
Tratamento do transtorno do estresse pós-traumático complexo em crianças e adolescentes de acordo com a CID-11: revisão de literatura

Treatment of complex post-traumatic stress disorder in children and adolescents according to ICD-11: literature review

Tratamiento del trastorno de estrés postraumático complejo en niños y adolescentes según CIE-11: revisión de la literatura

Ricardo Akiyoshi Nakamura



[ORCID](#) - [Lattes](#)

Marcelo Bruno Generoso - [ORCID](#) - [Lattes](#)

Amelia Karoline Costa Bacalhau - [ORCID](#) - [Lattes](#)

RESUMO

Introdução: Mais de 60% dos jovens relatam ter experimentado pelo menos uma experiência traumática durante a infância. O Transtorno de Estresse Pós-Traumático Complexo (TEPTC) é um novo diagnóstico da CID-11, com poucos estudos publicados sobre seu tratamento, principalmente em crianças e adolescentes. **Objetivo:** Revisar a literatura disponível sobre o tratamento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático Complexo na Infância e Adolescência (TEPTC-IA) e definir as melhores estratégias para seu tratamento. **Método:** Através de revisão narrativa, foram incluídos artigos abordando o tratamento do TEPTC-IA. O levantamento dos artigos publicados na literatura foi realizado nas bases de dados: 1) [BVS – Biblioteca Virtual em Saúde](#), e 2) [PubMed](#), com as palavras, suas variantes e siglas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático Complexo na Infância e Adolescência e “Complex Post-Traumatic Stress Disorder in children and adolescents”. **Resultado:** Foram incluídos 5 artigos publicados sobre tratamento do TEPTC-IA, com ênfase principalmente em Terapia Cognitiva Comportamental Focada no Trauma (TCC-FT). **Conclusão:** O presente estudo observou que a TCC-FT é a terapia mais estudada e efetiva para TEPTC-IA, porém, os sintomas do TEPTC como desregulação afetiva ainda causam sofrimento relevante após o tratamento. Os estudos analisados sugerem necessidade de aperfeiçoamento do tratamento, como maior

individualização da terapia, com ênfase nos aspectos mais deficientes de cada paciente, como maior tempo da TCC-FT na fase de tratamento da desregulação afetiva e funcionamento relacional. Um estudo de Terapia de Processamento Cognitivo Adaptada ao Desenvolvimento (TPCAD) demonstrou efetividade para TEPTC-IA.

Palavras-chave: transtorno de estresse pós-traumático complexo, crianças e adolescentes, terapia cognitiva comportamental focada no trauma, tratamento do transtorno de estresse pós-traumático complexo

ABSTRACT

Introduction: More than 60% of young people report having experienced at least one traumatic experience during childhood. Complex Post-Traumatic Stress Disorder (CPTSD) is a new ICD-11 diagnosis, with few published studies on its treatment, mainly in children and adolescents.

Objective: To review the available literature on the treatment of Complex Post-Traumatic Stress Disorder in Childhood and Adolescence (CPTSD-CA) and define the best strategies for its treatment. **Method:** Through a narrative review, articles addressing the treatment of CPTSD-CA were included. The survey of articles published in the literature was carried out in the following databases: 1) [BVS – Biblioteca Virtual em Saúde](#), and 2) [PubMed](#), with the words, variants and acronyms of Complex Post-Traumatic Stress Disorder in Childhood and Adolescence and “Transtorno de Estresse Pós-Traumático Complexo na Infância e Adolescência”.

Result: Five articles published on the treatment of CPTSD-CA were included, with emphasis mainly on Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT).

Conclusion: The present study observed that TF-CBT is the most studied and effective therapy for CPTSD-CA, however, CPTSD symptoms such as affective dysregulation still cause relevant distress after treatment. The analyzed studies suggest the need for treatment improvement, such as greater individualization of therapy, with emphasis on the most deficient aspects of each patient, such as longer TF-CBT in the treatment phase of affective dysregulation and relational functioning. A study of Developmentally Adapted Cognitive Processing Therapy (DACPT) demonstrated effectiveness for CPTSD-CA.

