

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA-IPUB

Centro de Ciências da Saúde - CCS
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Transtorno do Estresse Pós-traumático – Comorbidade,
Qualidade de Vida e Trauma por Exposição Vicária (filme comercial)

ALEXANDRE XAVIER GOMES DE ARAUJO

Dissertação de Mestrado submetida ao Corpo Docente do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental - PROPSAM do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do Grau de Mestre em Psiquiatria.

Orientador: Prof. Mauro Victor Mendlowicz
Doutor em Psiquiatria

Co-orientador: Prof. Ivan Luiz Vasconcellos Figueira
Doutor em Psiquiatria

RIO DE JANEIRO
Janeiro/2016

Araujo Alexandre Xavier Gomes

Transtorno do Estresse Pós-traumático – a) Comorbidade e Qualidade de Vida; b) / Alexandre Xavier Gomes de Araujo. Rio de Janeiro: UFRJ, Instituto de Psiquiatria, 2016. xiv, 112f. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, 2016.

Orientador: Mauro Mendlowicz

1. Transtorno do Estresse Pós-traumático. 2. Comorbidade e qualidade de vida. 3. Trauma por exposição a filme comercial # I. Título: Transtorno do Estresse Pós-traumático – Comorbidade, qualidade de vida e trauma por exposição vicária (filme comercial). II. Mendlowicz, Mauro. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Psiquiatria.

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA-IPUB

Centro de Ciências da Saúde - CCS
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Transtorno do Estresse Pós-traumático – Comorbidade,
Qualidade de Vida e Trauma por Exposição Vicária (filme comercial)

ALEXANDRE XAVIER GOMES DE ARAUJO

Dissertação de Mestrado submetida ao Corpo Docente do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental - PROPSAM do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do Grau de Mestre.

Aprovada por:

Prof. Mauro Victor Mendlowicz

Doutor em Psiquiatria

Prof. Elie Cheniaux

Doutor em Psiquiatria

Prof.^a Valéria Pagnin

Doutora em Psiquiatria

RIO DE JANEIRO
Janeiro/2016

Agradecimentos

Ao meu orientador e professor, Mauro Mendlowicz, por sua inteligência, sagacidade, vasta cultura geral e humor perspicaz, dos quais eu tenho desfrutado e aprendido há cerca de dez anos, seja no dia a dia do ambulatório, nas paradas para o cafezinho ou nas caminhadas até o ponto de ônibus, onde as frases e citações marcantes escorrem com naturalidade e eu corro para recolhê-las talvez ao antigo modo da escola peripatética. A ele por ter me ajudado sempre a manter uma consciência externa e não contaminada diante das dificuldades.

Ao professor Ivan Figueira, por, juntamente com o professor Mauro, ter me recebido no ambulatório de transtorno de estresse pós-traumático em 2005, por conjugar simplicidade e humanidade ao seu grande patamar de conhecimento e ter dedicado grande parte de seu precioso tempo a me ajudar nessa caminhada. Algo que eu nunca poderei retribuir. E mais, por estar sempre estendendo a mão a todos nós com seu constante bom humor, disponibilidade e gentileza.

Ao professor William Berger, por sua ajuda imprescindível e certa em vários momentos, sua persistência e disponibilidade.

À Professora Carla Marques-Portella, presença sempre suave, gentil, e amparadora, que fez parte significativa de meus primeiros anos no ambulatório.

À Mariana Pires Luz e Luiz Felipe Pagotto por ter ajudado a me empurrar para frente desfazendo as obstruções no caminho.

Ao Professor Evandro Silva Freire Coutinho, que trafega com a serenidade de um monge zen e leveza de um artista pelos emaranhados da estatística abrindo caminhos com habilidade e criatividade.

A toda essa equipe do ambulatório de TEPT, que se distingue por uma gentileza singular, um clima amigável e companheirismo, que há tantos anos faz a minha semana começar feliz nas terças pela manhã.

A meu pai, Lauro Gomes de Araujo, que sempre procurou me conduzir ao entendimento da vida em numerosas conversas. “E em seus olhos era tanto brilho que mais que seu filho eu virei seu fã”.

A minha mãe, Sônia Maria Xavier G. de Araujo, que sempre funcionou como guia para a alma, estendendo seu fio de Ariadne pelos labirintos da vida.

RESUMO

Introdução: O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é um tipo de transtorno que se desenvolve a partir de um evento traumático e pode causar sério impacto na qualidade de vida. Nenhum estudo analisou o impacto das condições de comorbidade sobre a qualidade de vida (QV) de pacientes com diagnóstico primário de TEPT. Além disso, relatos sugerem que mesmo exposições vicárias, como assistir a filmes comerciais, podem causar transtornos psiquiátricos semelhantes ao TEPT em populações vulneráveis. O recente desenvolvimento e emprego da realidade virtual pela indústria cinematográfica pode aumentar o impacto psicológico dos filmes.

Objetivos: 1 - investigar a influência de comorbidades na QV de pacientes ambulatoriais com TEPT que buscavam tratamento. 2 - Investigar se a exposição não experimental a filmes comerciais poderia desencadear uma síndrome TEPT-simile.

Métodos: 1 - Os diagnósticos de TEPT e das comorbidades foram estabelecidos utilizando o *SCID-I*. Os 54 voluntários também concluíram o *Posttraumatic Stress Disorder Checklist* - versão civil, o *BDI*, o *BAI*, o *Trauma History Questionnaire*, e um questionário sócio-demográfico. A qualidade de vida foi avaliada por meio do *WHOQOL-BREF*, uma escala de auto-preenchimento, contendo 26 itens que medem quatro domínios de qualidade de vida: psicológico, físico, social e ambiental. Modelos de regressão linear foram ajustados para investigar a relação entre a gravidade dos sintomas pós-traumáticos, de humor e de ansiedade; a presença de comorbidades atuais específicas e de sintomas psicóticos, o número de comorbidades atuais, e história de abuso infantil para cada um dos quatro domínios da qualidade de vida, após ajuste para o efeito das características sociodemográficas. 2 - Relatamos um caso de uma menina de 10 anos que foi exposta a um filme comercial e desenvolveu uma síndrome TEPT-simile que durou seis anos. Em seguida, realizamos uma revisão sistemática da literatura em busca de outros casos de síndrome TEPT-simile induzida por filmes comerciais.

Resultados: 1 - A gravidade dos sintomas de TEPT teve um impacto negativo sobre os domínios psicológico e físico. A gravidade dos sintomas depressivos correlacionou-se negativamente com a qualidade de vida em todos os domínios, independentemente de sexo, idade, ocupação e estado civil. A presença de sintoma psicótico teve impacto negativo no domínio ambiental. História de abuso infantil foi negativamente associado com os domínios psicológico e social da qualidade de vida. 2 – O paciente preencheu todos critérios do DSM-IV TR para TEPT, exceto o

critério A, conforme entrevista clínica estruturada para DSM-IV TR (SCID). Treze casos de sofrimento mental grave induzida por filmes comerciais foram relatados na literatura. Em apenas dois desses casos, a presença dos critérios do DSM necessários para TEPT (exceto o critério A) foi investigada e confirmada.

Conclusões: 1 - A gravidade dos sintomas depressivos em comorbidade é um dos fatores mais importantes na determinação da qualidade de vida em pacientes com TEPT. 2 - Embora pouco estudada, a exposição a filmes comerciais pode ser associada com a síndrome TEPT-like em alguns espectadores, especialmente em populações vulneráveis. A difusão das tecnologias baseadas em realidade virtual é susceptível de aumentar o escopo do problema e exigir atenção especial dos pais, educadores, profissionais de saúde mental, e legisladores.

ABSTRACT

Introduction: 1 - Posttraumatic stress disorder (PTSD) is a kind of disorder that develops from a traumatic event and can cause serious impact on quality of life. No study has examined the impact of the comorbid Axis I conditions on the quality of life (QoL) of patients with a primary diagnosis of PTSD. 2 – Furthermore, anecdotal reports suggest that even vicarious exposures, such as watching commercial movies, can cause psychiatric distress PTSD-like in vulnerable populations. The recent development and employment of virtual reality by the movie industry may increase the psychiatric impact of films.

Objective: 1 - Our goal was to investigate the influence of comorbid disorders on the QoL of treatment-seeking outpatients with PTSD. 2 - To investigate whether non-experimental exposure to commercial movie could trigger a PTSD-like syndrome.

Methods: 1 - The diagnoses of PTSD and of the comorbid disorders were established using the SCID-I. The 54 volunteers also completed the Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version, the BDI, the BAI, the Trauma History Questionnaire, and a socio-demographic questionnaire. Quality of life was assessed by means of the WHOQOL-BREF, a 26-item self-administered scale that measures four domains of QoL: psychological, physical, social, and environmental. Multiple linear regression models were fitted to investigate the relationship between the severity of post-traumatic, mood, and anxiety symptoms; the presence of specific current comorbid disorders and of psychotic symptoms, the number of current comorbid conditions, and a history of child abuse for each of the four domains of QoL, after adjusting for the effect of socio-demographic characteristics. 2 - We reported a case of a 10-year-old girl who was exposed to a commercial movie who developed an impairing PTSD-like syndrome that lasted six years. Next we made conducted a systematic review of the literature searching for other PTSD-like syndrome cases induced by commercial movies.

Results: 1 - The severity of PTSD symptoms impacted negatively on the psychological and physical domains. The severity of depressive symptoms correlated negatively with QoL in all domains, independently of sex, age, occupation, and marital status. The psychotic symptoms impacted negatively on the environmental domain. A history of child abuse was negatively associated with the psychological and the social domains. 2 - The patient fulfilled all DSM-IV TR for PTSD, except criterion A, as confirmed by the Structured Clinical Interview for DSM-IV TR (SCID). Thirteen cases of severe mental distress induced by commercial movies were

reported in the literature. In only two of these cases the presence of the required DSM criteria for PTSD (except the criteria A) was investigated and confirmed.

Conclusions: 1 - The severity of comorbid depressive symptoms is one of the most important factors in the determination of the QoL in patients with PTSD. 2 – Although understudied, the exposure to commercial movies may be associated with PTSD-like syndrome in some viewers, especially in vulnerable populations. The dissemination of virtual reality based-technologies is likely to increase the scope of this problem and demand additional attention from parents, educators, mental health professionals, and legislators.

LISTA DE SIGLAS

AoD (A/D)	abuso/dependência de álcool e drogas
BAI	do inglês, <i>Beck's Anxiety Inventory</i>
BDI	do inglês, <i>Beck's Depression Inventory</i>
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DSM	do inglês, <i>Diagnostic and Statistical Manual</i>
MDD	do inglês, <i>Major Depressive Disorder</i>
OCD	do inglês, <i>Obsessive-compulsive disorder</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCL-C	do inglês, <i>Posttraumatic CheckList-Civilian Version</i>
PD	do inglês, <i>Panic disorder</i>
PTSD	do inglês, <i>Posttraumatic stress disorder</i>
QoL	do inglês, <i>Quality of Life</i>
TDM	Transtorno depressivo maior
TCC	Terapia cognitivo-comportamental
TEPT	Transtorno do estresse pós-traumático
THQ	do inglês, <i>Trauma History Questionnaire</i>
TOC	Transtorno obsessivo-compulsivo
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
WHOQOL-BREF	do ingles <i>World Health Organization Quality of Life</i>

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I - Critérios Diagnósticos para o Transtorno do Estresse Pós-Traumático Segundo a Quarta Edição Revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV-TR).....	53
ANEXO II – Formulário de consentimento informado	55
ANEXO III – Formulário de consentimento informado (2) <i>Consent Form for Case Reports</i>	56
ANEXO IV – Versão em português da <i>PTSD Checklist - Civilian Version</i> (PCL-C) ...	58
ANEXO V – Versão em português do <i>Beck Depression Inventory</i> (BDI)	59
ANEXO VI – Versão em português do <i>Beck Anxiety Inventory</i> (BAI)	62
ANEXO VII – Versão em português do <i>World Health Organization Quality of Life</i> (WHOQOL-BREF).....	63
ANEXO VIII – Artigos	70
ANEXO VIII.1 – Comorbid depressive symptoms in treatment-seeking PTSD outpatients affect multiple domains of quality of life	70
ANEXO VIII.2 – Can commercial movies induce PTSD-like syndrome?	79

SUMÁRIO

FOLHA DE ROSTO.....	2
FICHA CATALOGRÁFICA.....	3
AGRADECIMENTOS.....	4
RESUMO	6
ABSTRACT	8
LISTA DE SIGLAS.....	10
LISTA DE ANEXO	11
SUMÁRIO	12
1. INTRODUÇÃO	14
1.1. DEFINIÇÃO DE TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT).....	14
1.2. HISTÓRICO DO CONSTRUCTO DE TEPT.....	14
1.3. DIAGNÓSTICO DE TEPT.....	17
1.4. COMORBIDADE E QUALIDADE DE VIDA	19
2. JUSTIFICATIVA	21
3.A COMORBIDADE COM SINTOMAS DEPRESSIVOS EM PACIENTES AMBULATORIAIS COM TEPT AFETA VÁRIOS DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA.....	24
3.1. OBJETIVOS	24
3.2. PARTICIPANTES E MÉTODOS.....	24
3.3. PROBLEMAS ÉTICOS	28
3.4. RESULTADOS.....	29
3.5. DISCUSSÃO.....	30
4. FILMES COMERCIAIS PODEM INDUZIR UMA SÍNDROME TEPT-SÍMILE?	35
4.1. OBJETIVO	35
4.2. RELATO DE CASO.....	35

4.3. MÉTODOS.....	40
4.4. RESULTADOS	40
4.5. DISCUSSÃO.....	43
 5. CONCLUSÕES	 45
 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 46
 7. ANEXOS	 53

1. INTRODUÇÃO

1.1. DEFINIÇÃO

O Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é um tipo de transtorno que resulta da exposição a um ou mais acontecimentos traumáticos. O seu quadro clínico é dominado por três grupamentos de sintomas: revivescência do evento traumático; evitação de estímulos associados ao trauma e entorpecimento da capacidade geral de resposta; e excitação persistentemente elevada. TEPT é uma doença grave que pode afetar a pessoa como um todo, prejudicando o funcionamento psicossocial e ocupacional e diminuindo o bem-estar geral. Mesmo tarefas diárias, como dirigir um carro ou resolver questões cotidianas, podem ser dificultadas se um indivíduo evita estas atividades por reativarem memórias traumáticas dolorosas (Schnurr, Lunney, Bovin & Marx, 2009).

1.2. HISTÓRICO DO CONSTRUCTO DO TEPT

A reação do ser humano ao estresse, principalmente a partir das experiências de guerra, sempre despertou grande interesse e tem recebido diversos nomes desde o fim do século 19 e início do século 20. A “síndrome do coração irritável” foi descrita por ocasião da guerra civil americana (Figueira & Mendlowicz, 2003). Durante a primeira guerra mundial milhares de soldados foram tratados para o então chamado “choque da granada”, uma condição que englobava uma série de sintomas físicos e psicológicos. Segundo Forsyth, “A detonação, o flash, o calor da explosão, o impacto do deslocamento de ar, o tremor no chão, a sufocação pelos vapores acres que ocorrem com os explosivos atacam praticamente todos os sentidos ao mesmo tempo” (Forsyth, 1915). O “choque da granada” ficou sendo visto como um poderoso emblema do sofrimento de guerra (Loughran, 2010), de acordo com a ideia inicial de que a injúria física é que levaria ao trauma psicológico, a partir do impacto de forças físicas no sistema nervoso central produzindo uma desconexão temporária. Outras terminologias foram empregadas - “choque traumático”, “neurose traumática”, “choque nervoso”, “neurose de guerra”, “exaustão de combate”. Em oposição àquela ideia inicial, Freud descreveu a “neurose de ansiedade” em aproximação ao conceito

de histeria, considerando que memórias reprimidas provenientes de eventos traumáticos é que gerariam sintomas físicos (Turnbull, 1998).

A publicação do DSM-I (American Psychiatric Association, 1952), que coincidiu com a guerra da Coréia, incluiu o termo “reação maciça ao estresse” (Andreasen, 2004), que representava uma resposta transitória ao estresse físico ou emocional. Esclarecia que, se a reação persistisse, o termo deveria ser considerado como diagnóstico temporário até que um diagnóstico definitivo fosse estabelecido. “O estresse particular envolvido deverá ser especificado como (1) combate ou (2) catástrofe civil.” O DSM-II (American Psychiatric Association, 1968) eliminou a categoria de “reação maciça ao estresse” por razões desconhecidas. Talvez por sua publicação ter coincidido com um período de relativa paz global.

Descrições de reações ao estresse intenso apareceram na Classificação Internacional de Doenças, nona edição (CID 9) e isto forneceu um dos guias principais para a definição original de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) na terceira edição do DSM em 1980.

O DSM-III (American Psychiatric Association, 1980). foi, então, o primeiro a reconhecer oficialmente o TEPT como uma classificação diagnóstica distinta. O diagnóstico, que inicialmente focou em veteranos de guerra e sobreviventes do holocausto, vem se estendendo a uma ampla variedade de populações traumatizadas, como vítimas de estupro, abuso infantil, acidente de trânsito, desastres e violência doméstica. A edição revisada do DSM III incluiu o importante sintoma da esquiva no critério diagnóstico. A atitude de esquiva compreende tudo aquilo que lembre o estressor traumático e parece constituir uma defesa contra uma piora sintomática, o que enfatizou a importância do estressor como causa para os sintomas do TEPT. O evento traumático seria necessariamente uma experiência extrema, incomum, ameaçadora à vida, integridade física - própria ou de terceiros - tal como se reflete nas elaborações subsequentes do critério diagnóstico A nas respectivas edições do DSM, conforme se segue:

DSM-III Critério A (1980)

Existência de um estressor reconhecível que evocaria sintomas de estresse em quase qualquer um.

DSM-III-R Critério A (American Psychiatric Association,1987)

A pessoa experienciou um evento que está fora da experiência humana usual e que seria marcadamente estressante para quase todo mundo, isto é, ameaça séria à vida ou à integridade física; séria ameaça ou dano a filhos, esposa ou outros parentes e amigos próximos; destruição repentina da casa ou comunidade; ou ver outra pessoa que recentemente foi ou está sendo seriamente ferida ou morta como resultado de acidente ou violência física.

DSM-IV Critério A (American Psychiatric Association,1994)

- (1) a pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolveram morte ou grave ferimento, reais ou ameaçados, ou uma ameaça à integridade física, própria ou de outros;
 - (2) a resposta da pessoa envolveu intenso medo, impotência ou horror.
- Nota: Em crianças, isto pode ser expressado por um comportamento desorganizado ou agitado.

Portanto, a presença do evento traumático tem sido mantida como condicionante fundamental para o diagnóstico de TEPT, constituindo seu fator etiológico mais potente. Na definição inicial, do DSM-III, o evento traumático precisaria ser traumático para o senso comum. No entanto, pesquisas posteriores mostraram que eventos traumáticos para uma parcela da população não o seriam para a maior parte dela (Breslau & Kessler, Ronald, 1998, Breslau & Kessler, 1992). A redefinição do critério A no DSM-IV, por outro lado, abriu espaço para a discussão em torno da exposição vicária como geradora de trauma. A nova edição do DSM respondeu com um critério A ainda mais restritivo quanto à subjetividade, conforme exposto a seguir.

1.3 DIAGNOSTICO DE TEPT

DSM V (American Psychiatric Association, 2013)

A. A pessoa foi exposta a um ou mais dos seguintes eventos: morte ou ameaça de morte; ferimento grave, real ou ameaçado; ou violência sexual, real ou ameaçada; em uma ou mais das seguintes maneiras:**

- (1) Vivenciando o(s) evento(s) ela própria.
- (2) Testemunhando, pessoalmente, o(s) evento(s) no momento que ele(s) ocorre(m) com os outros.
- (3) Sabendo de evento(s) que aconteceu a um parente ou amigo próximos; nestes casos a morte ou ameaça de morte deve ser violenta ou acidental.
- (4) Experimentar exposição extrema ou repetida a detalhes aversivos do evento(s) (p. ex., socorristas recolhendo partes de corpos; policiais repetidamente expostos a detalhes sobre abuso infantil); isto não se aplica a exposição através de mídia eletrônica, televisão, filmes ou fotografias, a não ser que essa exposição seja relacionada ao trabalho.

B. Sintomas intrusivos que estão associados com o(s) evento(s) traumático(s) (que começaram após o(s) evento(s)) evidenciados por um ou mais dos seguintes quesitos:

- (1) Lembranças do trauma aflitivas, recorrentes, intrusivas, espontâneas ou ativadas por indícios. **Nota:** Em crianças, podem ocorrer jogos repetitivos nos quais temas ou aspectos do(s) evento(s) traumático(s) são expressos.
- (2) Sonhos aflitivos recorrentes nos quais o conteúdo ou emoções estão relacionados ao(s) evento(s) traumático(s). **Nota:** Em crianças, podem ocorrer sonhos amedrontadores sem um conteúdo identificável.***
- (3) Reações dissociativas (p. ex., *flashbacks*) nas quais o indivíduo sente ou age como se o(s) evento(s) traumático(s) estivesse(m) acontecendo novamente (tais reações em um *continuun*, sendo a expressão extrema a perda completa da consciência do ambiente ao seu redor). **Nota:** Em crianças, reencenações específicas do evento traumático podem ocorrer em brincadeiras.
- (4) Sofrimento psicológico intenso ou prolongado quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do(s) evento(s) traumático(s).
- (5) Reatividade fisiológica significativa a indícios lembram o(s) evento(s) traumático(s).

