

## Considerações clínicas sobre a psicoterapia cognitivo-comportamental de bancários com Transtorno de Estresse Pós-Traumático

Clinical considerations about cognitive-behavioral psychotherapy of bank employees with Post-Traumatic Stress Disorder

**Patricia Gaspar Mello**

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Av. Ipiranga, 6681, Partenon, 90619-900, Porto Alegre, RS, Brasil. patriciagmello@gmail.com

**Renato Maiato Caminha**

Instituto da Família de Porto Alegre. Rua João Abbott, 441, Petrópolis, 90460-150, Porto Alegre, RS, Brasil. caminhar@terra.com.br

**Pânila Longhi Lorenzoni**

Instituto Fernando Pessoa. Rua Mariante, 356, Rio Branco, 90430-180, Porto Alegre, RS, Brasil. panilalonghi@yahoo.com.br

**Christian Kristensen**

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Av. Ipiranga, 6681, Partenon, 90619-900, Porto Alegre, RS, Brasil. christian.kristensen@puccs.br

---

**Resumo.** Os profissionais da área da saúde mental com frequência são desafiados a encontrar novos tratamentos para situações adversas e peculiares dos indivíduos. O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é um dos distúrbios psiquiátricos mais comuns e que deixam sequelas, tendo em vista que afeta a vida funcional das pessoas que sofreram um trauma e desenvolvem o transtorno. Dessa forma, este estudo visa a uma revisão da literatura a respeito das estratégias terapêuticas utilizadas em Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) no tratamento do TEPT em bancários. Para tanto, foi realizada uma busca por artigos que descreveram protocolos de tratamento para o TEPT e as particularidades encontradas nos bancários, a fim de adequar a TCC para essa população. Os resultados sugerem que a população de bancários apresenta algumas diferenças em termos de cognições pós-traumáticas se comparada a outras populações, de forma que é sugerida uma adaptação dos protocolos de tratamento para atender às necessidades desses pacientes.

**Palavras-chave:** Terapia Cognitivo-Comportamental, Transtorno de Estresse Pós-Traumático, bancários.

**Abstract.** Professionals in mental health area are often challenged to find new treatments to adverse and peculiar situations of individuals. The Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) is one of more common psychiatric dis-

orders that cause sequels considering that it affects functional life of people who suffered a trauma and develop the disorder. Thus, this research intends to do a literature review about therapeutic strategies used on Cognitive Behavior Therapy (CBT) in PTSD treatment in bank employees. In order to do this, a research was made for articles that describe treatment protocols for PTSD and the particularities found in bank employees, with the purpose to suit CBT for this group of people. The results suggest that the population of bank employees presents some differences in terms of post-traumatic cognitions if compared to other populations, so an adaptation of treatment protocols to meet the needs of these patients is suggested.

**Key words:** Cognitive Behavior Therapy, Posttraumatic Stress Disorder, bank employees.

## Introdução

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é uma perturbação classificada no DSM-IV-TR entre as patologias de ansiedade (American Psychiatric Association, 2000). Essa desordem já está sendo considerada uma das doenças que mais causa prejuízo funcional na vida dos indivíduos, pois os impede de enfrentar locais e situações que causam extremo medo e ansiedade (Kristensen *et al.*, 2006).

As pesquisas atuais (Kessler *et al.*, 2005; Kristensen *et al.*, 2006) apontam para o fato de que grande parte das pessoas vivenciou, vai vivenciar ou tem contato com alguém que experienciou ao menos um evento traumático ao longo da vida. De fato, há estudo que indica que entre 60 e 80% dos indivíduos na população geral vai passar por alguma situação estressora potencialmente traumática (Kristensen *et al.*, 2006). Ainda na população geral, estima-se que em torno de 6,8% das pessoas irão desenvolver o TEPT (Kessler *et al.*, 2005).