Keywords: complex posttraumatic stress disorder, children and adolescents, trauma-focused cognitive behavioral therapy, treatment of complex post traumatic stress disorder

RESUMEN

Introducción: Más del 60% de los jóvenes reportaron haber vivido al menos una experiencia traumática durante la infancia. El Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPTC) es un nuevo diagnóstico de la CIE-11, con pocos estudios publicados sobre su tratamiento, especialmente en niños y adolescentes. **Objetivo:** Revisar la literatura disponible sobre el tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo en la Infancia y la Adolescencia (TEPTC-IA) y definir las mejores estrategias para su tratamiento. **Método:** A través de una revisión narrativa, incluimos artículos que abordaron el tratamiento del TEPTC-IA. Se realizó el levantamiento de dos artículos publicados en la literatura en las bases de datos: 1) [BVS – Biblioteca Virtual en Salud](#), y 2) [PubMed](#), con las palabras, sus variantes y siglas para Trastorno de Estrés Postraumático Complejo en Niños y Adolescentes y “Complex Post-Traumatic Stress Disorder in children and adolescents”. **Resultado:** Se incluyeron 5 artículos publicados sobre el tratamiento del TEPTC-IA, con énfasis principalmente en la Terapia Cognitivo Conductual Centrada en el Trauma (TCC-CT). **Conclusión:** El presente estudio encontró que la TCC-CT es la terapia más estudiada y efectiva para el TEPTC-IA, por lo tanto, los síntomas del TEPTC, como la desregulación afectiva, aún causan una angustia relevante después del tratamiento. Los estudios analizados sugieren la necesidad de mejorar el tratamiento, como una mayor individualización de la terapia, con énfasis en los aspectos más deficientes de cada paciente, como una TCC-CT más prolongada en la fase de tratamiento de la desregulación afectiva y el funcionamiento relacional. Un estudio de la Terapia de Procesamiento Cognitivo Adaptada al Desarrollo (TPCAD) demostró eficacia para TEPTC-IA.

Palabras clave: trastorno de estrés postraumático complejo, niños y adolescentes, terapia conductual cognitiva centrada en el trauma, tratamiento del trastorno de estrés postraumático complejo

Como citar: Nakamura RA, Generoso MB, Bacalhau AKC. Tratamento do transtorno do estresse pós-traumático complexo em crianças e adolescentes de acordo com a CID-11: revisão de literatura. Debates em Psiquiatria, Rio de Janeiro. 2023;13:1-17. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2023.v13.994>

Conflito de interesses: declaram não haver

Fonte de financiamento: declaram não haver

Parecer CEP: não se aplica

Recebido em: 07/08/2023

Aprovado em: 26/08/2023

Publicado em: 08/09/2023

Editor responsável pelo artigo: Alexandre Martins Valença

Contribuição dos autores segundo a [Taxonomia CRediT](#): Nakamura RA, Generoso MB, Bacalhau AKC [1-14]

Introdução

Traumas na infância representam um sério problema de saúde pública, com taxas alarmantes de ocorrência. Dados indicam que mais de 60% dos jovens norte-americanos relatam ter experimentado pelo menos um evento traumático durante a infância [1, 2]. Pesquisas anteriores identificaram que traumas graves na infância podem afetar negativamente o desenvolvimento biológico, psicológico e social dos jovens [3, 4]. Estudos de longo prazo também demonstraram que indivíduos que sofreram traumas enfrentam piores resultados econômicos e de saúde em comparação com aqueles não traumatizados [5, 6].

