



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

MARINA BEATRIZ DE PAULA

**MEDO E FOBIA DE DIRIGIR:**

IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE  
AVALIAÇÃO DA TERAPIA DE EXPOSIÇÃO POR REALIDADE  
VIRTUAL

MARINA BEATRIZ DE PAULA

**MEDO E FOBIA DE DIRIGIR:**  
IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE  
AVALIAÇÃO DA TERAPIA DE EXPOSIÇÃO POR REALIDADE  
VIRTUAL

Dissertação apresentada Programa de Mestrado em  
Análise do Comportamento da Universidade  
Estadual de Londrina, como cumprimento dos  
requisitos para obtenção do título de Mestre em  
Análise do Comportamento.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Verônica Bender Haydu

Londrina  
2013

**Catlogação elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da  
Universidade Estadual de Londrina.**

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)**

D278m De Paula, Marina Beatriz.  
Medo e fobia de dirigir : identificação e descrição de procedimentos de avaliação da Terapia de Exposição por Realidade Virtual / Marina Beatriz De Paula. – Londrina, 2013.  
xii, 168 f : il.

Orientador: Verônica Bender Haydu.  
Coorientador: Silvia Aparecida Fornazari.  
Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento, 2013.  
Inclui bibliografia.

1. Comportamento – Análise – Teses. 2. Medo de dirigir – Teses. 3. Realidade virtual na terapia – Teses. 4. Psicoterapia – Teses. I. Haydu, Verônica Bender. II. Fornazari, Silvia Aparecida. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento. IV. Título.

CDU 159.9.019.43

MARINA BEATRIZ DE PAULA

**MEDO E FOBIA DE DIRIGIR:**  
IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE  
AVALIAÇÃO DA TERAPIA DE EXPOSIÇÃO POR REALIDADE VIRTUAL

Dissertação apresentada Programa de Mestrado em Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina, como cumprimento dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Análise do Comportamento.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Verônica Bender Haydu  
UEL – Londrina - PR

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Silvia Ap Fornazari  
UEL – Londrina - PR

---

Prof. Dr. Elizeu Batista Borloti  
UFES – Vitória - ES

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvia Regina Souza Arrabal Gil  
UEL – Londrina - PR

Londrina, 11 de março de 2013.

*O correr da vida embrulha tudo.  
A vida é assim: esquenta e esfria,  
aperta e daí afrouxa,  
sossega e depois desinquieta.  
O que ela quer da gente é coragem.*

(Guimarães Rosa – Grande Sertão Veredas)

*Ao meu marido Rodrigo,  
com amor e gratidão.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Verônica Bender Haydu, por me acolher desde a entrevista de seleção, pela disponibilidade e paciência de me ensinar e corrigir os vários erros cometidos, inúmeras e incansáveis vezes, fazendo com que eu me desenvolvesse enquanto profissional, pesquisadora e pessoa.

Agradeço também minha coorientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvia Ap. Fornazari, por me acolher e me orientar em um momento difícil. Obrigada pelas suas palavras de incentivo e apoio, pela tranquilidade e paz transmitidas!

Agradeço o Prof. Dr. Alex Gallo pelas sugestões e contribuições dadas na qualificação, as quais foram muito importantes para o desenvolvimento dessa pesquisa e o Prof. Dr. Elizeu Borloti, que além das contribuições da qualificação, aceitou compor a banca de defesa, junto à Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvia Souza.

Ao meu marido Rodrigo, pela paciência, por suportar minha ausência, ansiedade e momentos de aflição. Por ser meu amigo, estar ao meu lado, saber me ouvir, compreender e, sobretudo, por dar todo o suporte e apoio que precisei, o qual foi fundamental para a conclusão desse trabalho e projeto de vida. Sem você, nada disso seria possível!

À minha família que, mesmo distante fisicamente durante o tempo em que morei em Londrina, fez-se presente em cada mensagem, ligação e gesto de carinho e amor. Meu agradecimento especial à minha mãe e irmã, as quais sempre confiaram em mim e no meu potencial. Agradeço também a minha “outra” família, Duarte Damasceno, pela preocupação constante e pela garantia de que posso sempre contar com vocês. Obrigada pela torcida incondicional!

Aos meus amigos, por compreenderem minhas ausências nos eventos sociais e meu tempo limitado e que, ainda assim, permaneceram ao meu lado, dando-me força para seguir em frente. Meu agradecimento especial à Melissa, amiga de tantos anos. Agradeço também a Debora e a Patrícia, as quais tive o privilégio de conhecer na FAS. Meu agradecimento mais que especial à Mariana Sartor que, além de amiga, foi quem me inspirou a fazer o mestrado. Obrigada por sempre me apoiarem ser melhor, seu incentivo foi muito importante!

Às minhas colegas do Crescer com Afeto, que sempre me apoiaram e incentivaram, principalmente às psicólogas Claudia Menegatti, Ana Lucia Ivatiuk e Andressa Salles, as quais sempre se colocaram a disposição para ajudar no que fosse necessário.

Meu agradecimento aos meus veteranos, Robson Zazula, pela disponibilidade, atenção, paciência e Stélios Sdoukos, meu irmão do coração, por compartilhar angústias e dúvidas, mas também muita alegria e momentos de descontração!

À minha colega de turma, amiga e “marida” Katia Biscouto, obrigada por ser sempre uma companhia ótima, mesmo quando as coisas não estavam bem. É nos momentos difíceis que sabemos de verdade com quem podemos contar. Obrigada por ser companheira, por saber acolher e respeitar. Dividimos muitas coisas, viajamos muito juntas, compartilhamos moradia e, principalmente, nossas vidas! Obrigada por existir e ser quem você é!

Aos meus outros colegas de turma, agradeço os momentos de sala de aula, cantina, bares e festas. Sem vocês, nada disso faria sentido! Meu agradecimento especial à Raquel Lacerda, vizinha de Cidade Universitária e em pouco tempo, amiga pra procurar e ir pra academia, comer cachorro quente do “Arnaldo”, lanche do “L.U” e, com certeza, amiga pra vida toda. Você é a prova viva que o mestrado é muito mais que uma dissertação! Obrigada Leonardo Chaffer pelo humor ácido. Agradeço também à Monalisa Leão, Andressa Tripiana, Priscila Xander e Cristina Okamoto sempre tão parceiras e animadas! Obrigada Murilo Ramos e Thalita Canato pelas risadas garantidas. Obrigada Samir Mussi e André Wilson pela calma e Renata Morelli pela hospitalidade mineira. Agradeço Jardson Fragoso pela tranquilidade baiana. Agradeço Fernanda Calixto que dividiu comigo também a banca de qualificação. Obrigada Paulo München, principalmente por trazer encomendas de Foz, Simone Oliani por compartilhar experiência, Hellen Mello por transmitir paz e Geniela Lopes, nossa terapeuta ocupacional que, assim como eu adora cães. Foi muito bom também ter como colega um educador físico, Henrique Bayer, que me auxiliou nos momentos de estresse, correndo comigo no Lago Igapó.

Por fim e igualmente importante, agradeço Jonas Villa, técnico administrativo e também “anjo da guarda” dos mestrandos em Análise do Comportamento da UEL, pela competência, disponibilidade, paz e tranquilidade transmitidas nos momentos em que mais precisei.

De Paula, M. B. *Medo e fobia de dirigir: identificação e descrição de procedimentos de avaliação da terapia de exposição por realidade virtual*. 168f. Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2013.

## RESUMO

Quando existe um medo intenso de dirigir, critérios diagnósticos ou de avaliação para uma fobia específica situacional são utilizados. Ao buscar tratamento, uma das opções encontradas atualmente é Terapia de Exposição por Realidade Virtual (VRET – *Virtual Reality Exposure Therapy*). Em estudos científicos, para avaliar a eficiência desse tipo de intervenção, são utilizados diversos instrumentos e medidas, alguns deles padronizados. A presente pesquisa teve como objetivo investigar como a VRET é avaliada em estudos que utilizam esse tipo de terapia no tratamento do medo e da fobia de dirigir. Para isso, foi feito um levantamento bibliográfico, nas seguintes bases de dados: Scielo, Scopus e Web of Science. As palavras-chave na busca booleana foram: realidade virtual (*virtual reality*) e medo de dirigir (*driving fear*); e, realidade virtual e fobia de dirigir (*driving phobia*). Não se restringiu o período da busca, pois o uso da realidade virtual (RV) em tratamentos psicoterapêuticos é recente, sendo assim, foram incluídos todos os estudos sobre VRET com medo ou fobia de dirigir publicados na língua portuguesa, inglesa, espanhola e alemã encontrados. Os artigos que utilizaram a RV em outros contextos que não fossem o terapêutico e os de revisão foram excluídos. Foram selecionados cinco artigos, os quais tiveram os métodos analisados e classificados, para que fossem identificados e descritos os instrumentos e as medidas de avaliação e diagnóstico utilizadas. As medidas foram divididas pelos autores em objetivas (fisiológicas) e subjetivas (questionários, inventários, testes e escalas), sendo que apenas dois dos cinco estudos utilizaram algum tipo de medida objetiva. Diferentes métodos e estratégias podem ser utilizados para a realização de avaliações comportamentais como: a observação, no caso de medidas diretas, e entrevistas, questionários, escalas ou inventários comportamentais, no caso de medidas indiretas. Apesar de nenhum dos estudos que compôs essa pesquisa ter utilizado alguma medida direta, essa parece ser uma alternativa para avaliar os efeitos da intervenção.

**Palavras-chave:** Revisão bibliográfica. Realidade virtual. Fobia de dirigir. Medo de dirigir. Avaliação. Análise do comportamento.

De Paula, M. B. *Driving fear and phobia: identification and description of procedures for evaluation of virtual reality exposure therapy*. 168p. Master Thesis, Master in Behavior Analysis, Londrina State University, Londrina.

## ABSTRACT

When there is an intense fear of driving, diagnostic criteria or evaluation for a situational specific phobia are used. For treatment, the person can be submitted to VRET (Virtual Reality Exposure Therapy). In scientific studies, the effectiveness of this intervention is evaluated with measures and many instruments (some of them standardized). This study aimed to investigate how VRET is evaluated in studies that use this type of therapy in the treatment of fear and driving phobia. An electronic bibliographic search was, the following databases: Scielo, Scopus and Web of Science. The keywords in the boolean search were: virtual reality and driving fear, virtual reality and driving phobia. It was included studies of VRET with fear or phobia of driving, from all periods, published in Portuguese, English, Spanish and German. It was necessary because the use of virtual reality in psychotherapeutic treatments is recent in literature. It were excluded studies that use Virtual Reality (VR) in other contexts (i.e., not the therapy) and not revision were excluded. Five articles were eligible for the review. In the study were analyzed and classified the methods, to identify and describe the instruments and measures used for evaluation and diagnosis. The measures were divided by the authors in objective (physiological) and subjective (questionnaires, inventories, tests and scales). Only two of the five studies used some kind of objective measure. Different methods and strategies can be used for the accomplishment of behavioral evaluations as: the comment, in the case of direct measures, and behavioral interviews, questionnaires, scales or inventories, in the case of indirect measures. Although none of the studies that composed this research to have used some direct measure, this seems to be an alternative to evaluate the effects of the intervention.

**Keywords:** Literature review. Virtual reality. Driving phobia. Driving fear. Evaluation. Behavior analysis.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Dados numéricos da busca com as palavras-chave .....	23
<b>Tabela 2</b> - Referências e objetivos dos artigos revisados .....	24
<b>Tabela 3</b> – Número e dados dos participantes dos estudos revisados .....	25
<b>Tabela 4</b> - Distribuição das medidas e instrumentos utilizados para avaliar a VRET .....	26

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2</b>	<b>MÉTODO</b> .....	21
<b>3</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	23
<b>4</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	33
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	39
	<b>REFERENCIAS</b> .....	42
	<b>ANEXOS</b> .....	46
	ANEXO A - Entrevista clínica estruturada para o DSM-VI transtornos do eixo .....	47
	ANEXO B - Teste de ansiedade de dirigir .....	82
	ANEXO C - Diário de dirigir .....	84
	ANEXO D - Formulário de avaliação do tratamento .....	85
	ANEXO E - Questionário de medo .....	86
	ANEXO F - Escala de transtorno de estresse pós-traumático .....	89
	ANEXO G - Escala Hamilton de depressão .....	111
	ANEXO H - Mini inventário internacional de neuropsiquiatria .....	121
	ANEXO I - Manual do participante .....	145
	ANEXO J - Entrevista história de direção .....	152
	ANEXO K - Protocolo de tratamento padronizado.....	153
	ANEXO L - Protocolo de adesão ao tratamento .....	162

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com os princípios da Análise do Comportamento, entende-se o medo de dirigir como um conjunto de comportamentos, operantes e respondentes, os quais estão relacionados à história de cada um. No caso do medo e fobia de dirigir, é comum o envolvimento em acidentes de trânsito ou o fato de a pessoa ter presenciado uma situação desse tipo. Além disso, observa-se também a influência de notícias frequentes na mídia, as quais vinculam violência no trânsito, principalmente, nos perímetros urbanos e acidentes diários nas estradas. Segundo Garcia (s.d.), 6% dos motoristas habilitados no Brasil apresentam medo na hora de dirigir, sendo a maioria mulheres. No entanto, esse número aponta, provavelmente, apenas uma parcela da população que apresenta esse tipo de comportamento, pois existem diversas formas de fuga e esquiva que favorecem o não enfrentamento das situações por parte das pessoas com medo de dirigir e elas acabam não sendo identificadas por isso. A esquiva de dirigir pode vir a tornar-se um problema importante na vida das pessoas, impedindo-as de assumir empregos em que precisem se deslocar dirigindo, cuidar de sua saúde e da saúde de outras pessoas de seu convívio e de se envolver em atividades sociais e de entretenimento.

O tratamento de pessoas com fobia ou medo de dirigir, assim como com outros tipos de fobias, é feito com intervenção psicoterapêutica ou farmacológica ou, ainda, pela combinação de ambas. No tratamento desse transtorno, há algumas evidências das vantagens da Terapia de Exposição por Realidade Virtual (VRET – *Virtual Reality Exposure Therapy*) antes da terapia de exposição ao vivo, pois a VRET é uma forma de exposição mais bem controlada (Costa, Carvalho, & Nardi, 2010).

Na medida em que avançam os estudos e o desenvolvimento das mais diversas tecnologias, a da Realidade Virtual (RV) também evolui, sendo essas evoluções acompanhadas por demandas observadas nos mais diversos contextos, incluindo a VRET. Essa tecnologia pode fazer parte do tratamento de uma variedade de problemas observados no contexto da clínica psicológica, especialmente as diferentes formas de medos e de fobias, inclusive o medo de dirigir. Diante desse cenário, observa-se uma preocupação crescente com a avaliação da eficiência dos procedimentos de intervenções terapêuticas que utilizam a VRET. Para determinar o quão eficiente é um tratamento, são coletados dados por meio de instrumentos ou são utilizadas algumas medidas de avaliação do processo comportamental, alvo da intervenção. Dentre a grande variedade e, eventual, falta de padronização desses

instrumentos, a possibilidade de análise do processo psicoterapêutico e a determinação de sua eficácia ficam comprometidas, o que sugere ser necessário, de antemão, identificar e descrever quais são os procedimentos usados para estudar o processo envolvido na psicoterapia do medo e da fobia, focado, no presente estudo, no ato de dirigir.

O medo é uma das chamadas *emoções básicas* selecionadas ao longo da evolução da espécie, o qual faz com que o organismo evite ameaças, o que tem um valor óbvio de sobrevivência. Ele é uma emoção produzida pela percepção de um perigo presente ou iminente, sendo normal em algumas situações específicas. Sem medo, a espécie humana não teria sobrevivido em condições naturais. Sendo assim, deve haver certa quantidade de medo para um desempenho eficaz (Marks, 1987). No entanto, quando o medo é excessivo ou quando ocorre em situações em que a maior parte das pessoas não manifesta esse tipo de comportamento, ele passa a ser considerado exagerado e irracional, sendo chamado “fobia” e classificado como um transtorno de ansiedade. As principais características dessa categoria de transtornos são a presença da ansiedade e o comportamento de esquiva (Barros Neto, 2000).

Na quarta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV* (American Psychiatric Association, 2002) estão descritos alguns critérios para a fobia específica, dentre eles, o medo acentuado, persistente, que é excessivo ou irracional, desencadeado pela presença ou antecipação de um objeto ou situação específica. A exposição ao estímulo fóbico provoca quase invariavelmente uma resposta imediata de ansiedade, que pode se tornar um ataque de pânico, situacional, mais ou menos relacionada com uma situação determinada. A pessoa reconhece que esse medo é excessivo ou irracional e as situações fóbicas são evitadas ou suportadas com intensa ansiedade ou mal-estar. Os comportamentos de esquiva interferem notoriamente na rotina normal da pessoa, nas relações laborais, acadêmicas e sociais ou, ainda, provocam um mal-estar clinicamente relevante. Em menores de 18 anos, a duração desses sintomas deve ser de 6 meses, no mínimo, e as crises de ansiedade ou os comportamentos de esquiva fóbica, associados aos objetos ou situações específicos não podem ser mais bem explicados pela presença de outro transtorno, como, por exemplo, um transtorno obsessivo compulsivo, fobia social, agorafobia etc.

No DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002), a fobia específica é classificada em alguns subtipos: animal, ambiente natural, sangue-injeção-ferimento, situacional ou de outro subtipo. “O subtipo mais frequente é o situacional [...] O transtorno é bastante comum, atingindo cerca de 11% da população” (Barros Neto, 2000, p. 100). A fobia de dirigir é definida como uma fobia específica, tipo situacional, ou seja, é caracterizada por medo intenso e persistente de dirigir, que aumenta à medida que o indivíduo antecipa ou é

exposto a estímulos relacionados ao dirigir. Essa fobia específica ocorre predominantemente em jovens adultos, do sexo feminino (Barros Neto, 2000; Ehlers, Hofmann, Herda, & Roth, 1994; Garcia, s.d.; Mestre & Corassa, 2001; Taylor & Deane, 1999) e a maior parte das pesquisas relacionadas à fobia de dirigir, remetem o início desse transtorno a um acidente veicular.

A situação mais temida pela maioria dos fóbicos de direção é a possibilidade de sofrer um acidente com veículo automotor (Blanchard, Hickling, Taylor, Loos, & Gerardi, 1994; Blanchard, Hickling, Taylor, & Loos, 1995). Muitos acidentes de veículos desse tipo, conforme observaram Taylor e Deane (2000), dão início ao comportamento de dirigir com medo e o medo de sofrer outro acidente com gravidade semelhante ou pior. Pessoas que sofreram acidentes, geralmente passam a apresentar problemas que incluem irritabilidade, insônia, pesadelos e dores de cabeça (Blaszczynski, Gordon, Silove, Sloane, Hilman, & Panasetis, 1998) e também podem desenvolver algumas comorbidades, tais como, estresse pós-traumático, transtorno do pânico ou agorafobia (Taylor & Deane, 1999; Taylor & Deane, 2000).

Além da fobia de dirigir iniciada com acidentes, estudos documentaram a existência de temores relacionados com o dirigir entre pessoas que não sofreram esse tipo de experiência (Taylor & Deane, 1999, 2000; Taylor, Deane, & Podd, 2000, 2002). A intensidade de medo dos participantes que não sofreram acidente com veículos automotores não difere significativamente dos que sofreram, sugerindo que existem outras variáveis além dos acidentes para o desenvolvimento do medo e da esquiva de dirigir (Taylor, Deane, & Podd, 2002). Essas variáveis são: experiências traumáticas, como ver outra pessoa sofrer um acidente grave e, após esse evento, não dirigir mais, ser um indivíduo geralmente ansioso e ter medo de alta velocidade (Munjack, 1984; Ehlers et al., 1994); questões de controle, tais como, perder o controle do carro, não estar no controle da situação de condução, estar no controle de um veículo poderoso; situações específicas de direção, como, por exemplo, dirigir em alta velocidade, à noite, em áreas desconhecidas, pontes, através de túneis, estradas íngremes, estradas abertas, fusão e mudança de via; falta de habilidades necessárias para dirigir, tais como, tempo de reação, erros de julgamento, condições meteorológicas, condições da estrada (Taylor & Deane, 2000; Taylor, Deane, & Podd 2000; Taylor, Deane, & Podd, 2007); preocupações com a ansiedade durante o dirigir (Wald & Taylor, 2003), como dirigir na companhia de alguém que critica a pessoa que dirige. Esse último aspecto foi avaliado com a maior pontuação de ansiedade e esquiva num estudo de Taylor e Deane (2000). Indivíduos que têm fobia de dirigir podem subestimar suas próprias habilidades e capacidades, e as de

outros motoristas. Como resultado, eles vivenciam uma crescente ansiedade antes de tentar dirigir, bem como, emitem comportamentos de esquiva (Koch & Taylor, 1995; Taylor & Deane, 2000).

A esquiva pode variar de uma relutância ocasional para dirigir em situações particulares, por exemplo, o tráfego pesado ou em situação climática adversa, a uma esquiva total. A esquiva de dirigir ocupa um papel central na manutenção da fobia, pois é um comportamento reforçado negativamente, na medida em que remove a estimulação aversiva condicional. Se houvesse a exposição aos estímulos aversivos, como acontece em condições adequadas, poder-se-ia observar redução da ansiedade (Barlow, 2000). A fobia de dirigir normalmente não diminui ou é extinta sem tratamento. Ela, geralmente, torna-se crônica, causando sofrimento e transtorno na vida das pessoas (Mayou, Tyndel, & Bryant, 1997; Taylor & Deane, 1999; Wald & Taylor, 2003).

De acordo com indicação feita pelo site do Ambulatório de Ansiedade (AmbAn), do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o tratamento mais indicado atualmente para as fobias específicas tem sido a Terapia Comportamental. Na Terapia Comportamental, o procedimento inclui colocar o cliente frente à situação ou ao objeto temido. Essa abordagem é fundamentada na proposição de que os comportamentos de esquiva (evitar contato com o objeto ou situação que causam ansiedade) mantêm as reações fóbicas. A esquiva faz com que o cliente não experimente as consequências desse contato. De acordo com os princípios de análise do comportamento a repetição e a habituação aos estímulos temidos, leva à redução e à extinção das reações fóbicas. Esse método tem por objetivo abreviar o processo terapêutico com a dessensibilização e, conseqüentemente, diminuir os prejuízos causados pela presença do transtorno fóbico específico.