A literatura indica uma série de preditores individuais para desenvolver TEPT após um evento estressor (Butler *et al.*, 2006). Também é possível observar que algumas profissões, como bancários, policiais e bombeiros, oferecem mais riscos do que outras para o desenvolvimento do TEPT por exporem mais os sujeitos a situações de ameaça ou perigo. Sendo assim, faz-se necessário entender quais abordagens terapêuticas são mais eficazes para o tratamento desses grupos de risco, considerando que as estratégias de intervenção devem contemplar as especificidades da população envolvida.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma abordagem terapêutica utilizada para o tratamento de diversas psicopatologias

e vem obtendo resultados positivos no que se refere à eficácia de suas técnicas. Inicialmente desenvolvida para o tratamento da depressão por Beck *et al.* (1979), a TCC se expandiu rapidamente e passou a ser utilizada como tratamento eletivo ou tratamento coadjuvante para um grande número de transtornos mentais ou mesmo de condições clínicas (Dobson, 2006). Tal disseminação deve-se, em parte, a algumas características fundamentais da TCC para o tratamento de transtornos de eixo I, incluindo seu caráter focal e objetivo, o papel ativo que o paciente desempenha no curso da terapia. A situação terapêutica se estende ao cotidiano do paciente, é orientada para a sintomatologia atual e tudo isso é orientado pelo conhecimento empírico da TCC (Beck, 1997).

Atualmente, considera-se a TCC o tratamento de escolha para o TEPT se comparado a outras abordagens psicossociais ou mesmo a abordagens farmacológicas (Bisson *et al.*, 2007). Porém, observa-se que existe uma menor atenção na adequação de tratamentos que considerem especificidades de cada população acometida pelo transtorno. Há uma série de protocolos de tratamento que apresentam eficácia comprovada para uma série de patologias e populações. No que tange ao TEPT, tais propostas se referem a casos devidos a abuso sexual (Jaycox *et al.*, 2002; Foa *et al.*, 2005), a traumas de guerras (Foa *et al.*, 2002), a indivíduos vítimas de acidentes de trânsito (Bryant *et al.*, 2008) ou ainda para o tratamento de populações com doença mental severa (Lindy e Lifton, 2001). Contudo, não estão disponíveis protocolos direcionados a bancários vítimas de ataques a bancos, de forma que essa população ainda se encontra desassistida em suas particularidades.

Dessa forma, a proposta dessa revisão é iniciar o preenchimento dessa lacuna, explo-

rando adaptações da TCC para o tratamento de um dos grupos de risco para o TEPT: os bancários. Essas pessoas estão diariamente expostas ao risco para a ocorrência de situações traumáticas, como assaltos e sequestros. Ainda que existam programas e equipes de intervenção imediata pós-assalto em várias instituições bancárias, na maior parte das situações, os bancários não são contemplados com psicoterapia focada no trauma. Sendo assim, realizou-se uma revisão da literatura, analisando quais as estratégias terapêuticas utilizadas na TCC para a psicoterapia do TEPT e quais as vantagens dessas estratégias frente a outras abordagens. Após, analisou-se as peculiaridades cognitivas e comportamentais da população de bancários se comparadas a outros grupos de risco para o TEPT para, então, propor a adequação do tratamento.

Trata-se de uma temática ainda pouco discutida, de maneira que não há registros na literatura sobre formas de tratamento específicas para esse grupo de indivíduos em situação de risco. Logo, além dos artigos e livros encontrados sobre o tema, será exposta a experiência clínica dos autores com esses indivíduos, a fim de ilustrar situações, perfis e estratégias utilizadas.

## **Transtorno de Estresse Pós-Traumático**

O TEPT é um transtorno classificado entre os transtornos de ansiedade (American Psychiatric Association, 2000), incluída como diagnóstico a partir do DSM-III (American Psychiatric Association, 1980). Essa perturbação, advinda da exposição a um evento traumático, apresenta prejuízos significativos na vida do indivíduo, impedindo-o, por vezes, a realizar atividades laborais que lhe exijam exposição a estímulos associados ao estressor original.

As características principais do transtorno envolvem sintomas de revivência, evitação/entorpecimento e excitabilidade aumentada e implicam em alto nível de sofrimento aos indivíduos acometidos pela doença, sendo, portanto, considerada invalidante (American Psychiatric Association, 2000). Além disso, Foa *et al.* (1999) consideram três fatores característicos de pacientes com TEPT, sendo esses (i) visão negativa de si, (ii) visão negativa do mundo e (iii) autorresponsabilização pelo evento traumático.