Em 2013, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs o diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático Complexo (TEPTC) para a 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) [7]. Os critérios de diagnóstico do TEPTC estão apresentados na [Tabela 1](#) [8]. A CID-11 reconhece que crianças e adolescentes são mais vulneráveis do que adultos para desenvolver TEPTC quando expostos a traumas graves e prolongados, como abuso infantil crônico ou envolvimento em situações como tráfico de drogas ou como crianças soldado [8]. É importante observar que o diagnóstico é feito com base nos perfis sintomáticos, não requerendo qualquer outra forma de exposição ao trauma além do próprio TEPT [9]. Estudos com adultos indicam que o TEPTC é mais prevalente do que o TEPT (com taxas de até 61% para TEPTC e 25% para TEPT) em populações clínicas [10 – 12]. Pesquisas que investigaram a relevância do TEPTC confirmaram a distinção entre esses dois distúrbios [13]. Entretanto, a maioria desses estudos concentrou-se em amostras de adultos, havendo poucas investigações sobre a aplicabilidade desses

conceitos em amostras infantis [14]. Há um consenso nas diretrizes de tratamento para adultos e jovens de que os tratamentos devem ser multidimensionais, adaptados ao indivíduo e abordar áreas centrais dos sintomas de estresse pós-traumático (SEPT), regulação de afetos e funcionamento relacional, diferindo das abordagens tradicionais de tratamento para o TEPT [15].

No caso de exposição única a trauma no contexto do TEPT, a ênfase recai sobre a exposição precoce e direta à memória como componente principal para a mudança [15, 16]. Já o TEPTC, definido para incorporar sintomas adicionais de regulação afetiva, dificuldades nas relações interpessoais e autoconceito negativo, exige investigação sobre se as terapias existentes para o TEPT são adequadas para o TEPTC ou se são necessárias novas abordagens para alcançar mudanças nessas áreas adicionais de preocupação. Jensen et al. [17 – 19] destacam a falta de conhecimento sobre a eficácia dos tratamentos baseados em evidências recomendados para o TEPT em jovens com TEPTC.

Objetivo

O objetivo deste estudo é revisar a literatura disponível sobre o tratamento do TEPTC na infância e adolescência (TEPTC-IA) e definir as estratégias mais eficazes para o seu tratamento.

Método

A metodologia utilizada envolveu uma revisão narrativa da literatura, incluindo artigos publicados sobre o tratamento do TEPTC-IA nas bases de dados da [BVS - Biblioteca Virtual em Saúde](#) e [PubMed](#). A busca utilizou descritores como "Tratamento do Transtorno do Estresse Pós-Traumático Complexo na infância e adolescência" e termos similares. Foram definidos critérios de inclusão para a seleção dos artigos, como idioma (português ou inglês) e período de publicação (últimos dez anos). Também foram buscados estudos observacionais e ensaios clínicos que envolveram pacientes que receberam intervenções psicoterapêuticas.

Resultados

Foram incluídos 5 artigos sobre o tratamento do TEPTC-IA, os quais estão listados na [Tabela 2](#), juntamente com algumas de suas características.

Discussão

A intervenção psicossocial mais amplamente estudada para sintomas infantis relacionados ao trauma é a Terapia Cognitivo-Comportamental Focada no Trauma (TCC-FT) [20]. Mais de 20 ensaios clínicos

randomizados têm demonstrado a eficácia da TCC-FT no tratamento do TEPT [21, 22]. Múltiplos estudos também indicam que a TCC-FT é benéfica para jovens com uma variedade de experiências complexas, como violência e abuso sexual [23 – 26]. No entanto, ainda é limitado o conhecimento sobre os efeitos da TCC-FT nos sintomas complexos do TEPTC em crianças [27].

A TCC-FT é uma psicoterapia para trauma, geralmente realizada em 12 a 16 sessões, organizada em fases. A primeira fase foca na construção de habilidades, incluindo psicoeducação, aprendizado de estratégias de redução de estresse, regulação de emoções e enfrentamento cognitivo. A fase seguinte aborda o processamento do trauma, envolvendo a criação de uma narrativa traumática e a modificação de crenças disfuncionais. A última fase é a consolidação, em que as habilidades aprendidas são reforçadas. Um aspecto crucial da TCC-FT é o envolvimento dos cuidadores para apoiar a terapia e desenvolver suas próprias habilidades [28]. No contexto do TEPTC-IA, apenas três estudos foram encontrados sobre o uso da TCC-FT: Sachser et al. [29], Jensen et al. [17] e Hébert et al. [27].