A dessensibilização sistemática foi desenvolvida por Joseph Wolpe no final dos anos 40 e foi bastante utilizada até a década de 80. Tal procedimento consiste, basicamente, em treino de relaxamento, desenvolvimento de uma escala de ansiedade subjetiva, planejamento de exposição gradual e pareamento dos eventos eliciadores de ansiedade com o relaxamento. Essa técnica pode ser desenvolvida por imaginação ou pela exposição ao vivo ao evento eliciador de ansiedade, enquanto são aplicadas técnicas de relaxamento. Embora a técnica de dessensibilização sistemática seja pouco utilizada nos dias atuais, o trabalho de Wolpe fundamentou a maioria das técnicas comportamentais atualmente difundidas nos tratamentos de ansiedade (Zamignani, 2004). A exposição ao vivo e o encorajamento para a exposição gradual são os melhores tratamentos para as fobias

específicas, de acordo com Barros Neto (2000). A VRET aparece como um elo entre a exposição por imaginação e a exposição ao vivo e como parte importante no processo de dessensibilização sistemática.

Há evidências das vantagens da VRET antes da aplicação a terapia de exposição ao vivo, especialmente no tratamento da fobia de dirigir (Costa, Carvalho, & Nardi, 2010). De acordo com Riva (2005), o termo Realidade Virtual (RV) foi utilizado pela primeira vez em 1986, por Jaron Lamier e tem sido descrito como uma coleção de dispositivos tecnológicos. Essa tecnologia fornece um novo valor nominal de interação entre homem e computador, visto que os usuários são participantes ativos em um ambiente virtual. Segundo Kirner e Tori (2004), a RV pode ser considerada como a forma mais avançada de interface entre o usuário e o computador disponível até o momento. Ela envolve processos computacionais tridimensionais altamente interativos e se distingue de outros sistemas computacionais, principalmente, pelo nível do senso de presença que produz. O senso de presença é definido como sendo o sentimento de “estar lá” ou de “fazer lá” no ambiente programado (Sanchez-Vives, & Slater, 2005).

A expressão “senso de presença” é muitas vezes usada como sinônimo de “imersão”, mas autores como Sanchez-Vives e Slater (2005) distinguem esses termos. A imersão está relacionada ao nível objetivo das sensações que o ambiente virtual pode propiciar, ou seja, a imersão depende dos sistemas computacionais e tecnológicos usados, pois um sistema pode produzir maior ou menor grau de imersão de acordo com a sua configuração e de seus acessórios. O senso de presença depende do contexto e está relacionado ao nível subjetivo das respostas geradas por um ambiente virtual e à experiência de cada um.

Para Kirner e Tori (2004), além da imersão, a RV é caracterizada também por duas outras propriedades, a “interação” e o “envolvimento”. A interação é a capacidade do computador de detectar as entradas do usuário e modificar instantaneamente o mundo virtual e as ações sobre ele. Quanto melhor for a simulação visual, vendo as cenas serem alteradas como resposta aos comandos (característica mais marcante nos videogames), melhor é a interação. Nos ambientes virtuais, a interação mais simples ocorre quando o usuário se movimenta no espaço tridimensional, usando algum dispositivo como o *mouse* 3D, tendo como resposta a visualização de novos pontos de vista do cenário. Podem ocorrer interações mais complexas quando há alterações no ambiente virtual e o usuário entra no espaço virtual das aplicações, visualiza, explora, manipula, aciona ou altera os objetos virtuais, particularmente os movimentos tridimensionais de translação e rotação naturais do corpo humano.

O envolvimento refere-se ao grau de motivação para o engajamento de uma pessoa em determinada atividade. O envolvimento pode ser passivo, como ler um livro ou assistir televisão ou ativo, ao participar de um jogo com algum parceiro. A RV tem potencial para os dois tipos de envolvimento, ao permitir a exploração de um ambiente virtual e ao propiciar a interação do usuário com um mundo virtual dinâmico. Quanto mais atenção for despendida, maior será o envolvimento, o qual pode ser: sintético, tridimensional, multissensorial, realístico e com presença. No envolvimento sintético, o ambiente é gerado em tempo real por um sistema computacional e não pré-gravado, como ocorre em sistemas multimídia. No tridimensional, o ambiente é representado em 3D, com recursos que dão a ideia de profundidade e de que o usuário pode mover-se através dele. O envolvimento multissensorial é usado para representar o ambiente, como sentido visual, sonoro, espacial, de reação do usuário com o ambiente. A característica realística é aquela que representa a precisão com que o ambiente virtual reproduz os objetos reais, as interações com o usuário e o próprio modelo do ambiente e o envolvimento com presença é um sentido subjetivo de que o usuário está fisicamente dentro do ambiente virtual (Kirner & Tori, 2004).

Conforme Kirner e Tori (2004), o usuário entra no ambiente virtual, visualiza, manipula e explora os dados em tempo real, usando seus sentidos, particularmente os movimentos naturais tridimensionais do corpo. A grande vantagem desse tipo de interface é que o conhecimento intuitivo do usuário a respeito do mundo físico pode ser transferido para manipular o mundo virtual. Nesse tipo de interação entre o usuário e a RV, ele utiliza dispositivos não convencionais como capacete de visualização, controle e luvas. Esses dispositivos dão ao usuário a impressão de que a aplicação está funcionando no ambiente tridimensional real, permitindo a exploração do ambiente e a manipulação natural dos objetos com o uso das mãos, por exemplo, para apontar, pegar e realizar outras ações.

A RV aplicada ao tratamento de fobias tem vantagens e desvantagens. Dentre as inúmeras vantagens da VRET está o fato de que, para a maioria das pessoas, os estímulos da RV são mais concretos e realistas do que a exposição imaginária (Costa, Carvalho, & Nardi, 2010). Algumas vantagens da VRET são enumeradas por Wauke (2004) como, a viabilidade de variar ambientes virtuais, possibilitando evitar situações perigosas, permitindo o acompanhamento do terapeuta, a medição das respostas aos estímulos, a repetição das sessões e a exposição graduada. Riva (2005) aponta outras vantagens como, a possibilidade de integração de diferentes métodos, a promoção de uma aliança terapêutica positiva, visto que é o início de um processo mais amplo e longo de capacitação. O cliente

pode começar a explorar e agir sem sentir ameaça. Pode-se afirmar que a RV é uma etapa intermediária entre o consultório e o mundo real.

A VRET, no entanto, apresenta algumas limitações de acordo com Wald e Taylor (2003), dentre elas está o custo atual dessa tecnologia, a qual ainda não é amplamente acessível para terapeutas e clientes e, às vezes, não abrange suficientemente os diferentes contextos. Para Costa, Carvalho e Nardi (2010), em alguns casos, podem surgir algumas dificuldades em ambientes virtuais semelhantes às experimentadas na exposição imaginária, como, por exemplo, a apontada por Walshe, Lewis, O'Sullivan e Kim (2005), referente à imersão, ou seja, para alguns indivíduos, o ambiente pode não ser suficientemente realista, o que dificulta a imersão e, conseqüentemente, a sensação de presença. Assim sendo, a experiência não é real o suficiente para induzir a ansiedade. Wauke (2004) aponta também como desvantagem a necessidade de conhecimento prévio sobre a manipulação e o uso dos equipamentos e Riva (2005) ressalta a falta de padronização de sistemas e dos protocolos.

Apesar das vantagens e limitações, conforme Costa, Carvalho e Nardi (2010), a RV oferece muitas possibilidades para a Psicologia, incluindo a avaliação, o tratamento e a pesquisa. No campo da Psicologia Clínica, a RV é uma forma segura de exposição e, provavelmente, em breve será uma ferramenta amplamente utilizada. Entretanto, esses autores sugerem que sejam desenvolvidos mais estudos clínicos, nos quais a VRET possa ser comparada à exposição padrão, com medidas mais objetivas, utilizando-se medidas fisiológicas eficazes e exposição ao vivo para avaliar a eficácia da VRET e o senso de presença.

Com o avanço no desenvolvimento de tecnologias de RV por meio do aprimoramento de *hardwares* e *softwares*, dentre outros aspectos, estima-se que, nos próximos anos, o uso da RV em contextos clínicos tornar-se-á cada vez mais provável. Sendo assim, é importante que os psicoterapeutas se familiarizem com as possíveis aplicações dessa tecnologia, enquanto ferramenta de intervenção no processo terapêutico, assim como, é importante que haja compreensão das oportunidades e dos desafios que a RV poderá proporcionar à prática profissional.

Um dos aspectos desse desafio é, segundo Guilhardi (s.d.), a importância de que o terapeuta tenha clareza do que sua atuação está produzindo, caso contrário, ele poderá chegar a conclusões falsas, ou seja, é necessário que as intervenções psicoterapêuticas sejam avaliadas, para que sua eficácia seja demonstrada. Uma das maneiras de avaliar processos psicoterápicos é comparar os resultados obtidos com a aplicação de instrumentos, mais

especificamente, a comparação de dados fornecidos pelo cliente antes, durante e/ou após a terapia.

O diagnóstico comportamental e o diagnóstico tradicional, segundo Amaral (2001), compartilham algumas técnicas e instrumentos (entrevistas, questionários, observação de comportamento etc.). Entretanto, diferem em suas concepções e níveis de inferência. O diagnóstico tradicional busca descobrir as causas do comportamento em variáveis “mentais”, subscrevendo um modelo dualista. O comportamento perturbado é considerado um sinal de que algo está errado na “mente” do indivíduo, mas de acordo com Amaral, a avaliação psicométrica pode ser útil em algumas instâncias, mas não é suficiente no diagnóstico comportamental. Sua utilidade funcional deve ser demonstrada. O diagnóstico comportamental deve permitir a compreensão do comportamento, das variáveis das quais ele é função e oferecer dados para que seja possível modificá-lo.

Ainda que existam questões que dificultem conceituar o que é uma avaliação comportamental, conforme Silva e Martorell (1996), é no plano metodológico que há mais controvérsias. Essas controvérsias acontecem entre aqueles que adotam a avaliação comportamental e os que adotam a tradicional, e centram-se em torno da integração ou rejeição dos princípios psicométricos (confiabilidade, validade e utilidade), ou seja, dos fundamentos que possibilitam a avaliação psicométrica, a partir de alguns critérios. A maioria dos autores é a favor de uma integração entre avaliação comportamental e os princípios e critérios psicométricos. A integração parece não ser só conveniente, mas necessária, pois a avaliação psicológica é um processo em constante renovação, em parte sempre inédito (Silva & Martorell, 1996).

Baseando-se num enfoque analítico-comportamental, Guilhardi (s.d.) sugere que os instrumentos psicométricos devem ser entendidos como um conjunto de estímulos textuais, verbais, com diferentes funções, eficazes para controlar tanto os comportamentos do terapeuta quanto os comportamentos do cliente. Ele destaca que o entrevistador deve ter clareza sobre o controle de estímulo ao qual o entrevistado está submetido ao emitir a resposta a cada item do instrumento. A avaliação quantitativa deixa de ter importância e passa-se a ser enfatizada a avaliação qualitativa de cada item do instrumento, devendo-se considerar que o cliente responde a ele na avaliação inicial, conforme seu repertório de entrada (linha de base). O terapeuta analisa com o cliente as contingências vigentes que o levaram a emitir cada resposta. As contingências a serem consideradas são aquelas que instalaram o comportamento e as que estão mantendo o comportamento na situação atual.

Novas contingências (por exemplo, as que passarão a ser manejadas nas sessões pelo terapeuta) produzirão, diante do mesmo controle de estímulo (item do inventário, por exemplo) outros comportamentos, que deverão ser avaliados de modo mais abrangente e não exclusivamente através do número escolhido pelo cliente na coluna de respostas do instrumento. Este é o ponto de partida para o terapeuta e o cliente se influenciarem reciprocamente e produzirem mudanças comportamentais. (GUILHARDI, s.d., p. 2)

De acordo com os princípios da análise do comportamento, qualquer mudança no contexto ou nas consequências modificará toda a relação e, conseqüentemente, modificará o comportamento. Para conhecer a função de determinados comportamentos é feita a análise funcional (Banaco, 1999). Quando a aplicação de uma técnica ou de um instrumento deriva de uma análise funcional, os resultados, provavelmente, serão mais benéficos para a pessoa que passou pela aplicação.

A utilização de instrumentos, enquanto procedimento de avaliação deve ser descrita, treinável e aplicável. Assim, os instrumentos podem ser considerados importantes, sobretudo para coleta de dados e, se contextualizados, para o próprio processo terapêutico. O estudo dos instrumentos e dos resultados de um tratamento terapêutico para determinado transtorno ainda são úteis na avaliação dos efeitos do próprio tratamento.

Investigar a eficácia da VRET em participantes com medo e fobia de dirigir, assim como de outros medos e fobias, envolve avaliar o senso de presença, que é uma das medidas de avaliação dos ambientes virtuais quanto a sua eficácia. Nos estudos sobre esse tema, diversos tipos de instrumentos costumam ser utilizados, sendo a maioria, escalas subjetivas e medidas fisiológicas (por exemplo, Wauke, Carvalho, & Costa, 2005). Na revisão de literatura realizada por Costa, Carvalho e Nardi (2010), foram encontrados dados de estudos que demonstram que um aumento no senso de presença aumenta o grau de ansiedade de pacientes com fobia submetidos à VRET. No entanto, as diferenças metodológicas observadas são grandes e dificultam a comparação dos resultados. Esse tipo de diversidade metodológica é comum nos estudos com RV, conforme apontou Yongblut (2003). Essa pesquisadora fez uma revisão da bibliografia sobre senso de presença em cerca de 100 estudos que aplicaram a tecnologia da RV e identificou cerca de 70 medidas diferentes de presença. Diversidade nos tipos de procedimentos, provavelmente, também está presente nos estudos que usaram VRET em casos de medo e fobia de dirigir, o que indica a necessidade de se conhecer e analisar esses procedimentos para que, em estudos futuros, se possa optar pelos que são mais apropriados, do ponto de vista analítico-comportamental, quando se tem esse enfoque como fundamentação teórica.

Para inferir a eficiência de um tratamento, de forma geral, são coletados dados por meio de instrumentos ou são utilizadas algumas medidas que, nesse caso, avaliam o quanto a intervenção surtiu efeito no que diz respeito ao medo e à fobia de dirigir. Identificar e descrever quais são os procedimentos utilizados, que possibilitam os autores chegarem a determinadas conclusões e fazem com que os mesmos infiram a eficiência de um tratamento foi considerado relevante por permitir a escolha de um dado procedimento por terapeutas. Sendo assim, do ponto de vista científico e de validação das psicoterapias, é importante verificar como é feita essa intervenção e como são coletados e interpretados os resultados obtidos. Então, com essa pesquisa, objetivou-se investigar como os efeitos da VRET são avaliados em estudos que utilizam esse tipo de terapia no tratamento do medo e da fobia de dirigir.

## 2 MÉTODO

### *Materiais*

As fontes de buscas para o levantamento bibliográfico foram as seguintes bases de dados: Scielo, Scopus e Web of Science. As palavras-chave para a realização da busca foram: *virtual reality* e *driving fear*; e *driving phobia*. Além dessa busca, foram consultadas as referências bibliográficas dos estudos inicialmente localizados para encontrar outras referências. Os sites dos pesquisadores e/ou das instituições onde trabalham também foram acessados. Não houve restrição de período, pois o uso da realidade virtual nesse contexto é recente. Foram selecionados os artigos publicados em língua portuguesa, inglesa, espanhola e alemã.

### *Procedimento*

Após a localização de todo o material, foram adotados critérios de exclusão (especificados posteriormente), para que fosse possível selecionar os estudos que utilizaram procedimentos para avaliar a VRET como parte da intervenção no tratamento do medo e da fobia de dirigir. As referências encontradas em mais de uma base de dados foram contabilizadas apenas uma vez, visto que um mesmo trabalho pode ser indexado em mais de uma base de dados.

Os artigos selecionados foram buscados para que fosse realizada a leitura dos seus métodos e o levantamento dos procedimentos utilizados nesses estudos (entrevistas, questionários, inventários, testes, medidas e instrumentos padronizados ou não), os quais foram identificados, descritos e categorizados. Feito isso, os procedimentos de avaliação da VRET aplicada ao medo e à fobia de dirigir foram analisados, sob uma perspectiva analítico-comportamental.

As referências foram previamente selecionadas de acordo com a natureza do trabalho. Dentre as cinco diferentes categorias (empírica, relato de experiência, revisão de literatura, teórica e teórica ilustrada) definidas por Santeiro (2005), foram incluídas apenas pesquisas empíricas e relatos de experiência, visto que o objetivo principal foi a descrição dos procedimentos de avaliação, que envolvem levantamento e análise de dados com finalidade de conhecer um fenômeno ou testar uma hipótese. Os relatos de experiência são pesquisas em

que há aplicação de novos programas ou formas de intervenção desenvolvidas empiricamente e que são descritas por seus autores e/ou praticantes (Santeiro, 2005).

Os estudos empíricos podem seguir diferentes delineamentos metodológicos, que caracterizam tipos específicos de pesquisas. Santeiro (2005) prevê seis tipos: levantamento, correlacional, quase experimental, experimental, estudo de caso e meta-análise. Foram incluídas à amostra, somente as referências que tinham como delineamento metodológico pesquisa experimental, pesquisa quase experimental e estudo de caso, uma vez que são delineamentos que pressupõem a descrição de procedimentos. Os artigos que utilizavam a Realidade Virtual para outras finalidades e em outros contextos que não fossem o terapêutico, e os que tinham como parte da intervenção a VRET aplicada a outros medos e fobias foram excluídos. Com base no procedimento de busca e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, os artigos selecionados foram analisados e os dados classificados de acordo com os itens especificados a seguir.

1. População alvo: foram separados os trabalhos que incluíram fóbicos e não fóbicos; quanto à faixa etária dos participantes adultos jovens (19 a 30 anos), adultos (31 a 59 anos) e idosos (acima dos 60 anos). Foi incluída a categoria “vários”, para os estudos em que houve a participação de mais de uma faixa etária e a categoria “não especificada”, quando não houve menção à faixa etária dos participantes. Outra classificação utilizada foi referente ao gênero dos participantes, dividida nas categorias feminino, masculino, ambas e não especificado.

2. Local de intervenção: consultório, universidade, não especificado ou outro local.

3. Processo de intervenção: buscou-se analisar como o processo foi conduzido e como os resultados foram avaliados, especificando se foram utilizadas medidas de pré-teste, pós-teste, se houve *follow up* e depois de quanto tempo.

4. Técnicas e instrumentos utilizados: recursos utilizados, técnicas e instrumentos que possibilitaram coletar os dados e analisar os resultados.

### 3 RESULTADOS

A busca booleana realizada nas bases de dados (Scielo, Scopus e Web of Science) por meio das palavras-chaves *virtual reality* e *driving fear*, *virtual reality* e *driving phobia* resultou nos dados apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1** - Dados numéricos da busca com as palavras-chaves

Base de dados	<i>Virtual Reality</i> (Realidade Virtual)	<i>Driving Fear</i> (Medo de Dirigir)	<i>Driving Phobia</i> (Fobia de Dirigir)
Scielo	22	0	1
SCOPUS	95991	195	135
Web of Science	17217	19	11
Total	113230	214	147

O levantamento bibliográfico cobriu o período de 2000 (em que foi localizada a primeira publicação sobre o tema) a 2012. A partir da leitura dos títulos e resumos obtidos nesse levantamento, foram excluídos os artigos de acordo como os critérios anteriormente especificados. Após a exclusão dos artigos, chegou-se a um total de cinco artigos, cujas referências são apresentadas na Tabela 2, na qual estão especificados também os objetivos dos estudos. O estudo desenvolvido por Walshe et al. (2005) foi incluído na presente pesquisa por ter utilizado a VRET como procedimento e por ter como população indivíduos com fobia de dirigir, apesar de ter sido desenvolvido como objetivo principal investigar se um alto grau de imersão pode ser alcançado em ambientes virtuais de direção.

**Tabela 2 - Referências e objetivos dos artigos revisados**

Autores/Ano	Referências	Objetivos
Wald e Taylor (2000).	Efficacy of virtual reality exposure therapy to treat driving phobia: A case report. <i>Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry</i> , 31, 249-257.	Examinar a eficácia da VRET para tratar uma mulher adulta com fobia de dirigir.
Wald e Taylor (2003).	Preliminary research on the efficacy of virtual reality exposure therapy to treat driving phobia. <i>CyberPsychology and Behavior</i> , 6, 459-465.	Revisão de dois estudos sobre a eficácia da VRET para tratar fobia de dirigir
Walshe, Lewis, Kim, O'Sullivan e Wiederhold (2003).	Exploring the use of computer games and virtual reality exposure therapy for fear of driving following a motor vehicle accident. <i>CyberPsychology and Behavior</i> , 6, 329-334.	Investigar a eficácia da combinação de RV e GR ( <i>Game Reality</i> ) para tratar fobia de dirigir
Wald (2004).	Efficacy of virtual reality exposure therapy for driving phobia: A multiple baseline across-subjects design. <i>Behavior Therapy</i> , 35, 621-635.	Analisar a eficácia da VRET para tratar a fobia de dirigir
Walshe, Lewis, O'Sullivan e Kim (2005).	Virtually driving: Are the driving environments "real enough" for exposure therapy with accident victims? An explorative study. <i>CyberPsychology and Behavior</i> , 8, 532-537.	Investigar se uma taxa alta de imersão pode ser alcançada em ambientes virtuais de direção

### População alvo

A organização das informações sobre os participantes incluídos nas amostras das pesquisas selecionadas estão organizadas na Tabela 3. Com relação à pesquisa de Wald e Taylor (2003), foram considerados apenas os dados do Estudo 2, porque os do Estudo 1 já havia sido publicado anteriormente, sendo aquele publicado em 2000 (Wald & Taylor, 2000).

Em relação à faixa etária e ao gênero dos participantes, quando especificado, houve uma prevalência de adultos (30 a 59 anos) e de mulheres. A amostra dos estudos teve a participação de mais de um indivíduo, com exceção do estudo de Wald e Taylor (2000), que foi um delineamento de caso único AB. Quanto ao local das intervenções, não ficou claro, nos métodos descritos, em que local foram feitas as intervenções, se foi em alguma clínica ou em laboratórios ou clínicas das Universidades dos pesquisadores.