Por tratar-se de um transtorno da memória, a partir do evento estressor, o sujeito inicia pareamentos de memória semelhantes aos realizados em processos de fobia. O Estímulo

Pareado 1 (EP1) refere-se a situações geradoras de ansiedade relacionadas diretamente com o evento traumático. O Estímulo Pareado 2 (EP2) refere-se a situações que não estão relacionadas diretamente com o evento traumático, mas estão relacionadas em paralelo e desencadeiam ansiedade relacionada ao trauma. O Estímulo Pareado 3 (EP3) refere-se a pareamentos ocorridos a partir do EP2, sendo alheio ao processamento central da informação e tendo características associativas e tendência à generalização da memória. Esse processo intenso de condicionamento estímulo-resposta e estímulo-estímulo é uma das características distintivas do TEPT, sendo central para a compreensão de seu curso crônico (Ehlers e Clark, 2000). Logo, esse processo de condicionamento facilita com que a evocação da memória traumática ocorra de forma involuntária, comumente acompanhada pelas respostas emocionais, fisiológicas e comportamentais típicas do TEPT (Foa *et al.*, 2005; Taylor, 2006). Por exemplo, a vítima de um assalto a banco pode fazer o pareamento de memória com a agência bancária em que foi assaltada e, a partir disso, generalizar para qualquer outra agência, ampliar para lotéricas e seguir para supermercados ou lojas que tenham caixas, mesmo que nenhum dos exemplos se vincule diretamente ao assalto sofrido.

Estudos de prevalência indicam que entre 57,1% a 89,6% da população já passou ou vai passar por algum evento estressor ao longo da vida (Creamer *et al.*, 2001; Breslau *et al.*, 1998). O TEPT é o quarto distúrbio psiquiátrico mais comum, atingindo uma média de 10,3% dos homens e 18,3% das mulheres em algum momento da vida (Yehuda e Davidson, 2000). A prevalência na população geral, segundo Kessler *et al.* (2005), é de 6,8%, de maneira que podemos considerar o TEPT um problema de saúde pública.

Crescente atenção tem sido dada na identificação dos fatores que contribuem para a etiologia do TEPT, levando à identificação de grupos de risco (Taylor, 2006). Entre os grupos em uma situação de risco elevado para o desenvolvimento do transtorno, destacam-se: crianças em situação de vulnerabilidade, por serem vítimas de abusos e maus-tratos; trabalhadores como bombeiros, que testemunham tragédias diariamente; ou mesmo bancários, cujas agências são assaltadas com mais frequência do que é divulgado na mídia (Departamento de Comunicação do SindBancários, 2010).

Mesmo que os sintomas do TEPT estejam presentes nos sujeitos com o diagnóstico, essa

variedade de grupos de risco sugere particularidades na sintomatologia de cada população. Esse fato exige que as estratégias cognitivo-comportamentais utilizadas estejam de acordo com o perfil dos indivíduos para o sucesso do tratamento.

## Terapia Cognitivo-Comportamental

Os estudos utilizando a abordagem da TCC vêm apresentando um crescimento importante ao longo dos anos. Isso só aumenta a já animadora quantidade de estratégias terapêuticas dedicadas a diversos transtornos psicológicos, incluindo o TEPT (Beck, 1997). Por se tratar de uma psicoterapia empiricamente validada, os pesquisadores vêm divulgando os resultados de sua eficácia no meio acadêmico (Butler *et al.*, 2005).

## Estratégias terapêuticas

Há uma série de estratégias a serem utilizadas no tratamento do TEPT que envolvem o entendimento do paciente do modelo cognitivo e da própria psicopatologia, a remissão dos sintomas de ansiedade e a organização da memória traumática. Além disso, observa-se a necessidade da reestruturação cognitiva de crenças negativas sobre o *self*, mundo e autorresponsabilização (Taylor, 2006).

Autores de técnicas efetivas para o tratamento do TEPT, que visam à remissão da sintomatologia pós-traumática, concordam que a principal estratégia a ser utilizada é a terapia de exposição (Foa *et al.*, 2000; Caballo, 2003), que consiste em fazer com que o paciente relembra e relate o evento traumático diversas vezes no *setting* terapêutico a fim de auxiliar na organização da memória traumática e da emoção vinculada a ela (Taylor, 2006). O aumento da ansiedade apresentado pelo paciente tende a subir na medida em que o relato é realizado, chegando a um grau elevado e caindo com a continuidade do processo.