Sachser et al. [29] conduziram, em 2013, o primeiro estudo que examinou a validade e utilidade da categoria de diagnóstico do TEPTC proposta pela CID-11 em uma amostra de crianças e adolescentes com sintomas de SEPT. Foram reclassificados 155 crianças e adolescentes para TEPT e TEPTC, de um estudo controlado randomizado multicêntrico, tratados com TCC-FT [25]. Observou-se redução significativa de SEPT em ambos os grupos. Houve também reduções significativas em todos os seis itens de desorganização psicológica (raiva, sentimentos feridos, desvalia, culpa, incapacidade de intimidade, sentir-se desconectado), embora com um efeito menor nos sintomas de regulação emocional. Concluiu-se que a TCC-FT foi efetiva para TEPTC-IA, porém, modificações na terapia são necessárias, pois SEPT relevantes ainda permaneceram.

Em 2020, Hébert et al. [27] publicaram estudo reclassificando crianças de 6 a 14 anos que sofreram abuso sexual, em TEPT, TEPTC e Resiliente (baixa probabilidade SEPT). TCC-FT foi associada a redução dos SEPT em TEPT e TEPTC, e na classe Resiliente a TCC-FT gerou uma redução significativa da dissociação e dos problemas de internalização e externalização que sustentam a resiliência como forma de prevenir a revitimização, frequente em crianças vítimas de abuso sexual [30]. Os autores salientam que

conhecendo a classe que o paciente pertence, pode ser oferecido tratamentos mais específicos para cada paciente, como menor número de sessões para a classe resiliente, tratamento padrão para classe TEPT e tratamentos modulares para classe TEPTC com ênfase nos aspectos mais deficientes do paciente.

Em 2022, Jensen et al. [17] relataram um estudo observacional naturalístico envolvendo 73 jovens com idades entre 6 e 18 anos, com TEPT ou TEPTC, e submetidos à TCC-FT. Reduções nos SEPT foram significativas para TEPT e TEPTC, com redução mais expressiva para TEPTC. Houveram dados de 30 jovens após o tratamento, e dos 19 pacientes com TEPTC, o diagnóstico não mais se aplicava, exceto em 3 casos, nos quais o diagnóstico foi alterado para TEPT. Entre 11 pacientes inicialmente diagnosticados com TEPT, o diagnóstico já não se aplicava após a terapia. Os autores destacaram que os resultados necessitam ser confirmados por estudo randomizado controlado a fim de avaliar o efeito diferencial da TCC-FT no TEPTC-IA em comparação com outras intervenções, pois o tamanho da amostra foi pequeno e dados incompletos poderiam ter afetado os resultados.

Dunn et al. [10], em 2021, apresentaram o programa Tern, iniciado em 2021 e previsto para concluir em 2023. Este programa avaliará entre 29 a 84 pacientes, com idades entre 12 e 25 anos, diagnosticados com TEPTC ao longo de um período de 24 meses, considerando sua saúde mental, qualidade de vida e resultados ocupacionais [Tabela 3]. A psicoterapia do programa Tern foi desenvolvida com base na consistência dos sintomas do TEPTC, abordando o estresse pós-traumático, desregulação afetiva, autoconceito negativo e dificuldades interpessoais [8]. O grupo controle consistirá em pacientes aguardando para ingressar no programa. Esse estudo foi conduzido em um contexto mais realista, com todas as suas limitações, mas, caso produza resultados interessantes, pode servir como base para futuros estudos randomizados controlados.