Os participantes dos estudos revisados foram selecionados com base em diagnóstico prévio de fobia específica. No estudo de Walshe et al. (2003), a depressão maior

foi o diagnóstico mais comum como comorbidade (6 dos 15 participantes). No estudo de Wald (2004), um participante foi diagnosticado com transtorno de pânico com agorafobia (remissão parcial) e o mesmo era também dependente de álcool (remissão completa). No estudo de Walshe et al. (2005), 7 dos 11 participantes apresentaram o diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático e depressão maior. No estudo de Wald (2004), foram excluídos da amostra participantes que estivessem em tratamento psicológico e que fizessem uso de medicamento.

**Tabela 3** - Número e dados dos participantes dos estudos revisados

Autor/ano	Nº de participantes	Faixa etária	Comorbidade	Acidente veicular	Tratamento prévio ou concomitante
Wald e Taylor (2000)	1 (M)	35	Não	-	não
Wald e Taylor (2003)	7 (6M/1H)	31 a 57	Não	sim (3/7)	não
Walshe et al. (2003)	14 (NE)	NE	sim (6/14)	sim	NE
Wald (2004)	5 (M)	37 a 57	sim (1/5)	sim (3/5)	não
Walshe et al. (2005)	11 (NE)	NE	sim (7/11)	sim (5/11)	sim (5/11)

M = mulher, H = homem, NE = não especificado

#### *Medidas e instrumentos utilizados*

Os aspectos da medida são averiguar presença ou ausência de perturbações, além do grau ou nível dessas. Ou seja, as medidas servem para aferir a gravidade de um conjunto de comportamentos, os quais podem ser denominados como um transtorno. Segundo Alchieri e Cruz (2003), as dimensões da medida são: observacional, inquiridora e representativa. A dimensão observacional é centrada na observação da manifestação dos comportamentos, a inquiridora tem como foco a auto percepção da pessoa que está sendo avaliada, ou seja, se dá por comportamento verbal e, por fim, a dimensão representativa centra-se na medida de comportamentos correlatos, ou seja, a partir de medidas padronizadas, principalmente os testes, são avaliados os efeitos de uma intervenção.

Esse item refere-se aos recursos utilizados, medidas e instrumentos que possibilitaram avaliar os efeitos da intervenção. Dentre as diversas medidas utilizadas para avaliar e inferir resultados de tratamentos para a fobia de dirigir estão as objetivas e as

subjetivas. As principais medidas objetivas utilizadas nesse tipo de estudo são as fisiológicas, por exemplo, a resistência galvânica da pele (SR - *Skin Resistance*) e a frequência cardíaca (HR - *Heart Rate*). Dentre as medidas subjetivas, estão os questionários, inventários, testes e escalas. Algumas medidas são específicas para os sobreviventes de acidentes com veículo automotor (MVC - *Motor Vehicle Crash* ou MVA - *Motor Vehicle Accident*), enquanto outras são instrumentos mais genéricos relativos a viagens e comportamentos de esquiava. A seguir, serão apresentadas algumas medidas encontradas nos estudos relacionados. Os dados sobre as medidas utilizadas nos estudos selecionados estão organizados na Tabela 4.

**Tabela 4** - Distribuição das medidas e instrumentos utilizados para avaliar a VRET

Autor/ Ano	Medidas Pré-intervenção	Medidas durante	Medidas Pós-intervenção	<i>Follow up</i>
Wald e Taylor (2000)	SCID Teste de ansiedade Diário de direção	Teste de ansiedade	SCID Teste de ansiedade Diário de direção Formulário de avaliação do tratamento	1, 3 e 7 meses
Wald e Taylor (2003)	SCID FQ Diário de direção	Diário de direção	SCID FQ Diário de direção	1, 3 e 12 meses
Walshe et al. (2003)	HR SUDS FDI CAPS HAM-D MINI	HR SUDS	HR SUDS FDI CAPS HAM-D MINI	não
Wald (2004)	SCID Entrevista História de direção Diário de direção Manual do Participante	Protocolo de tratamento padronizado	SCID Entrevista história de direção Diário de direção Protocolo de adesão ao tratamento	1, 3 e 12 meses
Walshe et al. (2005)	SUDS HR	SUDS HR	SUDS HR	Não

SCID - Structured Clinical Interview DSM-IV; FQ - Fear Questionnaire; HR - Heart Rate; SUDS - Subjective Units Discomfort; FDI - Fear Of Driving Inventory; CAPS - Clinician Administered PTSD Scale; HAM-D - Hamilton Depression Scale; MINI – Mini International Neuropsychiatric Inventory

No estudo de Wald e Taylor (2000), os autores utilizaram como medidas de pré e pós-tratamento a Entrevista Clínica Estruturada para o diagnóstico de acordo com o DSM-IV (SCID - *Structured Clinical Interview DSM-IV*, First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996). De acordo com Del-Ben et al. (2001), a SCID (Anexo 1, somente a parte dos Transtornos de Ansiedade) deve-se iniciar a aplicação por uma seção de revisão geral, que segue o roteiro de uma entrevista clínica não estruturada, conduzida por um profissional experiente. Em seguida, a entrevista é dividida em módulos que correspondem às categorias diagnósticas maiores. Os critérios diagnósticos estão presentes no próprio corpo do instrumento, facilitando a elaboração do diagnóstico conforme a entrevista progride. Uma característica importante do SCID é que, embora as perguntas sejam estruturadas, a pontuação é dada segundo o julgamento clínico do entrevistador em relação à presença ou ausência de determinado critério e não à resposta dada pelo paciente. No Anexo 1 está a tradução e adaptação desse instrumento para o português, realizada por Del-Ben, Vilela, Crippa e Zuardi (1998). Wald e Taylor (2000) utilizaram, também, o Teste de Ansiedade de Dirigir (*Driving Anxiety Test* – Anexo 2) que foi respondido pré e pós-tratamento, e 3 meses após o término da intervenção. A participante foi convidada a escolher uma rota que provocasse ansiedade, entre 70 e 80 em uma escala de 0 a 100, mas que ela pudesse completar e que pudesse ser repetida em condições semelhantes (0 = sem ansiedade; 100 = ansiedade extrema). No pós-teste, as informações incluíam: data; hora do dia; descrição do clima e as condições de direção; tempo da rota em minutos; se dirigia sozinha ou acompanhada; avaliação do pico de ansiedade (0-100) e avaliação do sucesso (0 = incapaz de completar a rota; 1 = rota parcialmente concluída; 2 = rota concluída). Nesse estudo de caso, Wald e Taylor também utilizaram como medida o Diário de Direção (*Driving Diary* – Anexo 3), no qual a participante registrou a frequência com que dirigiu durante uma semana na fase inicial, durante o tratamento e 3 meses após o término do tratamento, durante uma semana. A participante registrou também a data, hora do dia, se dirigia sozinha ou acompanhada, o tempo em minutos, descrição da rota, condições de direção e a ansiedade foi pontuada de 0 a 100. Por fim, para avaliar o tratamento, Wald e Taylor utilizaram um Formulário de Avaliação do Tratamento (*Treatment Evaluation Form* – Anexo 4), o qual foi elaborado para obter mais informações sobre a significância clínica do tratamento. Para esse fim, foram feitas quatro perguntas com base numa escala de cinco pontos, assim como perguntas abertas para que pudesse ser fornecido *feedback* por escrito, como, por exemplo: "Quão útil foi a terapia de realidade virtual em reduzir seus medos de dirigir?". A resposta poderia variar de 1 a 5 (1 = não ajudou em nada; 5 = ajudou extremamente).

A pesquisa de Wald e Taylor (2003) foi constituída de dois estudos, sendo o Estudo 1 aquele descrito no parágrafo anterior (Wald e Taylor, 2000). No Estudo 2, para continuar a avaliação da VRET para fobia de dirigir, o delineamento escolhido foi o de linha de base múltipla entre sujeitos e a sequência do projeto incluiu: uma avaliação pré-tratamento, a fase inicial (que variou de 8 a 16 dias), uma fase de intervenção composta por oito sessões de tratamento semanal, uma avaliação pós-tratamento e acompanhamento pós-tratamento. A hipótese era que a VRET reduziria a ansiedade e os comportamentos de esquiva de dirigir. O Questionário de Medo (FQ - *Fear Questionnaire* – Anexo 5) foi usado para avaliar a gravidade da fobia global e a frequência com que a pessoa dirigia (minutos por dia). Os participantes registraram essa informação num diário, durante a linha de base e o tratamento, e por períodos de uma semana de avaliação durante o pós-tratamento e fases de acompanhamento. A manutenção dos ganhos dessas medidas era esperada na avaliação de seguimento. A SCID foi usada para a obtenção de evidências clínicas adicionais a respeito do *status* de diagnóstico da fobia de dirigir no pós-tratamento e nas avaliações de acompanhamento.

Participaram desse segundo estudo, sete adultos com diagnóstico de fobia específica, os quais foram recrutados da comunidade e por anúncios da mídia. A SCID foi utilizado para identificar transtornos do Eixo 1 (transtornos clínicos). Apenas indivíduos com um distúrbio primário de uma fobia específica (dirigir) foram incluídos no estudo. Nenhum dos participantes preencheu os critérios para transtornos concomitantes. A idade dos participantes variou de 31 a 57 e todos eles possuíam licença de motorista válida. Todos os pacientes relataram uma longa história de medo e esquiva de dirigir, e nenhum tinha recebido tratamento prévio para esse problema. Três participantes tinham uma história de acidente de automóvel; cinco completaram o tratamento e dois desistiram durante a fase inicial do estudo. O participante do sexo masculino desistiu na avaliação pré-tratamento devido à falta de credibilidade no tratamento (por exemplo, ele não julgou os cenários realistas). Uma mulher desistiu após a primeira sessão, porque ela não conseguiu transporte para frequentar as sessões de tratamento.

Do estudo de Walshe et al. (2003) participaram 14 indivíduos com fobia de dirigir, a qual teve origem após acidentes com veículos automotores. Para participar desse projeto, todos tiveram que atender os critérios para a fobia específica (DSM-IV), tipo situacional, de dirigir, ou transtorno de estresse pós-traumático com os critérios clínicos para a fobia específica. Metade dos participantes recebeu um diagnóstico de fobia específica, tipo situacional, de dirigir ( $n = 7$ ; 50%), e a outra metade recebeu um diagnóstico de transtorno de

estresse pós-traumático, com critérios diagnósticos clínicos para fobia específica, como tipo de situação o dirigir (n=7; 50%). A depressão maior foi o diagnóstico mais comum como comorbidade (n=6). Na primeira visita, todas as medidas que serão descritas a seguir, foram coletadas. Posteriormente, a avaliação de triagem foi realizada para verificar se as simulações de direção (VR/GR) eram suficientemente imersivas para eliciar ansiedade (SUDS com aumento de classificação maior que três e/ou aumento da frequência cardíaca maior que 15 batimentos por minuto - *Subjective Units Discomfort* [Wolpe, 1973]). Dos quatorze voluntários que aceitaram realizar a avaliação de triagem, sete demonstraram resposta de ansiedade na exposição a ambientes simulados de direção, ao longo de um período de 1 hora. Esse grupo "imerso" prosseguiu para a fase de tratamento. Todas as medidas de triagem foram repetidas na conclusão do programa de tratamento.

Walshe et al. (2003) aplicaram as Escala de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (CAPS – *Clinician Administered PTSD Scale* – Anexo 6, versão em espanhol), que é uma entrevista clínica estruturada para avaliar tanto a frequência quanto a intensidade dos 17 sintomas do estresse pós-traumático (PTSD – *Posttraumatic Stress Disorder*) e a Escala Hamilton de Depressão (HAM-D – *Hamilton Depression Scale* – Anexo 7), que é um instrumento de rastreamento com 21 itens projetados para medir a gravidade do transtorno em adultos já diagnosticados com depressão. Para avaliar se as tarefas de dirigir computadorizadas induziriam presença para a terapia de exposição, foi necessário que os participantes avaliados apresentassem um aumento na ansiedade com a exposição às simulações de direção (VR/GR - *Virtual Reality/Game Reality*) em uma sessão de 1 hora. Para isso, usou-se como critério um aumento na classificação da SUDS maior que três e/ou um aumento na frequência cardíaca maior que 15 batimentos por minuto (BPM) durante a exposição. A SUDS é uma unidade de medida subjetiva de desconforto, a qual medem a ansiedade por meio do relato do participante que avalia seu estado subjetivo numa escala de 0-100 pontos. O zero representa ausência de medo e 100 o maior medo que o indivíduo sentiu em sua vida. Walshe et al. (2003) utilizaram, também, o Mini Inventário Internacional de Neuropsiquiatria (MINI - *Mini International Neuropsychiatric Inventory* – Anexo 8) que é uma entrevista estruturada para o eixo principal dos transtornos psiquiátricos do DSM-IV e CID 10. Segundo Amorim (2000), o MINI é um questionário breve (15-30 minutos) compatível com os critérios do DSM-III-R/IV e da CID-10, que pode ser utilizado por clínicos após treinamento rápido (de 1 a 3 h). Outro instrumento utilizado nesse estudo foi o Inventário de Medo de Dirigir (FDI - *Fear Of Driving Inventory*), que é uma escala de 20 itens com três subescalas que medem a ansiedade em viajar, a esquivas de viagens e as

estratégias não adequadas de dirigir. Esse inventário foi projetado para medir os componentes da ansiedade de viagens veiculares. Walshe et al. monitoraram a frequência cardíaca como parte do procedimento de triagem, para fornecer *feedback* fisiológico durante as sessões e, também, como uma medida de mudança da primeira para a última sessão. O aumento da frequência cardíaca máxima e o aumento na SUDS no último tratamento foi comparado com a avaliação inicial sob condições de exposição padrão.

No estudo de Wald (2004), que teve como objetivo avaliar a eficácia da VRET para tratar a fobia de dirigir usando um delineamento de linha de base múltipla entre sujeitos, os indivíduos que estavam interessados em participar receberam um telefonema em que foi feita uma entrevista de triagem. Os selecionados foram convidados a participar da primeira avaliação. Durante essa avaliação, os participantes forneceram consentimento informado e a SCID-IV foi administrada. Indivíduos que preencheram os critérios de elegibilidade e concordaram em participar do tratamento, posteriormente participaram de uma avaliação pré-tratamento. Na avaliação pré-tratamento, os participantes receberam uma orientação para o sistema driVRI e foram solicitados a completar os seis cenários de condução VR. Classificações de ansiedade de pico (0 = nenhuma ansiedade; 100 = ansiedade extrema) e sucesso nos cenários (0 = incompleto ou parcialmente completo; 1 = totalmente completo) foram registradas. Com base nesses resultados, os participantes estabeleceram a hierarquia de uma gama de situações de direção virtual, da menos à mais provocadora de ansiedade. Instruções sobre os questionários pré-avaliação e fase inicial foram dadas. Todos os participantes receberam uma cópia do Manual do Participante (Anexo 9), que explica o formato e as razões para utilizar a VRET (por exemplo, os participantes foram informados de que VRET permite a exposição gradual e repetida a situações de dirigir temidas, até o desaparecimento do medo). Potenciais efeitos colaterais e instruções para preenchimento dos formulários Diário de Direção também foram fornecidas no manual. Por último, a Entrevista de História de Dirigir (Anexo 10) foi administrada. Informações sobre a história de dirigir de cada participante (por exemplo, o início e desenvolvimento do medo de dirigir; experiências com o dirigir) foram obtidas na avaliação pré-tratamento usando uma versão modificada da Entrevista de História de Dirigir (Ehlers, 1990). Em relação aos instrumentos utilizados por Wald, a SCID-IV foi administrada pelo autor e, para que houvesse precisão de diagnóstico, fitas de áudio das entrevistas foram analisadas de forma independente por um supervisor clínico (psicólogo clínico licenciado). Para avaliar o estado de diagnóstico da fobia de dirigir após o tratamento, a seção de Fobia Específica da SCID-IV foi readministrada por telefone na avaliação pós-tratamento, um mês, e três meses de *follow-up*. Wald desenvolveu também um

Protocolo de Tratamento Padronizado (Anexo 11).

O Diário de Direção é uma forma de auto monitoramento e consistiu de três medidas do resultado do tratamento: Fobia Principal, Fobia Global e frequência de dirigir. A Fobia Principal e itens da Fobia Global foram retirados do FQ (Marks & Mathews, 1979). Para Fobia Principal (a fobia que o indivíduo quer tratar), os participantes classificaram o grau de esquivas do dirigir, por medo ou sentimentos desagradáveis (0 = nunca; 8 = sempre). Para a Fobia Geral, os participantes classificaram a severidade dos sintomas presentes na fobia de dirigir (0 = sem fobia presente; 8 = fobia muito presente, perturbando seriamente, incapacitante). Os participantes registraram o número de minutos dirigidos a cada dia. O Diário de Direção foi preenchido durante o início e as fases de tratamento, e por um período de uma semana no pós-tratamento e 1 e 3 meses de *follow-up*. No primeiro ano de *follow-up*, os participantes foram solicitados a fornecer avaliações atuais para Fobia Principal e Fobia Global. Para frequência, relataram o número médio de viagens por semana, tempo médio de direção por semana e pico de ansiedade média durante o dirigir.

Um Protocolo de Adesão ao Tratamento (Anexo 12) foi desenvolvido por Wald (2004), o qual incluiu quatro seções: lista de comportamentos necessários do terapeuta, lista de comportamentos permitidos do terapeuta, lista de verificação de infrações do terapeuta no protocolo de tratamento e uma classificação global de adesão ao tratamento (Waltz, Addis, Koerner, & Jacobson, 1993). Para o protocolo de tratamento foi utilizada a escala Likert de 5 pontos (1 = sem adesão e 5 = muita adesão). A avaliação pós-tratamento foi realizada uma semana após a última sessão. A seção de Fobia Específica da SCID-IV foi administrada e os participantes gravaram seu Diário e os eventos adversos (dirigir e não dirigir) durante 7 dias. Após 1 e 3 meses foi feita uma avaliação de *follow-up*, em que foram respondidas entrevistas de acompanhamento utilizando a seção de Fobia Específica da SCID-IV. Entre cada avaliação, os participantes também gravaram seu Diário e eventos adversos durante uma semana. Após 1 ano da última sessão de tratamento foi feito *follow-up*, em que os participantes foram contatados por correio. Eles foram convidados a fornecer seu estado atual da Fobia Principal, avaliação da Fobia Global e frequência (número médio de viagens por semana, tempo médio de direção por semana e pico médio de ansiedade durante o dirigir).

No estudo de Walshe et al. (2005), o objetivo foi investigar se uma taxa de imersão/presença clinicamente aceitável, ou seja, maior que 80%, poderia ser alcançada em ambientes gerados por computador para tratar a fobia de dirigir, modificando os fatores externos no ambiente de condução. Onze pacientes foram encaminhados pelo Departamento de Emergência de um hospital geral após um acidente de automóvel e deveriam cumprir os

critérios do DSM-IV para Fobia Específica de dirigir. Essas pessoas foram expostas a um ambiente gerado por computador. "Imersão/presença" foi operacionalmente definida como uma avaliação subjetiva do sujeito que sente o ambiente como sendo "real", juntamente com um aumento na SUDS, com avaliações maiores que três e/ou um aumento da frequência cardíaca acima de 15 batimentos por minuto (BPM). Dez dos onze (91%) participantes preencheram os critérios para imersão/presença no ambiente de direção, o que permitiu a progressão para VRET.

## 4 DISCUSSÃO

As medidas utilizadas nos estudos pesquisados podem ser divididas, basicamente, em dois grandes grupos: medidas objetivas e subjetivas. Dentre as medidas objetivas, podem ser incluídas as medidas fisiológicas, as quais, geralmente são coletadas em laboratório de Psicologia Experimental e Neurociências ou clínicas especializadas e consistem em medir as respostas fisiológicas de um organismo. Dentre os estudos pesquisados, esse tipo de medida objetiva foi utilizada apenas por Walshe et al. (2003, 2005), antes, durante e após a VRET no tratamento da fobia de dirigir. Walshe et al. (2003, 2005) monitoraram a frequência cardíaca dos participantes, a qual, segundo os autores, foi reduzida significativamente entre a primeira e a última sessão, sugerindo que houve habituação em um nível psicológico combinado à habituação fisiológica, segundo os autores que partem de uma visão dicotomizada de homem, diferente da visão dos analistas do comportamento, que é monista.

Dentre as medidas subjetivas, estão os questionários, inventários, testes e escalas. O teste de ansiedade de dirigir foi utilizado por Wald e Taylor (2000) e pode ser equiparado a SUDS, na medida em que a ansiedade também é situada em uma escala de 0 a 100 (0 = sem ansiedade; 100 = ansiedade extrema). A SUDS também foi utilizada por Walshe et al. (2003; 2005) e pode ser incluída na categoria levantamento, pois pretende medir, subjetivamente, a ansiedade que a pessoa sente diante de determinados cenários virtuais. A SUDS indicou uma redução da ansiedade dos participantes ao longo do programa de tratamento, como era previsto, com a exposição repetida. Houve redução no relato de temores relacionados ao dirigir, segundo o Inventário de Medo de Dirigir (FDI), com uma diminuição em cada uma das três subescalas: de ansiedade de viagens, esquiva de viagens e estratégias mal-adaptadas de direção. Segundo Walshe et al. (2003, 2005), esses achados estão de acordo com relatos clínicos de que os participantes foram ampliando suas práticas de dirigir e viajar com menos ansiedade, mostrando que as habilidades aprendidas no ambiente simulado foram generalizadas para tarefas do mundo real. Além disso, as pontuações na medida de transtorno de estresse pós-traumático reduziram significativamente com o tratamento, embora a atenção não tenha sido concentrada nas experiências do acidente. Os escores de depressão indicaram uma redução nos sintomas depressivos e, segundo esses pesquisadores, sugere que os efeitos do tratamento podem se estender além do tratamento da fobia. Em síntese, os resultados do estudo de Walshe et al. (2003) indicam que a realidade virtual (VR) e o jogo virtual (GR) podem ter um papel útil no tratamento da fobia de dirigir desenvolvido após acidente, mesmo quando coexistem condições comórbidas, como estresse pós-traumático e depressão, embora

os achados levem a crer que se houvesse um refinamento dos programas poderia haver uma maior "taxa de sucesso", induzindo presença/imersão em uma maior porcentagem de indivíduos o que, conseqüentemente, aumentaria também a viabilidade da VR/GR como um tratamento de exposição para a fobia de dirigir. Dentre as limitações apontadas por Walshe et al. (2003), está o fato de não ter tido um grupo controle, não ter sido feita nenhuma comparação com o tratamento *in vivo*, não ter tido nenhuma medida direta de exposição ao dirigir ou a ansiedade de dirigir *in vivo* e, por fim, não foi feito *follow-up*.