Além da Terapia de Exposição, também é utilizada a psicoeducação, já bem consolidada para qualquer outro transtorno, durante a qual o terapeuta explica ao paciente a sintomatologia do transtorno e esclarece dúvidas, a fim de mostrar que o sujeito não está ficando “louco” ou que seu problema tem solução. Além disso, é explicado ao paciente o modelo cognitivo no qual a TCC se embasa, observando o papel dos pensamentos nas emoções e, destas, no comportamento (Foa *et al.*, 2000).

Durante a terapia, também são utilizadas estratégias comportamentais, como a “respiração diafragmática”, o “relaxamento muscular progressivo” e o “treino de inoculação do estresse”, técnicas efetivas no tratamento de transtornos de ansiedade (Caballo, 2003).

Por fim, dentro dos protocolos de tratamento, também são utilizadas técnicas direcionadas à reestruturação cognitiva, que objetivam o questionamento de pensamentos e esquemas disfuncionais vinculados aos domínios do transtorno. Assim, utiliza-se o questionamento socrático e também o Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD), que já demonstraram utilidade na modificação desses esquemas em diversos transtornos, inclusive no TEPT (Caballo, 2003; Beck, 2005).

As estratégias recém-descritas são padrão na maioria dos protocolos de tratamento cognitivo-comportamentais publicados. Há uma discussão na literatura acerca da ordem de apresentação das técnicas e no manejo de comorbidades, mas a exposição e a reestruturação cognitiva são estratégias presentes na maioria dos protocolos (Foa *et al.*, 2000; Taylor, 2006; Bryant *et al.*, 2003). Os estudos são realizados com diversas populações, como crianças sexualmente abusadas, mulheres vítimas de violência doméstica, bombeiros, veteranos de guerra e sobreviventes de desastres naturais ou catástrofes provocadas pelo homem. Porém, esta revisão encontrou apenas um estudo de caso com um bancário, que não refere o processo terapêutico, sugerindo a escassez de pesquisas com esses indivíduos, ainda que esses profissionais constituam um grupo com elevada exposição a eventos estressores potencialmente traumáticos (Bucasio *et al.*, 2005).

## Bancários vítimas de ataques a banco

Segundo o relato do Departamento de Comunicação do SindBancários (2010), foram registrados cerca de 660 casos de ataques a bancos no período de maio de 2006 a julho de 2010, provocando mortes, ferimentos e traumas.

Referente ao perfil de bancários com TEPT, se percebe que muitos apresentam algum tipo específico de sintomas que preenchem os critérios do DSM-IV-TR, porém com algumas características específicas em relação ao perfil pessoal e ao ambiente em que estão inseridos. Exemplo disso são as pessoas que não podem se manter por longos períodos de tempo afastadas do ambiente e das situações relacionadas ao trauma, pois existe a necessidade de voltar



ao trabalho, mesmo conseguindo licença para tratamento quando buscam ajuda especializada. Algumas agências bancárias nem fecham durante o restante do dia em que foram assaltadas, mantendo os funcionários obrigados a trabalhar e expostos à situação traumática que acabaram de vivenciar. Assim, aparentemente, o sujeito pode ser percebido como apto a continuar seu trabalho por ainda estar exercendo suas funções, sem considerar o prejuízo funcional evidente em todas as áreas da vida pessoal e/ou profissional desse sujeito.

Porém, mesmo que os sintomas de evitação não se estendam tão fortemente a situações de trabalho, podem se apresentar em questões de lazer ou mesmo com a família, de forma que o indivíduo se torne emocionalmente evitativo, mesmo que, aparentemente, não esteja evitando muitas situações. Além disso, já que ele precisa encarar diariamente o ambiente pareado como traumático, é natural que sintomas de hiperexcitabilidade estejam presentes; afinal, trata-se de uma resposta aprendida e utilizada frente a ambientes ameaçadores.

Os pesadelos e *flashbacks* também podem ser constantes e causar intenso sofrimento, porém, como são vivenciados somente pelo sujeito, seu prejuízo não é observado pelos demais, o que pode levar a uma falsa impressão de que não há consequências mais graves. Problemas relacionados ao sono podem estar presentes, afetando as tarefas que exijam atenção e causando prejuízos na atividade laboral.