Eilers et al. [31] realizaram uma análise secundária de um estudo controlado randomizado, onde 44 pacientes com TEPT segundo DSM-IV, de 14 a 21 anos de idade, foram rediagnosticados para TEPT (25 pacientes) e TEPTC (19 pacientes) pela CID-11, e tratados com Terapia de Processamento Cognitivo Adaptada ao Desenvolvimento (TPCAD). Ambos os grupos apresentaram redução nos sintomas ao longo do tempo. O grupo TEPTC relatou maior gravidade nos sintomas, tanto antes quanto após o tratamento, com melhorias contínuas e taxas de resposta ao tratamento

semelhantes para ambos os grupos. O estudo também indicou a estabilidade dos efeitos do tratamento em um período de avaliação de até 12 meses após o tratamento. Considerou-se que TPCAD reduziu os sintomas de distúrbios na autorregulação em ambos os grupos.

Curiosamente, nota-se que nos últimos 10 anos, desde a proposição do diagnóstico de TEPTC pela OMS, não houve artigos publicados em língua portuguesa sobre o TEPTC-IA ou seu tratamento.

Várias diretrizes e possíveis abordagens para o trauma complexo foram avaliadas e publicadas nos últimos anos [32]. No entanto, somente com a formal inclusão dos critérios diagnósticos para o TEPTC na CID-11 foi possível desenvolver e avaliar programas de intervenção adequados a esses novos critérios.

Conclusões

Este estudo destaca a TCC-FT como a intervenção mais estudada e eficaz para o tratamento do TEPTC-IA. No entanto, sintomas persistentes de desregulação afetiva no TEPTC ainda geram sofrimento significativo após o tratamento. As pesquisas analisadas sugerem a necessidade de aprimoramento no tratamento, como uma maior individualização da terapia e maior ênfase nas áreas mais afetadas de cada paciente. Sugere-se também um prolongamento da fase de tratamento para abordar a regulação afetiva e o funcionamento relacional. Um estudo utilizando a TPCAD demonstrou ser eficaz para o TEPTC-IA.

Referências

1. Copeland WE, Keeler G, Angold A, Costello EJ. Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(5):577-84. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.577> PMID:17485609
2. McLaughlin KA, Koenen KC, Hill ED, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52(8):815-830.e14. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.011> PMID:23880492 - PMCID:PMC3724231
3. Beal SJ, Wingrove T, Mara CA, Lutz N, Noll JG, Greiner MV. Childhood adversity and associated psychosocial function in adolescents with complex trauma. *Child Youth Care Forum*. 2019;48:305-22. <https://doi.org/10.1007/s10566-018-9479-5> PMID:31467469 - PMCID:PMC6715307
4. Bertó C, Ferrin M, Barberá M, Livianos L, Rojo L, García-Blanco A. Abnormal emotional processing in maltreated children diagnosed of complex posttraumatic stress disorder. *Child Abuse Negl*. 2017;73:42-50. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.09.020> PMID:28945995
5. Currie J, Widom CS. Long-term consequences of child abuse and neglect on adult economic well-being. *Child Maltreat*. 2010;15(2):111-20. <https://doi.org/10.1177/1077559509355316> PMID:20425881 - PMCID:PMC3571659
6. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2012;9(11):e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349> PMID:23209385 - PMCID:PMC3507962
7. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA, Cloitre M, van Ommeren M, Jones LM, Humayan A, Kagee A, Llosa AE, Rousseau C, Somasundaram DJ, Souza R, Suzuki Y, Weissbecker I, Wessely SC, First MB, Reed GM. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World*

Psychiatry. 2013;12(3):198-206.