O estudo de Walshe et al. (2005) foi exploratório, não foi um estudo controlado, sendo assim, quaisquer conclusões tiradas da comparação com o estudo anterior, segundo os autores, são na melhor das hipóteses provisórias, já que não há grupo válido comparativo e há algumas diferenças de procedimento. Nesse estudo, 7 dos 11 participantes tinham um diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático, sendo assim, o sucesso no tratamento foi atribuído à redução da gravidade dos sintomas do estresse pós-traumático (PTSD) em simultâneo com a redução da ansiedade fóbica.

Embora existam críticas ao DSM, esse manual tem sido considerado de grande valia pelos profissionais da Saúde, sendo importante para o estabelecimento de diagnósticos diferenciais e para a comunicação interdisciplinar, quando usado com propriedade. Ao longo da história da avaliação psicológica – principalmente nos países de língua inglesa e com maior produção e tradição na construção de instrumentos de avaliação – diversos testes psicológicos têm sido construídos utilizando a sintomatologia de alguns transtornos, segundo os critérios do DSM. O uso desses critérios diagnósticos facilitam a criação de instrumentos de avaliação de determinados transtornos, uma vez que, de certa forma, o fenômeno a ser investigado já foi previamente descrito. Com as avaliações das fobias ocorre o mesmo. Um dos instrumentos utilizados como medida de pré e pós-teste no estudo de Walshe et al. (2003) foi o MINI (*Mini International Neuropsychiatric Inventory* – entrevista estruturada para diagnosticar transtornos psiquiátricos) e Wald (2004), Wald e Taylor (2000; 2004) utilizaram a Entrevista Clínica Estruturada (SCID - *Structured Clinical Interview*).

Ao tratar de instrumentos padronizados, no estudo de Walshe et al. (2003), em que participaram da pesquisa indivíduos que haviam passado por acidente com veículo automotor, para aferir comorbidades, (estresse pós-traumático e depressão), duas escalas foram utilizadas como medida de pré e pós-teste: a CAPS (*Clinician Administred PTSD Scale* - Escala de Transtorno de Estresse Pós-Traumático) e a HAM-D (*Hamilton Depression Scale* – Escala de Depressão de Hamilton).

Na pesquisa de Wald e Taylor (2000), os níveis e índices de ansiedade diminuíram para os cenários de direção virtual e indicaram que a habituação ocorreu intra e entre as sessões de tratamento. A frequência do comportamento de dirigir também foi mantida, pois a participante continuou dirigindo com índices de ansiedade mais baixos. Na avaliação pós-tratamento, os sintomas fóbicos haviam diminuído e ela já não preenchia os critérios diagnósticos para a fobia de dirigir. Além disso, a melhora clínica foi mantida em 1, 3 e 7 meses de *follow-up*, a partir da avaliação feita pela Entrevista Estruturada Clínica, pelo Teste de Ansiedade de Dirigir (uma medida comportamental ao vivo) e pelo Diário de Direção (minutos de direção por dia). Segundo os autores, esse estudo de caso relatou resultados substanciais, fazendo com que eles concluíssem que a VRET foi eficaz para reduzir o medo de dirigir.

Wald e Taylor (2000) apontam que o delineamento escolhido por eles, pré-experimental, não descarta explicações alternativas, as quais também podem ter contribuído para a melhora da participante, como, por exemplo, o fato dela ter encontrado um emprego, logo após a segunda sessão de tratamento. No entanto, a participante indicou várias vezes, que se não fosse o tratamento por meio da realidade virtual, provavelmente ela não teria assumido o risco de aceitar o trabalho.

No Estudo 2, de Wald e Taylor (2003), o resultado esperado não foi obtido, ou seja, não houve aumento na frequência de direção entre as avaliações de pré e pós-tratamento, mesmo assim os autores apontam o fracasso em obter tais resultados como sendo um achado importante. Eles concluíram que a VRET sozinha pode não ser suficiente no tratamento da fobia de dirigir, para alguns indivíduos. Logo, a VRET pode ser mais bem aproveitada ao ser utilizada como um primeiro passo no tratamento para reduzir o medo de dirigir, a um grau suficiente para que o paciente possa facilmente progredir na terapia de exposição *in vivo*. Ao investigarem quem mais se beneficiaria da VRET, de acordo com Wald e Taylor (2003), medidas exploratórias no pré e pós-tratamento identificaram variáveis potenciais que podem estar relacionados com o resultado da VRET. Essas medidas incluíram as encontradas pela aplicação do Questionário de Preocupações de Dirigir (*Driving Concerns Questionnaire* – DCQ) e do Questionário de Presença (*Presence Questionnaire* – PQ), ou seja, os participantes que demonstraram melhora no pós-tratamento, mostraram também uma maior sensação de presença no ambiente virtual e menos preocupações em dirigir. As medidas relativas às preocupações sobre a ansiedade de desempenho e as habilidades de dirigir não foram exploradas nesse estudo, mas esses fatores também podem ter afetado a capacidade de alguns participantes a se engajarem no ambiente virtual. Conforme Wald e Taylor (2003), os

dois participantes que tiveram um desempenho pior, mostraram-se particularmente mais preocupados com seu desempenho ao volante do simulador durante o tratamento. Em contrapartida, os outros participantes não expressaram essas preocupações e pareceram aprender a dirigir com menos esforço.

O estudo de Wald (2004) representa uma extensão controlada de um relato de caso anterior (Wald & Taylor, 2001). A eficácia do tratamento foi analisada em sete pessoas a partir de critérios diagnósticos do DSM-IV de fobia específica (tipo situacional, de dirigir). Cinco participantes completaram o tratamento. Houve uma redução modesta nos sintomas de fobia em três participantes e foi ineficaz para os outros dois. Nenhum dos participantes apresentou melhoras na frequência com que dirigiam na realidade. Segundo o autor, dada a natureza crônica e de longa data dos medos de dirigir, que variou de 15 a 40 anos, era improvável que a mudança dos sintomas fosse devido à remissão espontânea. O autor apontou como deficiência metodológica a falta de dados psicométricos sobre o resultado e a integridade das medidas de tratamento.

Outra forma de medida utilizada se dá pelas entrevistas, as quais podem ser estruturadas, semiestruturadas ou abertas. A entrevista semiestruturada é frequentemente a técnica mais utilizada, só ou associada à outra técnica. Sua abordagem talvez permita uma melhor compreensão da história de vida do paciente – a presença de outras patologias, o uso de medicações, a percepção de situações relacionadas a eventos estressantes, as relações familiares e outros aspectos relacionados à singularidade, subjetividade, as nuances e peculiaridades do sujeito. Essa medida foi utilizada por Wald (2004), em que o autor realizou uma entrevista semiestruturada acerca da história de direção de cada participante da pesquisa, em que ele buscou informações relevantes sobre o desenvolvimento da fobia. O Diário de Direção, utilizado por Wald e Taylor (2000; 2003) e Wald (2004), é uma forma de auto-monitoramento e pretende medir também o resultado do tratamento (fobia global, fobia principal e frequência de dirigir em minutos). O uso dessa técnica possibilita que o avaliador possa compreender a interação entre alguns aspectos relevantes. Entretanto, exige do profissional um bom domínio de conhecimento na área para o estabelecimento de uma sequência de perguntas pertinentes e fluidas. Todavia, essa técnica pode deixar a desejar ou apresentar algumas limitações quando se trata de estabelecer padrões de comportamento, comparação entre indivíduos ou grupos e resultados quantitativos (Sardá Jr, Legal, & Jablonski Jr., 2004).

No estudo de Wald (2004), houve inclusão de elementos novos, tais como, o protocolo de tratamento padronizado, critérios de elegibilidade, a SCID-IV, um método

estatístico para avaliar a mudança de tratamento, um ano de *follow-up*, classificações diagnósticas e protocolo de adesão ao tratamento, fatores esses que contribuiram para um maior rigor metodológico e, conseqüentemente, para uma forma mais diversificada de medir e analisar os dados obtidos.

De acordo com Machado e Morona (2007), é importante que seja estabelecido um bom *rapport* no início de uma avaliação, pois é o momento em que são esclarecidos os objetivos e as possíveis dúvidas. Tal fato parece ter sido atentado somente por Wald (2004), o qual desenvolveu o Manual do Participante. Wald (2004) desenvolveu também um Protocolo de Tratamento Padronizado, o qual foi utilizado durante o tratamento. Nesse mesmo estudo, foi utilizado também o Protocolo de Adesão ao Tratamento, dividido em quatro seções: lista de comportamentos necessários do terapeuta, de comportamentos permitidos do terapeuta, de verificação de infrações do terapeuta e classificação geral de adesão ao tratamento. As respostas eram dadas numa escala Likert, de 1 a 5 (1=sem adesão e 5=muita adesão).

Segundo Wald e Taylor (2000, 2003) e Wald (2004), a ausência de melhora na frequência de dirigir, a variação na resposta ao tratamento e a perda dos ganhos do tratamento em alguns participantes, são resultados notáveis, os quais sugerem que a VRET pode precisar ser seguida por um ciclo de exposição *in vivo*. Estudos adicionais são necessários, ensaios clínicos controlados e mais pesquisas sobre os preditores da VRET podem ajudar a identificar os indivíduos que seriam mais beneficiados por esse tipo de tratamento. Wald (2004) sugere a adição de outros componentes, como tarefas comportamentais de casa (por exemplo, aulas de direção entre as sessões), visto que a incorporação da prática de direção regular e repetida parece ser importante para o desenvolvimento dessas habilidades e, conseqüentemente, para o aumento da confiança, componentes que, para os autores, parecem estar envolvidos na superação do medo de dirigir.

De acordo com Slater (2004), os questionários são uma ferramenta muito útil na investigação social e psicológica, pois permitem uma avaliação quantitativa do comportamento, pelo menos em escala ordinal. Por exemplo, em um contexto eleitoral, as intenções de voto podem ser razoavelmente consultadas, porque os entrevistados podem avaliar como eles votariam se houvesse realmente uma eleição em um futuro próximo. Apesar de não existir garantia de que o comportamento real estará de acordo com o momento da pesquisa, essa relação é boa o suficiente para indicar como seria o resultado das eleições. Da mesma forma, um questionário psicológico sobre "ansiedade", em uma dada situação pode ser empregado: o participante pode comparar, a partir de experiência passada, o grau de

ansiedade gerado por situações semelhantes. A ansiedade pode ocorrer junto com variáveis quantificáveis, como a frequência cardíaca, rubor, transpiração, palpitações e assim por diante. Esse tipo de avaliação quantitativa ocorreu nos estudos de Walshe et al (2003, 2005), os quais utilizaram como medida fisiológica a frequência cardíaca (HR – *Heart Rate*) como variável quantitativa associada à ansiedade.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As medidas e os instrumentos, de um modo geral, foram validados para certas queixas ou transtornos específicos e, a princípio, tem como base um pressuposto internalista. No entanto, analistas do comportamento são ambientalistas, na medida em que buscam as causas no ambiente. Sendo assim, sob uma perspectiva analítico-comportamental, é preciso controlar muitas variáveis para analisar a eficácia de um conjunto de instrumentos e medidas. Num processo terapêutico, os princípios teóricos orientam a atuação e diversas técnicas podem ser usadas, dependendo do contexto e do que está ocorrendo em determinado momento. O método utilizado pelos analistas do comportamento é a análise funcional e as emoções e sentimentos, ou seja, os eventos privados são respostas colaterais, não causas. Logo, os eventos privados também são resultado de contingências e é necessário intervir diretamente nas contingências para que haja uma mudança de comportamento e, concomitantemente, haverá uma mudança nos eventos privados (emoções e sentimentos, como a ansiedade).

Os instrumentos são ferramentas e a fobia é um processo passível de análise funcional. Em qualquer intervenção psicológica, é preciso ter clareza sobre a finalidade da avaliação, o que será avaliado e como avaliar. Avaliar implica na descrição de diferentes instrumentos, procedimentos e informantes. A avaliação deve ser contínua durante todo o processo de intervenção e, se possível, deve ser feita também algum tempo após a intervenção (*follow-up*).

Avaliações comportamentais se caracterizam pela busca da compreensão das relações funcionais entre organismo e ambiente. As principais características da avaliação comportamental são: identificação, especificação e mensuração de comportamentos considerados problemas; identificação das variáveis das quais os comportamentos considerados problemas são função; busca de relações funcionais entre o comportamento e os eventos ambientais; formulação de hipóteses; e, por fim elaboração de programas de intervenção individuais (Heibi & Haynes, 2004). Diferentes instrumentos podem ser utilizados para a realização de avaliações comportamentais, tais como: a observação, no caso de medidas diretas, e as entrevistas, questionários, escalas ou inventários comportamentais, no caso de medidas indiretas.

A adoção de medidas diretas é uma das principais características da avaliação comportamental, desde seu surgimento, segundo Fernandez-Ballesteros (2004). O método de avaliação que usa medidas diretas mais comumente utilizado é o de observação

direta, feita em ambiente natural e/ou análogo (Reitman, Hummel, Franz, & Gross, 1998). Por meio desse tipo de medida, é possível avaliar comportamentos considerados problema, sem o viés comum aos métodos que utilizam medidas indiretas, tal como o relato, que muitas vezes é impreciso. As principais vantagens da adoção de métodos de medidas diretas são: acesso a dados importantes acerca da função do comportamento considerado problema, possibilidade de avaliar comportamentos considerados difíceis para avaliação por meio de outras medidas; realização de análises funcionais mais detalhadas e precisas; e complemento aos dados obtidos por medidas indiretas. No entanto, a adoção de medidas diretas também apresenta algumas limitações: necessidade de observadores previamente treinados, segundo critérios objetivos; alto custo, decorrente da necessidade de materiais, equipamentos específicos e observadores; tempo excessivo para a realização das avaliações e avaliação das respostas (Reitman et al., 1998). Mesmo com essas desvantagens, pode-se afirmar que a adoção de medidas diretas para avaliar problemas de comportamento no contexto da Saúde deveria ser mais explorada, uma vez que algumas informações acerca do paciente e do tratamento não são possíveis de serem obtidas por meio de outros métodos.

O uso de medidas indiretas é o mais comum em avaliações comportamentais e dentre os principais métodos de avaliação que utilizam medidas indiretas destacam-se: entrevistas, que podem ser realizadas com o indivíduo avaliado ou informantes; questionários; e escalas ou inventários comportamentais. A adoção de medidas indiretas possui vantagens na avaliação de problemas de comportamento devido ao baixo custo, se comparado a procedimentos de medidas diretas. Além disso, apresentam maior validade externa, ou seja, é possível maior correlação dos dados obtidos em uma avaliação com os de outras. Elas apresentam, ainda, maior probabilidade de avaliar comportamentos cuja probabilidade de emissão é afetada pela presença do observador, ou comportamentos que sejam pouco acessíveis a observação direta. Dentre as limitações estão: menor confiabilidade dos dados, devido à impossibilidade de acesso às variáveis que influenciaram o responder do indivíduo; em alguns casos, a baixa escolaridade e/ou nível de compreensão do indivíduo avaliado, especialmente no caso de testes e/ou inventários; possibilidade de relatos verbais enviesados, devido a fatores externos à avaliação - problemas conjugais, emocionais, status socioeconômico, etc. (Reitman et al., 1998).

Os analistas do comportamento utilizam, basicamente, a metodologia de estudo de caso único, o que possibilitou a pesquisa em clínica e a independência no que diz respeito a dados de grupos e de relevância estatística. A observação e o cuidado com os registros dos dados são salientados nesse tipo de metodologia, assim como a análise

permanente desses dados. Os questionários, inventários, testes e escalas afetam os resultados. As medidas de comportamentos apontam a necessidade de análises individuais, conforme o objetivo da mensuração. Então, parece necessário desenvolver medidas, principalmente para acompanhar o que ocorre fora da sessão, ou seja, para que seja possível verificar se houve generalização dos ganhos obtidos na VRET para o contexto de vida diária.

## REFERÊNCIAS

- ALCHIERI, J. C. ;CRUZ, R. M. *Avaliação psicológica: conceito, métodos e instrumentos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- AMARAL, V. L. A. R. Dicotomias no processo terapêutico: diagnósticos ou terapia. In M. DELITTI (Org.). *Sobre comportamento e cognição: a prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental* (pp. 116-120). Santo André: ESETec, 2001.
- AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106-115. 2000.
- AMBAN. *Ambulatório de Ansiedade do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*.  
<<http://www.amban.org.br/tratamento.asp?hyperlink=transtornos&transtornos=fobias&tratamento=fobias>> Acesso em: 4 de jul. 2011.
- American Psychiatric Association*. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM – IV. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- BANACO, R. A. Técnicas cognitivo-comportamentais e análise funcional. In R. R. KERBAUY , R. C. WIELENSKA (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: psicologia comportamental e cognitiva: da reflexão teórica à diversidade na aplicação* (pp. 75-82). Santo André, SP: ESETec, 1999.
- BARLOW, D. H. Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55, 1247–1263. 2000.
- BARROS NETO, T. P. *Sem medo de ter medo: um guia prático para ajudar pessoas com pânico, fobias, obsessões, compulsões e estresse*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- BLANCHARD, E. B. et al. Psychiatric morbidity associated with motor vehicle accidents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, n.183, 495-504. 1995.
- BLANCHARD, E. B. et al. Psychological morbidity associated with motor vehicle accidents. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 283-290. 1994.
- BLASZCZYNSKI, A. et al. Psychiatric morbidity following motor vehicle accidents: A review of methodological issues. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 111-121.
- COSTA, R. T., CARVALHO, M. R., NARDI, A. E. Exposição por realidade virtual no tratamento do medo de dirigir. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, 131-137. 2010.
- DANNA, M. F., MATOS, M. A. *Aprendendo a observar*. São Paulo: EDICON. 2011.
- Del-Ben, C.M.; et al. Confiabilidade da entrevista clínica estruturada para o DSM-IV – versão clínica traduzida para o português. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(3), 156-159. 2001.
- EHLERS, A. *Driving history interview and driving concerns questionnaire*. Unpublished Tests. 1990.

EHLERS, A.; et al. Clinical characteristics of driving phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 323–339. 1994.

FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. Self-report questionnaires. In S. H. HAYNES ; W. H. O'BRIEN. S. H. HAYNES ; E. M. HEIBI (Orgs.). *Comprehensive handbook of psychological assessment* (pp. 194-221, Vol 4). Hobokey, New Jersey: John Wiley & Sons. 2004.

First, M. B.; et al. *Structured clinical interview for axis I DSM-IV disorders-patient edition (Version 2.0)*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute. 1996.

GARCIA, M. (s. d.). *Amaxofobia é maior entre o sexo feminino*. Webtranspo. <<http://www.webtranspo.com.br/veiculos/17961-medo-de-dirigir-atinge-6-dos-brasileiros>> Acesso: 10 de maio de 2010.

GUILHARDI, H. J. (s. d.). *O uso de instrumentos padronizados de avaliação comportamental nas sessões de terapia*. <[http://www.terapiaporcontingencias.com.br/pdf/helio/Uso\\_instrumentos.pdf](http://www.terapiaporcontingencias.com.br/pdf/helio/Uso_instrumentos.pdf)> Acesso: 24 de maio de 2011.

HEIBI, E.M.; HAYNES, W.H. Introduction to behavioral assessment. In S. H. HAYNES ; E. M. HEIBI (Orgs.) *Comprehensive handbook of psychological assessment* (pp. 3-18, Vol 4.). Hobokey, New Jersey: John Wiley & Sons. 2004.

KIRNER, C.; TORI, R. *Realidade virtual: conceitos e tendências*. São Paulo: Mania de Livro. 2004.

KOCH, W. J.; TAYLOR, S. Assessment and treatment of motor vehicle accident victims. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 327-342. 1995.

MACHADO, A. P.; MORONA, V. C. *Manual de avaliação psicológica – Série Técnica*. Curitiba: Unificado. 2007.

MARKS, I. M. *Fears, phobias and rituals*. New York: Oxford University. 1987.

MARKS, I. M.; MATHEWS, A. M. Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 263-267. 1979.

MAYOU, R., TYNDEL, S.; BRYANT, B. (1997). Long-term outcome of motor vehicle accident injury. *Psychosomatic Medicine*, 59, 578–584.

MESTRE, M.; CORASSA, N. Síndrome do carro na garagem: fobia ou perfeccionismo? (Análise Funcional e Plano Terapêutico). In H. J. Guilhardi. et al. *Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade* (pp. 1-13). Santo André, SP: ESETec. 2001.

MUNJACK, D. J. The onset of driving phobias. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 15, 305-308. 1984.

REITMAN, D. et al. A review of methods and instruments for assessing externalizing disorders: theoretical and practical considerations in rendering a diagnosis. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 555-584. 1998.