A primeira regra para o tratamento do TEPT é cessar a exposição ao trauma, o que se torna impraticável pelos bancários, pois continuamente se encontram expostos aos riscos de um novo ataque a bancos. Assim como é impossível trabalhar com crianças vítimas de abuso que se mantêm em contato com o abusador, da mesma forma acontece com bancários, pois necessitam manter-se no local de trabalho, o que significa estar frequentemente em contato com a possibilidade da ocorrência de um novo trauma.

## TCC em Bancários com TEPT

A TCC precisa ter seu protocolo de tratamento adaptado para atingir de forma eficaz a população de bancários com TEPT e suas peculiaridades. É importante frisar que as técnicas de exposição devem ser mantidas, porém talvez seja importante realizar a exposição para vários eventos estressores, tendo em vista que é raro encontrar algum bancário que tenha

sido vítima de um único ataque a banco. Dessa forma, pode ser necessário que as sessões de exposição aumentem de número.

Além disso, o tratamento deve manter um foco intenso em sintomas de excitabilidade, em razão de ser aquilo que, provavelmente, mais perturba o sujeito. Exercícios para evitar a hipervigilância devem ser desenvolvidos, pois são indivíduos que tendem a verificar constantemente o ambiente de trabalho à procura da ameaça. A investigação e o tratamento daqueles sintomas de evitação que podem não aparecer tão fortemente devem ser cuidadosos, pois os sintomas podem estar presentes com menor intensidade sem, necessariamente, apresentar poucos danos. Além disso, sugere-se utilizar as técnicas de exposição no momento mais inicial do tratamento e as técnicas de reestruturação cognitiva, em seguida a estas, já que os sintomas de estresse podem ser demasiado invalidantes para que o sujeito consiga refletir sobre pensamentos e crenças com a ansiedade tão elevada.

Por fim, no que se refere à reestruturação cognitiva, sugere-se especial atenção ao fator relacionado à visão negativa de mundo, já que é muito difícil que o bancário não perceba o mundo como perigoso, apresentando dificuldades para vê-lo de forma positiva frente aos sintomas do transtorno desenvolvido pela situação traumática.

## Considerações finais

O TEPT é um dos transtornos psiquiátricos mais prevalentes. O prejuízo causado pelo evento traumático que origina o transtorno e também as consequências da falta de tratamento são demonstrados em muitos estudos. A existência de particularidades em grupos de risco deve ser levada em consideração para o tratamento do TEPT. Dessa forma, este estudo teve como objetivo explicar as principais estratégias terapêuticas utilizadas para o tratamento do TEPT, sendo que a população de bancários foi escolhida para exemplificar uma série de peculiaridades do transtorno que precisa ser observada durante o tratamento para que este seja eficaz e cesse o sofrimento do grupo de pacientes.

Tendo em vista essas observações, pode-se concluir que há uma necessidade de adequar as estratégias terapêuticas vigentes para o tratamento cognitivo-comportamental em bancários com TEPT. Embora a maioria dos protocolos já esteja bem elaborada para o tratamento, sugere-se que as sessões de exposição sejam

ampliadas de acordo com a quantidade de ataques sofridos e que, na reestruturação cognitiva, seja dada especial atenção à visão de mundo negativa e aos sintomas de excitabilidade aumentada, visto que, segundo Taylor (2006), a reestruturação cognitiva potencializa o efeito da TCC em sintomas fisiológicos.

No que se refere às limitações deste estudo, observa-se a impossibilidade de encontrar publicações direcionadas ao tratamento cognitivo-comportamental de bancários com TEPT, de forma que as sugestões aqui mencionadas estão mais relacionadas à experiência clínica dos autores.

Considera-se importante a realização de um estudo epidemiológico para avaliar a gravidade da exposição traumática, os sintomas mais frequentes e a interferência na qualidade de vida dos bancários vítimas de ataques a bancos. Como última sugestão, não é possível deixar de mencionar a necessidade de estudos que elaborem protocolos de tratamento e de pesquisas de efetividade da TCC para bancários com TEPT. Essa população não deve ficar desassistida, considerando seu elevado risco para o desenvolvimento desse transtorno.