<https://doi.org/10.1002/wps.20057> PMID:24096776 -
PMCID:PMC3799241

- 8. World Health Organization. ICD-11 - International Classification of Diseases: the global standard for diagnostic health information. Geneva: World Health Organization; 2022. 6B41 Complex post traumatic stress disorder. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/585833559>
- 9. Brewin CR. Complex post-traumatic stress disorder: a new diagnosis in ICD-11. BJPsycho Adv. 2020;26:145-52. <https://doi.org/10.1192/bja.2019.48>
- 10. Dunn BJ, Keane CA, Paterson JL. The Tern programme study protocol for an implementation trial of a flexible, long-term psychosocial intervention for complex posttraumatic stress in young people. Eur J Psychotraumatol. 2021;12:1988479. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1988479> PMID:34868480 - PMCID:PMC8635648
- 11. Cloitre M, Courtois CA, Charuvastra A, Carapezza R, Stolbach BC, Green BL. Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. J Trauma Stress. 2011;24(6):615-27. <https://doi.org/10.1002/jts.20697> PMID:22147449
- 12. Vallières F, Ceannt R, Daccache F, Abou Daher R, Sleiman J, Gilmore B, Byrne S, Shevlin M, Murphy J, Hyland P. ICD-11 PTSD and complex PTSD amongst Syrian refugees in Lebanon: the factor structure and the clinical utility of the international trauma questionnaire. Acta Psychiatr Scand. 2018;138(6):547-57. <https://doi.org/10.1111/acps.12973> PMID:30357808
- 13. Brewin CR, Cloitre M, Hyland P, Shevlin M, Maercker A, Bryant RA, Humayun A, Jones LM, Kagee A, Rousseau C, Somasundaram D, Suzuki Y, Wessely S, van Ommeren M, Reed GM. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. Clin Psychol Rev. 2017;58:1-15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001> PMID:29029837

14. Kazlauskas E, Zelviene P, Daniunaite I, Hyland P, Kvedaraite M, Shevlin M, Cloitre M. The structure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD in adolescents exposed to potentially traumatic experiences. *J Affect Disord.* 2020;265:169-74. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.061> PMID:32090738
15. American Psychological Association. Clinical practice guidelines for the treatment of PTSD: guideline development panel for the treatment of PTSD in adults. Washington: American Psychological Association; 2017. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf>
16. Phoenix Australia. Australian guidelines for the prevention and treatment of acute stress disorder, post-traumatic stress disorder and complex PTSD. Melbourne: Phoenix Australia; 2021. <https://www.phoenixaustralia.org/australian-guidelines-for-ptsd/>
17. Jensen TK, Braathu N, Birkeland MS, Ormhaug SM, Skar AS. Complex PTSD and treatment outcomes in TF-CBT for youth: a naturalistic study. *Eur J Psychotraumatol.* 2022;13(2):2114630. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2114630> PMID:36186162 - PMCID:PMC9518270
18. Jensen TK, Cohen J, Jaycox L, Rosner R. Treatment of PTSD and complex PTSD. In: Forbes D, Bisson JI, Monson CM, Berliner L, editors. *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies.* 3rd ed. New York: Guilford Press; 2020. p. 385-413.
19. Maercker A, Cloitre M, Bachem R, Schlumpf YR, Khoury B, Hitchcock C, Bohus M. Complex post-traumatic stress disorder. *Lancet.* 2022;400(10345):60-72. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(22\)00821-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(22)00821-2) PMID:35780794
20. Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E. *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents.* 2nd ed. New York: Guilford Press; 2017.
21. Arellano MA, Lyman DR, Jobe-Shields L, George P, Dougherty RH, Daniels AS, Ghose SS, Huang L, Delphin-Rittmon ME. Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children and adolescents: assessing the evidence. *Psychiatr Serv.* 2014;65(5):591-602. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300255> PMID:24638076 - PMCID:PMC4396183