C. Esquiva persistente de estímulos associados com o(s) evento(s) traumático(s) (que começaram após o(s) evento(s) traumático(s)), indicados por esforços para evitar um (ou mais) dos seguintes:

- (1) Evitar indícios internos (pensamentos, sentimentos ou sensações físicas) que ativem memórias do(s) evento(s) traumático(s).
- (2) Evitar indícios externos (pessoas, locais, conversas, atividades, objetos, situações) que ativem memórias do(s) evento(s) traumático(s).

D. Alterações negativas da cognição e humor, que estão associadas ao(s) evento(s) traumático(s) (que começaram ou agravaram após o(s) evento(s) traumático(s)), evidenciadas por três ou mais das seguintes: **Nota:** Em crianças evidenciadas por dois ou mais das seguintes:

- (1) Incapacidade de lembrar um aspecto importante do(s) evento(s) traumático(s) (tipicamente amnésia dissociativa; não devido a traumatismo craniano, álcool ou drogas).
- (2) Expectativas exageradamente negativas e persistentes sobre si mesmo, sobre os outros ou sobre o mundo (p.ex., "eu sou mau", "ninguém pode confiar em mim", "eu perdi minha alma para sempre", "todo o meu sistema nervoso está permanentemente arruinado", "o mundo é um lugar totalmente perigoso").
- (3) Culpa persistentemente a si ou a outros, de maneira distorcida, pelas causas ou consequências do(s) evento(s) traumático(s).
- (4) Estados emocionais negativos invasivos - p. ex., medo, horror, raiva, culpa ou vergonha.
- (5) Redução acentuada do interesse ou da participação em atividades significativas.
- (6) Sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas.
- (7) Incapacidade persistente de experimentar emoções positivas (p. ex., incapacidade de ter sentimentos amorosos, embotamento psíquico).

E. Alterações da excitabilidade e da reatividade que estão associados com o(s) evento(s) traumático(s) (que começaram ou agravaram após o(s) evento(s) traumático(s)), evidenciados por três ou mais dos seguintes quesitos: **Nota:** Em crianças, evidenciado por dois ou mais dos seguintes:****

- (1) Irritabilidade ou comportamento agressivo.
- (2) Comportamento imprudente ou autodestrutivo.
- (3) Hipervigilância.
- (4) Resposta de sobressalto exagerada.
- (5) Problemas de concentração.
- (6) Perturbações do sono -- p.ex. dificuldade em iniciar ou manter o sono, sono não reparador.

F. A duração da perturbação (sintomas dos Critérios B, C e D) é superior a um mês.

G. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes na vida do indivíduo.
H. A perturbação não é melhor explicada pelo efeito fisiológico direto de uma substância (p.ex., medicação ou álcool) ou uma condição médica geral (p.ex., trauma crânio-encefálico, coma)
Especificar se: Agudo: se a duração dos sintomas é inferior a três meses. Crônico: se a duração dos sintomas é superior a três meses.
Especificar se: Com início tardio: se o critério diagnóstico não foi atingido até seis meses ou mais após o trauma (apesar de alguns sintomas poderem aparecer antes disso).
a* As manifestações do TEPT durante o desenvolvimento inda estão sendo elaboradas. O termo "manifestações durante o desenvolvimento" no DSM-V refere-se a manifestações específicas para a idade de um ou outro critério usado para se fazer o diagnóstico nos diferentes grupos etários. **Para crianças, a inclusão de perda de um dos pais ou figura de referência está sendo considerada. ***Uma alternativa é manter os critérios do DSM-IV. ****O número ideal de sintomas necessários para adultos e crianças ainda será melhor avaliado através de dados empíricos.

1.4 COMORBIDADES E QUALIDADE DE VIDA

A morbidade intrínseca associada com TEPT é agravada por altas taxas de comorbidades com outros transtornos do eixo I. As comorbidades mais comumente diagnosticadas em pacientes com TEPT são transtorno depressivo maior (TDM), abuso / dependência de álcool e outras drogas [AOD(A/D)] e distúrbios de ansiedade.

Medidas de qualidade de vida (QoL) têm sido cada vez mais usadas para avaliar o impacto complexo e multifacetado de transtornos como TEPT sobre o funcionamento e bem-estar dos pacientes. Não há, no entanto, uma definição universalmente aceita de QoL (Gill & Feinstein, 1992). Paradoxalmente, tem sido sugerido que talvez existam muitas definições de qualidade de vida (Skevington, 2002). Em um esforço para construir o tão necessário consenso, a Organização

Mundial de Saúde (OMS) propôs uma definição de QoL com validade transcultural da seguinte forma: "uma percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações".

Esta proposta satisfaz os requisitos mínimos para uma definição operacional de qualidade de vida para ser usada na investigação e avaliação do estado de saúde. Em primeiro lugar, a maioria dos autores concorda que mais peso deve ser dado para a percepção subjetiva do indivíduo da qualidade da sua própria vida, em vez de parâmetros estritamente objetivos, como renda ou classe social. Em segundo lugar, os especialistas acreditam que a qualidade de vida é melhor abordada como um constructo multidimensional, que abrange um certo número de domínios convencionalmente definidos (isto é, psicológico, físico e social). Por fim, é recomendado que se concentre a atenção em aspectos da experiência pessoal que estão relacionados com a saúde (qualidade de vida relacionada à saúde) (Mendlowicz & Stein, 2000). Vários instrumentos foram desenvolvidos para medir qualidade de vida em ambientes clínicos e de pesquisa, incluindo o que foi criado pela Própria Organização Mundial da Saúde, o WHOQOL.

2. JUSTIFICATIVA

A redução da qualidade de vida (QoL) tem sido relatada em amostras clínicas com TEPT. Uma meta-análise recente (Olatunji, Cisler & Tolin, 2007) identificou quatro estudos controlados indicando QoL substancialmente mais pobre em pacientes com TEPT comparados a condições controle. A literatura que avaliou o impacto dos transtornos de humor e ansiedade na qualidade de vida em pacientes de cuidados primários ou de investigação sem um diagnóstico preliminar de TEPT indica que, em regra, 1) o impacto do TEPT na qualidade de vida é muito superior em termos de gravidade que o de qualquer outro transtorno de ansiedade, 2) este impacto é amplo, repercutindo através de vários domínios da qualidade de vida e 3) o transtorno depressivo maior exerce um impacto na qualidade de vida que é independente, mas comparável com o do TEPT em termos de intensidade e extensão (Beard, Weisberg & Keller 2010). No entanto, observou-se que nenhum estudo até agora examinou o impacto de condições comórbidas altamente prevalentes do eixo I na qualidade de vida em amostras clínicas com um diagnóstico primário de TEPT (Olatunji, Cisler & Tolin, 2007).

Além disso, indivíduos com transtorno depressivo maior podem preencher os critérios diagnósticos B-F para TEPT na ausência de qualquer evento traumático (Bodkin & Poppe, 2007). Portanto, torna-se fundamental para o diagnóstico de TEPT a presença de pelo menos um evento traumático, o que tem sido alvo de continuo debate na literatura quanto à conceituação de "evento traumático" e às condições necessárias de exposição a esse evento. Desde a sua criação, o TEPT conta com uma premissa básica: de que uma classe distinta de eventos (Critério A: o "critério estressor") é causalmente ligada a um conjunto distinto de reações (Critérios B a D: os "critérios de sintomas"). Ou seja, o critério estressor foi concebido como um "gatilho" (Davidson & Foa, 1991), de tal forma que um indivíduo não pode receber um diagnóstico de TEPT sem a ocorrência de um evento traumático. A este respeito, o TEPT difere praticamente de todos os outros diagnósticos no DSM (por exemplo, esquizofrenia, depressão, distúrbios de pânico). Como consequência, o diagnóstico de TEPT assume um ônus da prova que não é compartilhado por outros diagnósticos: ou seja, uma ligação clara entre um estressor precipitante objetivo, e sinais e sintomas decorrentes. Não muito tempo depois da criação do TEPT, Breslau e Davis (1987) desafiaram a validade desta ligação (Breslau, & Davis, 1987). Eles

notaram que a conexão específica estresse-sintoma tinha recebido pouca sustentação de estudos epidemiológicos. Numerosas publicações têm demonstrado uma associação entre eventos não-A e preenchimento dos critérios sintomáticos de TEPT (Rosen & Lillienfeld, 2008). Entre eles surgiram publicações com relatos de surgimento de uma ampla gama de sintomas - desde fobias simples até sintomas psicóticos - após exposição a filmes comerciais, noticiários de TV e documentários. Inúmeros relatos foram produzidos a partir de exposição a notícias na TV a respeito de ataques terroristas, principalmente o ataque de 11 de setembro. Nestes casos há a exposição a um evento traumático real que é presenciado à distância, através da tela da TV. No caso de filmes comerciais, os eventos presenciados podem ser potencialmente reais e vividos como ameaças reais, uma vez que a própria indústria do cinema utiliza mecanismos para facilitar a empatia com a vítima em cena e provocar a "suspensão da descrença" – que ocorre quando a consciência da realidade é inibida e o espectador vive o filme temporariamente como se fosse real.

Portanto, testemunhar acontecimentos violentos na tela pode ser sentido como terrivelmente real e ter o potencial de induzir danos psicológicos. Em 1975, Bozzuto publicou um relato pioneiro sobre o que chamou "neurose cinematográfica" a respeito de quatro adultos que desenvolveram pânico, distúrbio do sono, flashbacks, pensamentos intrusivos e sintomas psicóticos, após assistir ao clássico de terror "O Exorcista" (Bozzuto, 1975). Em 1978, Robinson e Barnett relataram outro caso de "neurose cinematográfica" após a exposição ao filme "Tubarão" (Robinson & Barnett, 1975). O programa de horror da televisão britânica de 1992 "Ghostwatch" causou sensação nacional porque milhares de espectadores acreditavam que era real. Pelo menos um caso de suicídio foi atribuído a este filme. Uma carta para o British Medical Journal sugeriu que dois meninos de 10 anos de idade apresentaram transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) após assisti-lo. O debate que se seguiu na seção de correspondência do BMJ levantou a questão de se saber se a exposição a um filme comercial é suficiente para desencadear TEPT (Forbes & McClure, 1994; Baillie Marjorie, Thompson & Kaplan, 1994). Embora uma cena em um filme não seja um evento real, os filmes comerciais têm sido mostrados para provocar reações semelhantes ao TEPT em inúmeros estudos experimentais (Carleton, Sikorski & Gordon, 2010; Weidmann, Conradi, Gröger, Fehm & Fydrich, 2010; Cantor, Byrne, Moyer-Gusé & Riddle, 2010; Johnson, 1980).

A partir dessa justificativa foram geradas duas linhas de pesquisa, que geraram respectivamente dois artigos (em anexo), a saber:

- 1) A comorbidade com sintomas depressivos em pacientes ambulatoriais com TEPT afeta vários domínios da qualidade de vida
- 2) Filmes comerciais podem induzir uma síndrome TEPT-símile?

3. A comorbidade com sintomas depressivos em pacientes ambulatoriais com TEPT afeta vários domínios da qualidade de vida

3.1. Objetivo

Investigar a influência de sintomas e transtornos comórbidos na QV de pacientes ambulatoriais que buscam tratamento com diagnóstico primário de TEPT usando um instrumento com base no conceito de qualidade de vida da OMS, o WHOQOL-BREF.

3.2. Participantes e métodos

3.2.1. Participantes

Os participantes foram indivíduos adultos admitidos para avaliação e tratamento em um ambulatório universitário de TEPT entre 2004 e 2011. Foram recrutados por meio de: 1) referências de médicos (por exemplo, psiquiatras sem formação específica em trauma, médicos de urgências, médicos residentes; 2) entrevistas em TV e jornais sobre TEPT regularmente dada pelos pesquisadores, 3) apresentações orais em sindicatos e associações profissionais cujos membros são expostos à violência (por exemplo, caixas de banco, motoristas de caminhões de entrega), 4) panfletos e cartazes, e 5) boca a boca.

O ambulatório de TEPT onde este estudo foi realizado é parte de um grande instituto psiquiátrico universitário. É o único centro especializado em transtorno de estresse pós-traumático na região metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil, com uma população total de 11,5 milhões de habitantes. O tratamento, incluindo consultas médicas, medicações e terapia cognitivo-comportamental, é fornecido gratuitamente a todos os pacientes.

Os critérios de exclusão eram situações clínicas graves que poderiam interferir com a avaliação e tratamento de TEPT: demência, esquizofrenia, e graves transtornos de personalidade.

3.2.2. Métodos

3.2.2.1. Instrumentos

- Questionário Sociodemográfico

Características sociodemográficas foram avaliadas por meio de um questionário de auto-preenchimento que foi desenvolvido para fins clínicos e de pesquisa pela equipe de autores e empregados em vários de seus estudos anteriores (Fizman, Mendlowicz, et AL, 2008; Lima, Fizman, Marques-Portella, et AL, 2010; Rocha-Rego, Fizman, Mendlowicz, et AL, 2009).

- Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I

A versão em português do Structured Clinical Interview for DSM-IV, Eixo I (SCID-I) (First, Spitzer, Gibbon, Williams, 1997; Del-Bem, Vilela, Crippa, Hallak, Labate, Zuardi, 2001) foi utilizado para avaliar a exposição a eventos potencialmente traumáticos e para estabelecer o diagnóstico de TEPT e de comorbidades com transtornos mentais do Eixo 1. A avaliação do TEPT começa com um questionário geral de triagem que analisa a história de eventos traumáticos durante a vida, incluindo possível abuso na infância. A entrevista SCID inclui também um módulo de rastreio de sintomas psicóticos que codifica a psicose e sintomas associados. Todas as entrevistas SCID foram conduzidas por um dos autores (MVM), que tem uma vasta experiência com este instrumento, eliminando assim a questão da confiabilidade entre avaliadores. Os resultados das entrevistas pelo SCID foram apresentados e discutidos em uma conferência clínica com a equipe de investigação para chegar aos diagnósticos de consenso.

- Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian versão

Os participantes foram convidados a preencher a versão em português do Brasil (Berger, Mendlowicz, Souza, Figueira, 2004) da Pós-traumático Stress Disorder Checklist - versão civil (PCL-C) (Weathers, Litz, Herman, Huska, Keane, 1993), um questionário de 17 itens com base em critérios do DSM-IV, que é um dos mais amplos instrumentos de autopreenchimento usado para o rastreamento de sintomas de estresse pós-traumático em adultos (Elhai, Gray, Kashdan, Franklin 2005; Brewin, 2005). A pontuação PCL-C varia de 17 a 85, com os valores mais elevados implicando sintomas de PTSD mais graves. A versão em português do Brasil da PCL-C foi considerada de boas consistência interna (α de Cronbach = 0,89) e confiabilidade teste-reteste ($r = 0,83$) (Berger, Figueira, Maurat, Bucassio, et al.2007)

- Beck Depression Inventory

A severidade dos sintomas depressivos foi avaliada com a versão em português do Brasil do Beck Depression Inventory (BDI). O BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock, Erbaugh, 1961) é uma das escalas de autopreenchimento mais amplamente utilizada para medir a depressão (Richter, Werner, Heerlein, Kraus, Sauer, 1998). É composto por 21 itens que abrangem diferentes tipos de sintomas depressivos (por exemplo, de humor, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, culpa, idéias suicidas, indecisão, distúrbios do sono, fadigabilidade e perda de apetite). A pontuação para cada item varia de 0 a 3, e a pontuação total, que varia de 0 a 63, é dada pela soma de todos os itens. As características psicométricas da versão brasileira do BDI foram consideradas satisfatórias (Gorenstein, Andrade, Vieira Filho, Tung, Artes 1999)

- Beck Anxiety Inventory

O Beck Anxiety Inventory (BAI) é um inventário de 21 itens de auto-preenchimento de múltipla escolha, que mede os sintomas emocionais, fisiológicos, e cognitivos da ansiedade (Beck, Epstein, Brown, Steer, 2014). Os escores totais variam de 0 a 63 pontos, com escores mais altos indicando maior gravidade dos sintomas. A versão em português do Brasil do BAI foi considerada de boas propriedades psicométricas (Cunha, 2001; Osório, Crippa, Loureiro, 2011).

- WHO's Quality of Life instrument — short version

O WHOQOL-BREF é uma versão mais curta da escala original e multidimensional de auto-preenchimento de 100 itens criada pela OMS, o WHOQOL. O WHOQOL-BREF compreende 26 itens e avalia quatro grandes domínios de qualidade de vida: psicológico, saúde física, relações sociais, e ambientais. Todas as pontuações são dimensionadas em uma direção positiva e variam de 0 a 100 (Skevington, 2002). A versão em português do Brasil do WHOQOL-BREF mostrou boa propriedade psicométrica de confiabilidade, consistência interna e validade de construto quando usada em pacientes deprimidos ambulatoriais (Berlim, Pavanello, Caldieraro, Fleck, 2005).

- Trauma History Questionnaire

O Trauma History Questionnaire (THQ) (Green, 1996) é uma escala de auto-preenchimento de 24 itens que analisa experiências com eventos potencialmente traumáticos, tais como crime, desastre geral e agressões físicas e sexuais, usando um formato sim / não. Para cada evento declarado, os entrevistados são convidados a fornecer a frequência do evento, bem como a sua idade no momento do evento (Hooper, Stockton, Krupnick, Green, 2011). Nós empregamos a versão em português do Brasil da THQ (Fizman, Cabizuca, Lanfredi, Figueira, 2005) para rever história de trauma dos pacientes e para determinar se ele / ela foi física ou sexualmente abusado durante a infância ou adolescência.

- Análise Estatística

Modelos de regressão linear foram ajustados para investigar a relação entre a gravidade dos sintomas pós-traumáticos, de humor e ansiedade (conforme medidos pelas pontuações de base do PCL-C, BDI e BAI, respectivamente) e a presença e o número total de comorbidades com transtornos correntes (transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno do pânico, agorafobia, transtorno de ansiedade social e fobia específica) com cada um dos quatro domínios da qualidade de vida do WHOQOL-BREF. A categoria de diagnóstico de TEPT não pode ser incluída nos modelos de regressão, porque o diagnóstico de TEPT foi o próprio critério de inclusão para o presente estudo. Utilizou-se em vez disso a gravidade dos sintomas pós-traumáticos, tal como medido pela pontuação PCL-C. Da mesma forma, AOD (A / D) e TDM não foram incluídas nos modelos porque suas prevalências correntes eram demasiado baixa (5,6%) e muito elevada (88,9%), respectivamente; a severidade dos sintomas depressivos, avaliada por meio do BDI, foi utilizada como indicador para o último.

Embora a presença de sintomas psicóticos e a história de abuso infantil (avaliada como parte da entrevista SCID regular e, em último caso, corroborada pela THQ) não fossem estritamente partes de nossas hipóteses iniciais sobre comorbidade, eles são fatores clinicamente relevantes sondados pelos nossos instrumentos e conhecidos por afetar negativamente a funcionalidade e o bem-estar (Wegener, Redoblado-Hodge, Lucas, Fitzgerald, Harris, Brennan, 2005; Springer, Sheridan, Kuo, Carnes, 2007); por isso foram incluídas nos modelos.

Algumas categorias clínicas e sócio-demográficas foram colapsadas por causa do pequeno tamanho de suas unidades. O transtorno de pânico com e sem agorafobia e agorafobia sem história de transtorno de pânico foram colapsadas em uma única categoria. Abusos físicos e sexuais precoces foram colapsados sob uma única categoria "história de abuso de crianças". Grupos de estado civil foram colapsados em "estar em um relacionamento estável com um parceiro" vs "nenhum parceiro estável". Com base na versão mais recente da Classificação Internacional das Profissões, International Standard Classification of Occupations (ISCO-08), a ocupação foi dicotomizada em "gerentes, profissionais, técnicos e profissionais de nível intermédio, e trabalhadores de apoio clerical" (grandes grupos de 1 a 4) vs "Categorias restantes" (grandes grupos de 5 a 9).

A estratégia de modelagem foi adaptada de Mickey e Greenland (Mickey, Greenland, 1989). O processo foi concluído em três etapas. No início, todas as variáveis propostas foram testadas em modelos de regressão linear simples com cada um dos quatro escores dos domínios do WHOQOL-BREF como as variáveis dependentes. As variáveis independentes que mostraram valores de p igual ou menor que 0,20 na análise univariada foram selecionadas para o segundo passo, a regressão linear múltipla. Essas variáveis foram, então, incluídas sequencialmente de acordo com seu nível de significância em modelos multivariados que caracterizam cada domínio do WHOQOL como uma variável dependente. Nesta fase, as variáveis com valores de p igual ou inferior a 0,05 foram consideradas estatisticamente significativas e mantidas nos modelos, ao passo que os valores de p entre 0,06 e 0,10 foram considerados como limites significativos. Todos os modelos foram ajustados para sexo, idade, ocupação e estado civil. Finalmente, o melhor ajustamento dos modelos foi determinado com base na estatística R^2 .

3.3. Problemas éticos

A investigação foi conduzida de acordo com a última versão da Declaração de Helsinque, e o protocolo foi aprovado pelo Conselho de Revisão Interna do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Todos os pacientes assinaram um termo de consentimento após receber descrições detalhadas dos procedimentos e riscos específicos envolvidos no estudo.

3.4. Resultados

A amostra foi composta por 54 indivíduos adultos (idade ≥ 18 anos), que foram sequencialmente admitidos para um ambulatório clínico para TEPT para avaliação e tratamento de 2004 a 2011. As características sócio-demográficas e clínicas da amostra estão apresentadas nas Tabelas 1 e 2.