- RIVA, G. Virtual reality in psychotherapy: review. *Cyberpsychology and Behavior*, 8(3), 220-230. 2005.
- SANCHEZ-VIVES, M. V. ; SLATER, M. Opinion: From presence to consciousness through virtual reality. *Nature Reviews Neuroscience*, 6, 332-339. 2005.
- SANTEIRO, T. V. *Psicoterapias breves psicodinâmicas: produção científica em periódicos nacionais e estrangeiros (1980/2002)*. Tese de Doutorado não publicada. Programa de Pós-Graduação do Centro de Ciências da Vida. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas. 2005.
- SARDÁ JR.; J. LEGAL, E. J.; JABLONSKI JR., S. J. *Estresse: conceitos, métodos, medidas e possibilidades de intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2004.
- SILVA, F.; MARTORELL, C. Avaliação comportamental e avaliação tradicional: a questão psicométrica. In V. E. CABALLO (Org.). *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (pp. 99-109). São Paulo: Santos. 1996
- SLATER, M. How colorful was your day? Why questionnaires cannot assess presence in virtual environments. *Presence*, 13, 484-493. 2004.
- TAYLOR, J. E.; DEANE, F. P. Acquisition and severity of driving-related fears. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 435-449. 1999.
- \_\_\_\_\_. Comparison and characteristics of motor vehicle accident (MVA) and non-MVA driving fears. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 287-298. 2000.
- TAYLOR, J. E.; DEANE, F. P.; PODD, J. V. Determining the focus of driving fears. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 453-470. 2000.
- \_\_\_\_\_. Driving-related fear: A review. *Clinical Psychology Review*, 22, 631-645. 2002.
- \_\_\_\_\_. Diagnostic features, symptom severity, and help seeking in a media-recruited sample of women with driving fear. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29, 81-91. 2007.
- WALD, J. Efficacy of virtual reality exposure therapy for driving phobia: A multiple baseline across-subjects design. *Behavior Therapy*, 35(3), 621-635. 2004.
- WALD, J.; TAYLOR, S. Preliminary research on the efficacy of virtual reality exposure therapy to treat driving phobia. *Cyberpsychology and Behavior*, 6, 459-465. 2003.
- \_\_\_\_\_. Efficacy of virtual reality exposure therapy to treat driving phobia: A case report. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 31, 249-257. 2000.
- WALSHE, D. G. et al. Exploring the use of computer games and virtual reality exposure therapy for fear of driving following a motor vehicle accident. *CyberPsychology and Behavior*, 6(3), 329-334. 2003.
- WALSHE D. ; LEWIS E, O'SULLIVAN K. ; KIM SI. Virtually driving: Are the driving environments "real enough" for exposure therapy with accident victims? An explorative study. *CyberPsychology and Behavior*, 8(6), 532-537. 2005.

WALTZ, J. et al. Testing the integrity of a psychotherapy protocol: Assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 620-630. 1993.

WAUKE, A. P. T. *VESUP: um sistema virtual para o tratamento de fobias urbanas*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2004.

WAUKE, A. P. et al. Tratamento de fobias urbanas por meio de ambientes virtuais. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, 9(4), 5-11. 2005.

WOLPE, J. *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon. 1973.

YOUNGBLUT, C. *Experience of presence in virtual environments*, Institute for Defense Analyses, Document D-2960, 158 p. 2003.

ZAMIGNANI, D. R. Dessensibilização sistemática ao vivo. In C. N. NABUCO ; H. J. GUILHARDI (Orgs.), *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: práticas clínicas* (pp. 169-176). São Paulo: Roca. 2004.

**ANEXOS**

ANEXO A  
ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUTURADA PARA O  
DSM-IV  
TRANSTORNOS DO EIXO I

# SCID - I

## VERSÃO CLÍNICA

Michael B. First, M.D.  
Robert L. Spitzer, M.D.  
Miriam Gibbon, M.S.W.  
Janet B. W. Williams, D.S.W.

Biometrics Research Department  
New York State Psychiatric Institute  
Department of Psychiatry  
New York, New York

# SCID - I

## VERSÃO CLÍNICA

Tradução e Adaptação para o Português realizada por:

Cristina Marta Del Ben

José Antônio Alves Vilela

José Alexandre de Souza Crippa

Antônio Waldo Zuardi

Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica  
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Universidade de São Paulo

Ribeirão Preto, São Paulo

1998

# **SCID - I**

Versão Clínica

## **Livro de Administração**

(Traduzido e Adaptado para o Português)

## F. TRANSTORNOS DE ANSIEDADE E OUTROS TRANSTORNOS

## TRANSTORNO DE PÂNICO

CRITÉRIOS PARA  
TRANSTORNO DE PÂNICO

<b>F1</b>	<p>Você já teve um ataque de pânico, no qual você <u>repentinamente</u> ficou assustado ou ansioso ou desenvolveu vários sintomas físicos?</p> <p>SE SIM: Esses ataques sempre vêm completamente de forma inesperada - em situações nas quais você não esperava ficar nervoso ou desconfortável?</p> <p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Quantos desses ataques você já teve? (Pelo menos dois?)</p>	<p>A. (1) Ataques de Pânico recorrentes e inesperados</p> <p style="text-align: right;">? - + <b>F1</b></p>
-----------	---	---

Se **F1** for codificado como "-" (isto é, não há ataques recorrentes e inesperados), vá para **F25**, pág. 59 (verifique *Transtorno Obsessivo-Compulsivo*).

<b>F2</b>	<p>Após alguns desses ataques...</p> <p>Você ficou preocupado achando que havia algo terrível com você, como se estivesse tendo um ataque cardíaco ou estivesse ficando louco? (Por quanto tempo você se preocupou? Pelo menos por um mês?)</p> <p>SE NÃO: Você ficou muito preocupado se teria outro ataque? (Por quanto tempo você se preocupou? Pelo menos por um mês?)</p> <p>SE NÃO: Você fez algo diferente por causa desses ataques, como evitar certos lugares ou não sair sozinho? (E quanto a evitar certas atividades, como exercitar-se? E quanto a procurar estar sempre próximo a um banheiro ou a uma saída?)</p>	<p>(2) Pelo menos um dos ataques foi seguido por 1 mês (ou mais) de uma (ou mais) das seguintes características:</p> <p>(b) preocupação acerca das implicações do ataque ou suas conseqüências (por ex., perder o controle, ter um ataque cardíaco, "ficar louco")</p> <p>(a) preocupação persistente acerca de ter ataques adicionais</p> <p>(c) uma alteração comportamental significativa relacionada aos ataques</p> <p style="text-align: right;">? - + <b>F2</b></p>
-----------	--	--

Se **F2** for codificado como "-" (isto é, não há preocupação persistente acerca dos ataques ou de suas implicações e não há mudança no estilo de vida), vá para **F25**, pág. 59 (verifique *Transtorno Obsessivo-Compulsivo*).

## SCID-CV

## F. ANSIEDADE E OUTROS TRANSTORNOS

Quando foi o último ataque significativo?  
Qual foi a primeira coisa que você notou?  
E depois?

**F3**

SE NÃO SOUBER: Todos os sintomas vieram de repente?

Os sintomas do ataque de pânico desenvolvem-se abruptamente e atingem um pico dentro de 10 minutos.

? - +

**F3**

SE SIM: Quanto tempo passou entre o início do ataque e os sintomas tornarem-se realmente ruins? (Menos que 10 minutos?)

Se **F3** for codificado como "-" (isto é, os sintomas não se desenvolveram abruptamente ou não alcançaram um pico dentro de 10 minutos), vá para **F25**, pág.59 (verifique *Transtorno Obsessivo-Compulsivo*).

Durante esse ataque...

**F4**

...o seu coração acelerou, bateu forte ou falhou em algumas batidas?

(1) palpitações ou ritmo cardíaco acelerado

? - +

**F4****F5**

...você suava?

(2) sudorese

? - +

**F5****F6**

...você teve tremores ou estremeçimentos?

(3) tremores ou abalos

? - +

**F6****F7**

...você teve falta de ar? (Teve dificuldades de respirar?)

(4) sensações de falta de ar ou sufocamento

? - +

**F7****F8**

...parecia que você estava asfíxiado?

(5) sensações de asfixia

? - +

**F8****F9**

...você sentiu dor ou pressão no peito?

(6) dor ou desconforto torácico

? - +

**F9****F10**

...você teve náuseas ou mal-estar no estômago ou sensação de que teria uma diarreia?

(7) náusea ou desconforto abdominal

? - +

**F10****F11**

...você se sentiu tonto, sem equilíbrio, ou que iria desmaiar?

(8) sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio

? - +

**F11****F12**

...as coisas ao seu redor pareciam estranhas ou você se sentia longe delas ou como se estivesse separado de uma parte do seu corpo?

(9) desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (estar distanciado de si mesmo)

? - +

**F12****F13**

...você teve medo de ficar louco ou de perder o controle?

(10) medo de perder o controle ou enlouquecer

? - +

**F13****F14**

...você teve medo de morrer?

(11) medo de morrer

? - +

**F14****F15**

...você teve formigamentos ou dormências em alguma parte do seu corpo?

(12) parestesias (anestesia ou sensações de formigamento)

? - +

**F15****F16**

...você teve ondas de calor ou de frio?

(13) calafrios ou ondas de calor

? - +

**F16**

(?): Informação Inadequada      (-): Ausente (ou sub-limiar)      (+): Presente

SCID-CV

## F. ANSIEDADE E OUTROS TRANSTORNOS

**F17**PELO MENOS QUATRO DE F4-F16  
SÃO CODIFICADOS COMO “+”

? - +

**F17**

Se **F17** for codificado como “-” (isto é, três ou menos sintomas de ataque de pânico estão presentes), vá para **F25**, pág. 59 (verifique *Transtorno Obsessivo-Compulsivo*).

**F18**

Um pouco antes disso começar, você estava fisicamente doente?

Um pouco antes disso começar, você estava tomando algum remédio?

SE SIM: Houve alguma mudança na quantidade que você estava tomando?

Um pouco antes disso começar, você estava bebendo ou usando alguma droga?

Se houver alguma indicação de que os ataques de pânico possam ser secundários (isto é, devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral ou substância), vá para pág. 72 e retorne aqui para codificar como “-” ou “+”.

C. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipotireoidismo).

Condições médicas gerais etiologicamente relacionadas com ataques de pânico incluem hipertireoidismo, hiperparatireoidismo, feocromocitoma, disfunções vestibulares, convulsões e condições cardíacas (por ex., arritmias, taquicardia supraventricular).

Substâncias etiologicamente relacionadas com ataques de pânico incluem intoxicação com estimulantes do SNC (p.ex., cocaína, anfetaminas, cafeína) ou cannabis ou abstinência de depressores do SNC (p.ex., álcool, barbitúricos) ou de cocaína.

? - +

**F18**

Se **F18** acima for codificado como “-” (isto é, os ataques de pânico são devido a uma condição médica geral), pergunte o seguinte:

Houve alguma outra vez em que você tenha tido ataques de pânico e eles não foram por causa de [CONDIÇÃO MÉDICA GERAL / USO DE SUBSTÂNCIA]?

Se “sim”, volte para **F1**, pág. 54, e pergunte sobre esses ataques.

Se “não”, vá para **F25**, pág. 59 (verifique *Transtorno Obsessivo-Compulsivo*).

**F19**

D. Os Ataques de Pânico não são melhor explicados por outro transtorno mental, como Fobia Social (por ex., ocorrendo quando da exposição a situações sociais temidas), Fobia Específica (por ex., quando da exposição a uma situação fóbica específica), Transtorno Obsessivo-Compulsivo (quando da exposição à sujeira, em alguém com uma obsessão de contaminação), Transtorno de Estresse Pós-Traumático (por ex., em resposta a estímulos associados a um estressor severo) ou Transtorno de Ansiedade de Separação (por ex., em resposta a estar afastado do lar ou de parentes queridos).

? - +

**F19**

Se **F19** for codificado como “-” (isto é, os ataques de pânico são melhor explicados por outro transtorno mental), vá para **F25**, pág. 59 (verifique *Transtorno Obsessivo-Compulsivo*).

(?): Informação Inadequada

(-): Ausente (ou sub-limiar)

( +): Presente

56

### CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO DE PÂNICO COM AGORAFOBIA

- F20** SE NÃO FOR ÓBVIO NA REVISÃO GERAL.: Existem situações que deixam você nervoso por temer que poderia ter um ataque?
- SE SIM: Fale-me sobre isso...
- SE NÃO PUDEER ESPECIFICAR:  
E quanto a....
- ...ficar desconfortável se você está há uma certa distância de casa?
  - ...estar num lugar com muitas pessoas como numa loja cheia, cinema ou restaurante?
  - ...permanecer em uma fila?
  - ...estar em uma ponte?
  - ...usar transporte público - como ônibus, trem ou metrô - ou dirigir um carro?
- B. Presença de agorafobia: **? - + F20**
- (1) Ansiedade acerca de estar em locais ou situações de onde possa ser difícil (ou embaraçoso) escapar ou onde o auxílio pode não estar disponível, na eventualidade de ter um Ataque de Pânico inesperado ou predisposto pela situação, ou sintomas tipo pânico. Os temores agorafóbicos tipicamente envolvem agrupamentos característicos de situações, que incluem: estar fora de casa desacompanhado; estar em meio a uma multidão ou permanecer em uma fila; estar em uma ponte; viajar de ônibus, trem ou automóvel

Se **F20** for codificado como “-” (isto é, não há ansiedade acerca de estar em locais associados com ataque de pânico), vá para **F24**, pág. 58.

- F21**
- (2) As situações agorafóbicas são evitadas (por ex., viagens são restringidas) ou suportadas com acentuado sofrimento ou com ansiedade acerca de ter um Ataque de Pânico ou sintomas tipo pânico, ou exigem companhia **? - + F21**

Se **F21** for codificado como “-” (isto é, as situações agorafóbicas não são evitadas e não há sofrimento), vá para **F24**, pág. 58.

- F22** Você evita essas situações?
- SE NÃO: Quando você está em uma destas situações, você se sente muito desconfortável ou como se poderia ter um ataque de pânico?
- (Você pode ir a uma dessas situações somente se você está com alguém conhecido?)
- (3) A ansiedade ou esquiva agorafóbica não é melhor explicada por um outro transtorno mental, como Fobia Social (por ex., a esquiva se limita a situações sociais pelo medo do embarço), Fobia Específica (por ex., a esquiva se limita a uma única situação, como elevadores), Transtorno Obsessivo-Compulsivo (por ex., esquiva à sujeira, em alguém com uma obsessão de contaminação), Transtorno de Estresse Pós-Traumático (por ex., esquiva de estímulos associados com um estressor severo) ou Transtorno de Ansiedade de Separação (por ex., esquiva a afastar-se do lar ou de parentes). **? - + F22**

(?): Informação Inadequada    (-): Ausente (ou sub-limiar)    (+): Presente

SCID-CV

F. ANSIEDADE E OUTROS TRANSTORNOS

Se **F22** for codificado como “-” (isto é, esQUIVA é melhor explicada por um outro transtorno mental), vá para **F24**, pág. 58.

<b>F23</b>	SE NÃO SOUBER: Você teve [ATAQUES DE PÂNICO OU SINTOMAS DE AGORAFOBIA] no último mês?	<b>AGORAFOBIA ESTÁ PRESENTE COM TRANSTORNO DE PÂNICO.</b> (FAÇA O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE PÂNICO COM AGORAFOBIA)	? - +	<b>F23</b>
------------	---	--	-------	------------

Vá para **F25**, pág. 59 (verifique *Transtorno Obsessivo-Compulsivo*).

<b>F24</b>	SE NÃO SOUBER: Você teve algum ataque de pânico no último mês?	<b>AGORAFOBIA NÃO ESTÁ PRESENTE COM TRANSTORNO DE PÂNICO</b> (FAÇA O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DO PÂNICO SEM AGORAFOBIA).	? - +	<b>F24</b>
------------	--	--	-------	------------

Vá para **F25**, pág. 59 (verifique *Transtorno Obsessivo-Compulsivo*).

(?): Informação Inadequada      (-): Ausente (ou sub-limiar)      (+): Presente

58

## SCID-CV

## F. ANSIEDADE E OUTROS TRANSTORNOS

**TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO****CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO**

**F25** Agora eu gostaria de lhe perguntar se você já foi incomodado por pensamentos que não faziam sentido e que voltavam à sua cabeça, mesmo se você tentasse evitá-los. ? - + **F25**

(Como eram eles?)

SE O PACIENTE NÃO ESTIVER CERTO DO SIGNIFICADO:  
...Pensamentos ruins como machucar realmente alguém, mesmo não querendo fazê-lo, ou ser contaminado por germes ou sujeiras?

Obsessões, definidas por (1), (2), (3) e (4):

(1) pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que, em algum momento durante a perturbação, são experimentados como intrusivos e inadequados e causam acentuada ansiedade ou sofrimento

Se **F25** for codificado como “-” (isto é, não há pensamentos recorrentes que são intrusivos e inadequados), vá para **F30**, pág. 60.

**F26** ? - + **F26**

(2) os pensamentos, impulsos ou imagens não são meras preocupações excessivas com problemas da vida real

Se **F26** for codificado como “-” (isto é, os pensamentos são meras preocupações com problemas da vida real), vá para **F30**, pág. 60.

**F27** Quando você tinha esses pensamentos, você tentava de todas as maneiras tirá-los de sua cabeça? (O que você tentava fazer?) ? - + **F27**

(3) a pessoa tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens, ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou ação

Se **F27** for codificado como “-” (isto é, não tenta ignorar ou suprimir os pensamentos), vá para **F30**, pág. 60.

**F28** SE NÃO ESTIVER CLARO: De onde você achava que esses pensamentos vinham? ? - + **F28**

(4) a pessoa reconhece que os pensamentos, impulsos ou imagens obsessivas são produto de sua própria mente (não impostos a partir de fora, como na inserção de pensamento)

Se **F28** for codificado como “-” (isto é, a pessoa sente que os pensamentos são impostos a partir de fora), vá para **F30**, pág. 60.

**F29** ? - + **F29**

OBSESSÕES: (1), (2), (3) E (4) SÃO CODIFICADOS COMO “+”

## SCID-CV

## F. ANSIEDADE E OUTROS TRANSTORNOS

<b>F30</b>	Já houve alguma coisa que você tinha que fazer repetidamente e não podia deixar de fazer, como lavar as mãos várias vezes, contar até um certo número, ou checar algo várias vezes até ter certeza de que tinha feito certo?  (O que você tinha que fazer?)	Compulsões, definidas por (1) e (2):  (1) comportamentos repetitivos (por ex., lavar as mãos, organizar, verificar) ou atos mentais (por ex., orar, contar ou repetir palavras em silêncio) que a pessoa se sente compelida a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser rigidamente aplicadas.	? - + <b>F30</b>
------------	---	--	------------------

Se **F30** for codificado como “-” (isto é, não há comportamentos repetitivos ou atos mentais em resposta a obsessão ou de acordo com regras), vá para **F33**, abaixo.

<b>F31</b>	SE NÃO ESTIVER CLARO: Por que você tinha que fazer [ATO COMPULSIVO]? O que aconteceria se você não fizesse isso?  SE NÃO ESTIVER CLARO: Quantas vezes você tinha que fazer [ATO COMPULSIVO]? Quanto tempo do dia você gastava fazendo isso?	(2) os comportamentos ou atos mentais visam a prevenir ou reduzir o sofrimento ou evitar algum evento ou situação temida; entretanto, esses comportamentos ou atos mentais não têm uma conexão realista com o que visam a neutralizar ou evitar ou são claramente excessivos.	? - + <b>F31</b>
------------	---	---	------------------

Se **F31** for codificado como “-” (isto é, comportamentos ou atos não visam prevenir sofrimento ou algum evento temido e não são excessivos), vá para **F33**, abaixo.

<b>F32</b>	<b>COMPULSÕES (1) e (2) SÃO “+”</b>	<b>F32</b>
<b>F33</b>	<b>OU F29 OU F32 É CODIFICADO COMO “+”</b>	A. Obsessões ou compulsões. ? - + <b>F33</b>

Se **F33** for codificado como “-” (isto é, nem obsessões nem compulsões estão presentes), vá para **F39**, pág. 62 (verifique *Transtorno de Estresse Pós-Traumático*).

<b>F34</b>	Você (pensava em [PENSAMENTOS OBSESSIVOS] / fazia [ATOS COMPULSIVOS] mais do que deveria (ou faria sentido)?  SE NÃO: E quanto à época em que esse problema começou?	B. Em algum ponto durante o curso do transtorno, o indivíduo reconheceu que as obsessões ou compulsões são excessivas ou irracionais. <b>Nota:</b> Isso não se aplica a crianças.	? - + <b>F34</b>
------------	--	---	------------------

Se **F34** for codificado como “-” (isto é, nunca reconheceu que obsessões ou compulsões são irracionais), vá para **F39**, pág. 62 (verifique *Transtorno de Estresse Pós-Traumático*).

## SCID-CV

## F. ANSIEDADE E OUTROS TRANSTORNOS

**F35** Quais efeitos que essa [OBSESSÃO OU COMPULSÃO] teve na sua vida? (Você se incomodava muito com [OBSESSÃO OU COMPULSÃO]? Quanto tempo você gastava com [OBSESSÃO OU COMPULSÃO]?)

C. As obsessões ou compulsões causam acentuado sofrimento, consomem tempo (tomam mais de 1 hora por dia) ou interferem significativamente na rotina, funcionamento ocupacional (ou acadêmico), atividades ou relacionamentos sociais habituais do indivíduo.

? - + **F35**

Se **F35** for codificado como “-” (isto é, obsessões e compulsões não são clinicamente significativas), vá para **F39**, pág. 62 (verifique *Transtorno de Estresse Pós-Traumático*).

**F36**

D. Se um outro transtorno do Eixo I está presente, o conteúdo das obsessões ou compulsões não está restrito a ele (por ex., preocupação com alimentos na presença de um Transtorno Alimentar; puxar os cabelos na presença de Tricotilomania; preocupação com a aparência na presença de Transtorno Dismórfico Corporal; preocupação com drogas na presença de um Transtorno por Uso de Substância; preocupação com ter uma doença grave na presença de Hipocondria; preocupação com anseios ou fantasias sexuais na presença de uma Parafilia; ruminções de culpa na presença de um Transtorno Depressivo Maior).

? - + **F36**

Se **F36** for codificado como “-” (isto é, o conteúdo das obsessões e compulsões é restrito a outro transtorno do Eixo I), vá para **F39**, pág. 62 (verifique *Transtorno de Estresse Pós-Traumático*).

**F37** Um pouco antes do começo das [OBSESSÕES OU COMPULSÕES] você estava usando drogas ou remédios?

E. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral.

? - + **F37**

Um pouco antes das [OBSESSÕES OU COMPULSÕES] iniciarem-se, você estava doente fisicamente?

Se houver alguma indicação de que as obsessões ou compulsões possam ser secundárias (isto é, devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral ou substância), vá para pág. 72 e retorne aqui para codificar como “-” ou “+”.

Condições médicas gerais etiologicamente relacionadas com transtorno de pânico incluem certas neoplasias do sistema nervoso central.

Substâncias etiologicamente relacionadas com transtorno de pânico incluem intoxicação com estimulantes do sistema nervoso central (p.ex., cocaína, anfetaminas).

Se **F37** for codificado como “-” (isto é, as obsessões e compulsões são devidas a uma condição médica geral ou substância), vá para **F39**, pág. 62 (verifique *Transtorno de Estresse Pós-Traumático*).