22. Dorsey S, McLaughlin KA, Kerns SEU, Harrison JP, Lambert HK, Briggs EC, Revillion Cox J, Amaya-Jackson L. Evidence base update for psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2017;46(3):303-30. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1220309> PMID:27759442 - PMCID:PMC5395332
23. Cohen JA, Berliner L, Mannarino A. Trauma focused CBT for children with co-occurring trauma and behavior problems. *Child Abuse Negl*. 2010;34(4):215-24. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.12.003> PMID:20304489
24. Cohen JA, Mannarino AP, Iyengar S. Community treatment of posttraumatic stress disorder for children exposed to intimate partner violence: a randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2011;165(1):16-21. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.247> PMID:21199975
25. Goldbeck L, Muche R, Sachser C, Tutus D, Rosner R. Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents: a randomized controlled trial in eight German mental health clinics. *Psychother Psychosom*. 2016;85(3):159-70. <https://doi.org/10.1159/000442824> PMID:27043952
26. Jensen TK, Holt T, Ormhaug SM, Egeland K, Granly L, Hoaas LC, Hukkelberg SS, Indregard T, Stormyren SD, Wentzel-Larsen T. A randomized effectiveness study comparing trauma-focused cognitive behavioral therapy with therapy as usual for youth. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2014;43(3):356-69. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.822307> PMID:23931093 - PMCID:PMC4037845
27. Hébert M, Amédée LM. Latent class analysis of post-traumatic stress symptoms and complex PTSD in child victims of sexual abuse and their response to trauma-focused cognitive behavioural therapy. *Eur J Psychotraumatol*. 2020;11(1):1807171. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1807171> PMID:33062212 - PMCID:PMC7534355

28. Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP. Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and families. *Psychother Res.* 2018;28(1):47-57.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1208375> PMID:27449400
29. Sachser C, Keller F, Goldbeck L. Complex PTSD as proposed for ICD-11: validation of a new disorder in children and adolescents and their response to Trauma-focused cognitive behavioral therapy. *J Child Psychol Psychiatry.* 2017;58(2):160-8.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12640> PMID:27677771
30. Walker HE, Freud JS, Ellis RA, Fraine SM, Wilson LC. The prevalence of sexual revictimization: a meta-analytic review. *Trauma Violence Abuse.* 2019;20(1):67-80.
<https://doi.org/10.1177/1524838017692364> PMID:29333937
31. Eilers R, Rimane E, Vogel A, Renneberg B, Steil R, Rosner R. Response of young patients with probable ICD-11 complex PTSD to treatment with developmentally adapted cognitive processing therapy. *Eur J Psychotraumatol.* 2021;12(1):1929024.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1929024> PMID:34262664 - PMCID:PMC8253183
32. Bendall S, Phelps A, Browne V, Metcalf O, Cooper J, Rose B, Nursey J, Fava N. Trauma and young people: moving toward trauma-informed services and systems. Melbourne: Orygen; 2018.
[https://www.orygen.org.au/Orygen-Institute/Policy-Reports/Trauma-and-young-people-Moving-toward-trauma-info/Orygen trauma and young people policy report](https://www.orygen.org.au/Orygen-Institute/Policy-Reports/Trauma-and-young-people-Moving-toward-trauma-info/Orygen%20trauma%20and%20young%20people%20policy%20report)

🏠 **Tabela 1.** Características essenciais para o diagnóstico de TEPTC (8)

Exposição a um evento ou série de eventos de natureza extremamente ameaçadora ou horrível, mais comumente eventos prolongados ou repetitivos dos quais é difícil ou impossível escapar.
Por pelo menos várias semanas: 1) Reexperimentar o evento traumático após a ocorrência do evento traumático, em que o(s) evento(s) não é(são) apenas lembrado(s), mas é vivenciado como ocorrendo novamente no aqui e agora. 2) Evitação deliberada de lembretes que possam produzir a reexperiência do(s) evento(s) traumático(s). 3) Percepções persistentes de ameaça atual elevada, por exemplo, conforme indicado por hipervigilância ou uma reação de sobressalto aprimorada a estímulos como ruídos inesperados.
Problemas graves e generalizados na regulação do afeto. Os exemplos incluem reatividade emocional aumentada a estressores menores, explosões violentas, comportamento imprudente ou autodestrutivo, sintomas dissociativos quando sob estresse e entorpecimento emocional, particularmente a incapacidade de sentir prazer ou emoções positivas.
Crenças persistentes sobre si mesmo como diminuído, derrotado ou sem valor, acompanhadas por sentimentos profundos e generalizados de vergonha, culpa ou fracasso relacionados ao estressor. Por exemplo, o indivíduo pode sentir-se culpado por não ter escapado ou sucumbido à circunstância adversa, ou por não ter conseguido evitar o sofrimento dos outros.
Crenças persistentes sobre si mesmo como diminuído, derrotado ou sem valor, acompanhadas por sentimentos profundos e generalizados de vergonha, culpa ou fracasso relacionados ao estressor. Por exemplo, o indivíduo pode sentir-se culpado por não ter escapado ou sucumbido à circunstância adversa, ou por não ter conseguido evitar o sofrimento dos outros.
Dificuldades persistentes em manter relacionamentos e em se sentir próximo dos outros. A pessoa pode consistentemente evitar, ridicularizar ou ter pouco interesse em relacionamentos e engajamento social em geral. Alternativamente, pode haver relacionamentos intensos ocasionais, mas a pessoa tem dificuldade em sustentá-los.
A perturbação resulta em prejuízo significativo no funcionamento pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento. Se o funcionamento for mantido, é apenas por meio de um esforço adicional significativo.