Table 1
Características Socio-demograficas da amostra (n = 54).

Idade	
Média (SD) (em anos)	38.8 (9.8)
Variação (em anos)	21–59
Genero	55.6% fem
Status Marital	
Casado	61.1%
Solteiro	20.4%
Divorciado	11.1%
Vivendo maritalmente	7.4%
Ocupação	
Motorista de ônibus	20.4%
Caixa de banco	18.5%
Balconista	9.3%
Motorista de caminhão	7.4%
Pequeno empresário	5.6%
Professor de escola primária	5.6%
Auxiliar de escritório	5.6%
Desempregado	3.7%
Outros	27.6%
Nível Educacional	
Ensino superior	14.8%
Ensino superior incompleto	14.8%
Ensino médio completo	24.1%
Ensino médio incompleto	13%
Ensino fundamental completo	16.7%
Ensino fundamental incompleto	16.7%
Tipo de evento traumático	
Roubo com arma de fogo	38.9%
Acidente de trânsito	13.1%
Violência sexual	11.3%
Testemunhar a morte de pessoa próxima	9.5%
Ser sequestrado	9.3%
Ser baleado	9.3%
Outros	8.6%

Descobrimos que a pontuação da subescala psicológica de WHOQOL-BREF foi inversamente associada com o BDI e os escores do PCL-C e com história de abuso na infância (abuso = menor QoL). Este modelo multivariado (que, como todos os outros, incluiu as características sócio-demográficas como variáveis de controle) foi responsável por 64,2% da variância. Os escores da subescala de saúde física foram impactados por duas variáveis, os escores do BDI e do PCL-C, com o ajustamento máximo desse modelo respondendo por 44,3% da variância. O melhor ajuste de modelo para a subescala relações sociais representou 39,7% da variância e contou

com os escores do BDI e história de abuso na infância (abuso = menor QV) como preditores.

Finalmente, o escore da subescala ambiental foi impactado pelo escore do BDI, pela presença de sintomas psicóticos, e pelas variáveis sócio-demográficas idade (maior = mais baixa QV) e status ocupacional (inferior status = menor QV), com o modelo final respondendo por 40,9% da variância. Todos estes achados foram independentes dos efeitos do sexo e estado civil, e, com a exceção do último modelo, da idade e condição profissional (ver Tabela 3).

Table 2

Prevalencia de transtornos comorbidos e gravidade de sintomas em uma amostra de pacientes civis ambulatoriais com TEPT (n = 54).

Número de transtornos comorbidos concomitants	
Média (SD)	3.96 (1.3)
Extensão	1–7
Prevalencia de de transtornos comorbidos concomitants	
Transtorno de humor	90.7%
Transtorno Depressivo Maior	88.9%
Transtorno Depressivo Maior Grave	65%
Transtorno Depressivo Maior com sintomas psicoticos	35%
Distímia	1.9%
Transtorno de ansiedade não- TEPT	90.7%
Transtorno Obsessivo Compulsivo	53.7%
Transtorno de Pânico e/ou Agorafobia	46.3%
Fobia Específica	53.7%
Fobia Social	22.2%
Abuso ou Dependência de Alcool e drogas	5.6%
Historia de abuso na infância	14.6%
Scores Psicometricos [media (SD)]	
WHOQOL-BREF	
Bem-estar físico	30.2 (17.1)
Bem-estar Psicologico	31.8 (19.3)
Bem-estar Social	40.9 (23)
Bem-estar Ambiental	40.8 (15)
Post-traumatic stress checklist	66 (11.2)
Beck Depression Inventory	30.4 (14.2)
Beck Anxiety Inventory	38.9 (13.5)

PTSD = post-traumatic stress disorder, MDD = major depressive disorder, SD = standard deviation, WHOQOL-BREF = WHO's Quality of Life Instrument — Short Version.

3.5. Discussão

Os principais resultados deste estudo podem ser resumidos como se segue:

- 1) A gravidade dos sintomas de estresse pós-traumático, conforme medida pelos escores do PCL-C, impactou negativamente nos domínios da saúde psicológica e física.
- 2) A gravidade dos sintomas depressivos, conforme avaliada pelo BDI, correlacionou-se negativamente com o bem-estar em todos os quatro domínios

avaliados, incluindo os que não são convencionalmente associados com o QoL relacionado à saúde, como aqueles das relações sociais e ambientais.

3) A presença de sintomas psicóticos impactou negativamente no domínio ambiental.

4) História de abuso infantil foi negativamente associada com dois dos quatro domínios analisados, ou seja, o psicológico e relações sociais.

5) Em uma nota negativa, é preciso notar que nenhuma das comorbidades (exceto a gravidade dos sintomas depressivos) foi associado (positiva ou negativamente) com qualquer um dos escores dos domínios do WHOQOL-BREF.

Como mencionado acima, nenhum estudo até agora tinha examinado o impacto das comorbidades do Eixo I sobre qualidade de vida em amostras com diagnóstico primário de PTSD (Olatunji, Cisler, Tolin, 2007). Portanto, nossa discussão deve se basear principalmente em estudos que compararam a qualidade de vida em domínios específicos em uma variedade de transtornos de humor e de ansiedade em amostras de cuidados primários ou de pesquisa. Outra diferença significativa da maioria dos estudos anteriores é que, na nossa investigação, nós não pudemos empregar a presença de TEPT como a variável de predição em comparação com outros transtornos de comorbidade, uma vez que a prevalência corrente de TEPT foi de 100%. Por esta razão, foi utilizada a variável "gravidade dos sintomas de estresse pós-traumático" (medida pelos escores PCL-C). Apesar disso, os resultados referentes ao TEPT foram bastante consistentes com nossas hipóteses baseadas na literatura.

A gravidade dos sintomas pós-traumáticos foi um dos preditores em dois domínios, a saúde psicológica e física. Embora o senso comum possa sugerir que o impacto de um transtorno mental seria limitado ao domínio psicológico, condições psiquiátricas tendem a apresentar efeitos de interação de diferentes domínios e influenciar negativamente aspectos não psicológicos da QoL (Alonso, Angermeyer, Bernert, Bruffaerts, Brugha, Bryson, et AL, 2004). Isto pode ser particularmente verdade para o domínio da saúde física em pacientes com TEPT, uma vez que pesquisas clínicas e epidemiológicas demonstraram que a exposição a estressores traumáticos e traumas psicológicos são relacionados ao aumento da utilização dos cuidados de

Table 3

Parâmetros de Regression da Associação entre morbididades psiquiátricas e dimensões da qualidade de vida entre pacientes civis ambulatoriais com TEPT.

	Coefficient		SE	P value	R ² adjusted
	Unstandardized	Standardized			
Bem-estar Psicologico					
Baseline PCL-C score	-0.74 4	-0.362	0.250	0.005	0.642
Baseline BDI score	-0.60 5	-0.453	0.165	0.001	
Abuso na infância	-10.997	-0.189	5.295	0.045	
Bem-estar físico					
Baseline PCL-C score	-0.75 1	-0.485	0.21	0.001	0.443
Baseline BDI score	-0.38 3	-0.31	0.167	0.027	
Bem-estar Social					
Baseline BDI score	-0.81 1	-0.507	0.197	0.000	0.397
Abuso na infância	-22.112	-0.317	8.106	0.010	
Bem-estar Ambiental					
Baseline BDI score	-0.39 6	-0.373	0.121	0.002	0.409
Sintomas psicóticos	-7.59 1	-0.233	3.755	0.049	

SE = Standard Error, PCL-C = Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version, BDI = Beck

Depression Inventory. Adjusted by sex, age, and marital and professional status.

R² values were calculated including both psychiatry morbidity variables and controlling (sociodemographic) variable

saúde, a resultados adversos para a saúde, ao aparecimento de doenças específicas, e à morte prematura (Boscarino, 2004; Maia, Marmar, Metzler, Nobrega, Berger, Mendlowicz, et AL, 2007; D'Ardenne, Capuzzo, Fakhoury, Jankovic-Gavrilovic, Priebe, 2005). Embora Olatunji et al (Olatunji, Cisler, Tolin, 2007) também tenham relatado disfunção associada ao TEPT no funcionamento social, não fomos capazes de replicar este achado.

Como no caso do diagnóstico de TEPT, não foi possível utilizar a presença de transtorno depressivo maior como variável de previsão, uma vez que a prevalência corrente desta última foi de 88,9%. Por este motivo, utilizou-se em vez disso a variável "severidade dos sintomas depressivos" (tal como medido pelo BDI). Este não é um procedimento inédito e os nossos resultados foram consistentes com a literatura: D'Ardenne et al. (D'Ardenne, Capuzzo, Fakhoury, Jankovic-Gavrilovic, Priebe, 2005), por exemplo, descobriram que níveis mais elevados de sintomas depressivos previram menor QoL em pacientes com TEPT e que os escores isolados do BDI responderam por 25% da variação de QoL.

No entanto, enquanto a maioria dos estudos anteriores descobriu que o transtorno depressivo maior foi negativamente associado com diminuição do bem-estar em dois

domínios, nomeadamente o psicológico e físico (Olatunji, Cisler, Tolin, 2007; Schonfeld, Verboncoeur, Fifer, Lipschutz, Lubeck, Buesching, 1997; Beard, Weisberg, Keller, 2010), nossos resultados indicam que os sintomas depressivos previram uma diminuição do QoL em todos os quatro domínios abrangidos pelo WHOQOL-BREF, incluindo o das relações sociais e os ambientais (curiosamente, os escores do BDI foram o indicador mais importante para todos os quatro domínios do WHOQOL-BREF também em pacientes com depressão maior) (Berlim, McGirr, Fleck, 2008). Nossos resultados são, portanto, consistentes com o grande corpo de literatura que documenta a gravidade e disseminação dos efeitos psicológicos, físicos e sociais negativos do TDM (Papakostas, Petersen, Mahal, Mischoulon, Nierenberg, Fava. 2004). Tem sido sugerido que, dado que os estados depressivos comprometem a percepção de ambos os aspectos internos e externos da realidade, eles tendem a afetar a avaliação de vários domínios de qualidade subjetiva da vida (Blay SL, Marchesoni MS, 2011). Se esses resultados forem confirmados por novas pesquisas clínica e epidemiológica, poder-se-á concluir que o impacto de sintomas depressivos na QoL em pacientes com TEPT supera a dos próprios sintomas pós-traumáticos, se não na intensidade de seus efeitos, pelo menos no âmbito do prejuízo associado.

Durante a entrevista SCID, 30,4% dos pacientes relataram delírios e / ou alucinações. Todos esses pacientes receberam o diagnóstico de transtorno depressivo maior (recorrente ou episódio único), episódio atual grave com sintomas psicóticos. Deve-se notar que os casos de esquizofrenia foram excluídos deste estudo durante os procedimentos de rastreio.

A associação entre sintomas psicóticos e QoL foi investigada principalmente em pacientes com esquizofrenia. Uma recente meta-análise (Eack, Newhill, 2007) mostrou que os sintomas positivos tinham uma relação de significância negativa, ainda que não particularmente forte, com a QoL relacionada à saúde em pacientes ambulatoriais com esquizofrenia crônica. Muito menos se sabe sobre o impacto dos sintomas psicóticos na QoL de pacientes com depressão psicótica. Berlin et al. (Berlin, McGirr, Fleck, 2008) encontraram que os sintomas psicóticos foram um preditor independente negativo para o domínio ambiental do WHOQOL-BREF em 140 pacientes depressivos ambulatoriais.

A semelhança entre os resultados entre Berlim e colaboradores (Berlim, McGirr, Fleck, 2008) e o nosso é surpreendente e exige explicações. Nossa hipótese é que, por causa de sua visão limitada, os doentes depressivos com depressão psicótica podem deixar de reconhecer as experiências psicóticas como sintomas psicológicos causados por um distúrbio mental e, em vez disso, tendem a atribuir equivocadamente seus medos e deficiências ao ambiente supostamente ameaçador ao seu redor. Em alternativa, esta associação poderia refletir as consequências dos prejuízos mais severos no ambiente dos pacientes psicóticos. No entanto, as medidas de QoL do WHOQOL-BREF são somente subjetivas; uma avaliação objetiva da qualidade de vida pode ser necessária para sondar esta possibilidade.

Descobrimos que o auto-relato de abuso na infância impactou negativamente sobre a qualidade de vida de pacientes adultos ambulatoriais com TEPT. Esta descoberta é notável, especialmente considerando que: 1) a prevalência de abuso na infância em nosso estudo foi relativamente baixa (14,6%), 2) o abuso na infância não foi o principal evento traumático em qualquer dos nossos casos, 3) a idade média de nossos pacientes era relativamente elevada (38,8 anos, DP = 9,8), e 4) o impacto do abuso na infância foi além do domínio psicológico, impactando também nas relações sociais (ou seja, efeito “cross-domain”).

Estes resultados corroboram estudos anteriores que mostram que os efeitos negativos do abuso na infância na QoL podem ser identificados em diferentes populações clínicas (por exemplo, pacientes de cuidados primários (Draper, Pfaff, Pirkis, Snowden, Lautenschlager, Wilson, et AL, 2008), indivíduos com transtorno de ansiedade social (Simon, Herlands, Marks, Mancini, Letamendi, et AL, 2009) homens dependentes do álcool (Evren, Sar, Dalbudak, Cetin, Durkaya, Evren, et al, 2011) na idade adulta e, possivelmente, mesmo mais tarde (Draper, Pfaff, Pirkis, Snowden, Lautenschlager, Wilson, et AL, 2008). Tomados em conjunto, estas observações sugerem que os efeitos do abuso na infância na QoL são profundos, penetrantes e duradouros.

4. Filmes comerciais podem induzir uma síndrome TEPT-símile?

4.1. OBJETIVO

Investigar se a exposição não experimental a filmes comerciais poderia desencadear uma síndrome TEPT-símile.

4.2. Relato de caso

P, 16 anos, sexo feminino, estudante do segundo grau, foi trazida pelos pais para atendimento psiquiátrico.

No primeiro atendimento, sua mãe relatou que a adolescente não conseguia dormir em seu próprio quarto e que qualquer tentativa de fazê-lo gerava uma intensa ansiedade, insuportável para P. Os pais já não sabiam o que fazer e P dormia sempre no quarto deles, todos os dias, sem exceção.

P mostrava-se sorridente, com boa aparência e discurso bem articulado. Relatou que, aos 10 anos de idade, chegou à casa de uma amiga quando esta assistia ao filme “Todo Mundo em Pânico 3”, uma paródia de filmes de terror.

P achou o filme “meio ridículo”. No entanto, no mesmo dia passou a ter grandes dificuldades para dormir sozinha, devido ao medo. Dormia no quarto dos pais, onde, segundo ela, seu medo ficava “controlado”. A mãe precisava ficar acordada até que ela dormisse. Com incentivo dos pais, fez várias tentativas de dormir sozinha, mas:

“meu coração disparava, minhas mãos começavam a suar, eu chorava compulsivamente, realmente não conseguia controlar, e eu sentia como se meus órgãos estivessem tremendo, não sei explicar direito”.

O filme parodiava principalmente o filme de terror “O Chamado”, cuja personagem principal, Samara, atravessava a tela da televisão para cometer assassinatos. Samara tinha sido empurrada para dentro de um poço pela sua madrasta. O filme “Todo Mundo em Pânico 3” mostra cenas da Samara, com aparência cadavérica, os cabelos lisos desgrehados ocultando parcialmente o rosto assustador, arrastando-se de quatro através da tela da TV. O filme também mostra uma cena de alguns segundos onde a Samara e sua madrasta no filme original estão diante de um poço.

“A história eu acabei descobrindo porque minha amiga, que viu o filme comigo, me contou. E depois eu vi alguma coisa que eu não consigo lembrar direito, mas vem umas imagens dela no poço com uma mulher que eu acho que é a mãe adotiva dela...eu não sei se eu vi isso ou se foi uma história que eu imaginei!”

Imagens intrusivas das cenas do filme invadiam-lhe a mente quando fechava os olhos, assim como a imagem intrusiva e persistente da Samara a encarando a poucos centímetros do seu rosto (face to face), esperando para lhe dar um susto, causando-lhe intenso temor de abrir os olhos. Passou a tentar manter-se de olhos abertos para que a Samara não lhe aparecesse. As tentativas de dormir no seu quarto resultavam em curtos períodos de intensa ansiedade, com hipervigilância, e sintomas autonômicos.

“De dia eu não acreditava na Samara, eu sempre tive consciência de que ela não existia. O problema era à noite, quando ela ficava vindo na minha cabeça, e por mais que eu pensasse ‘eu sei que ela não existe’, o medo tomava conta de mim e aí eu passava a acreditar que ela atravessava a TV.”

As crises passaram a começar ao anoitecer. E foram se tornando piores. Passou a usar clonazepam e se manter acordada e hipervigilante até que o sono vencesse. Assim, conseguia dormir, mas frequentemente acordava sobressaltada e corria para o quarto dos pais. O dia seguinte era prejudicado na escola pela noite mal dormida.

“Eu ficava muito ansiosa e o que mais me dava angústia era ver o dia acabando e a hora de dormir se aproximando. Quando escurecia meu coração começava a bater mais rápido e eu ficava triste.”

Mesmo que lutasse e dissesse para si mesma que a Samara não existia, os pensamentos intrusivos persistiam. Pensou em cobrir a TV, mas sabia que a Samara passaria facilmente por qualquer anteparo.

“Só de ver anoitecer eu começava a ficar em pânico, foi quando eu comecei a tomar clonazepam pra tentar me acalmar. Aí eu acabava dormindo, mas só quando o cansaço me vencia. Como meus pais não aguentavam mais me ver sofrendo e tal, eu passei a dormir com eles.”

P. também evitava dormir fora de casa, só se sentia segura dormindo com os pais. Também evitava cinema e filmes longa metragem na TV. Não relata ter tido pesadelos.

Na escola ela se sentia excluída e isolada, acreditando ser mal avaliada por colegas por ser feia ou gorda, em que acreditava apesar de ouvir o oposto da família.

Ela evitava encontrar seus antigos amigos, porque "eu sempre fui impaciente, mas eu acho que me tornei mais impaciente com as pessoas (nunca tinha parado para fazer essa ligação, mas, na verdade, a diferença é visível)".

P. não ia a lugar nenhum sem pai ou mãe, exceto para a escola, que ficava perto de sua casa. "Claro, depois que vi o filme senti mais medo de sair de casa, especialmente à noite. O mundo ficou mais perigoso".

Foram realizadas nove consultas de terapia que utilizam estratégias de enfrentamento imaginário. Durante a simulação, ela apresentou sintomas de ansiedade com contratura muscular visível, principalmente em seus membros superiores e tronco, além de sensação de falta de ar. A imagem da Samara, assustadora, deformada, apareceu ameaçando-a. Imaginou-se sentada em sua cama, hipervigilante. Durante essas reuniões, ela tentou espontaneamente dormir em seu quarto, pouco a pouco, até o momento em que ela foi capaz de dormir uma noite inteira sozinha serenamente. A imagem da Samara não apareceu mais. Ela estava sempre em companhia de sua mãe nos atendimentos, porém, durante os últimos ela já era capaz de sair sozinha e se juntar a sua mãe em lugares distantes da cidade. Também se tornou capaz de ficar sozinha em casa durante uma viagem de seus pais por dois dias. Nenhum medicamento foi prescritos.

P. foi reavaliada 6 meses, um ano e dois anos após o tratamento. Não houve retorno dos sintomas descritos acima. Ela continua dormindo sozinha e está atualmente fazendo planos de viver sozinha na Europa para estudar. Além disso, conseguiu estabelecer ligações sociais satisfatórios na escola, sentindo-se muito motivada para se relacionar.