**F38** SE NÃO SOUBER: Você teve [OBSESSÕES OU COMPULSÕES] no mês passado?

**CRITÉRIOS A, B, C, D e E SÃO “+”**  
(FAÇA O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO)

? - + **F38**

(?): Informação Inadequada    (-): Ausente (ou sub-limiar)    (+): Presente

61

### TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

**F39**

Algumas coisas que acontecem com as pessoas são extremamente perturbadoras - coisas como estar em uma situação ameaçadora à vida, como um desastre grave, acidente muito sério ou incêndio; ser fisicamente agredido ou violentado sexualmente, ver outra pessoa ser assassinada ou morrer, ser gravemente ferido, ou receber a notícia sobre algo terrível que aconteceu a alguém que é próximo a você. Alguma vez durante a sua vida, algo deste tipo aconteceu com você?

SE ALGUM EVENTO É CITADO:

Às vezes essas coisas ficam voltando à cabeça em pesadelos, lampejos ou pensamentos que a pessoa não consegue se livrar. Isso já aconteceu com você?

SE NÃO: E quanto a ficar muito transtornado em uma situação que lhe lembrava uma dessas coisas terríveis?

ANOTE EVENTOS TRAUMÁTICOS NA  
FOLHA DE RESPOSTA

**F39**

Se não há eventos citados ou a resposta para ambas as perguntas acima é não, vá para **F65**, pág. 66.

PARA AS PERGUNTAS SEGUINTES,  
FOCALIZE NO(S) EVENTO(S)  
TRAUMÁTICO(S) MENCIONADO NA  
QUESTÃO ACIMA.

#### CRITÉRIOS PARA TEPT

A. Exposição a um evento traumático no qual os seguintes quesitos estiveram presentes:

**F40**

SE MAIS DE UM TRAUMA É  
RELATADO: Quais dessas situações você  
acha que mais lhe afetou?

(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

? - +

**F40**

Se **F40** for codificado como "-" (isto é, nenhum estressor qualificante), vá para **F65**, pág. 66.

**F41**

SE NÃO ESTIVER CLARO: Como você  
reagiu quando [TRAUMA] aconteceu?  
(Você ficou com muito medo ou se sentiu  
aterrorizado ou impotente?)

(2) a resposta da pessoa envolveu intenso  
medo, impotência ou horror

? - +

**F41**

**Nota:** Em crianças, isto pode ser expressado por um comportamento desorganizado ou agitado.

Se **F41** for codificado como "-" (isto é, a pessoa não reagiu com medo, impotência ou horror), vá para **F65**, pág. 66.

## SCID-CV

## F. ANSIEDADE E OUTROS TRANSTORNOS

Agora eu gostaria de perguntar sobre formas específicas de como isso possa ter afetado você.

Por exemplo...

<b>F42</b>	...você pensava sobre [TRAUMA] quando você não queria ou pensamentos sobre [TRAUMA] vinham subitamente quando você não queria?	(1) recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções	? - +	<b>F42</b>
<b>Nota:</b> Em crianças pequenas, podem ocorrer jogos repetitivos, com expressão de temas ou aspectos do trauma.				
<b>F43</b>	...e quanto a ter sonhos sobre [TRAUMA]?	(2) sonhos aflitivos e recorrentes com o evento	? - +	<b>F43</b>
<b>Nota:</b> Em crianças podem ocorrer sonhos amedrontadores sem um conteúdo identificável.				
<b>F44</b>	...e quanto a agir ou sentir como se estivesse de volta na situação?	(3) 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)	? - +	<b>F44</b>
<b>F45</b>	...e quanto a ficar muito transtornado quando alguma coisa lembra [TRAUMA]?	(4) sofrimento psicológico intenso quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático	? - +	<b>F45</b>
<b>Nota:</b> Em crianças pequenas pode ocorrer reencenação específica do trauma.				
<b>F46</b>	...e quanto a ter sintomas físicos - como ficar molhado de suor, respirar com dificuldade ou sentir o coração bater forte ou acelerado?	(5) reatividade fisiológica na exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático	? - +	<b>F46</b>
<b>F47</b>	<b>PELO MENOS UM SINTOMA "B" É CODIFICADO COMO "+"</b>		? - +	<b>F47</b>

Se **F47** for codificado como "-" (isto é, nenhum sintoma "B" é "+"), vá para **F65**, pág. 66.

(?): Informação Inadequada      (-): Ausente (ou sub-limiar)      (+): Presente

63

## SCID-CV

## F. ANSIEDADE E OUTROS TRANSTORNOS

		C. Esquiva persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da responsividade geral (não presente antes do trauma), indicados por três (ou mais) dos seguintes quesitos:	
	Desde [TRAUMA]...		
<b>F48</b>	...você fez um esforço especial para evitar pensar ou falar sobre o que aconteceu?	(1) esforços no sentido de evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas com o trauma	? - + <b>F48</b>
<b>F49</b>	...você se afastou das coisas ou pessoas que lembravam do [TRAUMA]?	(2) esforços no sentido de evitar atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma	? - + <b>F49</b>
<b>F50</b>	...você consegue recordar alguma parte importante do que aconteceu?	(3) incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma	? - + <b>F50</b>
<b>F51</b>	...você ficou muito menos interessado em fazer coisas que costumam ser importantes para você, como ver amigos, ler livros, ou assistir televisão?	(4) redução acentuada do interesse ou da participação em atividades significativas	? - + <b>F51</b>
<b>F52</b>	...você se sentiu afastado ou distante dos outros?	(5) sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas	? - + <b>F52</b>
<b>F53</b>	...você se sentiu "entorpecido" ou como se fosse incapaz de ter sentimentos sobre qualquer coisa ou sentimentos de carinho por alguém?	(6) faixa de afeto restrita (por ex., incapacidade de ter sentimentos de carinho)	? - + <b>F53</b>
<b>F54</b>	...você observou uma mudança no jeito que você pensa ou nos planos para o futuro?	(7) sentimento de um futuro abreviado (por ex., não espera ter uma carreira profissional, casamento, filhos ou um período normal de vida)	? - + <b>F54</b>
<b>F55</b>		<b>PELO MENOS TRÊS SINTOMAS "C" SÃO CODIFICADOS COMO "+"</b>	? - + <b>F55</b>

Se **F55** for codificado como "-" (isto é, menos que três sintomas "C" são codificados como "+"), vá para **F65**, pág. 66.

		D. Sintomas persistentes de excitabilidade aumentada (não presentes antes do trauma), indicados por dois (ou mais) dos seguintes quesitos:	
	Desde [TRAUMA]...		
<b>F56</b>	...você teve problemas de sono? (Que tipo de problema?)	(1) dificuldade em conciliar ou manter o sono	? - + <b>F56</b>
<b>F57</b>	...você tem estado incomumente irritável? E quanto a crises de raiva?	(2) irritabilidade ou surtos de raiva	? - + <b>F57</b>

(?): Informação Inadequada      (-): Ausente (ou sub-limiar)      (+): Presente

## SCID-CV

## F. ANSIEDADE E OUTROS TRANSTORNOS

<b>F58</b>	...você teve dificuldades de concentração?	(3) dificuldade em concentrar-se	? - +	<b>F58</b>
<b>F59</b>	...você fica alerta ou de guarda mesmo quando não há razão?	(4) hipervigilância	? - +	<b>F59</b>
<b>F60</b>	...você tem sobressaltos ou se assusta facilmente, com barulhos inesperados, por exemplo?	(5) resposta de sobressalto exagerada	? - +	<b>F60</b>
<b>F61</b>		<b>PELO MENOS DOIS SINTOMAS "D" SÃO CODIFICADOS COMO "+"</b>	? - +	<b>F61</b>
Se <b>F61</b> for codificado como "-" (isto é, menos que dois sintomas "D" são codificados como "+"), vá para <b>F65</b> , pág. 66.				
<b>F62</b>	Por quanto tempo esses problemas, como [SINTOMAS DE TEPT] duraram?	E. A duração da perturbação (sintomas dos Critérios B, C e D) é superior a 1 mês.	? - +	<b>F62</b>
Se <b>F62</b> for codificado como "-" (isto é, a duração é de 1 mês ou menos), vá para <b>F65</b> , pág. 66.				
<b>F63</b>		F. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.	? - +	<b>F63</b>
Se <b>F63</b> for codificado como "-" (isto é, a perturbação não é clinicamente significativo), vá para <b>F65</b> , pág. 66.				
<b>F64</b>	SE NÃO SOUBER: Você teve [SINTOMAS CODIFICADOS COMO "+"] no mês passado?	<b>CRITÉRIOS A, B, C, D, E e F SÃO CODIFICADOS COMO "+"</b> (FAÇA O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO)	? - +	<b>F64</b>

(?): Informação Inadequada      (-): Ausente (ou sub-limiar)      (+): Presente

### OUTROS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

<p><b>F65</b> SE TRANSTORNO DO PÂNICO AINDA NÃO FOI DIAGNOSTICADO: Você já teve medo de sair de casa sozinho, ficar sozinho no meio de muitas pessoas, ficar em uma fila ou viajar de ônibus ou de trem?</p>	<p>SE SIM, <i>Considerar: Agorafobia Sem História de Transtorno do Pânico.</i> Agorafobia relacionada ao medo de desenvolver sintomas tipo pânico (p.ex., tontura ou diarreia) sem uma história de Transtorno do Pânico.</p>	<p>? - + <b>F65</b></p>
<p><b>F66</b> Há alguma coisa que você já teve medo de fazer ou se sentiu desconfortável em fazer na frente de outras pessoas, como falar, comer ou escrever?</p>	<p>SE SIM, <i>Considerar: Fobia Social.</i> Medo acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais (ou de desempenho), que interfere significativamente na rotina normal da pessoa, no funcionamento ocupacional, nas atividades sociais ou nos relacionamentos (ou há sofrimento acentuado por ter a fobia).</p>	<p>? - + <b>F66</b></p>
<p><b>F67</b> Há alguma coisa em particular de que você tem medo, como voar, ver sangue, levar um tiro, alturas, lugares fechados, ou certos tipos de animais ou insetos?</p>	<p>SE SIM, <i>Considerar: Fobia Específica.</i> Medo acentuado e persistente que é excessivo e irracional, e que interfere significativamente na rotina normal da pessoa, no funcionamento ocupacional, nas atividades sociais ou nos relacionamentos (ou há sofrimento acentuado por ter a fobia).</p>	<p>? - + <b>F67</b></p>
<p><b>F68</b> Nos últimos 6 meses, você esteve particularmente nervoso ou ansioso?</p>	<p>SE SIM, <i>Considerar: Transtorno de Ansiedade Generalizada.</i> Ansiedade e preocupação excessivas ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos 6 meses, não devido a uma condição médica geral ou substância, causando sofrimento ou prejuízo significativos. <i>NOTA:</i> Um diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada requer que a ansiedade ocorra em períodos outros que exclusivamente durante um Transtorno Psicótico ou de Humor.</p>	<p>? - + <b>F68</b></p>

SCID-CV

F. ANSIEDADE E OUTROS TRANSTORNOS

**TRANSTORNO DE ANSIEDADE SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO****F69**

Ansiedade ou esquia fóbica clinicamente significativas que não satisfazem os critérios para qualquer Transtorno de Ansiedade específico, Transtorno de Ajustamento Com Ansiedade ou Transtorno de Ajustamento Misto de Ansiedade e Depressão.

? - +

**F69**

Se **F69** for codificado como “-” (isto é, ausência de sintomas de ansiedade clinicamente significativos não preenchendo critérios para um Transtorno de Ansiedade específico), vá para **F72**, pág. 68. (*Transtornos Somatoformes*)

**F70**

Um pouco antes disso começar, você estava fisicamente doente?

Não é devido a efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p.ex., droga de abuso, medicação) ou a uma condição médica geral.

? - +

**F70**

Um pouco antes disso começar, você estava tomando remédios?

SE SIM: Houve alguma mudança na quantidade que você estava tomando?

Condições médicas gerais etiológicamente relacionadas com transtorno de ansiedade incluem hiper- e hipotireoidismo, hipoglicemia, hiperparatireoidismo, feocromocitoma, ICC, arritmias, embolismo pulmonar, DPPOC, pneumonia, hiperventilação, deficiência de vitamina B<sub>12</sub>, porfiria, neoplasias do SNC, disfunção vestibular e encefalite.

Um pouco antes disso começar, você estava bebendo ou usando drogas?

Se houver alguma indicação de que os sintomas de ansiedade possam ser secundários (isto é, uma consequência fisiológica direta de uma condição médica geral ou substância), vá para pág. 72, e retorne aqui para codificar como “-” ou “+”.

Substâncias etiológicamente relacionadas com transtorno de ansiedade incluem intoxicação com estimulantes do SNC (p.ex., cocaína, anfetaminas, cafeína) ou cannabis, alucinógenos, PCP, ou álcool, ou abstinência de depressores do SNC (por ex., álcool, sedativos, hipnóticos).

Se **F70** for codificado como “-” (isto é, devido a substância ou condição médica geral), vá para **F72**, pág. 68.

**F71**

SE NÃO SOUBER: Você teve [SINTOMAS DE ANSIEDADE] no mês passado?

**FAÇA O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE ANSIEDADE SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO**

? - +

**F71**

(?): Informação Inadequada

(-): Ausente (ou sub-limiar)

( + ): Presente

67

SCID-CV

F. ANSIEDADE E OUTROS TRANSTORNOS

## TRANSTORNOS SOMATOFORMES

<p><b>F72</b> Durante os últimos anos, como esteve a sua saúde física?</p> <p>Com que frequência você precisou procurar um médico por que não estava se sentindo bem? (Por que motivo?)</p> <p>SE FREQUENTE: O médico sempre foi capaz de descobrir o que estava errado? (Fale-me sobre isto.) Houve vezes em que o médico disse não haver nada de errado com você, mas mesmo assim, você continuava convencido de que alguma coisa estava errada?</p>	<p><i>Se houver queixas físicas inexplicadas, considerar:</i></p> <p><b>Transtorno de Somatização.</b> Pelo menos oito queixas físicas inexplicadas ocorrendo por um período de vários anos, começando antes dos 30 anos <b>OU</b></p> <p><b>Transtorno Somatoforme Indiferenciado.</b> Queixas físicas inexplicadas que não preenchem critérios para Transtorno de Somatização.</p>	<p>? - + <b>F72</b></p>
<p><b>F73</b> Você se preocupa muito com a sua saúde física? O seu médico acha que você se preocupa muito?</p>	<p><i>SE SIM, Considerar: Hipocondria.</i> Preocupação com temores de ter uma doença grave, que persiste apesar de avaliação e garantias médicas apropriadas.</p>	<p>? - + <b>F73</b></p>
<p><b>F74</b> Algumas pessoas são muito incomodadas com o modo como aparentam. Isto é um problema para você?</p>	<p><i>SE SIM, Considerar: Transtorno Dismórfico Corporal.</i> Preocupação com um defeito imaginado na aparência.</p>	<p>? - + <b>F74</b></p>

(?): Informação Inadequada    (-): Ausente (ou sub-limiar)    (+): Presente

68

SCID-CV

F. ANSIEDADE E OUTROS TRANSTORNOS

**TRANSTORNOS ALIMENTARES**

**F75** Já houve uma época em que as outras pessoas achavam que você pesava muito menos do que deveria? *SE SIM, Considerar: Anorexia Nervosa.* ? - + **F75**  
 Recusa em manter o peso corporal em um nível igual ou acima do peso mínimo normal, acompanhado por um medo intenso de tornar-se gordo.

**F76** Você muitas vezes teve episódios em que sua maneira de comer estava fora de controle? *SE SIM, Considerar: Bulimia Nervosa.* ? - + **F76**  
 Episódios recorrentes de compulsão periódica com comportamento compensatório inadequado.

Fale-me sobre esses episódios.

**CONTINUE COM O RESTANTE DA SCID SOMENTE SE HOVER UM TRANSTORNO ATUAL QUE NÃO SATISFAZ OS CRITÉRIOS PARA UM TRANSTORNO ESPECÍFICO DO EIXO I DO DSM-IV. DO CONTRÁRIO, FIM DA SCID.**

(?): Informação Inadequada

(-): Ausente (ou sub-limiar)

( + ): Presente

69

## SCID-CV

## F. ANSIEDADE E OUTROS TRANSTORNOS

## TRANSTORNOS DE AJUSTAMENTO

## CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO

- F77** SE NÃO SOUBER: Alguma coisa aconteceu com você logo antes [INÍCIO DO TRANSTORNO ATUAL]?
- SE SIM: Você acha que o [ESTRESSOR] tem alguma relação com seus [SINTOMAS]?
- A. Desenvolvimento de sintomas emocionais ou comportamentais em resposta a um estressor (ou múltiplos estressores), ocorrendo dentro de 3 meses após o início do estressor (ou estressores). ? - + **F77**

Se **F77** for codificado como “-” (isto é, não há sintomas em resposta a um estressor), **FIM DA SCID.**

- F78** (Quais efeitos os [SINTOMAS] tiveram sobre a sua capacidade de fazer as coisas? Quão transtornado você estava? Isto tornou difícil para você trabalhar ou ficar com seus amigos?)
- B. Esses sintomas ou comportamentos são clinicamente significativos, como evidenciado por qualquer um dos seguintes quesitos:
- (1) sofrimento acentuado, que excede o que seria esperado da exposição ao estressor
- (2) prejuízo significativo no funcionamento social ou profissional (acadêmico) ? - + **F78**

Se **F78** for codificado como “-” (isto é, os sintomas não são clinicamente significativos), **FIM DA SCID.**

- F79** (Você já teve este tipo de reação muitas vezes antes?)
- (Você tinha esses [SINTOMAS] mesmo antes de o [ESTRESSOR] acontecer?)
- C. A perturbação relacionada ao estresse não satisfaz os critérios para outro transtorno específico do Eixo I, nem é meramente uma exacerbação de um transtorno preexistente do Eixo I ou do Eixo II. ? - + **F79**

Se **F79** for codificado como “-” (isto é, uma exacerbação de um transtorno preexistente), **FIM DA SCID.**

- F80** SE NÃO SOUBER: Alguém próximo a você morreu logo antes [INÍCIO DO TRANSTORNO ATUAL]?
- D. Os sintomas não representam Luto. ? - + **F80**

Se **F80** for codificado como “-” (isto é, representa Luto), **FIM DA SCID.**

- F81** (Quanto tempo se passou entre [ESTRESSOR E COMPLICAÇÕES DECORRENTES DO ESTRESSOR] terminarem?)
- E. Cessado o estressor (ou suas conseqüências), os sintomas não persistem por mais de 6 meses. ? - + **F81**

Se **F81** for codificado como “-” (isto é, os sintomas persistiram por mais de seis meses após o término do estressor), faça o diagnóstico apropriado de Sem Outra Especificação (isto é, vá para **D17**, pág. 43, se sintomas depressivos ou **F65**, pág. 66, se sintomas de ansiedade).

SCID-CV

F. ANSIEDADE E OUTROS TRANSTORNOS

**F82****Faça o diagnóstico de Transtorno de Ajustamento baseado nos sintomas predominantes:**

- Transtorno de Ajustamento com Humor Deprimido
- Transtorno de Ajustamento com Ansiedade
- Transtorno de Ajustamento com Misto de Ansiedade e Depressão
- Transtorno de Ajustamento com Perturbação Mista das Emoções e Conduta
- Transtorno de Ajustamento Inespecificado

**F82****FIM DA SCID.**

(?): Informação Inadequada      (-): Ausente (ou sub-limiar)      (+): Presente

71

# **SCID - I**

Versão Clínica

## **Folha de Resposta**

(Traduzida e Adaptada para o Português)

SCID-CV

Sumário Diagnóstico

FOLHA DE RESPOSTA

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Estudo Número: \_\_\_\_\_ Data da avaliação: \_\_\_\_\_

Avaliador: \_\_\_\_\_

Fontes de informação (marque todas as fontes que se apliquem):

Paciente	Profissional de saúde
Família / Amigos / Colegas	Prontuário médico

### Sumário Diagnóstico da SCID-CV

#### TRANSTORNOS DO HUMOR

Atual	Durante a vida	
		<b>Transtorno Bipolar I (D4, pág. 38)</b>
		Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Hipomaniaco
		Transtorno Bipolar I, Episódio Maníaco Único
		Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Maníaco
		Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Misto
		Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Depressivo
		<i>Especificar:</i>
		Leve Em Remissão Parcial
		Moderado Em Remissão Completa
		Severo, sem Aspectos Psicóticos Inespecificado
		Severo, com Aspectos Psicóticos
		Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Inespecificado
		<b>Outros Transtornos Bipolares</b>
		Transtorno Bipolar II (D9, pág. 40)
		<i>Especificar:</i>
		Hipomaniaco Depressivo
		Transtorno Ciclotímico (D12, pág. 41)
		Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação (D12, pág. 41)
		<b>Transtorno Depressivo Maior (D16, pág. 42)</b>
		Transtorno Depressivo Maior, Episódio Único
		Transtorno Depressivo Maior, Recorrente
		<i>Especificar:</i>
		Leve Em Remissão Parcial
		Moderado Em Remissão Completa
		Severo, sem Aspectos Psicóticos Inespecificado
		Severo, com Aspectos Psicóticos
		Transtorno Distímico (A60, pág. 17)
		Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação (D19, pág. 43)
		<b>Outros Transtorno do Humor</b>
		Transtorno do Humor Devido a Condição Médica Geral (A64, pág. 19)
		Indicar Condição Médica Geral: _____
		<i>Especificar:</i>
		Episódio Tipo Depressivo Maior Maníaco
		Outros Sintomas Depressivos Misto
		Transtorno do Humor Induzido pelo Álcool (A69, pág. 22)
		<i>Especificar:</i>
		Depressivo Maníaco Misto
		Transtorno do Humor Induzido por Outra Substância (A69, pág. 22)
		Indicar substância; _____
		<i>Especificar:</i>
		Depressivo Maníaco Misto

**ESQUIZOFRENIA E OUTROS TRANSTORNOS PSICÓTICOS****Atual Durante a vida**

Esquizofrenia (C7, pág. 28)

*Especificar:*

Tipo Paranóide (C8, pág. 28)

Tipo Indiferenciada (C11, pág. 29)

Tipo Catatônica (C9, pág. 28)

Tipo Residual (C12, pág. 29)

Tipo Desorganizada (C10, pág. 29)

Transtorno Esquizofreniforme (C15, pág. 30)

Transtorno Esquizoafetivo (C20, pág. 31)

Transtorno Delirante (C26, pág. 32)

Transtorno Psicótico Breve (C31, pág. 33)

Transtorno Psicótico Devido a Condição Médica Geral, Com Delírios (C34, pág.