## Referências

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 1980. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III*. Washington (DC), American Psychiatric Association, 494 p.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. 4ª ed., Washington (DC), American Psychiatric Association, 944 p.
- BECK, A.T.; RUSH, A.J.; SHAW, B.F.; EMERY, G. 1979. *Cognitive Therapy of Depression*. New York, The Guilford Press, 435 p.
- BECK, A.T. 2005. The Current State of Cognitive Therapy: A 40-Year Retrospective. *Archives of General Psychiatry*, **62**:953-959. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.62.9.953>
- BECK, J. 2007. *Terapia Cognitiva: Teoria e Prática*. Porto Alegre, Artmed, 348 p.
- BISSON, J.I.; EHLERS, A.; MATTHEWS, R.; PILLING, S.; RICHARDS, D.; TURNER, S. 2007. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, **190**:97-104. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.106.021402>
- BRESLAU, N.; KESSLER, R.C.; CHILCOAT, H.D.; SCHULTZ, L.R.; DAVIS, G.C.; ANDRESKI, P. 1998. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, **55**:626-632. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.55.7.626>
- BRYANT, R.A.; MOULDS, M.L.; GUTHRIE, R.M.; DANG, S.T.; NIXON, R.D. 2003. Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **71**(4):706-712. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.706>
- BRYANT, R.A.; MOULDS, M.L.; GUTHRIE, R.M.; DANG, S.T.; MASTRODOMENICO, J.; NIXON, R.D.V.; FELMINGHAM, K.L.; HOPWOOD, S.; CREAMER, M. 2008. A Randomized Controlled Trial of Exposure Therapy and Cognitive Restructuring for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **76**(4):695-703. <http://dx.doi.org/10.1037/a0012616>
- BUCASIO, E.; VIEIRA, I.; BERGER, W.; MARTINS, D.; SOUZA, C.; MAIA, D.; FIGUEIRA, I.; JARDIM, S. 2005. Transtorno de estresse pós-traumático como acidente de trabalho em um bancário: relato de um caso. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, **27**(1):86-89. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082005000100011>
- BUTLER, A.C.; CHAPMAN, J.E.; FORMAN, E.M.; BECK, A.T. 2006. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, **26**(2006):17-31. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>
- CABALLO, V.E. 2003. *Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos: transtornos de ansiedade, sexuais, afetivos e psicóticos*. São Paulo, Santos Livraria Editora, 681 p.
- CREAMER, M.; BURGESS, P.; MCFARLANE, A.C. 2001. Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine*, **31**:1237-1247. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291701004287>
- DOBSON, K.S. 2006. *Manual de terapias cognitivo-comportamentais*. Porto Alegre, Artes Médicas, 340 p.
- FOA, E.B.; EHLERS, A.; CLARK, D.M.; TOLIN, D.F.; ORSILLO, S.M. 1999. The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, **11**:303-314. <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.11.3.303>
- FOA, E.B.; KEANE, T.M.; FRIEDMAN, M.J. 2000. *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York/London, The Guilford Press, 658 p.
- FOA, E.B.; ZOELLNER, L.A.; FEENY, N.C.; HEMBREE, E.A.; ALVAREZ-CONRAD, J. 2002. Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **70**(4):1022-1028. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.70.4.1022>
- FOA, E.B.; KEANE, T.; FRIEDMAN, M. 2005. Guidelines for treatment of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, **13**:539-599. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1007802031411>
- JAYCOX, L.; ZOELLNER, L.; FOA, E.B. 2002. Cognitive-behavior therapy for PTSD in rape survivors. *Journal of Clinical Psychology*, **58**:891-906. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.10065>

- KESSLER, R.C.; CHIU, W.T.; DEMLER, O.; MERIKANGAS, K.R.; WALTERS, E.E. 2005. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62:617-627.  
<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>
- KRISTENSEN, C.H.; PARENTE, M.A.M.P.; KASZNIAK, A.W. 2006. Transtorno de Estresse Pós-Traumático e Funções Cognitivas. *Psico-USF*, 11(1):17-23.
- LINDY, J.D.; LIFTON, R.J. 2001. *Beyond invisible walls*. New York, Brunner-Routledge, 272 p.
- SINDIBANCÁRIOS. 2010. Disponível em: <http://www.bancariospoa.com.br/Institucional/seguranca.asp>. Acessado em: 23/08/2010.
- TAYLOR, S. 2006. *Clinician's Guide to PTSD: A Cognitive-Behavioral Approach*. London, Guilford Press, 322 p.
- YEHUDA, R.; DAVIDSON, J. 2000. *Clinician's manual on post traumatic stress disorder*. London, Science Press, 68 p.
- Submetido: 16/09/2010  
Aceito: 09/03/2011