DSM - IV	DSM - V	
Critério A (1) a pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolveram morte ou grave ferimento, reais ou ameaçados, ou uma ameaça à integridade física, própria ou de outros; (2) a resposta da pessoa envolveu intenso medo, impotência ou horror. Nota: Em crianças, isto pode ser expressado por um comportamento desorganizado ou agitado	Critério A Vivenciar diretamente o evento traumático. Testemunhar pessoalmente o evento traumático ocorrido com outras pessoas. Saber que o evento traumático ocorreu com familiar ou amigo próximo. Nos casos de episódio concreto ou ameaça de morte envolvendo um familiar ou amigo, é preciso que o evento tenha sido violento ou acidental. Ser exposto de forma repetida ou extrema a detalhes aversivos do evento traumático.	Ausente
Critério B1 Recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções.	Critério B1 Lembranças intrusivas angustiantes, recorrentes e involuntárias do evento traumático.	<i>"Ela [Samara] ficava vindo na minha cabeça, e por mais que eu pensasse 'eu sei que ela não existe'."</i>
Critério B2 Sonhos aflitivos e recorrentes com o evento.	Critério B2 Sonhos angustiantes recorrentes nos quais o conteúdo e/ou o sentimento do sonho estão relacionados ao evento traumático.	Ausente
Critério B3 Agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (inclui um sentimento de revivência da experiência, ilusões, alucinações e episódios de flashbacks dissociativos, inclusive aqueles que ocorrem ao despertar ou quando intoxicado).	Critério B3 Reações dissociativas (e.g., flashbacks) nas quais o indivíduo sente ou age como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente.	Imagens intrusivas emergiam quando ela fechava os olhos, incluindo a imagem da Samara olhando-a fixamente a poucos centímetros do seu rosto.
Critério B4 Sofrimento psicológico intenso quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático;	Critério B4 Sofrimento psicológico intenso ou prolongado ante a exposição a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático.	<i>"Eu ficava muito ansiosa e o que mais me dava angustia era ver o dia acabando e a hora de dormir se aproximando. Quando escurecia meu coração começava a bater mais rápido e eu ficava triste." "eu chorava compulsivamente (realmente não conseguia controlar) e eu tinha uma sensação como se meus órgãos estivessem tremendo, não sei explicar direito".</i>
Critério B5 Reatividade fisiológica na exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento	Critério B5 Reações fisiológicas intensas a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático.	<i>"meu coração disparava, minhas mãos começavam a suar"</i>
Critério C1 Esforços no sentido de evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas com o trauma	Critério C1 Evitação ou esforços para evitar recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático.	Ausente
Critério C2 Esforços no sentido de evitar atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma	Critério C2 Evitação ou esforços para evitar lembranças externas que despertem recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático.	P evitava dormir sozinha, evitava cinemas e assistir filmes na TV
Critério C3 Incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma		Ausente
Critério C4 Redução acentuada do interesse ou da participação em atividades significativas;		Ausente

Critério C5 Sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas		Na escola ela se sentia excluída e isolada. Ela evitava encontrar suas amigas.
Critério C6 Faixa de afeto restrita (por ex., incapacidade de ter sentimentos de carinho);		Ausente
Critério C7 Sentimento de um futuro abreviado (por ex., não espera ter uma carreira profissional, casamento, filhos ou um período normal de vida).		Ausente
	Critério D1 Incapacidade para recordar algum aspecto importante do evento traumático.	Ausente
	Critério D2 Crenças ou expectativas negativas persistentes e exageradas a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo.	"com certeza depois do filme eu sentia mais medo pra sair de casa, principalmente a noite, o mundo ficou mais perigoso"
	Critério D3 Cognições distorcidas persistentes a respeito da causa ou das conseqüências do evento traumático que levam o indivíduo a culpar a si mesmo ou os outros.	Ausente
	Critério D4 Estado emocional negativo persistente (medo, pavor, culpa ou vergonha).	"à noite,[...] o medo tomava conta de mim"
	Critério D5 Interesse ou participação bastante diminuída em atividades significativas.	Ausente
	Critério D6 Sentimentos de distanciamento e alienação em relação aos outros.	Na escola ela se sentia excluída e isolada, e se afastou das amigas.
	Critério D7 Incapacidade persistente de sentir emoções positivas.	Ausente
Critério D1 Dificuldade em conciliar ou manter o sono		Dificuldade de conciliar o sono, exceto no quarto dos pais e se fosse a última a dormir.
Critério D2 Irritabilidade ou surtos de raiva		Ausente
Critério D3 Dificuldade em concentrar-se		Ausente
Critério D4 Hipervigilância		Ela tentava manter os olhos abertos tanto quanto pudesse para não ver a Samara
	Critério E1 Comportamento irritadiço e surtos de raiva, geralmente expressos sob a forma de agressão verbal ou física em relação a pessoas e objetos.	"eu sempre fui impaciente, mas acho que eu me tornei mais impaciente com as pessoas sim... nunca tinha parado pra fazer essa ligação... mas... realmente, a diferença é visível!!"

	Critério E2 Comportamento imprudente ou autodestrutivo.	Ausente
	Critério E3 Hipervigilância	Ela tentava manter os olhos abertos tanto quanto pudesse para não ver a Samara
Critério D5 Resposta de sobressalto exagerada	Critério E4 Resposta de sobressalto exagerada	Ausente
	Critério E5 Problemas de concentração	Ausente
	Critério E6 Perturbação do sono.	Dificuldade de conciliar o sono, exceto no quarto dos pais e se fosse a última a dormir.
Critério E A duração da perturbação (sintomas dos Critérios B, C e D) é superior a 1 mês	Critério F A duração da perturbação (sintomas dos Critérios B, C, D e E) é superior a 1 mês.	Os sintomas duraram por seis anos.
Critério F A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo	Critério G A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo	A perturbação afetou seu sono e seu desempenho escolar, trouxe restrição dos relacionamentos sociais e dificuldade de ir a qualquer lugar sem os pais.
	Critério H A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.	Presente

4.3. Métodos

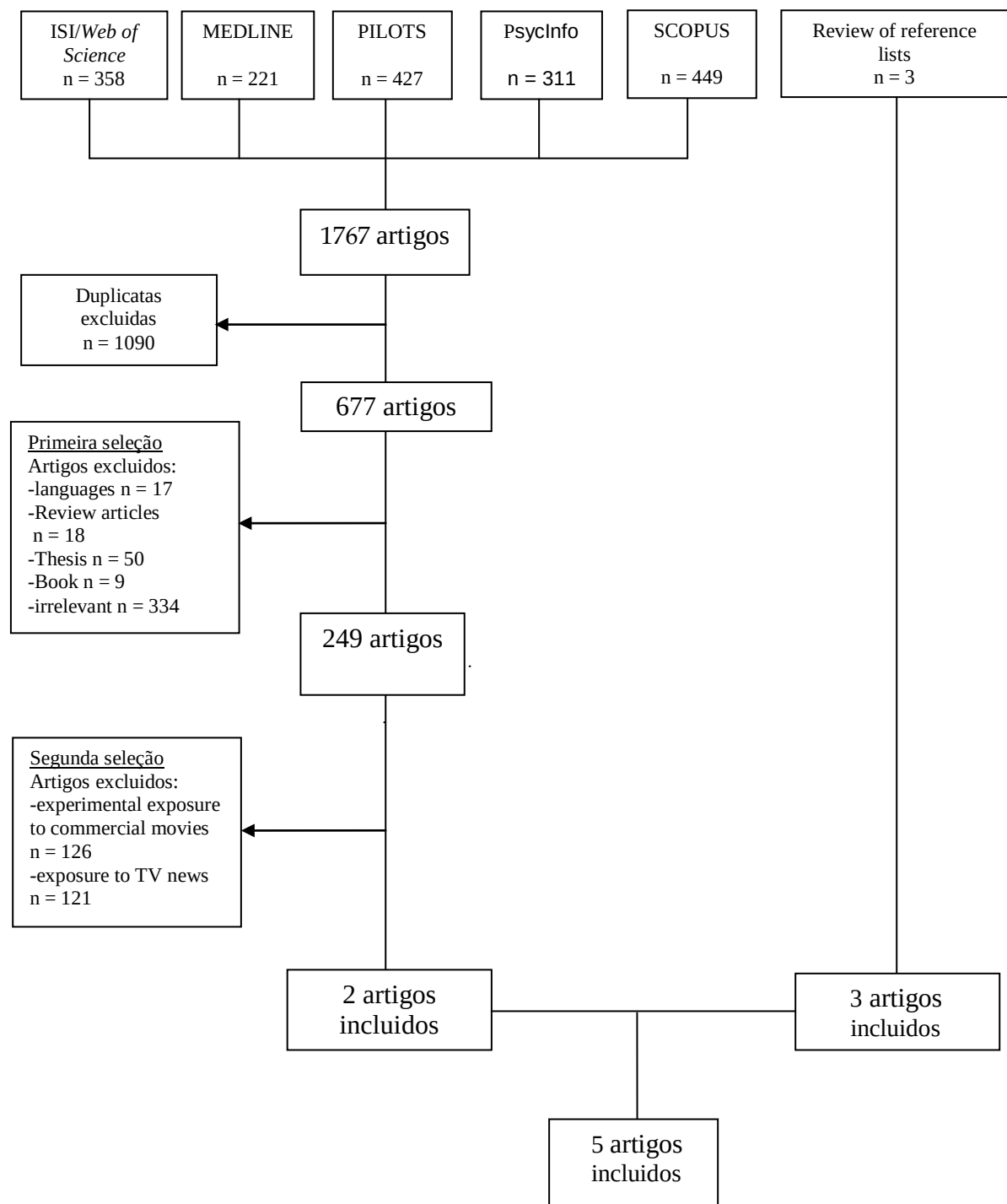
Em 13 de fevereiro, 2015, fizemos uma busca nos seguintes bancos de dados: ISI/Web of knowledge (topic), Medline (all fields), PILOTS (any fields), PsycINFO (any fields), and Scopus (title, abstract, keywords) usando como estratégia: (PTSD OR “stress disorder”) AND (film* OR movie* OR cinema OR video OR television). Os asteriscos significam que todos os termos que começam com essas raízes foram pesquisados (Fig. 1). Revisamos, também, as referências bibliográficas dos artigos selecionados.

Os critérios de inclusão foram relatos de casos de sintomas traumáticos que surgiram após a exposição espontânea a filmes comerciais. Foram excluídos os artigos de revisão, estudos experimentais, capítulos de livros, teses inéditas, outras línguas que não o Inglês, português e espanhol, e artigos sobre a exposição ao noticiário da TV.

4.4. Resultados

A nossa busca encontrou 1767 artigos que foram reduzidos para 677 artigos após a exclusão de duplicatas. Depois de aplicar critérios de inclusão / exclusão, dois artigos foram selecionados. A revisão de listas de referência encontrou três artigos adicionais, em um total de 5 artigos incluídos (figura 1).

Figura 1. Fluxograma de resultados de pesquisa e seleção de artigos



Encontramos um total de 13 casos notificados em 5 artigos onde foram observados sintomas de estresse após exposição espontânea a um filme comercial. Entre esses, apenas dois casos foram considerados TEPT pelo autor (Silveira & Simons, 1994) segundo os critérios da CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, décima revisão) e DSM-III-R (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, terceira edição, revista) e são apresentados na Tabela 2 (Silveira & Simons, 1994).

Os outros 11 casos relatados - alguns deles antes da inclusão do TEPT em classificações diagnósticas (DSM III, 1980) - não foram sistematicamente avaliados através de critérios diagnósticos formais (Bozzuto, 1975; Robinson & Barnett, 1975; Mathai, 1983; Forbes & McClure, 1994, Baillie, Thompson, & Kaplan, 1994).

Table 2. Description of 2 PTSD-like syndrome after exposure to a commercial movie

Filme Comercial	Idade e gênero	Sintomas	Duração dos sintomas
Ghostwatch	10 anos masculino	Medo de fantasmas, bruxas e do escuro; recusa em ir ao segundo andar sozinho; ter que dormir com as luzes acesas; pesadelos, ataques de pânico, flashbacks diurnos e bater a cabeça para remover pensamentos de fantasmas; maior apego e relutância em ir para a escola ou em permitir a sua mãe sair sem ele.	4 meses
Ghostwatch	10 anos masculino	Medo, sentindo-se doente e chorando facilmente; recusa em ir para o quarto queixando-se de que alguém o está observando ali.	4 meses

4.5. Discussão

O presente estudo teve dois objetivos: 1) Relatar um caso de síndrome PTSD-simile induzida por um filme comercial, pela primeira vez, por meio de entrevista semi-estruturada; 2) realizar a primeira revisão sistemática sobre síndrome PTSD-simile induzida por filme comercial, que identificou apenas dois relatos de caso, que não usaram qualquer tipo de entrevista estruturada.

Os dois relatos de casos encontrados por nossa revisão sistemática eram secundários à exposição à série de TV "Gostwatch". No entanto, também encontramos outros 11 casos de sofrimento mental significativo após exposição a filmes comerciais, que vão desde fobias específicas até psicose; no entanto, os sintomas não foram relatados utilizando critérios diagnósticos formais. A prevalência de reações de estresse (incluindo evitação, pesadelos, ansiedade, flashbacks e depressão) após a exposição a filmes comerciais pode chegar a 25% em algumas populações (Johnson, 1980). Apesar da relevância do assunto, relatos de síndrome PTSD-simile induzidos por filmes comerciais são escassos. Provavelmente, a quantidade de pessoas afetadas é maior do que a literatura nos faz acreditar. Algumas hipóteses para essa lacuna na literatura são: 1) as evidências podem ser limitadas pelo fato de que alguns relatos foram publicados antes da inclusão do TEPT nos manuais de diagnóstico, 2) filmes comerciais não satisfazem o critério A do DSM para eventos traumáticos, 3) apresentar esses sintomas depois de assistir a um filme comercial pode ser considerado embaraçoso e culturalmente inaceitável, portanto pode ser escondido pelas pessoas afetadas.

Filmes comerciais podem induzir síndrome TEPT-simile através de vários mecanismos, como a empatia com as expressões dos personagens (Cantor, 2004) e a "suspensão da descrença" - que ocorre quando a consciência da realidade é inibida e os espectadores vivem o filme temporariamente como se que fosse real (Holland, 2003). Assim, o espectador pode reagir de forma traumática ao evento na tela e gravar essa resposta na memória. Além disso, os sintomas de TEPT desencadeados por filmes comerciais, tais como flashbacks e pensamentos intrusivos, parecem ter as mesmas bases neurobiológicas subjacentes que os sintomas de TEPT desencadeados por eventos traumáticos que preenchem o critério A do DSM. (Bourne, Mackay, & Holmes, 2013). É mais fácil suspender a

descrença em crianças; o que as torna mais vulneráveis. As crianças podem pensar que o que elas estão assistindo é verdadeiro e / ou poderia acontecer-lhes (Cantor, Byrne, Moyer-Gusé, & Riddle, 2010; Custers & Bulck, 2012). No presente relato de caso, Ms. P. tinha 10 anos de idade, quando ela foi exposta ao filme "Scary Movie 3", e acreditava que o personagem poderia realmente sair da TV para matá-la. Os sintomas desencadeados por essa exposição trouxeram-lhe sofrimento emocional significativo e prejuízo funcional que durou seis anos.

A suspensão da descrença pode ser reforçada por novas tecnologias e equipamentos de mídia. Os avanços tecnológicos, tais como a realidade virtual e o "óculos rift", podem tornar ainda mais tênue a fronteira entre ficção e realidade (Xu Xu, Chen, Lin, & Radwin, 2015) , levando um maior número de pessoas vulneráveis a desenvolver a síndrome TEPT-simile secundariamente à exposição a eventos que, no momento, não podem ser considerados eventos traumáticos de acordo com DSM-V. Não é por acaso que diversas pesquisas que tentam produzir TEPT experimentalmente, o fazem usando clipes de filmes comerciais. A restrição à experiência subjetiva do evento traumático no DSM-V, combinada com o aumento do potencial traumático de filmes comerciais, poderá limitar o reconhecimento e tratamento de pessoas que sofrem uma síndrome TEPT-simile.

Embora este estudo levante algumas questões sobre o que pode ser considerado um potencial evento traumático, ele tem algumas limitações. Apesar de a nossa pesquisa ter compreendido cinco dos mais importantes bancos de dados eletrônicos, o uso dos termos "TEPT" e "transtorno de estresse" pode ter deixado de lado alguns estudos que não usam esses termos específicos para descrever o sofrimento mental secundário ao cinema, já que este não é considerado um evento traumático por critérios do DSM. O pequeno número de relatos de casos encontrados por nossa busca minuciosa não permite conclusões definitivas sobre o impacto dos filmes comerciais sobre a saúde mental da população em geral. Por outro lado, o âmbito do presente estudo é o de fazer emergir alguns problemas quanto à natureza dos acontecimentos traumáticos, uma vez que, talvez, seja possível desenvolver uma síndrome TEPT-simile após a exposição a um filme comercial.

5. CONCLUSÕES

Através da medição da qualidade de vida, nosso estudo demonstrou que os sintomas depressivos comórbidos agravam o pesado fardo já associado com TEPT. Em termos práticos, a estreita associação entre a severidade dos sintomas depressivos e baixa qualidade de vida em pacientes com TEPT significa que as estratégias diagnósticas e terapêuticas podem precisar ser ampliadas para atender não só aos sintomas de estresse pós-traumático em si, mas também aqueles da depressão. Há uma sobreposição considerável entre as abordagens psicofarmacológicas para PTSD e para transtornos de humor [59], mas as técnicas psicoterapêuticas podem precisar de uma adaptação caso a caso, considerando-se o perfil específico de co-morbididades exibido por cada paciente. Isso pode contribuir significativamente para melhorar a avaliação e tratamento em vítimas de eventos traumáticos.

Quanto ao evento desencadeante para os sintomas de TEPT, consideramos a importância de se investigar sistematicamente a ocorrência de uma síndrome TEPT-simile após a exposição a um filme comercial, principalmente na população vulnerável, que pode apresentar sintomas como insônia, enurese, medo da escuridão, principalmente se persistem tais sintomas, principalmente considerando a nova tecnologia que está sendo utilizada pela indústria cinematográfica, que pode ter um impacto negativo na população vulnerável levando a síndromes psiquiátricas como o TEPT. Além disso, consideramos que futuras investigações serão necessárias para verificar se filmes comerciais podem funcionar como eventos traumáticos para uma população vulnerável. Pode ser considerada a revisão da abrangência do critério A em relação à sua eficácia prática, com base em novos estudos sistemáticos. Por fim, se o estresse experimentado com os filmes é o mesmo que o estresse experimentado no TEPT, ele poderia responder ao mesmo tratamento que é dado para os casos de TEPT.

6. REFERÊNCIAS

Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. (2004) Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*:38-46.

American Psychiatric Association (1952). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 1st ed. Washinton. *American Psychiatric Press*.

American Psychiatric Association (1968). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2nd ed. Washinton. *American Psychiatric Press*.

American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3th ed. Washinton. *American Psychiatric Press*.

American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Revised 3th ed. Washinton. *American Psychiatric Press*.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washinton. *American Psychiatric Press*.

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Revised. Washington . *American Psychiatric Press*.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA, *American Psychiatric Publishing*.

Andreasen, N. C. (2004). Acute and delayed posttraumatic stress disorders: A history and some issues. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1321-1323.

Baillie Marjorie, Thompson Anne, & Kaplan Carole. (1994). Letter: Anxious children at greatest risk. *BMJ*; 308: 714.

- Beard C, Weisberg RB, & Keller MB.** (2010). Health-related Quality of Life across the anxiety disorders: findings from a sample of primary care patients. *J Anxiety Disorders*; 24:559-64.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J.** (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*;4:561-71.
- Berger W, Figueira I, Maurat AM, Bucassio EP, Vieira I, Jardim SR, et al.** (2007) Partial and full PTSD in Brazilian ambulance workers: prevalence and impact on health and on quality of life. *J Trauma Stress*;20: 637-42.
- Berger W, Mendlowicz MV, Souza W, Figueira I.** (2004) Semantic equivalence of the Portuguese version of the Post-Traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version (PCL-C) for the screening of posttraumatic stress disorder. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* 2004;26:167-75.
- Berlim MT, Pavanello DP, Caldieraro MA, Fleck MP.** (2005) Reliability and validity of the WHOQOL BREF in a sample of Brazilian outpatients with major depression. *Qual Life Res*;14:561-4.
- Blay SL, Marchesoni MS.** (2011) Association among physical, psychiatric and socioeconomic conditions and WHOQOL-Bref scores. *Cad Saude Publica*;27:677-86.
- Bodkin J.A., & Poppe H. G.** (2010). Is PTSD caused by traumatic stress? *Journal of Anxiety Disorders* CC 21: 176–182.
- Boscarino JA.** (2004) Posttraumatic stress disorder and physical illness: results from clinical and epidemiologic studies. *Ann N Y Acad Sci*; 1032:141-53.
- Bourne C, Mackay C.E., & Holmes E.A.** (2013). The neural basis of flashback formation: the impact of viewing trauma. *Psychological Medicine*; 43: 1521-1532
- Bozzuto James C.** (1975). Cinematic Neurosis Following “The Exorcist”. *The Journal of Nervous and Mental Disease*; 161 (1): 43-48.
- Breslau, N., & Davis, G. C.** (1987). Posttraumatic stress disorder: The stressor criterion. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 255–264

Breslau, Naomi & Davis Glenn C. (1992) Posttraumatic Stress Disorder in an Urban Population of Young Adults: Risk Factors for Chronicity. *Am J Psychiatry*, 149:5.

Breslau, Naomi & Kessler, Ronald C.(1998). Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in the Community, *Arch Gen Psychiatry*,/vol 55, July.

Brewin CR. (2005) Systematic review of screening instruments for adults at risk of PTSD. *J Trauma Stress*;18:53-62.

Cantor, J. (2004). Why Films Induce Fright. *The Horror Film*. New Jersey, Rutgers, The State University. 225-228

Cantor J, Byrne S, Moyer-Gusé E, & Riddle K. (2010). Descriptions of Media-Induced Fright Reactions in a Sample of US Elementary School Children. *Journal of Children and Media*; 4 (1): 1748-2798.

Carleton RN, Sikorski J, & Gordon, JGA. (2010). Terrifying Movie Stimuli: A New Design for Precursors for Posttraumatic Stress. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*; 2(3): 206-217.

Cunha JA. (2001) Manual da versão em português das Escalas Beck. *Casa do Psicólogo: São Paulo*.

Custers K, & Bulck, J.Vd. (2012). Clinical practice – Fears effects by the media. *Eur J. Pediatr*; 171:613-616

Del-Bem CM, Vilela JAA, Crippa JAS, Hallak JEC, Labate CM, Zuardi AW. (2001) Reliability of the Structured Clinical Interview for DSMIV – Clinical Version translated into Portuguese. *Rev Bras Psiquiatr*;23:156-9.

Draper B, Pfaff JJ, Pirkis J, Snowden J, Lautenschlager NT, Wilson I, et al. (2008) Long-term effects of childhood abuse on the quality of life and health of older people: results from the Depression and Early Prevention of Suicide in General Practice Project. *J Am Geriatr Soc*;56:262-71.

Eack SM, Newhill CE. (2007) Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Bull*;33:1225-37.

Elhai JD, Gray MJ, Kashdan TB, Franklin CL. (2005) Which instruments are most commonly used to assess traumatic event exposure and posttraumatic effects?: A survey of traumatic stress professionals. *J Trauma Stress*;18:541-5.