34). Indicar Condição Médica Geral: \_\_\_\_\_

Transtorno Psicótico Devido a Condição Médica Geral, Com Alucinações (C34,

pág. 34). Indicar Condição Médica Geral: \_\_\_\_\_

Transtorno Psicótico Induzido pelo Álcool, Com Delírios (C38, pág. 36)

Transtorno Psicótico Induzido pelo Álcool, Com Alucinações (C38, pág. 36)

Transtorno Psicótico Induzido por Outra Substância, Com Delírios (C38, pág. 36)

Indicar a Substância: \_\_\_\_\_

Transtorno Psicótico Induzido por Outra Substância, Com Alucinações (C38, pág.

36). Indicar a Substância: \_\_\_\_\_

Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação (C39, pág. 37)

**TRANSTORNOS DO USO DE SUBSTÂNCIA****Atual Durante a vida****Transtornos por Uso de Álcool**

Dependência de Álcool (E15, pág. 47)

Abuso de Álcool (E16, pág. 47)

**Transtornos por Uso de Outras Substâncias**

Dependência de Anfetamina (E31, pág. 60)

Dependência de Cannabis (E31, pág. 60)

Dependência de Cocaína (E31, pág. 60)

Dependência de Alucinógeno (E31, pág. 60)

Dependência de Inalante (E31, pág. 60)

Dependência de Opióide (E31, pág. 60)

Dependência de Fenciclidina (E31, pág. 60)

Dependência de Sedativo, Hipnótico ou Ansiolítico (E31, pág. 60)

Dependência de Outra Substância ou de Substância Desconhecida (E31, pág. 60)

Abuso de Anfetamina (E32, pág. 60)

Abuso de Cannabis (E32, pág. 60)

Abuso de Cocaína (E32, pág. 60)

Abuso de Alucinógeno (E32, pág. 60)

Abuso de Inalante (E32, pág. 60)

Abuso de Opióide (E32, pág. 60)

Abuso de Fenciclidina (E32, pág. 60)

Abuso de Sedativo, Hipnótico ou Ansiolítico (E32, pág. 60)

Abuso de Outra Substância ou de Substância Desconhecida (E32, pág. 60)

**TRANSTORNOS DE ANSIEDADE****Atual Durante a vida**

Transtorno de Pânico Com Agorafobia (F23, pág. 58)

Transtorno de Pânico Sem Agorafobia (F24, pág. 58)

Transtorno Obsessivo-Compulsivo (F38, pág. 61)

Transtorno de Estresse Pós-Traumático (F64, pág. 65)

Transtorno de Ansiedade Sem Outra Especificação (F71, pág. 67)

**Atual Durante a vida**

Transtorno de Ansiedade Devido a Condição Médica Geral (F86, pág. 73)

Indicar Condição Médica Geral: \_\_\_\_\_

*Especificar:*

Com Ansiedade Generalizada

Com Ataques de Pânico

Com Sintomas Obsessivo-Compulsivos

Transtorno de Ansiedade Induzido pelo Álcool (F91, pág. 76)

*Especificar:*

Com Ansiedade Generalizada

Com Ataques de Pânico

Com Sintomas Obsessivo-Compulsivos

Com Sintomas Fóbicos

Transtorno de Ansiedade Induzido por Outra Substância (F91, pág. 76)

Indicar a Substância: \_\_\_\_\_

*Especificar:*

Com Ansiedade Generalizada

Com Ataques de Pânico

Com Sintomas Obsessivo-Compulsivos

Com Sintomas Fóbicos

**Outros Transtornos de Ansiedade**

Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico (F65, pág. 66)

Fobia Social (F66, pág. 66)

Fobia Específica (F67, pág. 66)

Transtorno de Ansiedade Generalizada (F68, pág. 66)

**TRANSTORNOS SOMATOFORMES****Atual Durante a vida**

Transtorno de Somatização (F72, pág. 68)

Transtorno Somatoforme Indiferenciado (F72, pág. 68)

Hipocondria (F73, pág. 68)

Transtorno Dismórfico Corporal (F74, pág. 68)

**TRANSTORNOS ALIMENTARES****Atual Durante a vida**

Anorexia Nervosa (F75, pág. 69)

Bulimia Nervosa (F76, pág. 69)

**TRANSTORNOS DE AJUSTAMENTO****Atual Durante a vida**

Transtorno de Ajustamento com Humor Deprimido (F82, pág. 71)

Transtorno de Ajustamento com Ansiedade (F82, pág. 71)

Transtorno de Ajustamento com Misto de Ansiedade e Depressão (F82, pág. 71)

Transtorno de Ajustamento com Perturbação da Conduta (F82, pág. 71)

Transtorno de Ajustamento com Perturbação Mista das Emoções e Conduta (F82, pág. 71)

Transtorno de Ajustamento Inespecificado (F82, pág. 71)

**OUTROS TRANSTORNOS DO EIXO I DO DSM-IV****Atual Durante a vida**

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

**EIXO IV DO DSM-IV: LISTA DE PROBLEMAS PSICOSSOCIAIS E AMBIENTAIS***Checar:*Problemas com o grupo de apoio primário — *Especificar:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.Problemas relacionados ao ambiente social — *Especificar:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.Problemas educacionais — *Especificar:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.Problemas ocupacionais — *Especificar:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.Problemas de moradia — *Especificar:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.Problemas econômicos — *Especificar:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.Problemas com o acesso aos serviços de cuidados à saúde — *Especificar:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.Problemas relacionados à interação com o sistema legal/criminal — *Especificar:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.Outros problemas psicossociais e ambientais — *Especificar:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

**EIXO V DO DSM-IV: ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL DO FUNCIONAMENTO**

Considerar o funcionamento psicológico, social e ocupacional em um continuum hipotético de saúde-doença mental.

Não incluir prejuízo no funcionamento devido a limitações físicas (ou ambientais).

Código (Obs.: Usar códigos intermediários quando apropriado, por ex., 45, 68, 72)

- 100** Funcionamento superior em uma ampla faixa de atividades, problemas de vida jamais vistos fora de seu controle, é procurado por outros em vista de suas muitas qualidades positivas.  
|  
**91** Não apresenta sintomas.
- 90** Sintomas ausentes ou mínimos (por ex., leve ansiedade antes de um exame), bom funcionamento em todas as áreas, interessado e envolvido em uma ampla faixa de atividades, efetivo  
|  
**81** uma discussão ocasional com membros da família).
- 80** Se sintomas estão presentes, eles são temporários e consistem de reações previsíveis a estressores  
|  
**71**

SCID-CV

Revisão Geral

FOLHA DE RESPOSTA

## REVISÃO GERAL

## Dados Demográficos

Qual a data do seu nascimento?	<i>Data de Nascimento:</i> ____/____/____	<b>P1</b>
Você é casado? SE NÃO: Já foi casado alguma vez?	<i>Estado Civil:</i> 1 - Casado ou amasiado 2 - Viúvo 3 - Divorciado ou separado 4 - Nunca casou	<b>P2</b>
Você tem filhos? SE SIM: Quantos?		<b>P3</b>
Onde você mora? Com quem você mora?		<b>P4</b>

## HISTÓRIA ESCOLAR

Até que ano você estudou? SE NÃO CONSEGUIU TERMINAR UM CURSO QUE ESTAVA MATRICULADO: Porque você parou de estudar?	<i>Educação (último ano cursado)</i>	<b>P5</b>
--	--------------------------------------	-----------

## HISTÓRIA OCUPACIONAL

Que tipo de trabalho você faz? Atualmente você está trabalhando? SE SIM: Há quanto tempo você está neste emprego? SE MENOS QUE 6 MESES: Por que você saiu do seu último emprego? Você sempre trabalhou com isso? SE NÃO: Por que não? Em que tipos de serviço você já trabalhou? Como você está se sustentando agora?		<b>P6</b>
SE NÃO SOUBER: Já houve um período durante o qual você não conseguia trabalhar ou ir para a escola? SE SIM: Quando? Por que isso aconteceu?		<b>P7</b>

**ESTADO DO TRATAMENTO ATUAL**

SE DESCONHECIDO: Você estava fazendo algum tipo de tratamento no último mês?	<i>Categoria de Tratamento:</i> (marque apenas um): 1 - Paciente internado      3 - Outro 2 - Paciente ambulatorial    4 - Atualmente sem tratamento	<b>P8</b>
SE PACIENTE INTERNADO: Quando você veio para o hospital?  SE PACIENTE AMBULATORIAL: Quando você começou a vir aqui? (ambulatório / consultório / programa)	<i>Data:</i>	<b>P9</b>

**QUEIXA PRINCIPAL E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA ATUAL**

<p>O que você estava sentindo que o levou a vir aqui (desta vez)? (Qual o principal problema que está lhe causando dificuldades?)</p> <p>SE NÃO DER DETALHES SOBRE O PROBLEMA ATUAL: Fale mais a esse respeito. (O que você quer dizer com...?)</p>		<b>P10</b>
---	--	------------

**INÍCIO OU EXACERBAÇÃO DA DOENÇA ATUAL**

<p>Quando isso começou? (Quando você observou pela primeira vez que havia algo errado?)</p> <p>Quando foi a última vez que você se sentiu bem (no seu normal)?</p>		<b>P11</b>
--	--	------------

**NOVOS SINTOMAS OU RECORRÊNCIA**

<p>Isso é uma coisa nova ou uma repetição de algo que você já teve antes? (O que fez você procurar ajuda agora?)</p>		<b>P12</b>
--	--	------------

**CONTEXTO AMBIENTAL E POSSÍVEIS FATORES PRECIPITANTES**  
 (USE ESSAS INFORMAÇÕES PARA CODIFICAR O EIXO IV)

<p>Alguma coisa aconteceu ou mudou, um pouco antes disso ter começado? (Você acha que isso teve alguma relação com a sua [DOENÇA ATUAL]?)</p> <p>Que outros tipos de problemas você estava tendo quando isto começou?</p>		<b>P13</b>
---	--	------------

**CURSO OU EXACERBAÇÃO DA DOENÇA ATUAL**

<p>Depois disso ter começado, o que aconteceu em seguida? (Outras coisas começaram a incomodar você?)</p>		<b>P14</b>
<p>Desde que começou, quando você se sentiu pior? SE MAIS DE UM ANO ATRÁS: No último ano, quando você se sentiu pior?</p>		<b>P15</b>

**HISTÓRIA DE TRATAMENTO**

<p>Quando foi a primeira vez que você procurou tratamento por problemas emocionais ou psiquiátricos? (Para que foi isso? Que tratamento(s) você fez? Que medicações usou?)</p> <p>E quanto a tratamento para uso de drogas ou alcoolismo?</p> <p>(O GRÁFICO DE VIDA NA PÁGINA 13 DA REVISÃO GERAL PODE SER USADO PARA RESUMIR UMA HISTÓRIA COMPLICADA DE PSICOPATOLOGIA E TRATAMENTO)</p>		<b>P16</b>
<p>Você já foi internado em hospital psiquiátrico?</p> <p>SE SIM: Por que foi? (Quantas vezes?)</p> <p>SE DER UMA RESPOSTA INADEQUADA, QUESTIONE GENTILMENTE: Não havia mais alguma coisa? Em geral, as pessoas não vão para hospitais psiquiátricos apenas por que estão [CANSADOS / NERVOSOS / PALAVRAS DO PACIENTE]</p>		<b>P17</b>
<p>Você já foi internado para outro tipo de tratamento médico?</p> <p>SE SIM: Por que foi?</p>		<b>P18</b>

**OUTROS PROBLEMAS ATUAIS**

Você teve qualquer outro problema no último mês?		<b>P19</b>
Como é o seu humor?		<b>P20</b>
Como tem andado a sua saúde física? (Você tem tido algum problema médico?) (USE ESTA INFORMAÇÃO PARA CODIFICAR O EIXO III)		<b>P21</b>
Você toma alguma medicação ou vitaminas (outras além daquelas que você já me falou?) SE SIM: Quanto e quantas vezes você toma [MEDICAÇÕES]? (Houve alguma mudança na quantidade de medicação que você tem tomado?)		<b>P22</b>
Qual a quantidade de bebida alcoólica você costuma tomar [no último mês]?  Você tem usado drogas [no último mês]? (Usou maconha, cocaína ou outras drogas deste tipo?)		<b>P23</b>

**FUNCIONAMENTO SOCIAL ATUAL (USE PARA CODIFICAR O EIXO V)**

Como você usa o seu tempo livre? Com quem você passa esse tempo livre?		<b>P24</b>
---	--	------------

**DIAGNÓSTICOS DA REVISÃO GERAL**

<b>DIAGNÓSTICOS PRESENTES MAIS PROVÁVEIS:</b>		<b>P25</b>
<b>DIAGNÓSTICOS QUE PRECISAM SER EXCLUÍDOS:</b>		<b>P26</b>





SCID-CV

F. Ansiedade e Outros Transtornos

FOLHA DE RESPOSTA

Transtorno de Estresse Pós-Traumático							
F40	? - +	F47	? - +	F54	? - +	F61	? - +
F41	? - +	F48	? - +	F55	? - +	F62	? - +
F42	? - +	F49	? - +	F56	? - +	F63	? - +
F43	? - +	F50	? - +	F57	? - +	F64	+
F44	? - +	F51	? - +	F58	? - +		
F45	? - +	F52	? - +	F59	? - +		
F46	? - +	F53	? - +	F60	? - +		

Outros Transtornos de Ansiedade		Transtorno de Ansiedade Sem Outra Especificação		Transtorno Somatoforme		Transtornos Alimentares	
				Marcar aqui ± se presente no último mês.		Marcar aqui ± se presente no último mês.	
F65	? - +	F69	? - +	F72	? - +	F75	? - +
F66	? - +	F70	? - +	F73	? - +	F76	? - +
F67	? - +	F71	_____	F74	? - +		
F68	? - +						

Transtornos de Ajustamento		Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral		Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância	
F77	? - +	F83	? - +	F87	? - +
F78	? - +	F84	? - +	F88	? - +
F79	? - +	F85	? - +	F89	? - +
F80	? - +	F86	- +	F90	? - +
F81	? - +	Indicar o tipo de sintomas de ansiedade: ± Com ansiedade generalizada ± Com ataques de pânico ± Com sintomas obsessivo-compulsivos Marcar aqui ± se presente no último mês.		F91 - + Indicar o tipo de sintomas de ansiedade: ± Com ansiedade generalizada ± Com ataques de pânico ± Com sintomas obsessivo-compulsivos Marcar aqui ± se presente no último mês.	
F82	_____				

(?): Informação Inadequada

(-): Ausente (ou sub-limiar)

( + ): Presente

20

## ANEXO B TESTE DE ANSIEDADE DE DIRIGIR

ID Code: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

### Driving Test

Using the top section of the form (pre-test information), choose a route that you would rate as fairly anxiety-provoking, but one that you believe you could complete (i.e., a route that you would rate approximately 80 on a scale from 0 to 100 (0 = no anxiety; 100 = extreme anxiety). Pick a route that doesn't vary and one that could be repeated under similar conditions. Also rank your estimated confidence level from 0 to 100 (0 = no confidence that you would be able to complete the route; 100 = total confidence that you would be able to complete the route). Immediately after you complete the test, fill out the bottom section of this form (test results). Bring this form back to your next session in sealed envelope. **Remember with this test, you can remove yourself from the situation at anytime or can refuse to do it.**

Pre-Test Information
Description of Designated Test Route: _____ _____
Estimated Distance and Completion Time: _____
Estimated Anxiety Level from 0 to 100: (0 = No Anxiety; 100 = Extreme Anxiety) _____
Estimated Confidence Level from 0 to 100 (0 = No Confidence; 100 = Total Confidence) _____

Test Results
Date: _____ Time of Day: _____
Description of Weather & Driving Conditions: _____ _____
Peak Anxiety Rating from 0 to 100: (0 = No Anxiety; 100 = Extreme Anxiety): _____ (Peak = highest anxiety level experienced during test)
Time Driving on Route (minutes): _____
Alone or with Passenger: _____
Please check:            Completed test route _____ Partially completed test route _____ (Estimated % of route completed _____)

ID Code: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_

**Target Driving Fear List**

On the following page, please write down three driving situations you are most afraid of. List the fears from most to least severity. Under each scale, circle or underline the severity of each fear using the scale provided. Try to be very specific and concrete in describing your target driving fears.

**Target Fear #1** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Judged Severity:

Absent                  Trivial                  Mild                  Moderate                  Severe

**Target Fear #2** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Judged Severity:

Absent                  Trivial                  Mild                  Moderate                  Severe

**Target Fear #3** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Judged Severity:

Absent                  Trivial                  Mild                  Moderate                  Severe

## ANEXO C DIÁRIO DE DIREÇÃO

ID Code: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

### Driving Fear Diary

**Driving Avoidance.** How would you rate the degree to which you would avoid driving today on the scale below?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
would not avoid it		slightly avoid it		definitely avoid it		markedly avoid it		always avoid it

**Present State of Driving Phobia Symptoms.** How would you rate the state of your driving phobia symptoms today on the scale below?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
no phobia present		slightly disturbing/ not really disabling		definitely disturbing/ disabling		markedly disturbing/ disabling		very disturbing/ disabling

**Driving Frequency.** If you drove today, please record all trips you made by filling out the following section. Peak anxiety\* is the highest anxiety rating you experienced during the trip, based on the scale from 0 (no anxiety) to 100 (extreme anxiety).

Trip	Alone or with passengers	Driving time (minutes)	Description of driving route, time of day, driving & weather conditions	Peak Anxiety* (0 - 100)
#1				
#2				
#3				
#4				

**ANEXO D**  
**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO**

ID Code: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**Research Participant Feedback Questionnaire**

This questionnaire includes a number of questions to help evaluate the treatment you received. In answering these questions, please feel free to comment on the driving simulator, the therapist, homework forms, the treatment format (eg., length, content), or anything else you found to be relevant. **Your honest feedback, either negative or positive, is greatly appreciated!**

What were the most helpful aspects of the treatment you received?

What were some of the aspects of the treatment, which you believe could be improved?

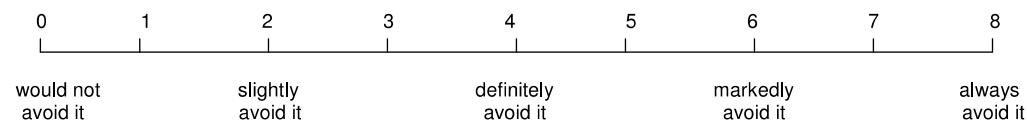
What were some aspects of the treatment, which you believe contributed to the change of your driving fear symptoms (e.g., reduced driving anxiety, increased driving frequency etc). If no change occurred, please feel free to comment on possible reasons for this outcome as well.

## ANEXO E QUESTIONÁRIO DE MEDO

Patient Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

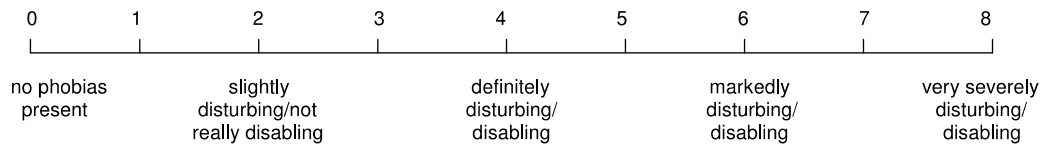
### Fear Questionnaire (FQ)

Choose a number from the scale below to show how much you would avoid each of the situations listed below because of fear or other unpleasant feelings. Then write the number you choose in the space opposite each situation.



1. Main phobia you want treated (describe \_\_\_\_\_)..... \_\_\_\_\_
2. Injections or minor surgery..... \_\_\_\_\_
3. Eating or drinking with other people..... \_\_\_\_\_
4. Hospitals..... \_\_\_\_\_
5. Traveling alone or by bus..... \_\_\_\_\_
6. Walking alone in busy streets..... \_\_\_\_\_
7. Being watched or stared at..... \_\_\_\_\_
8. Going into crowded shops..... \_\_\_\_\_
9. Talking to people in authority..... \_\_\_\_\_
10. Sight of blood..... \_\_\_\_\_
11. Being criticized..... \_\_\_\_\_
12. Going alone far from home..... \_\_\_\_\_
13. Thought of injury or illness..... \_\_\_\_\_
14. Speaking or acting to an audience..... \_\_\_\_\_
15. Large open spaces..... \_\_\_\_\_
16. Going to the dentist..... \_\_\_\_\_
17. Other situations (describe \_\_\_\_\_)..... \_\_\_\_\_

18. How would you rate the present state of your phobic symptoms on the scale below?  
Please circle one number between 0 and 8.





## Scoring the Fear Questionnaire (FQ)

Four scores are obtained from the Fear Questionnaire:

**Main Phobia Level of Avoidance:** Item 1 (score range 0 to 8)

**Total Phobia Score:** Sum of items 2 to 16 (score range 0 to 120)

*Agoraphobia subscale* (items 5, 6, 8, 12, & 15) (score range 0 to 40)

*Blood injury phobia subscale* (items 2, 4, 10, 13, & 16) (score range 0 to 40)

*Social phobia subscale* (items 3, 7, 9, 11, & 14) (score range 0 to 40)

**Global Phobia Rating:** Item 18 (score range 0 to 8)

**Associated Anxiety and Depression:** Sum of items 19 to 24 (score range 0 to 40)

Copyright notice: The Fear Questionnaire is copyrighted by Isaac Marks, M.D. Permission has been granted to reproduce the scale on this website for clinicians to use in their practice and for researchers to use in non-industry studies. For other uses of the scale, the owner of the copyright should be contacted.

Citation: Marks, IM, Mathews: Brief standard self-rating for phobic patients. Behavior Research and Therapy 17:263-167, 1979

# ANEXO F

## ESCALA DE TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

National Center for PTSD  
**CLINICIAN- ADMINISTERED PTSD SCALE FOR DSM-IV**  
Current And Lifetime Diagnostic Version  
(CAPS-DX)

Name: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_  
Interviewer \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Study: \_\_\_\_\_

Dudley D. Blake, Frank W. Weathers, Linda M. Nagy,  
Danny G. Kaloupek, Dennis S. Charney, & Tetence M. Keane

National Center for Posttraumatic Stress Disorder  
Behavioral Science Division - Boston VA Medical Center  
Neuroscience's Division - West haven VA Medical Center

Revised January 1997

Translation by: Bustamate, V. Page, J. Zayas-Bazan, M. Mellman, T.

