência?</p> <p>As pequenas coisas também o fazem ficar zangado?</p> <p>Em que circunstâncias é que isto acontece?</p> <p>[Se não for claro] Isto acontece com frequência?</p>	<p>3</p> <p><i>3 = reconhece traços e dá pelo menos um exemplo ou vários</i></p>	<p>Limite ou verdadeiro</p>
<p>Há quanto tempo tem estes problemas/sintomas/tendências?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> desde a infância (até aos 11)? <input type="checkbox"/> desde a adolescência (12-18)? <input type="checkbox"/> desde que é jovem adulto (19-25)? <input type="checkbox"/> apenas na idade adulta (26+)? 		

Folha de Cotação

Nome: _____ ID#: _____ Estudo: _____
 Data: _____

Parte 1. Sintomas de PTSD Segundo o ICD-11	Pontuação	Preenche Critérios?
(A) Exposição a um evento traumático		
(B) Reexperienciar sintomas		
(1) Sonhos angustiantes		
(2) Recordações claramente intrusivas		
Apenas recordações intrusivas rápidas		
Perdido em memórias angustiantes		
Perda de control e agir como se estivesse de volta a um evento angustiante		
Perder o "fio à meada" devido a uma memória passada		
Reage a pessoas ou a situações como se estivesse de volta ao evento traumático		
(3) angústica psicológica quando exposto a estímulos		
Precisa de pelo menos 1 item com resultados ≥ 2		
(C) Sintomas de evitamento		
(4) Evitamento de sentimentos ou pensamentos		
(5) Evitamento de atividades, locais ou pessoas		
Precisa de pelo menos 1 item com resultados ≥ 2		
(D) Sintomas de Hiperactivação		
(6) Hipervigilância		
(7) Resposta de sobressalto exagerada		
Precisa de pelo menos 1 item com resultados ≥ 2		
(E) Critérios de incapacidade		
Funcionamento social incapacitado		
Funcionamento ocupacional incapacitado		
Precisa de pelo menos 1 item com resultados ≥ 2		
(F) Duração dos sintomas > do que algumas semanas		
Preenche os critérios: A,B,C,D,E & F para o diagnóstico de PTSD		

Parte 2. Sintomas de PTSD Complexo Segundo o CID-11	Pontuação	Preenche os critérios?
(7a) Regulação emocional - Hiperactivação		
Reagir intensamente a coisas que parecem não afetar tanto os outros		
Dificuldades em acalmar-se		
Sentimentos facilmente magoados		
Raiva incontrolável		
Comportamento despreocupado ou perigoso		
Total		
Precisa de uma pontuação ≥ 10 e de ser relacionado com o trauma		
(7b) Regulação emocional - Desactivação		
Sentir-se entorpecido ou emocionalmente desligado		
Dificuldades em experienciar prazer ou alegria		
Desrealização		
Despersonalização		
Total		
Precisa de uma pontuação ≥ 8 e de ser relacionado com o trauma		
(7c) Problemas em nomear sentimentos		
(8) Auto-conceito negativo		
Sentir-se um falhado		
Sentir-se inútil		
Sentir-se envergonhado		
Sentir-se culpado		
Total		
Precisa de uma pontuação ≥ 8 e de ser relacionado com o trauma		
(9) Relações perturbadas		
Sentir-se distante ou à parte dos outros		
Dificuldades em aproximar-se emocionalmente de outros		
Evitamento de relações		
Precisa de uma pontuação ≥ 6 e de ser relacionado com o trauma		
Preenche os critérios adicionais para PTSD Complexo: Quer $7a \geq 10$ ou $7b \geq 8$ e $8 \geq 8$ e $9 \geq 6$ e descreve incapacidade funcional		
Preenche critérios para PTSD & PTSD Complexo		

Parte 3. Perturbação de Personalidade Borderline Segundo o DSM-IV	Pontuação	Preenche os critérios? (pontuar 3)
(10) Medo de abandono		
(11) Relações instáveis		
(12) Distúrbio de identidade		
(13) Impulsividade		
(14) Tentativas de suicídio ou comportamentos de automutilação		
(15) Instabilidade afectiva		
(16) Sentimentos crónicos de vazio		
(17) Raiva problemática		
(18) Ideação paranoide ou dissociação		
Preenche os critérios para Perturbação Borderline: Pelo menos 5 itens (10-18) são pontuados "3"		
Pontuação total:		