Evren C, Sar V, Dalbudak E, Cetin R, Durkaya M, Evren B, et al. (2011) Lifetime PTSD and quality of life among alcohol-dependent men: impact of childhood emotional abuse and dissociation. *Psychiatry Res*;186:85-90.

Figueira I, & Mendlowicz M. (2003). Diagnosis of the posttraumatic stress disorder. *Rev Bras Psiquiatr*;25(Supl I):12-6.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. (1997) Structured clinical interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-CV) (User's Guide and Interview). Washington, D.C.: *American Psychiatric Press, Inc.*

Fiszman A, Cabizuca M, Lanfredi C, Figueira I. (2005) The cross-cultural adaptation to Portuguese of the Trauma History Questionnaire to identify traumatic experiences. *Rev Bras Psiquiatr*;27:63-6.

Fiszman A, Mendlowicz MV, Marques-Portella C, Volchan E, Coutinho ES, Souza WF, et al. (2008) Peritraumatic tonic immobility predicts a poor response to pharmacological treatment in victims of urban violence with PTSD. *J Affect Disord*;107:193-7.

Forbes Fiona, & McClure Iain. (1994). Letter: Made Worse by Family Stress. *BMJ*; 308: 714.

Forsyth D. (1915) Functional nerve disease and the shock of battle. *Lancet*; ii: 1399-1403.

Gill TM & Feinstein AR. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA* 1994;272:619-26.

Gorenstein C, Andrade L, Vieira Filho AH, Tung TC, Artes R. (1999) Psychometric properties of the Portuguese version of the Beck Depression Inventory on Brazilian college students. *J Clin Psychol*;55:553-62.

Green B. (1996) Trauma History Questionnaire. In: & Stamm BH, editor. Measurement of stress, trauma, and adaptation. Lutherville, MD: *Sidran Press*; p. 366-9.

Holland N.N. (2003). The Willing Suspensions of Disbelief: *A neuropsychanalytic view*. PsyART.; Vol 7 jan-mar. Presentation to 19th International Literature and Psychology Conference, Arezzo June 2002..

Hooper L, Stockton P, Krupnick J, Green B. (2011) Development, use, and psychometric properties of the trauma history questionnaire. *Journal of Loss and Trauma*;16:258-83.

Johnson Brian R. (1980). General Occurrence of Stressful Reactions to Commercial Motion Pictures and Elements in Films Subjectively Identified as Stressors. *Psychological Reports*; 47, 775-786.

Lima AA, Fiszman A, Marques-Portella C, Mendlowicz MV, Coutinho ES, Maia DC, et al. (2010) The impact of tonic immobility reaction on the prognosis of posttraumatic stress disorder. *J Psychiatr Res*; 44:224-8.

Loughran T. (2010) Shell Shock, Trauma, and the First World War: The Making of a Diagnosis and Its Histories. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, Volume 67, Number 1:94-118.

Maia DB, Marmar CR, Metzler T, Nobrega A, Berger W, Mendlowicz MV, et al. (2007) Post-traumatic stress symptoms in an elite unit of Brazilian police officers: prevalence and impact on psychosocial functioning and on physical and mental health. *J Affect Disord*;97:241-5.

Maia DB, Marmar CR, Mendlowicz MV, Metzler T, Nobrega A, Peres MC, et al. (2008) Abnormal serum lipid profile in Brazilian police officers with post-traumatic stress disorder. *J Affect Disord*;107:259-63.

Mathai J. (1983). An Acute anxiety state in an adolescent precipitated by viewing a horror movie. *Journal of Adolescence*; 6: 197-200.

Mendlowicz MV, & Stein MB. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *Am J Psychiatry*;157:669-82.

Mickey RM, & Greenland S. (1989). The impact of confounder selection criteria on effect estimation. *Am J Epidemiol*;129:125-37.

Olatunji BO, Cisler JM & Tolin DF. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*;27:572-81.

Osório FL, Crippa JAS, Loureiro SR. (2011) Further psychometric study of the Beck Anxiety Inventory including factorial analysis and social anxiety disorder screening. *Int J Psychiatry Clin Pract*;15:255-62.

Papakostas GI, Petersen T, Mahal Y, Mischoulon D, Nierenberg AA, Fava M. (2004) Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature. *Gen Hosp Psychiatry*;26: 13-7.

Richter P, Werner J, Heerlein A, Kraus A, Sauer H. (1998) On the validity of the Beck Depression Inventory. A review. *Psychopathology*;31: 160-8.

Robinson John A, & Barnett Arnold. (1975). Letter: Jaws Neurosis. *The New England Journal of Medicine* .; 293 (22) 1154-1155.

Rocha-Rego V, Fiszman A, Portugal LC, Garcia Pereira M, de Oliveira L, Mendlowicz MV, et al. (2009) Is tonic immobility the core sign among conventional peritraumatic signs and symptoms listed for PTSD? *J Affect Disord*;115:269-73.

Rosen GM, & Lillienfeld SO. (2008). Posttraumatic stress disorder: An empirical evaluation of core assumptions. *Clinical Psychological Review*; 28: 837-868

Schnurr P.P., Lunney C.A., Bovin M.J., & Marx B.P. (2009). Posttraumatic stress disorder and quality of life: extension of findings to veterans of the wars in Iraq and Afghanistan. *Clin Psychol Rev*;29:727-35.

Schonfeld WH, Verboncoeur CJ, Fifer SK, Lipschutz RC, Lubeck DP, Buesching DP. (1997) The functioning and well-being of patients with unrecognized anxiety disorders and major depressive disorder. *J Affect Disord*;43:105-19.

Silveira W R, Simons D. (1994). Post-traumatic stress disorder in children after television programmes. *BMJ*; 308: 389-390.

Simon NM, Herlands NN, Marks EH, Mancini C, Letamendi A, Li Z, et al. (2009) Childhood maltreatment linked to greater symptom severity and poorer quality of life and function in social anxiety disorder. *Depress Anxiety*;26:1027-32.

Skevington SM. (2002). Advancing cross-cultural research on quality of life: observations drawn from the WHOQOL development. World Health Organization Quality of Life Assessment. *Qual Life Res*;11: 135-44.

Turnbull GJ. (1998). A review of post-traumatic stress disorder. Part I: Historical development and classification. *Injury*, Vol. 29, No. 2, 87-91.

Weathers FW, Litz BT, Herman D, Huska JA, Keane TM. (1993) The PTSD Checklist (PCL): reliability, validity, and diagnostic utility. *Annual Meeting of International Society for Traumatic Stress Studies*, San Antonio, TX.

Weidmann A, Conradi A, Gröger K, Fehm L, & Fydrich T. (2009). Using stressful films to analyze risk factors for PTSD in analogue experimental studies – which film works best? *Anxiety, Stress, & Coping*; 22 (5): 549-569

Xu Xu, Chen K.B., Lin J.H., & Radwin R.G. (2015). The accuracy of the Oculus Rift virtual reality head-mounted display during cervical spine mobility measurement. *Journal of Biomechanics*; 48: 721-724.

7. ANEXOS

ANEXO I - Critérios Diagnósticos para o Transtorno do Estresse Pós-Traumático Segundo a Quarta Edição Revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV-TR).

A. A pessoa foi exposta a um evento traumático no qual ambos os seguintes quesitos estiveram presentes:

- (1) a pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um evento ou eventos que envolveram morte ou grave ferimentos, reais ou ameaçados, ou ameaça a integridade física, própria ou de outros
- (2) a resposta da pessoa envolveu medo intenso, impotência ou horror. **Nota:** Em crianças, isto pode ser expressado por um comportamento desorganizado ou agitado.

B. O evento traumático é persistentemente revivido através de uma (ou mais) das seguintes formas:

- (1) lembranças aflitivas recorrentes e intrusivas sobre o evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções. **Nota:** Em crianças pequenas, podem ocorrer jogos repetitivos onde temas ou aspectos do trauma são expressos.
- (2) sonhos aflitivos recorrentes sobre o evento. **Nota:** Em crianças, podem ocorrer sonhos amedrontadores sem um conteúdo identificável.
- (3) agir ou se sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (inclui sensação de reviver a experiência, ilusões, alucinações e episódios *flashbacks* dissociativos, inclusive aqueles que ocorrem ao despertar ou durante intoxicação).
- (4) sofrimento psicológico intenso quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático.
- (5) reatividade fisiológica quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizem ou relembrem algum aspecto do evento traumático.

C. Esquiva persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da reatividade geral (não presente antes do trauma), indicados por três (ou mais) dos seguintes quesitos:

- (1) esforços no sentido de evitar pensamentos, sentimentos

ou conversas associados com o trauma. (2) esforços no sentido de evitar atividades, lugares ou pessoas que ativem recordações do trauma. (3) incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma (4) diminuição acentuada do interesse ou participação em atividades significativas. (5) sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas (6) afeto restrito (p.ex. incapacidade de ter sentimentos de amor). (7) sentimento de futuro abreviado (p.ex. não espera ter uma carreira profissional, casar, ter filhos, ou um período normal de vida).
D. Sintomas persistentes de excitabilidade aumentada (não presentes antes do trauma) indicados por dois (ou mais) dos seguintes quesitos: (1) dificuldades para iniciar ou manter o sono (2) irritabilidade ou surtos de raiva (3) dificuldade de concentração (4) hipervigilância (5) resposta de sobressalto exagerada
E. A duração da perturbação (sintomas dos Critérios B, C e D) é superior a um mês.
F. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes na vida do indivíduo.
Especificar se: Agudo: se a duração dos sintomas é inferior a três meses. Crônico: se a duração dos sintomas é superior a três meses. Especificar se: Com início tardio: se o início dos sintomas ocorre pelo menos seis meses após o estressor.

ANEXO II - Termo de consentimento informado do artigo 1.**CONSENTIMENTO INFORMADO****1. Descrição e propósito do estudo**

Você está sendo convidado(a) a participar de um ambulatório que tem como objetivo compreender os fatores desencadeantes, prevalência, sintomatologia, curso, prognóstico e comorbidades associados ao Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT). Para isto é necessário que o Sr.(a) participe de uma entrevista clínica estruturada (SCID) e responda a alguns questionários que serão aplicados periodicamente. Os exames que possam vir a ser solicitados (EEG, RNM, etc.) servirão para entendermos melhor o transtorno em questão e só serão realizados com o seu consentimento, ou seja, sempre de forma voluntária. Vale lembrar ainda que nenhum destes exames pode causar nenhum mal à sua saúde. Caso você concorde em participar do ambulatório, receberá tratamento psiquiátrico e psicoterápico no Instituto de Psiquiatria da UFRJ e deverá preencher os seguintes questionários: Questionário de coleta de dados sócio-demográficos, SCID, CAPS, PCL-C, BAI, BDI, SF-36, WHOQOL, DES, SAS, ER-89 e PANAS.

2. Participação e término

Sua participação neste estudo é voluntária. Caso você deseje deixar de participar do ambulatório poderá fazê-lo a qualquer momento; seu médico o encaminhará para outro ambulatório da rede pública capaz de atendê-lo.

3. Riscos e benefícios

Este estudo não apresenta riscos para sua saúde além daqueles inerentes ao TEPT e ao seu tratamento. Não será usada nenhuma medicação em fase experimental. Todos os remédios utilizados são amplamente utilizados em todo o mundo para tratamento de transtornos do humor e de ansiedade. Como benefício deste estudo você terá a chance de ser tratado por especialistas em uma patologia pouco conhecida e diagnosticada em todo o mundo.

4. Custos

Não há custos para participar do estudo. Custos eventuais podem decorrer da aquisição (pelo paciente) de medicações não fornecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Declaro ter lido o texto acima, compreendendo a natureza do estudo e concordo em participar da pesquisa.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do participante

Assinatura do médico assistente

ANEXO III - Termo de consentimento informado do artigo 2.

Consent Form for Case Reports

This form is best put on clinic letterhead.

Case Report: Insert TITLE

Principal Investigator: [Be sure that 'Principal' is not spelled 'Principle']

Name, degrees held

Institution

Contact Phone Number

You are being asked to consider allowing Dr. (insert name) to use information about your (insert condition/disease/experience) to write what is called a case report. Case reports are typically used to share new unique information experienced by one patient during his/her clinical care that may be useful for other physicians and members of a health care team. A case report may be published (in print and/or via internet dissemination) for others to read, and/or presented at a conference. This form explains the purpose of this case report. Please read this form carefully and take your time to make your decision and ask any questions that you may have.

The purpose of this case report is to inform other physicians that (insert specific reason i.e. patients presenting to the ER with X) may be related to Y, however, was masked by a common over the counter medication Z).

Your information being used for this case report includes (insert specific information here).

Dr. (insert name) is obligated to protect your privacy and not disclose your personal information (information about you and your health that identifies you as an individual e.g. name, date of birth, medical record number). When the case report is published or presented, your identity will not be disclosed.

Although your personal information collected or obtained will be kept confidential and protected to the fullest extent of the law, there is a limited risk associated with this case report that could result in a loss of confidentiality by virtue of your unique experience.

You will not directly benefit from participating in this case report. The information that can be shared with other health care professionals, however, may improve the care that is received by others in the future.

Allowing your information to be used in this case report will not involve any additional costs to you. You will not receive any compensation.

Taking part in this case report is your choice (voluntary). You may choose not to take part or you may change your mind at any time. However, once the case report is written and published, it will not be possible for you to withdraw it. Your decision will not result in any penalty or loss of benefits to which you are entitled including the quality of care you receive.

You will be told about any new information relating to this case report that may affect you.

Your signature below means that you have read the above information about this Case Report and have had a chance to ask questions to help you understand how your information will be used and that you give permission to allow your information to be used in this case report.

If you have any questions please contact (insert name) at (604) XXX-XXXX ext XXX.

SUBJECT CONSENT TO PARTICIPATE

Case Report Title:

Name of Participant: _____

Participant/Substitute decision-maker

By signing this form, I confirm that:

- The case report has been fully explained to me and all of my questions have been answered to my satisfaction
- I have been informed of the risks and benefits, if any, of allowing my information to be used in this case report
- I have been informed that I do not have to participate in this case report
- I have read each page of this form
- I authorize access to my personal health information (medical record) as explained in this form
- I have agreed to participate in this case report

Name of Participant/Substitute

Signature

Date

Decision-maker (print)

ANEXO IV - Versão em português da PTSD Checklist - Civilian Version (PCL-C)

Nome: _____ Data: ____ / ____ / ____

Tipo de medicação e fase do tratamento: _____

Checado por: _____ Prontuário número: _____

Abaixo, há uma lista de problemas e de queixas que as pessoas às vezes apresentam como uma reação a situações de vida estressantes. Por favor, indique o quanto você foi incomodado por estes problemas durante o último mês marcando em vermelho o espaço correspondente.

	1 nada	2 um pouco	3 médio	4 bastante	5 muito
1. Memória, pensamentos e imagens repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Sonhos repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	☐	☐	☐	☐	☐
3. De repente, agir ou sentir como se uma experiência estressante do passado estivesse acontecendo de novo (como se você a estivesse revivendo)?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Sentir-se muito chateado ou preocupado quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Sentir sintomas físicos (coração batendo forte, dificuldade de respirar, suores) quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	☐	☐	☐	☐	☐
6. Evitar pensar ou falar sobre uma experiência estressante do passado ou evitar ter sentimentos relacionados a esta experiência?	☐	☐	☐	☐	☐
7. Evitar atividades ou situações porque elas lembram uma experiência estressante do passado?	☐	☐	☐	☐	☐
8. Dificuldades para lembrar-se de partes importantes de uma experiência estressante do passado?	☐	☐	☐	☐	☐
9. Perda de interesse pelas atividades que você antes costumava gostar?	☐	☐	☐	☐	☐
10. Sentir-se distante ou afastado das outras pessoas?	☐	☐	☐	☐	☐
11. Sentir-se emocionalmente entorpecido ou incapaz de ter sentimentos amorosos pelas pessoas que lhe são mais próximas?	☐	☐	☐	☐	☐
12. Sentir como se você não tivesse expectativas para o futuro?	☐	☐	☐	☐	☐
13. Ter problemas para pegar no sono ou para continuar dormindo?	☐	☐	☐	☐	☐
14. Sentir-se irritável ou ter explosões de raiva?	☐	☐	☐	☐	☐
15. Ter dificuldades para se concentrar?	☐	☐	☐	☐	☐
16. Estar super-alerta, vigilante ou em guarda?	☐	☐	☐	☐	☐
17. Sentir-se tenso ou facilmente sobressaltado?	☐	☐	☐	☐	☐

ANEXO V - Versão em português do Beck 's Depression Inventory (BDI).**ESCALA DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI)**

Nome: _____ Data: ____ / ____ / ____

Tipo de medicação e fase do tratamento: _____

Checado por: _____ Prontuário número: _____

Neste questionário existem grupos de afirmativas. Por favor, leia com atenção cada uma delas e selecione a afirmativa que melhor descreve como você se sentiu na **SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE.**

Marque um **X** no quadrado ao lado da afirmativa que você selecionou. Certifique-se de ter lido todas as afirmativas antes de fazer sua escolha.

1. • 0 = não me sinto triste
• 1 = sinto-me triste
• 2 = sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disto
• 3 = estou tão triste e infeliz que não posso agüentar
2. • 0 = não estou particularmente desencorajado(a) frente ao futuro
• 1 = sinto-me desencorajado(a) frente ao futuro
• 2 = sinto que não tenho nada por que esperar
• 3 = sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não vão melhorar
3. • 0 = não me sinto fracassado(a)
• 1 = sinto que falhei mais do que um indivíduo médio
• 2 = quando olho para trás em minha vida, só vejo uma porção de fracassos
• 3 = sinto que sou um fracasso completo como pessoa
4. • 0 = obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava fazer
• 1 = não gosto das coisas da maneira como costumava gostar
• 2 = não consigo mais sentir satisfação real com coisa alguma
• 3 = estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo
5. • 0 = não me sinto particularmente culpado(a)
• 1 = sinto-me culpado(a) boa parte do tempo
• 2 = sinto-me muito culpado(a) a maior parte do tempo
• 3 = sinto-me culpado(a) o tempo todo
6. • 0 = não sinto que esteja sendo punido(a)
• 1 = sinto que posso ser punido(a)
• 2 = espero ser punido(a)
• 3 = sinto que estou sendo punido(a)

7. • 0 = não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a)
 • 1 = sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a)
 • 2 = sinto-me aborrecido(a) comigo mesmo(a)
 • 3 = eu me odeio
8. • 0 = não sinto que seja pior que qualquer pessoa
 • 1 = critico minhas fraquezas ou erros
 • 2 = responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas
 • 3 = culpo-me por todas as coisas ruins que acontecem
9. • 0 = não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar
 • 1 = tenho pensamentos a respeito de me matar mas não os levaria adiante
 • 2 = gostaria de me matar
 • 3 = eu me mataria se tivesse uma oportunidade
10. • 0 = não costumo chorar mais do que o habitual
 • 1 = choro mais agora do que costumava chorar antes
 • 2 = atualmente choro o tempo todo
 • 3 = eu costumava chorar, mas agora não consigo, mesmo que queira
11. • 0 = não me irrita mais agora do que em qualquer outra época
 • 1 = fico incomodado(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava
 • 2 = atualmente sinto-me irritado(a) o tempo todo
 • 3 = absolutamente não me irrita com as coisas que costumam irritar-me
12. • 0 = não perdi o interesse nas outras pessoas
 • 1 = interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas
 • 2 = perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas
 • 3 = perdi todo o meu interesse nas outras pessoas
13. • 0 = tomo as decisões quase tão bem como em qualquer outra época
 • 1 = adio minhas decisões mais do que costumava
 • 2 = tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes
 • 3 = não consigo mais tomar decisões
14. • 0 = não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser
 • 1 = preocupo-me por estar parecendo velho(a) ou sem atrativos
 • 2 = sinto que há mudanças em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos
 • 3 = considero-me feio(a)
15. • 0 = posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes
 • 1 = preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa
 • 2 = tenho que me esforçar muito até fazer qualquer coisa
 • 3 = não consigo fazer trabalho nenhum
16. • 0 = durmo tão bem quanto de hábito
 • 1 = não durmo tão bem quanto costumava
 • 2 = acordo 1 ou 2 horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade de voltar a dormir
 • 3 = acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade de voltar a dormir
17. • 0 = não fico mais cansado(a) do que de hábito
 • 1 = fico cansado(a) com mais facilidade do que costumava
 • 2 = sinto-me cansado(a) ao fazer qualquer coisa
 • 3 = estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa

18. • 0 = o meu apetite não está pior do que de hábito
 • 1 = meu apetite não é tão bom como costumava ser
 • 2 = meu apetite está muito pior agora
 • 3 = não tenho mais nenhum apetite
19. • 0 = não perdi muito peso se é que perdi algum ultimamente
 • 1 = perdi mais de 2,5 kg #estou deliberadamente
 • 2 = perdi mais de 5,0 kg tentando perder peso,
 • 3 = perdi mais de 7,0 kg comendo menos: • sim • não
20. • 0 = não me preocupo mais do que de hábito com minha saúde
 • 1 = preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições, ou perturbações no estômago, ou prisões de ventre
 • 2 = estou preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em muito mais do que isso
 • 3 = estou tão preocupado(a) em ter problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa
21. • 0 = não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual
 • 1 = estou menos interessado(a) por sexo do que acostumava
 • 2 = estou bem menos interessado(a) por sexo atualmente
 • 3 = perdi completamente o interesse por sexo

TOTAL: _____

Desenvolvido por: Beck, A.T.; Ward, C.H.; Mendelson, M.; et al. An Inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4:561-57

ANEXO VI - Versão em português do Beck's Anxiety Inventory (BAI).

ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK (BDI)

Nome: _____ Data: ____ / ____ / ____

Tipo de medicação e fase do tratamento: _____

Checado por: _____ Prontuário número: _____

Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Favor preencher cada item da lista cuidadosamente. Indique agora os sintomas que você apresentou durante A ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE. Marque com um X os espaços correspondentes a cada sintoma.

	0	1	2	3
	<u>Ausente</u>	<u>Suave</u> , não me incomoda muito	<u>Moderado</u> , é desagradável mas consigo suportar	<u>Severo</u> , quase não consigo suportar
1. dormência ou formigamento				
2. sensações de calor				
3. tremor nas pernas				
4. incapaz de relaxar				
5. medo de acontecimentos ruins				
6. confuso ou delirante				
7. coração batendo forte e rápido				
8. inseguro(a)				
9. apavorado(a)				
10. nervoso(a)				
11. sensação de sufocamento				
12. tremor nas mãos				
13. trêmulo(a)				
14. medo de perder o controle				
15. dificuldade de respirar				
16. medo de morrer				
17. assustado(a)				
18. indigestão ou desconforto abdominal				
19. desmaios				
20. rubor facial				
21. sudorese (não devido ao calor)				

TOTAL: _____

Desenvolvido por: Beck, A.T.; Epstein, N.; et al. An Inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol.* 1988; 56:893-897.

ANEXO VII - Versão em português do *World Health Organization Quality of Life*
(WHOQOL-BREF)

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck

Professor Adjunto

Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre - RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Comple- tamente
	Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Comple- tamente
	Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extrema-mente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfatório** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Mais ou menos	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? _____

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? _____

Você tem algum comentário sobre o questionário? _____

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO VIII - Artigos

VIII.1 – Artigo 1 - Comorbid depressive symptoms in treatment-seeking PTSD outpatients affect multiple domains of quality of life

Comprehensive Psychiatry 55 (2014) 56–63



Comorbid depressive symptoms in treatment-seeking PTSD outpatients affect multiple domains of quality of life

A. X. Araújo^{a, b}, William Berger^{a, b}, E. S. F. Coutinho^c, Carla Marques-Portella^b, M. P. Luz^b, Mariana Cabizuca^b, Adriana Fiszman^b, Ivan Figueira^b, Mauro Vitor Mendlowicz^{a, b}

^aDepartment of Psychiatry and Mental Health, Universidade Federal Fluminense (MSM-UFF), Rua Marquês do Paraná, 303-3° andar do Prédio Anexo, Niterói, RJ, Brazil

^bInstitute of Psychiatry, Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ), Avenida Venceslau Brás, 71 fundos, Rio de Janeiro, RJ, Brazil

^cDepartment of Epidemiology and Quantitative Methods in Health, Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-FIOCRUZ), Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Rio de Janeiro, RJ, Brazil

Abstract

Purpose: No study has examined the impact of the comorbid Axis I conditions on the quality of life (QoL) of patients with a primary diagnosis of PTSD. Our goal was to investigate the influence of comorbid disorders on the QoL of treatment-seeking outpatients with PTSD. **Methods:** The diagnoses of PTSD and of the comorbid disorders were established using the SCID-I. The 54 volunteers also completed the Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version, the BDI, the BAI, the Trauma History Questionnaire, and a socio-demographic questionnaire. Quality of life was assessed by means of the WHOQOL-BREF, a 26-item self-administered scale that measures four domains of QoL: psychological, physical, social, and environmental. Multiple linear regression models were fitted to investigate the relationship between the severity of post-traumatic, mood, and anxiety symptoms; the presence of specific current comorbid disorders and of psychotic symptoms, the number of current comorbid conditions, and a history of child abuse for each of the four domains of QoL, after adjusting for the effect of socio-demographic characteristics.

Results: The severity of PTSD symptoms impacted negatively on the psychological and physical domains. The severity of depressive symptoms correlated negatively with QoL in all domains, independently of sex, age, occupation, and marital status. The psychotic symptoms impacted negatively on the environmental domain. A history of child abuse was negatively associated with the psychological and the social domains.

Conclusions: The severity of comorbid depressive symptoms is one of the most important factors in the determination of the QoL in patients with PTSD.

© 2014 Elsevier Inc. All rights reserved.

1. Introduction

Posttraumatic stress disorder (PTSD) is an anxiety disorder that results from exposure to one or more traumatic events. Its clinical picture is dominated by three symptomatic clusters, namely re-experiencing of the traumatic event; avoidance of stimuli associated with the trauma and numbing of general responsiveness; and persistently heightened arousal.

PTSD is a serious disorder that can affect the whole person, impairing psychosocial and occupational functioning and decreasing overall well-being. Even everyday tasks like driving a car or going on errands may be hindered if an individual avoids these activities because they reactivate painful traumatic memories [1].

The intrinsic morbidity associated with PTSD is compounded by high rates of comorbidity with other Axis I disorders. In a random sample of 1007 young adults from a large health maintenance organization, Breslau and colleagues [2] found that 83% of those who suffered from PTSD met criteria for at least one other mental disorder, as compared to 44% of the patients without PTSD. Data from the National Comorbidity Study revealed that individuals

Corresponding author. Department of Psychiatry and Mental Health, Universidade Federal Fluminense (MSM-UFF), Rua Tiradentes, 171 bloco 2 apartamento 903, Niterói, RJ 24210-510, Brazil. Tel.: +55 21 9857 3555.

E-mail address: mmendlowicz@yahoo.com (M.V. Mendlowicz).

with PTSD were nearly eight times more likely to have three or more comorbid mental disorders than those without PTSD [3].

The most common comorbid diagnoses for PTSD patients include major depressive disorder (MDD), alcohol and other drugs abuse/dependence [AOD(A/D)], and other anxiety disorders. Sierles and colleagues [4,5] described that among war veterans with PTSD 72% of the inpatients and 84% of the outpatients had a history of major depressive disorder. MDD also was found to be one of the most prevalent conditions occurring concurrently with PTSD in civilians studies [6]. As many as 75% of combat veterans with lifetime PTSD met criteria for alcohol abuse or dependence [7]. Among civilian populations, the prevalence of lifetime substance use disorders ranged from 21.6% to 43% in individuals with PTSD, as compared to 8.1% to 24.7% in controls [2,3,8]. The prevalence of comorbid panic attacks in a nationally representative sample of individuals with PTSD was found to be 35%, but in treatment-seeking samples figures as high as 49–69% have been reported [9,10].

Measures of quality of life (QoL) have been increasingly used to assess the complex, multifaceted impact of disorders like PTSD upon the functioning and well-being of patients. There is, however, no universally accepted definition of QoL [11]. Somewhat paradoxically, it has been suggested that there are perhaps too many definitions of quality of life; some writers have ventured that as many as one for every study [12]. In an effort to build a much-needed consensus, the World Health Organization (WHO) has proposed a definition of QoL with cross-cultural validity as follows: “an individual’s perceptions of their position in life, in the context of the culture and value systems in which they live, and in relation to their goals, expectations, standards and concerns”.

This proposal satisfies the minimum requirements for an operational definition of QoL for use in health status assessment and research. First, most authors agree that more weight should be given to the individual’s subjective perception of the quality of his or her own life rather than to strictly objective parameters, such as income or social class. Second, experts believe that QoL is better approached as a multidimensional construct, covering a certain number of conventionally defined domains (e.g. psychological, physical, and social). Finally, it is recommended to concentrate on aspects of personal experience that are related to health (i.e. health-related quality of life) [13]. Several instruments have been developed along these lines to measure quality of life in clinical and research settings, including the one created by the World Health Organization itself, the WHOQOL.

Decreased quality of life (QoL) has been reported in clinical samples with PTSD. A recent meta-analysis [14] identified four controlled studies and found large effect sizes, indicating substantially poorer QoL in patients with PTSD as compared to control conditions. However, it was noted that no study has so far examined the impact of the highly-prevalent comorbid Axis I conditions on the QoL in clinical

samples with a primary diagnosis of PTSD [14]. The literature assessing the impact of mood and anxiety disorders on QoL in primary care or research patients without a primary diagnosis of PTSD indicates that, as a rule, 1) PTSD impact on QoL far exceeds in severity that of any other anxiety disorder, 2) this impact is broad, with its re-percussions being felt across several domains of QoL, and 3) major depressive disorder exerts an impact on the QoL that is independent but comparable to that of PTSD in terms of intensity and extent [14–19].

The purpose of the present study was thus to investigate the influence of comorbid disorders and symptoms on the QoL of treatment-seeking outpatients with a primary diagnosis of PTSD using an instrument based on the WHO concept of quality of life, the WHOQOL-BREF. In light of the findings reviewed above, we hypothesized that, after controlling for other clinical and socio-demographic factors, post-traumatic and depressive symptoms would be associated with decreased QoL in multiple domains and that the impact of other comorbid disorders would be more limited both in scope and intensity.

2. Participants and methods

2.1. Participants

Participants were adult individuals sequentially admitted to a university outpatient clinic for PTSD for assessment and treatment from 2004 to 2011. Participants were recruited through: 1) referrals from physicians (e.g. psychiatrists without specific training in trauma, emergency room doctors, medical residents; 2) TV and newspaper interviews on PTSD regularly given by the researchers, 3) oral presentations in trade unions and professional associations whose members are exposed to violence (e.g. bank tellers, delivery truck drivers), 4) fliers and posters, and 5) word of mouth.

The PTSD clinic where this study was carried out is part of a large psychiatric university institute. It is the only center specialized in traumatic stress in the metropolitan area of Rio de Janeiro, Brazil, with a total population of 11.5 million inhabitants. Treatment, including medical visits, medications, and cognitive-behavioral therapy, is provided for free to all patients, even for those who are uninsured.

Exclusion criteria were serious clinical conditions that could potentially interfere with the assessment and treatment of PTSD: dementia, schizophrenia, and severe personality disorders.

3. Methods

3.1. Instruments

3.1.1. Socio-demographic questionnaire

Socio-demographic characteristics were assessed by means of a self-reporting questionnaire that was developed

for clinical and research purposes by the authors' team and employed in several of their previous studies [20–22].

3.1.2. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I

The Brazilian Portuguese version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I (SCID-I) [23,24] was employed to assess exposure to potentially traumatic events and to establish the diagnoses of PTSD and of the comorbid Axis I mental disorders. The assessment of PTSD begins with a general screening question that surveys the lifetime history of traumatic events, including possible childhood abuse. The SCID interview also includes a psychotic screening module that codes psychotic and associated symptoms. All SCID interviews were conducted by one of the authors (MVM) who has extensive experience with this instrument, thus removing the question of inter-rater reliability. The findings of the SCID interviews were presented and discussed in a clinical conference with the research team to arrive at consensus diagnoses.

3.1.3. Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version

Participants were asked to fill out the Brazilian-Portuguese version [25] of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C) [26], a DSM-IV criteria-based, 17-item questionnaire that is one of the most widely used self-report instrument for screening posttraumatic stress symptoms in adults [27,28]. The PCL-C score ranges from 17 to 85, with higher values implying more severe PTSD symptoms. The Brazilian-Portuguese Version of the PCL-C was found to have good internal consistency (Cronbach's $\alpha = .89$) and test-retest reliability ($r = .83$) [29].

3.1.4. Beck Depression Inventory

The severity of depressive symptoms was assessed with the Brazilian-Portuguese version of the Beck Depression Inventory (BDI). The BDI [30] is one of the most widely used self-rating scales for measuring depression [31]. It consists of 21 items covering different types of depressive symptoms (e.g. mood, pessimism, sense of failure, lack of satisfaction, guilt, suicidal ideas, indecisiveness, sleep disturbance, fatigability, and loss of appetite). The score for each item varies from 0 to 3, and the total score, which ranges from 0 to 63, is given by adding all the items. The psychometric characteristics of the Brazilian-Portuguese version of the BDI were found to be satisfactory [32].

3.1.5. Beck Anxiety Inventory

The Beck Anxiety Inventory (BAI) is a 21-item multiple-choice self-report inventory that measures the emotional, physiological, and cognitive symptoms of anxiety [33]. Total scores range from 0 to 63 points, with higher scores indicating greater severity of symptoms. The Brazilian-Portuguese version of the BAI was found to have sound psychometric properties [34,35].

3.1.6. WHO's Quality of Life instrument — short version (WHOQOL-BREF)

The WHOQOL-BREF is a shorter version of the original 100-item multidimensional, self-administered scale created by the WHO, the WHOQOL. The WHOQOL-BREF comprises 26 items and assesses four broad domains of QoL: psychological, physical health, social relationships, and environmental. All scores are scaled in a positive direction and range from 0 to 100 [12]. The Brazilian-Portuguese version of the WHOQOL-BREF showed good psychometric properties of reliability, internal consistency, and construct validity when used in depressed outpatients [36].

3.1.7. Trauma History Questionnaire

The Trauma History Questionnaire (THQ) [37] is a 24-item, self-reporting measure that examines experiences with potentially traumatic events such as crime, general disaster, and sexual and physical assault using a yes/no format. For each event endorsed, respondents are asked to provide the frequency of the event as well as their age at the time of the event [38]. We employed the Brazilian-Portuguese version of the THQ [39] to review the patients' trauma history and to determine whether he/she was physically or sexually abused during childhood or adolescence.

3.2. Statistical analysis

Linear regression models were fitted to investigate the relationship between the severity of post-traumatic, mood, and anxiety symptoms (as measured by the baseline PCL-C, BDI, and BAI scores, respectively) and the presence and the total number of current comorbid disorders (obsessive-compulsive disorder, panic disorder, agoraphobia, social anxiety disorder, and specific phobia) with each of the four domains of quality of life of the WHOQOL-BREF. The diagnostic category PTSD could not be included in the regression models because a diagnosis of PTSD was the inclusion criterion itself for the present study. We used instead the severity of the post-traumatic symptoms, as measured by the PCL-C scores. Similarly, AOD(A/D) and MDD were not included in the models because their current prevalences were too low (5.6%) and too high (88.9%), respectively; the severity of the depressive symptoms, assessed by means of the BDI, was used as proxy for the latter.

Although the presence of psychotic symptoms and a history of child abuse (assessed as part of the regular SCID interview and, in the later case, corroborated by the THQ) were not strictly part of our original hypotheses concerning comorbidity, they are both clinically relevant factors probed by our instruments and known to negatively affect functionality and well-being [40,41] and were thus included in the models.

Some clinical and socio-demographic categories were collapsed because of small cell sizes. Panic disorder with and without agoraphobia and agoraphobia without history of

panic disorder were collapsed into a single category. Early physical and sexual abuses were lumped together under a single heading “history of child abuse”. Marital status groups were collapsed into “living in a stable relationship with a partner” vs “no stable partner”. Based on the latest version of the International Standard Classification of Occupations (ISCO-08), occupation was dichotomized into “managers, professional, technicians and associate professionals, and clerical support workers” (major groups 1 through 4) vs “remaining categories” (major groups 5 through 9).

The strategy for modeling was adapted from Mickey and Greenland [42]. The process was carried out in three steps. At first, all candidate variables were tested in simple linear regression models with each of the four WHOQOL-BREF domain scores as the dependent variables. The independent variables which showed *p*-values equal or lower than 0.20 in the univariate analysis were selected for the second step, the multivariate linear regression. These variables were then sequentially included according to their significance level in multivariate models featuring each WHOQOL domain as the dependent variable. At this stage, variables with *p*-values equal or lower than 0.05 were considered statistically significant and retained in the models, while *p*-values between 0.06 and 0.10 were regarded as being borderline significant. All models were adjusted for sex, age, occupation, and marital status. Finally, the best fitting models were determined based on the R^2 statistic.

3.3. Ethical issues

The investigation was carried out in accordance with the latest version of the Declaration of Helsinki, and the protocol was approved by the Internal Review Board of the Institute of Psychiatry of the Universidade Federal do Rio de Janeiro. All patients signed a written informed consent after receiving detailed descriptions of the specific procedures and risks involved in the study.

4. Results

The sample comprised 54 adult individuals (age ≥ 18 years) who were sequentially admitted to an outpatient clinic for PTSD for assessment and treatment from 2004 to 2011. The socio-demographic and clinical characteristics of the sample are shown in Tables 1 and 2.

We found that the score of the psychological subscale of WHOQOL-BREF was inversely associated with the BDI and the PCL-C scores and with a history of child abuse (abuse = lower QoL). This multivariate model (which, like all the others, included the socio-demographic characteristics as controlling variables) accounted for 64.2% of the variance. The physical health subscale score was predicted by two variables, the BDI and the PCL-C scores, with this best fitting model accounting for 44.3% of the variance. The best fitting model for the social relationships subscale accounted for 39.7% of the variance and featured the BDI score and a

Table 1
Socio-demographic characteristics of the sample (*n* = 54).

Age	
Mean (SD) (in years)	38.8 (9.8)
Range (in years)	21–59
Gender	55.6% female
Marital status	
Married	61.1%
Single	20.4%
Divorced	11.1%
Living maritally	7.4%
Occupation	
Bus driver	20.4%
Bank teller	18.5%
Sales clerk	9.3%
Truck driver	7.4%
Small business owner	5.6%
Elementary school teacher	5.6%
Office clerk	5.6%
Unemployed	3.7%
Other	27.6%
Educational level	
College graduate	14.8%
Some college	14.8%
High school graduate	24.1%
High school dropout	13%
Elementary school graduate	16.7%
Elementary school dropout	16.7%
Type of traumatic event	
Armed robbery	38.9%
Traffic accidents	13.1%
Sexual assault	11.3%
Witnessing the murder of a close person	9.5%
Being kidnapped	9.3%
Being shoot at	9.3%
Other	8.6%

history of child abuse (abuse = lower QoL) as predictors. Finally, the environmental subscale score was predicted by the BDI score, by the presence of psychotic symptoms, and by the socio-demographic variables age (older = lower QoL) and occupational status (lower status = lower QoL), with the final model accounting for 40.9% of the variance. All these finding were independent of the effects of sex and marital status, and, with the exception of the last model, of age and occupational condition (see Table 3).

5. Discussion

The main findings of this study can be summarized as follows:

- 1) The severity of post-traumatic stress symptoms, as measured by the PCL-C scores, impacted negatively on the psychological and physical health domains.
- 2) The severity of depressive symptoms, as assessed by BDI scores, correlated negatively with well-being in all four domains assessed, including those not conventionally associated with health-related QoL, like the social relationships and environmental ones.

Table 2

Prevalence of comorbid disorders and severity of symptoms in a sample of civilian PTSD outpatients (n = 54).

Number of current comorbid disorders	
Mean (SD)	3.96 (1.3)
Range	1–7
Prevalence of current comorbid disorders	
Any mood disorder	90.7%
Major depressive disorder episodes	88.9%
Severe MDD episodes	65%
MDD episodes with psychotic symptoms	35%
Dysthymia	1.9%
Any anxiety disorder other than PTSD	90.7%
Obsessive-compulsive disorder	53.7%
Panic disorder and/or agoraphobia	46.3%
Specific phobia	53.7%
Social phobia	22.2%
Alcohol and other drugs abuse or dependence	5.6%
History of childhood abuse	14.6%
Psychometric scores [mean (SD)]	
WHOQOL-BREF	
Physical well-being	30.2 (17.1)
Psychological well-being	31.8 (19.3)
Social well-being	40.9 (23)
Environmental well-being	40.8 (15)
Post-traumatic stress checklist	66 (11.2)
Beck Depression Inventory	30.4 (14.2)
Beck Anxiety Inventory	38.9 (13.5)

PTSD = post-traumatic stress disorder, MDD = major depressive disorder, SD = standard deviation, WHOQOL-BREF = WHO's Quality of Life Instrument — Short Version.

- 3) The presence of psychotic symptoms impacted negatively on the environmental domain.
- 4) A history of child abuse was negatively associated with two out of the four domains assessed, namely the psychological and social relationships ones.
- 5) On a negative note, it must be remarked that none of the comorbid conditions (other than the severity of depressive symptoms) was associated (either positive-ly or negatively) with any of the WHOQOL-BREF domains' scores.

As mentioned above, no study had so far examined the impact of the comorbid Axis I conditions on QoL in samples with a primary diagnosis of PTSD [14]. Our discussion must therefore rely mainly on studies comparing quality of life in specific domains across a range of mood and anxiety disorders in primary care or research samples. Another significant difference from most previous studies is that in our research we could not employ the presence of PTSD itself as the predictor variable in a comparison with comorbid disorders, since the current prevalence of the former was 100%. For this reason, we used the variable "severity of post-traumatic stress symptoms" (as measured by the PCL-C scores) instead. In spite of that, the findings concerning PTSD were largely consistent with our literature-based hypotheses.

Severity of post-traumatic symptoms was one of the predictors in two domains, psychological and physical health. Although common sense might suggest that the

impact of a mental disorder would be limited to the psychological domain, psychiatric conditions tend to feature "cross-domain" effects and influence negatively non-psychological aspects of QoL [43]. This may be particularly true for the physical health domain in PTSD patients, since epidemiologic and clinical research have demonstrated that exposure to traumatic stressors and psychological trauma is related to increased health care utilization, adverse health outcomes, the onset of specific diseases, and premature death [44–46]. Although Olatunji et al. [14] have also reported PTSD-associated impairment in social functioning, we were unable to replicate this finding.