➤ **Tabela 2.** Artigos sobre tratamento de TEPTC-IA publicados nos últimos 10 anos.

Artigo	País	Tipo de estudo	Intervenção	Número de pacientes	Resultados	Fraquezas
Sachs et al. (2017) [29]	Alemanha	análise secundária de estudo controlado randomizado	TCC-FT	Total:155 Analisados:61 TEPT:38 TEPTC:23	↓SEPT em ambos os grupos ↓sintomas exclusivos do TEPTC	Alta exclusão de pacientes do estudo (-60,6%) Baixo número de pacientes Ausência de seguimento de longo prazo
Jensen et al. (2022) [17]	Noruega	observacional naturalístico	TCC-FT	Total:73 TEPT:28 TEPTC:45	↓SEPT ↓SEPT ↓sintomas exclusivos do TEPTC ↓TEPTC ↓TEPT	Baixo número de pacientes Ausência de seguimento de longo prazo
Hébert et al. (2020) [27]	Canadá	análise de classes latentes	TCC-FT	Total:384 Analisados:326 TEPT:51,3% TEPTC:23,44% Resilientes:25,26%	↓dissociação, problemas de internalização e externalização em todas as três classes ↓SEPT em TEPT e TEPTC	Ausência de seguimento de longo prazo

Dunn et al (Tern) (2021) [10]	Austrália	longitudinal multicêntrico	Multidimensional	Estimado TEPTC: 29-84 Controle: fila de espera	estudo em andamento	estudo em andamento
Eilers et al. (2021) [31]	Alemanha	análise secundária de estudo controlado randomizado	TPCAD	Total:44 TEPT:25 TEPTC:19	↓SEPT por até 12 meses após TPCAD	Baixo número de pacientes

TCC-FT: Terapia Cognitiva-Comportamental Focada no Trauma; **SEPT:** Sintomas de Estresse Pós-Traumático; **TPCAD:** Terapia de Processamento Cognitivo Adaptada ao Desenvolvimento



↑ **Tabela 3.** Componentes do Programa Tern. (10)

Componentes / fases	Período	Atividades
1) psicoterapia	1 sessão semanal, por 24 meses, com 50-90 minutos de duração a critério do paciente	-desenvolvimento de relacionamentos -desenvolvimento de insight e habilidades de enfrentamento -terapia de exposição -independência do paciente -consolidação da identidade pós-trauma -maximizar papéis ocupacionais -demonstrar autogestão de sintomas
2) psicoeducação em grupo para pacientes de 16 a 25 anos (menores foram designados para terapia de grupo já existentes)	5 sessões de 60 minutos por semana	-psicoeducação para traumas -habilidades de regulação somática -higiene do sono -atenção plena -alimentação saudável - programação de atividades físicas
3) funcionários recebem mais tempo		-realizar planejamento do tratamento necessário -redigir o encaminhamento e tarefas de defesa com (ou em nome do) jovem (por exemplo, organizar e participar de uma reunião com funcionários da escola para implementar um programa de retorno às aulas)
4) funcionários recebem supervisão de grupo	quinzenal, de duas horas	Durante os serviços de intervenção em Tern