Much like in the case of the PTSD diagnosis, we could not employ the presence of major depressive disorder as a predictor variable, since the current prevalence of the latter was 88.9%. For this reason, we used instead the variable "severity of depressive symptoms" (as measured by the BDI scores). This is not an unheard-of procedure and our results were consistent with the literature: d'Ardenne et al. [47], for instance, found that higher levels of depressive symptoms predicted lower QoL in patients with PTSD and that the BDI scores alone accounted for 25% of the variance of QoL.

However, while most previous studies found that major depressive disorder was negatively associated with decreased well-being in two domains, namely the psychological and physical ones [14–16], our results indicate the depressive symptoms predict decreased QoL in all four domains covered by the WHOQOL-BREF, including the social relationships and environmental ones (interestingly, the BDI scores were the most important predictor for all four WHOQOL-BREF domains also in patients with major depression) [48]. Our findings are therefore consistent with the large body of literature documenting the severity and pervasiveness of the negative psychological, physical, and social effects of MDD [49]. It has been suggested that, since depressive states compromise the perception of both inner and outer aspects of reality, they tend to affect the assessment of multiple domains of subjective quality of life [50]. If these results are confirmed by further clinical and epidemiological research, one might conclude that the impact of depressive symptoms on QoL in PTSD patients surpasses that of the post-traumatic symptoms themselves, if not in the intensity of its effects at least in the extent of the associated impairment.

During the SCID interview, 30.4% of the patients reported delusions and/or hallucinations. All these patients received the diagnosis of major depressive disorder (recur-rent or single episode), current episode severe with psychotic symptoms. It must be noted that cases of schizophrenia were excluded from this study during the screening procedures.

The association between psychotic symptoms and QoL has been investigated mainly in patients with schizophrenia. A recent meta-analysis [51] showed that positive symptoms had a significant, yet not particularly strong, negative relationship with health-related QoL in outpatients with

Table 3

Regression parameters of the association between psychiatric morbidity and quality of life dimensions among civilian PTSD outpatients.

	Coefficient		SE	P value	R ² adjusted
	Unstandardized	Standardized			
Psychological well-being					
Baseline PCL-C score	−0.744	−0.362	0.250	0.005	0.642
Baseline BDI score	−0.605	−0.453	0.165	0.001	
Child abuse	−10.997	−0.189	5.295	0.045	
Physical well-being					
Baseline PCL-C score	−0.751	−0.485	0.21	0.001	0.443
Baseline BDI score	−0.383	−0.31	0.167	0.027	
Social well-being					
Baseline BDI score	−0.811	−0.507	0.197	0.000	0.397
Child abuse	−22.112	−0.317	8.106	0.010	
Environmental well-being					
Baseline BDI score	−0.396	−0.373	0.121	0.002	0.409
Psychotic symptoms	−7.591	−0.233	3.755	0.049	

SE = Standard Error, PCL-C = Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version, BDI = Beck Depression Inventory.

Adjusted by sex, age, and marital and professional status.

R² values were calculated including both psychiatry morbidity variables and controlling (sociodemographic) variables.

chronic schizophrenia. Much less is known about the impact of psychotic symptoms on the QoL of patients with psychotic depression. Berlin et al. [48] found that psychotic symptoms were an independent negative predictor for the environmental domain of the WHOQOL-BREF in 140 depressed outpatients. The similarity between Berlin and collaborators' [48] results and ours is striking and calls for explanations. We hypothesize that, because of their limited insight, depressive patients with psychotic depression may fail to recognize the psychotic experiences as psychological symptoms caused by a mental disorder and, instead, tend to mistakenly attribute their fears and disabilities to the supposedly threatening environment around them. Alternatively, this association could reflect the consequences of more severe impairment on the environment psychotic patients may end up in. However, the WHOQOL-BREF measures only subjective QoL; an assessment of the objective QoL may be required to probe this possibility.

We found that self-reported child abuse negatively impacted on the QoL of adults outpatients with PTSD. This finding is noteworthy, particularly considering that 1) the lifetime prevalence of child abuse in our study was relatively low (14.6%), 2) child abuse was not the main traumatic event in any of our cases, 3) the mean age of our patients was relatively high (38.8 years, SD = 9.8), and 4) the impact of child abuse extended beyond the psychological domain, being felt also in the social relationships one (i.e. cross-domain effect).

These results corroborate previous studies showing that the negative effects of child abuse on QoL can be identified in different clinical populations (e.g. primary care patients [52], individuals with social anxiety disorder [53], and alcohol dependent men [54]) in adult age and, possibly, even later [52]. Taken together, these observations suggest that the effects of child abuse on QoL are profound, pervasive and enduring.

6. Conclusions

High current and lifetime comorbidity rates for major depressive disorders – around 60% – were found in individuals with PTSD in large clinical [55] and in nationally representative samples [56–58]. Although preliminary, our study has gone a step further and, by measuring the quality of life, demonstrated that comorbid depressive symptoms compound the heavy burden already associated with PTSD.

In practical terms, the close association between the severity of depressive symptoms and low QoL in patients with PTSD implies that diagnostic and therapeutic strategies may need to have their scope expanded to address not only the symptoms of post-traumatic stress themselves but also those of depression. There is a considerable overlapping between the psychopharmacological approaches to PTSD and to mood disorders [59] but psychotherapeutic techniques may require adaptation on a case-by-case basis, considering the specific profile of comorbidities exhibited by each patient. All these things considered, we cannot but agree with d'Ardenne et al. [47] apt conclusion that "...Treating depression, therefore, might be an effective way of improving QoL in PTSD patients..." (p. 64).

The present study has a number of methodological limitations that need to be acknowledged. First, it was cross-sectional, and thus the results indicate only associations, not causality. Second, the data were collected in a specialized clinic, and the results may not be generalizable to individuals in other settings. Third, the sample was relatively small and may lack the statistical power to identify all potential associations. Therefore, its findings need to be replicated or falsified in future experiments. However, in spite of their preliminary character, they have drawn attention to the important influence of comorbid mental disorders, in particular the symptoms of major depression, in the QoL of patients with PTSD. This may contribute significantly to

improve assessment and treatment in victims of traumatic events. We expect that future studies with longitudinal design and larger and more representative samples will be able to further advance knowledge in this important area.

Acknowledgment

This research was partially supported by the National Council for Technological and Scientific Development (CNPq) (grant #420122/2005-2 – Projeto Milênio – Federal Government of Brazil) and the Carlos Chagas Filho Foundation for Research Support of the State of Rio de Janeiro (FAPERJ). Drs. Mendlowicz, Figueira and Coutinho are partially supported by grants from the CNPq – Federal Government of Brazil. The funders had no role in study design, data collection and analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript. We would like to thank the two anonymous referees for providing us with constructive comments and suggestions.

References

- [1] Schnurr PP, Lunney CA, Bovin MJ, Marx BP. Posttraumatic stress disorder and quality of life: extension of findings to veterans of the wars in Iraq and Afghanistan. *Clin Psychol Rev* 2009;29:727–35.
- [2] Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:216–22.
- [3] Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder and concurrent psychiatric illness: a preliminary report. *Am J Psychiatry* 1983;140:1177–9.
- [4] Sierles FS, Chen JJ, McFarland RE, Taylor MA. Posttraumatic stress disorder and concurrent psychiatric illness: a preliminary report. *Am J Psychiatry* 1983;140:1177–9.
- [5] Sierles FS, Chen JJ, Messing ML, Besner JK, Taylor MA. Concurrent psychiatric illness in non-Hispanic outpatients diagnosed as having posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis* 1986;174:171–3.
- [6] O'Donnell ML, Creamer M, Pattison P. Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: understanding comorbidity. *Am J Psychiatry* 2004;161:1390–6.
- [7] Kulka RA, Schlenger WE, Fairbank JA, Hough RL, Jordan BK, Marmar CR, et al. Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study. 1st edition ed. New York: Brunner Mazel Publishers; 1990.
- [8] Breslau N, Davis GC, Peterson EL, Schultz L. Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in women. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54: 81–7.
- [9] Falsetti SA, Resnick HS. Frequency and severity of panic attack symptoms in a treatment seeking sample of trauma victims. *J Trauma Stress* 1997;10:683–9.
- [10] Feldner MT, Smith RC, Babson KA, Sachs-Ericsson N, Schmidt NB, Zvolensky MJ. Test of the role of nicotine dependence in the relation between posttraumatic stress disorder and panic spectrum problems. *J Trauma Stress* 2009;22:36–44.
- [11] Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA* 1994;272:619–26.
- [12] Skevington SM. Advancing cross-cultural research on quality of life: observations drawn from the WHOQOL development. *World Health Organisation Quality of Life Assessment. Qual Life Res* 2002;11: 135–44.
- [13] Mendlowicz MV, Stein MB. Quality of life in individuals with anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 2000;157:669–82.
- [14] Olatunji BO, Cisler JM, Tolin DF. Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2007;27:572–81.
- [15] Schonfeld WH, Verboncoeur CJ, Fifer SK, Lipschutz RC, Lubeck DP, Buesching DP. The functioning and well-being of patients with unrecognized anxiety disorders and major depressive disorder. *J Affect Disord* 1997;43:105–19.
- [16] Beard C, Weisberg RB, Keller MB. Health-related Quality of Life across the anxiety disorders: findings from a sample of primary care patients. *J Anxiety Disord* 2010;24:559–64.
- [17] Guan B, Deng Y, Cohen P, Chen H. Relative impact of Axis I mental disorders on quality of life among adults in the community. *J Affect Disord* 2011;131:293–8.
- [18] Rapaport MH, Clary C, Fayyad R, Endicott J. Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 2005;162:1171–8.
- [19] Zayfert C, Becker CB, Unger DL, Shearer DK. Comorbid anxiety disorders in civilians seeking treatment for posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 2002;15:31–8.
- [20] Fisman A, Mendlowicz MV, Marques-Portella C, Volchan E, Coutinho ES, Souza WF, et al. Peritraumatic tonic immobility predicts a poor response to pharmacological treatment in victims of urban violence with PTSD. *J Affect Disord* 2008;107:193–7.
- [21] Lima AA, Fisman A, Marques-Portella C, Mendlowicz MV, Coutinho ES, Maia DC, et al. The impact of tonic immobility reaction on the prognosis of posttraumatic stress disorder. *J Psychiatr Res* 2010;44:224–8.
- [22] Rocha-Rego V, Fisman A, Portugal LC, Garcia Pereira M, de Oliveira L, Mendlowicz MV, et al. Is tonic immobility the core sign among conventional peritraumatic signs and symptoms listed for PTSD? *J Affect Disord* 2009;115:269–73.
- [23] First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured clinical interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-CV) (User's Guide and Interview). Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.; 1997.
- [24] Del-Bem CM, Vilela JAA, Crippa JAS, Hallak JEC, Labate CM, Zuardi AW. Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV – Clinical Version translated into Portuguese. *Rev Bras Psiquiatr* 2001;23:156–9.
- [25] Berger W, Mendlowicz MV, Souza W, Figueira I. Semantic equivalence of the Portuguese version of the Post-Traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version (PCL-C) for the screening of post-traumatic stress disorder. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* 2004;26:167–75.
- [26] Weathers FW, Litz BT, Herman D, Huska JA, Keane TM. The PTSD Checklist (PCL): reliability, validity, and diagnostic utility. Annual Meeting of International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX; 1993.
- [27] Elhai JD, Gray MJ, Kashdan TB, Franklin CL. Which instruments are most commonly used to assess traumatic event exposure and posttraumatic effects?: A survey of traumatic stress professionals. *J Trauma Stress* 2005;18:541–5.
- [28] Brewin CR. Systematic review of screening instruments for adults at risk of PTSD. *J Trauma Stress* 2005;18:53–62.
- [29] Berger W, Figueira I, Maurat AM, Bucassio EP, Vieira I, Jardim SR, et al. Partial and full PTSD in Brazilian ambulance workers: prevalence and impact on health and on quality of life. *J Trauma Stress* 2007;20: 637–42.
- [30] Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561–71.
- [31] Richter P, Werner J, Heerlein A, Kraus A, Sauer H. On the validity of the Beck Depression Inventory. A review. *Psychopathology* 1998;31: 160–8.
- [32] Gorenstein C, Andrade L, Vieira Filho AH, Tung TC, Artes R. Psychometric properties of the Portuguese version of the Beck Depression Inventory on Brazilian college students. *J Clin Psychol* 1999;55:553–62.
- [33] Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:893–7.

- [34] Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. Casa do Psicólogo: São Paulo; 2001.
- [35] Osório FL, Crippa JAS, Loureiro SR. Further psychometric study of the Beck Anxiety Inventory including factorial analysis and social anxiety disorder screening. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2011;15:255–62.
- [36] Berlim MT, Pavanello DP, Caldieraro MA, Fleck MP. Reliability and validity of the WHOQOL BREF in a sample of Brazilian outpatients with major depression. *Qual Life Res* 2005;14:561–4.
- [37] Green B. Trauma History Questionnaire. In: & Stamm BH, editor. *Measurement of stress, trauma, and adaptation*. Lutherville, MD: Sidran Press; 1996. p. 366–9.
- [38] Hooper L, Stockton P, Krupnick J, Green B. Development, use, and psychometric properties of the trauma history questionnaire. *Journal of Loss and Trauma* 2011;16:258–83.
- [39] Fiszman A, Cabizuca M, Lanfredi C, Figueira I. The cross-cultural adaptation to Portuguese of the Trauma History Questionnaire to identify traumatic experiences. *Rev Bras Psiquiatr* 2005;27:63–6.
- [40] Wegener S, Redoblado-Hodge MA, Lucas S, Fitzgerald D, Harris A, Brennan J. Relative contributions of psychiatric symptoms and neuropsychological functioning to quality of life in first-episode psychosis. *Aust N Z J Psychiatry* 2005;39:487–92.
- [41] Springer KW, Sheridan J, Kuo D, Cames M. Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse Negl* 2007;31:517–30.
- [42] Mickey RM, Greenland S. The impact of confounder selection criteria on effect estimation. *Am J Epidemiol* 1989;129:125–37.
- [43] Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004;38–46.
- [44] Boscarino JA. Posttraumatic stress disorder and physical illness: results from clinical and epidemiologic studies. *Ann N Y Acad Sci* 2004; 1032:141–53.
- [45] Maia DB, Marmar CR, Metzler T, Nobrega A, Berger W, Mendlowicz MV, et al. Post-traumatic stress symptoms in an elite unit of Brazilian police officers: prevalence and impact on psychosocial functioning and on physical and mental health. *J Affect Disord* 2007;97:241–5.
- [46] Maia DB, Marmar CR, Mendlowicz MV, Metzler T, Nobrega A, Peres MC, et al. Abnormal serum lipid profile in Brazilian police officers with post-traumatic stress disorder. *J Affect Disord* 2008;107:259–63.
- [47] d'Ardenne P, Capuzzo N, Fakhoury WK, Jankovic-Gavrilovic J, Priebe S. Subjective quality of life and posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis* 2005;193:62–5.
- [48] Berlim MT, McGirr A, Fleck MP. Can sociodemographic and clinical variables predict the quality of life of outpatients with major depression? *Psychiatry Res* 2008;160:364–71.
- [49] Papakostas GI, Petersen T, Mahal Y, Mischoulon D, Nierenberg AA, Fava M. Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26: 13–7.
- [50] Blay SL, Marchesoni MS. Association among physical, psychiatric and socioeconomic conditions and WHOQOL-Bref scores. *Cad Saude Publica* 2011;27:677–86.
- [51] Eack SM, Newhill CE. Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Bull* 2007;33:1225–37.
- [52] Draper B, Pfaff JJ, Pirkis J, Snowdon J, Lautenschlager NT, Wilson I, et al. Long-term effects of childhood abuse on the quality of life and health of older people: results from the Depression and Early Prevention of Suicide in General Practice Project. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:262–71.
- [53] Simon NM, Herlands NN, Marks EH, Mancini C, Letamendi A, Li Z, et al. Childhood maltreatment linked to greater symptom severity and poorer quality of life and function in social anxiety disorder. *Depress Anxiety* 2009;26:1027–32.
- [54] Evren C, Sar V, Dalbudak E, Cetin R, Durkaya M, Evren B, et al. Lifetime PTSD and quality of life among alcohol-dependent men: impact of childhood emotional abuse and dissociation. *Psychiatry Res* 2011;186:85–90.
- [55] Brown TA, Campbell LA, Lehman CL, Grisham JR, Mancill RB. Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *J Abnorm Psychol* 2001;110: 585–99.
- [56] Creamer M, Burgess P, McFarlane AC. Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychol Med* 2001;31:1237–47.
- [57] Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:617–27.
- [58] Pietrzak RH, Goldstein RB, Southwick SM, Grant BF. Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Anxiety Disord* 2011;25: 456–65.
- [59] Berger W, Mendlowicz MV, Marques-Portella C, Kinrys G, Fontenelle LF, Marmar CR, et al. Pharmacologic alternatives to antidepressants in posttraumatic stress disorder: a systematic review. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2009;33:169–80.

Can commercial movies induce PTSD-like syndrome?

Abstract

Background: Anecdotal reports suggest that watching commercial movies can cause psychiatric distress in vulnerable populations. **Objective:** To investigate whether non-experimental exposure to commercial movie could trigger a PTSD-like syndrome. **Method:** We reported a case of a 10-year-old girl who was exposed to a commercial movie who developed an impairing PTSD-like syndrome that lasted six years. Next, we systematically reviewed the literature for case reports of PTSD-like syndrome induced by commercial movies. **Results:** The patient fulfilled all DSM-IV TR for PTSD, except criterion A, as confirmed by the Structured Clinical Interview for DSM-IV TR (SCID). Thirteen cases of severe mental distress induced by commercial movies were reported in the literature. However, in only two of these cases the presence of the required DSM criteria for PTSD (except the criteria A) was investigated and confirmed. **Conclusion:** Although understudied, the exposure to commercial movies may be associated with PTSD-like syndrome in some viewers, especially in vulnerable populations. The dissemination of virtual reality based-technologies is likely to increase the scope of this problem and demand additional attention from parents, educators, mental health professionals, and legislators.

Keywords: Posttraumatic Stress Disorder; PTSD; commercial movies; criterion A; traumatic events.

1. Introduction

Commercial movies are intended to convey a realistic experience for the viewer. Thus, violent events witnessed on screen may be felt as distressingly real and could potentially induce psychological harm. In 1975, Bozzuto published a pioneering report on the so called “cinematic neurosis” - four adults developed panic, sleeping disorder, flashbacks, intrusive thoughts and psychotic symptoms, after watching the now classical horror movie “The Exorcist”. In 1978, Robinson e Barnett reported an

additional case of “cinematic neurosis” after exposure to the movie “Jaws”. The 1992 British horror television movie “Ghostwatch” caused national sensation because thousands of spectators believed it was real. At least one case of suicide was attributed to this movie. A letter to the British Medical Journal suggested that two 10-years-old boys presented Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) after watching this show.

The ensuing debate in the correspondence section of the BMJ raised the question whether exposure to a commercial film is sufficient for triggering PTSD. PTSD requires the presence of a real causal event as part of the diagnosis criteria (criterion A). A scene in a movie is not a *real* event. However, commercial movies have been shown to elicit reactions similar to those of PTSD in experimental studies (Carleton, Sikorski, & Gordon, 2010; Weidmann, Conradi, Gröger, Fehm, & Fydrich, 2009; Cantor, Byrne, Moyer-Gusé, & Riddle, 2010). In addition numerous publications have demonstrated an association between non-criterion A events and a lot of PTSD reactions, including movies (Rosen, & Lillienfeld, 2008).

We have recently assessed a case in which a persistent and debilitating posttraumatic syndrome was triggered by exposure of a 10-year old girl to a commercial movie. This case would have fulfilled all the criteria for PTSD was it not for the fact that the traumatic event was a movie. We will now describe this case in detail and conduct a systematic review, searching for similar cases.

2. Case report

Ms. P. was a 16 year old, a high school student, who was brought by her parents for a psychiatric appointment. At the first meeting, her mother told that she couldn't sleep in her room and any attempt in doing so caused her an intense anxiety, which was described as unbearable. Her parents didn't know what to do and Ms. P. slept with them every night, without exception.

Ms. P. was smiling and presented a good appearance and a well articulated speech. She told she had watched at age 10 the film “Scary Movie 3”, a parody of other horror movies. She thought it was quite ridiculous. However, she began to have the very same day major difficulties in falling asleep by herself due to fear. She went then

to her parents' room, where she felt more comfortable and under control. Her mother had to be awake until she fell asleep, in order to help her control this intense anxiety. With parental encouragement, she attempted to sleep alone in her bedroom, but...

"my heartbeat raced so much, my hands started sweating, I cried out hard, totally out of control, and I felt as though my organs were trembling inside... I can't really explain..."

The film was a parody of the horror movies, between them the movie "The Ring", whose main character Samara crossed the tv screen to commit murders. She had been pushed by her step-mother to a well. The movie shows scenes of this corpse like girl, with a straight, shaggy hair that partially hid her scary face, creeping out from the TV screen. It also shows a very quick (seconds) scene of Samara and her step-mother in front of the well before the murder. Ms. P. was traumatized by the character of the movie "The Ring" and its story, told by a friend.

"I came across this story with my friend who watched the movie with me, cause she had told me about it. After that, I saw something that I can't clearly remember, but some scenes of the well come up in my mind, where she is with her step-mother... I'm not quite sure if I really saw it or if it's just my imagination playing tricks on me".

Intrusive images showed up when she closed her eyes, including Samara's view just a few centimeters of her, face to face, apt to frighten her, which made her fearful of opening her eyes. Consequently, she tried to keep her eyes open as much as she could, not to see Samara. The attempts of sleeping in her bedroom provoked intense hyper vigilance and autonomic symptoms of anxiety.

"During the day I did not believe in Samara, I was pretty much aware that she was not real. The problem was at night, when I had to go to bed, with this incessant preoccupation of seeing her. Although I knew she wasn't real, fear overwhelmed me and I was convinced she would come through the television".

The crisis began to erupt at nightfall, and to worsen progressively. She started to take clonazepan and to keep herself awake and hyper vigilant as much as she could. Although she sometimes fell asleep, she jolt awoke, and ran to her parents' room,

highly disturbed. This kind of episode impaired sleep quality and affected her performance at school the following day.

"I was extremely anxious and what anguished me the most was to see the time going by and the night falling, which meant that sleep time was approaching. As the evening was growing dark, I had tachycardia and began to feel sad".

Even though she fought against her belief in Samara, the intrusive thoughts persisted. She thought about covering the television, but she knew that Samara could easily pass through it.

"As the night grew dark, I started to panic; I began taking clonazepan to try to calm down. I fell asleep, overcome with fatigue... As my parents couldn't bear anymore with my suffering, I started to sleep systematically with them".

Ms. P. avoided sleeping elsewhere; she only felt comfortable sleeping with her parents. She avoided watching movies, as well. She didn't have any nightmares.

At school she felt excluded and isolated, believing it to be misjudged by classmates for being ugly or fat, which believed despite hear the opposite of the family.

She avoided meet her former friends because *"I've always been impatient, but I think I have become more impatient with people (had never stopped to make that connection, but really, the difference is visible)."*

Ms. P. was not going anywhere without a parent, except for the school, which was near his home. *"Sure, after the movie I felt more afraid to leave the house, especially at night. The world has become more dangerous".*

Nine therapy appointments using imaginary coping strategies were held. During the simulation, she presented anxiety symptoms with visible muscle contracture, mainly in her upper limbs and trunk, and was also out of breath. The image of Samara, scary, deformed, appeared threatening her. She pictured herself sitting hawk-eyed on her bed, watchful and unsleeping. During these meetings, she tried spontaneously to sleep again in her bedroom little by little, until the moment she was able to sleep an entire night by herself serenely. Samara's image did not appear anymore. She

was always in company of her mother in these appointments. During the last meetings, she was already able to go out and join her mother in distant places in town. She was also able to stay home alone during a trip from their parents, which lasted two days. No medicines were prescribed.

Ms. P. was reassessed 6 months later, then in 1 year and in 2 years after the treatment. There was no return of the symptoms described above. She keeps sleeping alone and is currently making plans of living on her own in Europe to study. Furthermore, she managed to establish satisfactory social linkages in school, feeling very motivated to relate.

Figure A. Description of Ms. P. symptoms as criteria of the DSM-IV and DSM-V

DSM - IV	DSM - V	
Criterion A The person has experienced, witnessed, or been confronted with an event or events that involve actual or threatened death or serious injury, or a threat to the physical integrity of oneself or others. The person's response involved intense fear, helplessness, or horror.	Criterion A Direct exposure. Witnessing, in person. Indirectly, by learning that a close relative or close friend was exposed to trauma. Repeated or extreme indirect exposure to aversive details of the event(s), usually in the course of professional duties. This does not include indirect non-professional exposure through electronic media, television, movies, or pictures.	Absent
Criterion B1 Recurrent and intrusive distressing recollections of the event	Criterion B1 Recurrent, involuntary, and intrusive memories	<i>"some scenes of the well come up in my mind",</i> Even though she fought against her belief in Samara, the intrusive thoughts persisted.
Criterion B2 Efforts to avoid activities, places, or people that arouse recollections of the trauma	Criterion B2 Traumatic nightmares. Note: Children may have frightening dreams without content related to the trauma(s).	Absent
Criterion B3 Acting or feeling as if the traumatic event were recurring	Criterion B3 Dissociative reactions (e.g., flashbacks) which may occur on a continuum from brief episodes to complete loss of consciousness.	<i>"Although I knew she wasn't real, fear overwhelmed me and I was convinced she would come through the television"</i> Intrusive images showed up when she closed her eyes, including Samara's view just a few centimeters of her, face to face, apt to frighten her, which made her fearful of opening her eyes.
Criterion B4 Intense psychological distress at exposure to internal or external cues that symbolize or resemble an aspect of the traumatic event	Criterion B4 Intense or prolonged distress after exposure to traumatic reminders	<i>"I was extremely anxious and what anguished me the most was to see the time going by and the night falling, which meant that sleep time was approaching".</i> <i>"I cried out hard, totally out of control, and I felt as though my organs were trembling inside... I can't really explain..."</i>

Criterion B4 Intense psychological distress at exposure to internal or external cues that symbolize or resemble an aspect of the traumatic event	Criterion B4 Intense or prolonged distress after exposure to traumatic reminders	<i>"I was extremely anxious and what anguished me the most was to see the time going by and the night falling, which meant that sleep time was approaching".</i> <i>"I cried out hard, totally out of control, and I felt as though my organs were trembling inside... I can't really explain..."</i>
Criterion B5 Physiologic reactivity upon exposure to internal or external cues that symbolize or resemble an aspect of the traumatic event	Criterion B5 Marked physiologic reactivity after exposure to trauma-related stimuli	<i>"my heartbeat raced so much, my hands started sweating"</i>
Criterion C1 Efforts to avoid thoughts, feelings, or conversations associated with the trauma	Criterion C1 (Persistent effortful avoidance of)Trauma-related thoughts or feelings	Absent
Criterion C2 Efforts to avoid activities, places, or people that arouse recollections of the trauma	Criterion C2 (Persistent effortful avoidance of)Trauma-related external reminders (e.g., people, places, conversations, activities, objects, or situations).	Ms. P avoided sleeping elsewhere; she only felt comfortable sleeping with her parents. She avoided watching movies, as well
Criterion C3 Inability to recall an important aspect of the trauma		Absent
Criterion C4 Markedly diminished interest or participation in significant activities		Absent
Criterion C5 Feeling of detachment or estrangement from others		At school she felt excluded and isolated. She avoided meet her friends.
Criterion C6 Restricted range of affect (e.g., unable to have loving feelings)		Absent
Criterion C7 Sense of a foreshortened future		Absent
	Criterion D1 Inability to recall key features of the traumatic event (usually dissociative amnesia; not due to head injury, alcohol, or drugs).	Absent
	Criterion D2 Persistent (and often distorted) negative beliefs and expectations about oneself or the world.	<i>"Sure, after the movie I felt more afraid to leave the house, especially at night. The world has become more dangerous".</i>
	Criterion D3 Persistent distorted blame of self or others for causing the traumatic event or for resulting consequences.	Absent
	Criterion D4 Persistent negative trauma-related emotions (e.g., fear, horror, anger, guilt, or shame).	<i>"As the night grew dark, I started to panic"</i>
	Criterion D5 Markedly diminished interest in (pre-traumatic) significant activities.	Absent
	Criterion D6 Feeling alienated from others (e.g., detachment or estrangement).	At school she felt excluded and isolated. She avoided meet her friends.
	Criterion D7 Constricted affect: persistent inability to experience positive emotions	Absent
Criterion D1 Difficulty falling or staying asleep		Although she sometimes fell asleep, she jolt awoke, and ran to her parents' room, highly

		disturbed.
Criterion D2 Irritability or outbursts of anger		Absent
Criterion D3 Difficulty concentrating		Absent
Criterion D4 Hyper-vigilance		she tried to keep her eyes open as much as she could, not to see Samara
	Criterion E1 Irritable or aggressive behavior	<i>"I've always been impatient, but I think I have become more impatient with people (had never stopped to make that connection, but really, the difference is visible)."</i>
	Criterion E2 Self-destructive or reckless behavior	Absent
	Criterion E3 Hyper-vigilance	she tried to keep her eyes open as much as she could, not to see Samara
Criterion D5 Exaggerated startle response	Criterion E4 Exaggerated startle response	Absent
	Criterion E5 Problems in concentration	Absent
	Criterion E6 Sleep disturbance	Although she sometimes fell asleep, she jolt awoke, and ran to her parents' room, highly disturbed.
Criterion E Duration of the disturbance is more than one month	Criterion F Persistence of symptoms for more than one month.	lasting for 6 years
Criterion F The disturbance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning	Criterion G Significant symptom-related distress or functional impairment (e.g., social, occupational).	This kind of episode impaired sleep quality and affected her performance at school the following day.
	Criterion H Disturbance is not due to medication, substance use, or other illness.	Present

3. Methods

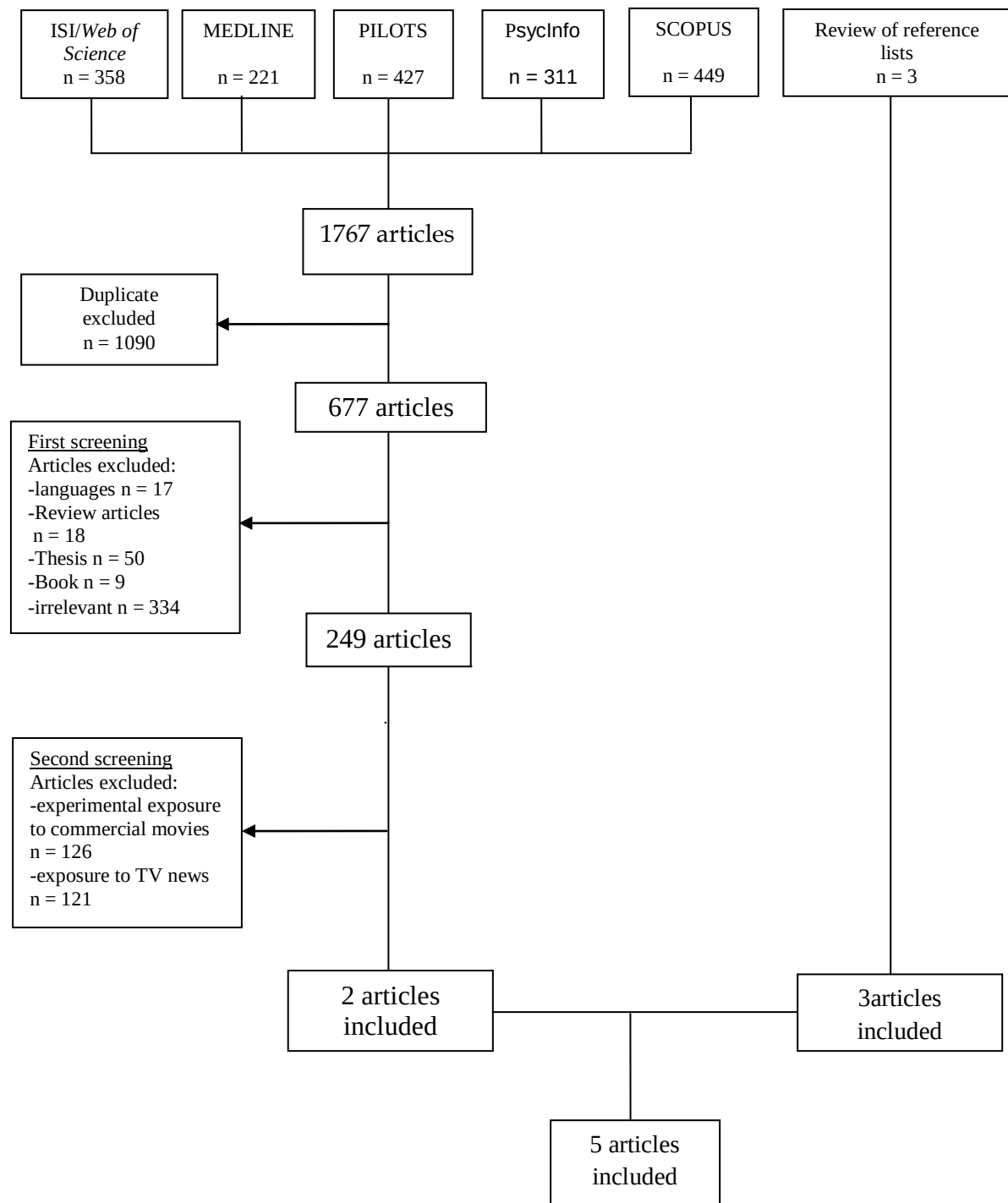
On February 13th, 2015 we searched the following databases: ISI/Web of knowledge (topic), Medline (all fields), PILOTS (any fields), PsycINFO (any fields), and Scopus (title, abstract, keywords) using the strategy: (PTSD OR "stress disorder*") AND (film* OR movie* OR cinema OR video OR television). The asterisks mean that all terms beginning with these roots were searched (Fig. B). We also reviewed the reference lists of selected articles.

Inclusion criteria were case reports about traumatic stress disorder symptoms emerging after spontaneous exposure to commercial movies. We excluded review articles, experimental and intervention studies, book chapters, unpublished thesis, languages other than English, Portuguese and Spanish, and articles about exposure to TV news.

4. Results

Our search retrieved 1767 articles that were reduced to 677 articles after exclusion of duplicates. After applying inclusion/exclusion criteria, two articles was selected. The review of reference lists retrieved 3 additional articles, in a total of 5 included articles (figure B).

Figure B. Flow chart of search results and select articles



We found a total of 13 cases reported in 5 articles where distress symptoms were observed after spontaneous exposure to a commercial movie. From those ones, only two cases were considered PTSD by the author through the criteria in the ICD-10 (International Classification of Diseases, tenth revision) and DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition, revised) and are presented in Table 2 (Silveira & Simons, 1994).

The other 11 reported cases - some of them prior to the PTSD inclusion in diagnostic classifications (DSM-III, 1980) - have not systematically been assessed through formal diagnostic criteria. (Bozzuto, 1975; Robinson & Barnett, 1975; Mathai, 1983; Forbes & McClure, 1994, Baillie, Thompson, & Kaplan, 1994,),

Figure C. Description of 2 PTSD-like syndrome after exposure to a commercial movie

Commercial Movie	Age and gender	Symptoms	Duration of symptoms
Ghostwatch	10-year old male	Fear of ghosts, witches and the dark; refusal to go upstairs alone; sleeping with the bedroom light on; nightmares, panic attacks, daytime flashbacks and banging his head to remove thoughts of ghosts; increasing clinginess and reluctance to go to school or to allow his mother to go out without him.	4 months
Ghostwatch	10-year old male	Fright, feeling sick and crying easily; refusal to go into the bedroom complaining of someone watching him there.	4 months

5. Discussion

The present study had two objectives: 1) to report, a case of PTSD-like syndrome induced by commercial movie, for the first time, using a semi-structured interview; 2) to perform the first systematic review about PTSD-like syndrome induced by commercial movie, which identified only two cases reports that did not use any kind of structured interview.

The two case reports found by our systematic review were secondary to exposure to the TV series “Gostwatch”. However, we also found another 11 cases of significant mental distress following exposure to commercial movies, ranging from specific phobias to full-blown psychosis, which have not done a systematic report of the symptoms using formal diagnostic criteria. The prevalence of stress reactions (including avoidance, nightmares, anxiety, flashbacks, and depression) after exposure to commercial movies may reach 25% in some populations (Johnson, 1980). Despite the relevance of the matter, reports of PTSD-like syndrome induced by commercial movies are scarce. Probably, the amount of people affected is higher than the literature makes us believe. Some hypothesis for this gap in the literature are: 1) the evidence may be limited by the fact that some reports were published before inclusion of PTSD in the diagnostic manuals, 2) commercial movies does not fulfill DSM criterion A for traumatic events, 3) to present such symptoms after watch a commercial film can be considered embarrassing and culturally unacceptable, therefore may be hidden by the people affected.

Commercial movies may induce PTSD-like syndrome trough several potential mechanisms, such as the empathy with the characters’ expressions (Cantor, 2004) and the “suspension of disbelief” - which occurs when the awareness of reality is inhibited and viewers live the movie temporarily as if it was real (Holland, 2003). So he can respond traumatically to the event on the screen and record this response in memory. Also, PTSD symptoms triggered by commercial movies, such as flashbacks and intrusive thoughts, seem to have the same neurobiological underpinnings as PTSD symptoms triggered by traumatic events that fulfill DSM criterion A (Bourne, Mackay, & Holmes, 2013). It is easier to suspend the disbelief in children; therefore they are more vulnerable to distress following commercial movies. Children can think that what they are watching is true and/or could happen to them (Cantor, Byrne,

Moyer-Gusé, & Riddle, 2010; Custers & Bulck, 2012). In other words, the film as could function a real event. In the present case report, Ms. P. was 10 years-old when she was exposed to the film “Scary Movie 3”, and believed that the character could actually come out of the TV to kill her. The symptoms triggered by this exposure brought significant emotional distress and functional impairment that lasted six years.

The suspension of disbelief may be enhanced by new media technologies and equipment. Technological advances, such as virtual reality and the “oculus rift”, might further blur the border between fiction and reality (Xu Xu, Chen, Lin, & Radwin, 2015), leading a greater number of vulnerable individuals to develop PTSD-like syndrome secondary to exposure to events that, at the moment, could not be considered a traumatic event according to DSM-V (American Psychiatric Association, 2013). It is not by chance that several researches, which try to produce PTSD experimentally, do so by using some commercial film clips. The restriction of the subjective experience of the traumatic event in the DSM-V, combined with the increased traumatic potential of commercial movies, may halt the recognition and treatment of people suffering from PTSD-like syndrome.

Although the present study rises some questions about what can be considered a potential traumatic event, it has some limitations. Even though our search comprised 5 of the most important electronic databases, the use of the search terms “PTSD” and “stress disorder” could let aside some studies that did not use these particular terms for describing mental distress secondary to movies - not considered a traumatic event by DSM criteria. The small number of case reports found by our thorough search does not allow definitive conclusions about the impact of frightening commercial movies on the mental health of the general population. On the other hand, the scope of this study is to rise some issues about the nature of traumatic events, since, maybe it is possible to develop a PTSD-like syndrome after exposure to a commercial film.

6. Conclusion

1)The clinicians and parents can consider the possibility of investigating systematically the occurrence of a PTSD-like syndrome after exposure to a

commercial film, mainly in vulnerable population who may present symptoms such as insomnia, bed-wetting, fear of darkness, mainly if such symptoms persist; 2) future studies may systematically investigate if new technology, which are being used by the cinematographic industry may have a negative impact leading to psychiatric syndromes in vulnerable population as the PTSD; 3) Investigations are needed on whether the films can function as traumatic events in these vulnerable populations; 4) It could be considered the review of the criterion A scope in relation to its practical effectiveness, based on new systematic studies. 5) If the stress experienced in films is the same as the PTSD, it could also respond to the same treatment as it is given to the PTSD cases.

References

American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3th ed. Washinton. *American Psychiatric Press*.

American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Revised 3th ed. Washinton. *American Psychiatric Press*.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washinton. *American Psychiatric Press*.

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Revised. Washington . *American Psychiatric Press*.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA, American Psychiatric Publishing.

Baillie Marjorie, (1994). Thompson Anne, Kaplan Carole. Letter: Anxious children at greatest risk. *BMJ*; 308: 714.

Bourne C, Mackay C.E., & Holmes E.A. (2013). The neural basis of flashback formation: the impact of viewing trauma. *Psychological Medicine*; 43: 1521-1532

Bozzuto James C. (1975). Cinematic Neurosis Following "The Exorcist". *The Journal of Nervous and Mental Disease*; 161 (1): 43-48.

Cantor, J. (2004). Why Films Induce Fright. *The Horror Film*. New Jersey, Rutgers, The State University. 225-228

Cantor J, Byrne S, Moyer-Gusé E, Riddle K. (2010). Descriptions of Media-Induced Fright Reactions in a Sample of US Elementary School Children. *Journal of Children and Media*; 4 (1): 1748-2798.

Carleton RN, Sikorski J, Gordon, JGA. (2010). Terrifying Movie Stimuli: A New Design for Precursors for Posttraumatic Stress. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*; 2(3): 206-217.

Custers K, & Bulck, J.Vd. (2012). Clinical practice – Fears effects by the media. *Eur J. Pediatr*; 171:613-616

Forbes Fiona, McClure Iain. (1994). Letter: Made Worse by Family Stress. *BMJ*; 308: 714.

Holland N.N. (2003). The Willing Suspensions of Disbelief: *A neuropsychanalytic view*. PsyART.; Vol 7 jan-mar. Presentation to 19th International Literature and Psychology Conference, Arezzo June 2002..

Johnson Brian R. (1980;). General Occurrence of Stressful Reactions to Commercial Motion Pictures and Elements in Films Subjectively Identified as Stressors. *Psychological Reports*, 47, 775-786.

Mathai J. (1983). An Acute anxiety state in an adolescent precipitated by viewing a horror movie. *Journal of Adolescence*; 6: 197-200.

Robinson John A, Barnett Arnold. (1975). Letter: Jaws Neurosis. *The New England Journal of Medicine*; 293 (22) 1154-1155.

Rosen GM, Lillienfeld SO. (2008). Posttraumatic stress disorder: An empirical evaluation of core assumptions. *Clinical Psychological Review*; 28: 837-868

Silveira W R, Simons D. (1994). Post-traumatic stress disorder in children after television programmes. *BMJ*; 308: 389-390.

Weidmann A, Conradi A, Gröger K, Fehm L, Fydrich T. (2009). Using stressful films to analyze risk factors for PTSD in analogue experimental studies – which film works best? *Anxiety, Stress, & Coping*; 22 (5): 549-569.

Xu Xu, Chen K.B., Lin J.H., & Radwin R.G. (2015). The accuracy of the Oculus Rift virtual reality head-mounted display during cervical spine mobility measurement. *Journal of Biomechanics*; 48: 721-724.