**Criterio A:** La persona ha sido expuesta a un evento traumático en el cual ambos de los criterios siguiente estaban presente:

- (1) La persona experimento, fue testigo, o fue confrontada con un evento o eventos que involucraron la presencia real o amenazas de muerte o de agravios serios, o amenazas a la integridad física de la persona misma o de otros.
- (2) Las respuestas de la persona incluyeron miedo intenso, impotencia, o terror. Nota: En niños, puede ser expresado mediante una conducta desorganizada o agitada.

Yo voy a estar preguntándole acerca de algunas cosas difíciles o perturbantes que algunas veces le ocurren a las personas. Algunas situaciones es como por ejemplo haber estado en algún tipo de accidente serio, en un fuego, huracán, terremoto; haber sido asaltado o golpeado o atacado con un arma; o bien forzado a tener sexo cuando usted no quería. Yo a comenzare por preguntarle que revise una lista de experiencias como estas y marque cualquiera que le aplique a usted. Entonces, si alguna de ellas le aplican a usted, le pediré que describa brevemente que sucedió y como se sintió en ese momento.

Alguna de estas experiencias pueden ser difíciles de recordar, o pueden traer recuerdos o sentimientos incómodos. Las personas frecuentemente encuentran que hablando acerca de ellos puede ayudarles, pero depende de usted decidir cuanto me quiere decir. A medida que progreseemos, si usted se siente que se esta poniendo incomodo(a), déjeme saber y podemos ir mas despacio y hablar mas acerca de ello. También, si usted tiene alguna pregunta o no entiende algo, por favor déjeme saber. Usted tiene algún pregunta antes de que comencemos?

ADMINISTRE LA LISTA, ENTONCES REVISE Y PREGUNTE ACERCA DE HASTA TRES EVENTOS. SI MAS DE TRES EVENTOS HAN SIDO ENDORSADOS, DETERMINE ACERCA DE CUALES TRES VA A INQUIRIR (EJ. PRIMERO, PEOR, Y MAS RECIENTE EVENTOS, TRES EVENTOS PEORES; TRAUMA DE INTERES ADEMAS DE DOS OTROS PEORES EVENTOS, ETC.)

SI NO SE HAN ENDORSADO EVENTOS EN LA LISTA: (Ha habido alguna situación en la cual su vida ha estado en peligro o usted fue seriamente herido o lesionado  
 SI NO: (Habido alguna situación en la que usted estuvo amenazado(a) de muerte o con un daño serio, aun cuando usted no fue directamente herido(a) o lesionado(a)?)  
 SI NO: (Ha presenciando algo como esto, sucediéndole a otra persona, o sabiendo que le sucedió a alguien cercano a usted?)  
 SI NO: (Cuales diría usted que son las experiencias mas perturbantes que usted ha tenido en su vida?)

**EVENTO #1**

<p>Que sucedió? (Que edad tenia usted? Quien mas estuvo envuelto? Cuantas veces sucedió esto? Peligro su vida? Lesión seria?</p>  <p>Como respondió usted emocionalmente? (Estaba muy ansioso(a)? o asustado(a)? Horrorizado(a)? Impotente? Como fue so? Estaba usted sorprendido(a) atónito? Que usted no sintió nada? Como fue eso? Que notaron otras personas acerca de su respuesta emocional? Y después del evento - como respondió usted emocionalmente? )</p>	<p>Describa (ej. tipo de evento, víctima, perpetrador, edad, frecuencia):</p>  <p>A.(1)                  Peligro de vida? NO SI [Persona__ Otro__]                  Injuria Daño Serio No SI [Persona__ Otro__]                  Amenaza a la integridad física? NO SI [Persona__ Otro__]</p> <p>A. (2)                  Miedo intenso/impotencia/terror? NO SI [durante__ Después__]</p> <p>Criterio A Llenado? NO Probable SI</p>
--	---

EVENTO #2	
<p>Que sucedió? (Que edad tenía usted? Quien mas estuvo envuelto? Cuantas veces sucedió esto? Peligro su vida? Lesión seria?</p>	<p>Describa (ej. tipo de evento, victima, perpetrador, edad, frecuencia):</p>
<p>Como respondió usted emocionalmente? (Estaba muy ansioso(a)? o asustado(a)? Horrorizado(a)? Impotente? Como fue so? Estaba usted sorprendido(a) atónito? Que usted no sintió nada? Como fue eso? Que notaron otras personas acerca de su respuesta emocional? Y después del evento - como respondió usted emocionalmente? )</p>	<p>A.(1)            Peligro de vida? NO SI [Persona__ Otro__]            Injuria Daño Serio No SI [Persona__ Otro__]            Amenaza a la integridad física? NO SI [Persona__ Otro__]</p> <p>A. (2)            Miedo intenso/impotencia/terror? NO SI [durante__ Después__]</p> <p>Criterio A Llenado? NO Probable SI</p>

EVENTO #3	
<p>Que sucedió? (Que edad tenía usted? Quien mas estuvo envuelto? Cuantas veces sucedió esto? Peligro su vida? Lesión seria?</p>	<p>Describa (ej. tipo de evento, victima, perpetrador, edad, frecuencia):</p>
<p>Como respondió usted emocionalmente? (Estaba muy ansioso(a)? o asustado(a)? Horrorizado(a)? Impotente? Como fue so? Estaba usted sorprendido(a) atónito? Que usted no sintió nada? Como fue eso? Que notaron otras personas acerca de su respuesta emocional? Y después del evento - como respondió usted emocionalmente? )</p>	<p>A.(1)            Peligro de vida? NO SI [Persona__ Otro__]            Injuria Daño Serio No SI [Persona__ Otro__]            Amenaza a la integridad física? NO SI [Persona__ Otro__]</p> <p>A. (2)            Miedo intenso/impotencia/terror? NO SI [durante__ Después__]</p> <p>Criterio A Llenado? NO Probable SI</p>

Durante el resto de la entrevista, yo quiero que mantenga (los eventos) en su mente cuando le pregunte acerca de como ellos pueden haberle afectado.

Yo le voy a hacer 25 preguntas. La mayoría de ellas tienen dos partes. Primero, le preguntare si usted alguna vez ha tenido un problema en particular, si es así, cuan frecuentemente durante el mes pasado. Entonces le preguntare cuanta perturbación o molestia ese problema le ha causado?

**Criterio B: El evento traumático es revivido persistentemente en una o más de las siguientes formas.**

1. (B-1) Intromisiones repetidas de recuerdos perturbantes incluyendo imágenes, pensamientos, percepciones. Nota: En niños pequeños puede ocurrir el juego repetitivo en el cual temas o aspectos del trauma son expresados.

Frecuencia	Intensidad	Semana Pas
<p>Ha tenido usted alguna vez recuerdos no deseados del (evento). Como fueron? (Que recuerda usted?) (Si no esta claro) Estos recuerdos ocurrieron mientras estaba usted despierto, o solamente en sueños? (EXCLUYA LOS RECUERDOS QUE OCURRIERON SOLO MIENTRAS SOÑABA) Con que frecuencia ocurrieron?</p> <p>0 Nunca 1 Una vez 2 Dos o tres veces 3 Cuatro o cinco veces 4 Diariamente o casi todos los días.</p> <p><u>Descripción Ejemplos</u></p>	<p>Cuanto disturbio o molestia estos recuerdos le han causado? Fue usted capaz de quitárselos de la mente y de pensar en otra cosa. Cuanto esfuerzo tuvo que hacer? Cuanto interfirieron estos recuerdos en su vida?</p> <p>0 Nada 1. Leve: Mínima angustia o interrupción de actividades. 2. Moderada. Angustia claramente presente pero manejable. Alguna interrupción de actividades. 3. Severa: considerable angustia. Dificultad controlando los recuerdos. Marcada interferencia con las actividades 4. Extrema: Angustia incapacitante, no puede controlar los recuerdos, incapaz de continuar con las actividades.</p>	

2. (B-2) Sueños con el evento, perturbantes, y recurrentes. Nota: En niños pueden ocurrir pesadillas sin un contenido que pueda ser reconocido.

Frecuencia	Intensidad	Semana Pas
<p>Ha tenido usted alguna vez sueños molestos acerca del evento. Describa un sueño típico (que sucedió?) Con que frecuencia?</p> <p>0 Nunca 1 Una vez 2 Dos o tres veces 3 Cuatro o cinco veces 4 Diariamente o casi todos los días.</p> <p><u>Descripción Ejemplos</u></p>	<p>Cuanto disturbio o molestia estos sueños le han causado. Le despertaron estos sueños? (si la respuesta es si) Que paso cuando se despertó?. Cuanto le costo volverse a dormir. (Preste atención a comentarios tales como despertarse gritando, actuando las pesadillas etc.) Han afectado estos sueños a alguna otra persona? Como?</p> <p>0 Nada 1. Leve: Mínima angustia puede que no se haya despertado. 2. Moderada. Se despertó angustiado pero se volvió a dormir rápidamente. 3. Severa: Considerable angustia. Dificultad volviéndose a dormir. 4. Extrema: Angustia incapacitante, no volvió a dormirse.</p>	

(B-3) Actuando o sintiendo como si el evento traumático estuviera sucediendo de nuevo. (Incluyendo sensaciones de reviviendo la experiencia). Ilusiones, alucinaciones. Memorias repentinas disociativas (flashbacks) del episodio. Incluyendo aquellos que ocurren al despertar o cuando intoxicado. Nota: en los niños pequeños puede recurrir re-actuación del evento traumático específico.

Frecuencia	Intensidad	Semana Pas
<p>Alguna vez, de repente, ha actuado usted, o sentido como que el evento estaba sucediendo otra vez? Ha tenido usted imágenes del evento? (Si no esta claro) Esto sucedió cuando estaba despierto o solo en sueños? (Excluya si solo ocurrió durante sueños). Dígame mas acerca de eso. Cuan frecuentemente le paso?</p> <p>0 Nunca 1 Una vez 2 Dos o tres veces 3 Cuatro o cinco veces 4 Diariamente o casi todos los días.</p> <p><u>Descripción Ejemplos</u></p>	<p>Cuan frecuentemente le pareció que el (evento) estaba pasando otra vez? (Estaba usted confundido acerca de donde estaba usted en la actualidad o que estaba usted haciendo). Cuanto tiempo duro esto? Que hizo usted mientras esto estaba pasando? Otra gente se dio cuenta de su conducta, que le dijeron?</p> <p>0 No re-vivencia del evento. 1. Leve: Algo mas realista que nada mas pensando acerca del evento. 2. Moderada. Definitivo pero con una calidad disociativa transitoria. Pero todavía muy consciente de lo que pasa a su alrededor, una calidad de sonar despierto. 3. Severa: Disociación intensa (reporta imágenes, sonidos, olores) pero retiene alguna conciencia de lo que pasa a su alrededor. 4. Extrema: Completa disociación (imágenes). No se da cuenta de lo que pasa a su alrededor. Puede ser que no responda, posible amnesia después del episodio (laguna)</p>	

4. (B-4) Angustia psicológica intensa. Al verse expuesto a claves internas o externas del evento que simbolizan o recuerdan aspectos del evento traumático.

Frecuencia	Intensidad	Semana Pas
<p>Ha estado usted alguna vez emocionalmente disgustado cuando algo le ha recordado el evento? ( Algo le a provocado sentimientos malos relacionados al evento) Que clase de recuerdos le han disgustado? Con que frecuencia?</p> <p>0 Nunca 1 Una vez 2 Dos o tres veces 3 Cuatro o cinco veces 4 Diariamente o casi todos los días.</p> <p><u>Descripción Ejemplos</u></p>	<p>Cuanta angustia o molestia estos recuerdos le han causado. Cuanto tiempo duro y cuanto interfirieron en su vida?</p> <p>0. Nada 1. Leve: Mínima angustia o interrupción de las actividades. 2. Moderada. Angustia claramente presente pero manejable. Alguna interrupción de las actividades. 3. Severa: Considerable angustia. 4. Extrema: Angustia incapacitante, incapaz de continuar con las actividades.</p>	

5. (B-5) Reactividad psicológica en presencia de claves internas o externas que simbolizan o asemejan aspectos del evento traumático.

Frecuencia	Intensidad	Semana Pas
<p>Alguna vez ha tenido usted alguna reacción física cuando algo le ha recordado el evento? (Su cuerpo ha reaccionado de alguna manera cuando algo le ha recordado el evento?). Puede usted dar algunos ejemplos? Se aceleró su corazón? Cambio su ritmo respiratorio? sudor? tembló? Que recuerdos le provocaron estas reacciones? Con que frecuencia?</p> <p>0 Nunca 1 Una vez 2 Dos o tres veces 3 Cuatro o cinco veces 4 Diariamente o casi todos los días.</p>	<p>Cuán intensas fueron esas reacciones? Cuanto duraron? (Duraron aun después de que usted estaba fuera de la situación?)</p> <p>0. No reacción física. 1. Leve: Mínima Reactividad 2. Moderada: Reactividad física claramente presente. Puede mantenerse si la exposición continúa. 3. Severa: Reactividad física marcada. Mantenido durante la exposición. 4. Extrema: Reactividad física dramática. Puede mantenerse inclusive después que la exposición ha terminado.</p>	
<p>Descripción Ejemplos</p>		

**Criterio C. Persistente evitación de estímulos asociados con el trauma y ausencia de sensibilidad en las respuestas generales (no presente antes del trauma, indicado por tres o más de los siguientes:**

6. C-1 Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos, o conversaciones asociadas con el trauma.

Frecuencia	Intensidad	Semana Pas
<p>Ha tratado usted alguna vez de evitar pensamientos o sentimientos acerca del (EVENTO)? (Que clase de pensamientos o sentimientos trato usted de evitar). Tal como evitar hablar con otras personas acerca del evento. (Por que es eso?) Cuan frecuentemente?</p> <p>0 Nunca 1 Una vez 2 Dos o tres veces 3 Cuatro o cinco veces 4 Diariamente o casi todos los días.</p> <p>Descripción Ejemplos</p>	<p>Cuanto esfuerzo hizo para evitar (PENSAMIENTOS, SENTIMIENTOS, CONVERSACIONES? Que clase de cosas usted hizo? Dígame si bebió o tomo medicación o drogas?) (CONSIDERE TODOS LOS ATENTOS DE EVITACION. INCLUYENDO DISTRACCIONES, SUPRESIONES, Y USO de alcohol o drogas) Cuanto esto interfirió en su vida?</p> <p>0. Nada. 1. Leve: Mínimo esfuerzo, mínima o ninguna interrupción de las actividades. 2. Moderada. Algún esfuerzo, definitiva presencia de conducta de evitación. Alguna interrupción de las actividades 3. Severa. Esfuerzo considerable, evitación marcada, marcada interrupción de actividades como estrategia de evitación. 4. Extrema: Atentos drásticos de evitación. Incapaz de continuar con las actividades, excesivo involucramiento en ciertas actividades como estrategia de evitar.</p> <p>Especifique</p>	

## 7. (C-2)\_ Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que provocan recuerdos del trauma.

Frecuencia	Intensidad	Semana Pas
<p>Ha tratado usted, alguna vez, de evita ciertas actividades, lugares o personas que le recuerdan a usted el (EVENTO)? (Que clase de cosas evito usted? Por que? Con que frecuencia?)</p> <p>0 Nunca 1 Una vez 2 Dos o tres veces 3 Cuatro o cinco veces 4 Diariamente o casi todos los días.</p> <p><u>Descripción Ejemplos</u></p>	<p>Cuanto esfuerzo puso usted para evitar (ACTIVIDADES, LUGARES, GENTE)? (Que hizo usted en su lugar ) Cuanto esto interfirió con su vida?</p> <p>0. Nada. 1. Leve: Mínimo esfuerzo, mínima o ninguna interrupción de las actividades. 2. Moderada. Algún esfuerzo, definitiva presencia de conducta de evitacion. Alguna interrupción de las actividades. 3. Severa. Esfuerzo considerable, evitacion marcada, marcada interrupción de actividades como estrategia de evitacion. 4. Extrema: Atentos drásticos de evitacion. Incapaz de continuar con las actividades, excesivo involucramiento en ciertas actividades como estrategia escapatoria. Especifique _____</p>	

## 8. (C-3) Incapacidad de recordar aspectos importantes del trauma.

Frecuencia	Intensidad	Semana Pas
<p>Alguna vez, ha tenido usted dificultad recordando algunas partes importantes del (EVENTO)? Dígame un poco mas acerca de esto. (Siente que usted debería ser capaz de recordar estas cosas? Cuanto de las partes importantes del (EVENTO), usted tuvo dificultad recordando. (Que partes usted todavia recuerda?).</p> <p>0. Nada. Memoria clara. 1. Pocos aspectos no son recordados (Menos de un 10%). 2. Algunos aspectos no son recordados (Aprox. 20-30%) 3. Muchos aspectos no son recordados (Aprox. 50-60%) 4. La mayoría de los aspectos no son recordados (mas del 80%).</p> <p>Describe y de ejemplos.</p>	<p>Cuanta dificultad tuvo usted recordando partes importantes del (EVENTO)? (Fue usted capaz de recordar mas si usted trato?)</p> <p>0. Nada. 1. Leve: Dificulta mínima. 2. Moderada. Algún dificultad. Puede recordar con esfuerzo. 3. Severa. Dificultad considerable, inclusive con esfuerzo. 4. Extrema: Incapaz completamente de recordar aspectos importantes del evento. Especifique _____</p>	

## 9. (C-4) Marcada disminución en el interés de participar en actividades significativas o importantes.

Frecuencia	Intensidad	Semana Pas
<p>Alguna vez, se ha sentido usted menos interesado(a) en actividades que usted disfrutaba? (En que clase de cosas ha perdido usted el interés? Hay algunas cosas que usted ya no hace mas ahora? Cuales son esas cosas? Porque?)</p> <p>(EXCLUYA SI ES DEBIDO A FALTA DE OPORTUNIDADES, SI NO ES CAPAZ FISICAMENTE, SI NO ES APROPIADO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA MADURACION O DEBIDO A CAMBIOS EN PREFERENCIAS). En cuantas actividades ha estado usted menos interesado? Que clase de cosas usted todavía disfruta? Cuando usted comenzó a sentirse de esa manera? (Después del EVENTO?)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. Ninguna</li> <li>1. Pocas actividades (Menos del 10 %)</li> <li>2. Algunas actividades ( 20-30%)</li> <li>3. Muchas actividades (Aprox. 50-60%)</li> <li>4. La mayoría de las actividades (Mas del 80%)</li> </ol>	<p>Cuan fuerte fue su perdida del interés? ( Usted disfrutaria las actividades una vez que las comenzó?)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. No perdida del interés.</li> <li>1. Leve, leve perdida del interés</li> <li>2. Moderada, definitivamente perdida de interés, pero todavía puede disfrutar algunas cosas.</li> <li>3. Severa, Perdida marcada del interés en las actividades.</li> <li>4. Extrema, completa perdida del interés, no participa en ninguna actividad.</li> </ol> <p>Especifique: _____</p> <p>Relacionado con el trauma?</p> <p>Definitivamente Probablemente Posiblemente No</p>	

## 10. (C-5) Sentimientos de distanciamiento o enajenación de otros.

Frecuencia	Intensidad	Semana Pas
<p>Alguna vez, se ha sentido usted distante o aislada de otras personas? Como fue eso? Por cuanto tiempo? Cuando usted comenzó a sentirse de esa manera? Después del EVENTO?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. Nunca</li> <li>1. Muy pocas veces (Menos del 10%)</li> <li>2. Algunas veces ( Aprox. 20-30%)</li> <li>3. La mayor parte del tiempo (50-60%)</li> <li>4. Mas de la mayor parte del tiempo ( Mas del 80%).</li> </ol>	<p>Cuan fuerte eran sus sentimiento de estar distanciado(a) o aislado(a) de otras personas? A quien siente mas cerca? Con cuanta gente se siente usted comfortable hablando acerca de cosas personales?)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. Ausencia de sentimientos de distanciamiento o enajenación.</li> <li>1. Leve, puede sentirse apartado de las otras personas.</li> <li>2. Moderada, Sentimientos de distanciamiento claramente presentes, pero todavía siente alguna conexión interpersonal.</li> <li>3. Severa, Sentimientos marcados de distanciamiento o enajenación de la mayoría de las otras personas. Puede que se sienta cerca de nada mas una o dos personas.</li> <li>4. Extrema, Se siente completamente aislada o enajenada de los demás, no se siente cerca de ninguna otra persona.</li> </ol> <p>Especifique: _____</p> <p>Relacionado con el trauma?</p> <p>Definitivamente Probablemente Posiblemente No</p>	

## 11. (C-6) Rango restringido del afecto. (ej. incapaz de sentir sentimientos amorosos)

Frecuencia	Intensidad	Semana Pas
<p>Alguna vez, han habido momentos en los que usted sintió adormecido(a) emocionalmente, o tuvo problemas experimentando sentimientos como amor, o felicidad? Como fue eso? Que clase de sentimientos tuvo usted problemas experimentando? Cuan frecuentemente? Cuando comenzó a tener problema de sentir las emociones? (Después del EVENTO)?</p> <p>0. Nunca 1. Muy poco (Menos del 10% del tiempo) 2. Algunas veces (aprox 20-30%) 3. La mayoría del tiempo (aprox 50-60%) 4. Casi todo el tiempo (Mas del 80%)</p> <p>Descripción y ejemplos:</p>	<p>Cuanto problema tuvo usted sintiendo (emociones)? (Que clase de sentimientos usted todavía es capaz de experimentar?) [INCLUYA OBSERVACIONES DE VARIACIONES DEL RANGO EN EL AFECTO DURANTE LA ENTREVISTA]</p> <p>0. No ha habido reducción experimentado las emociones 1. Leve: Mínima reducción de la experiencia emocional. 2. Moderada: Reducción definitiva de la experiencia emocional, pero todavía capaz de experimentar la mayoría de las emociones. 3. Severa: Reducción marcada de la experiencia de por lo menos dos de las emociones primarias (Ej. Amor y felicidad) 4. Extrema: Completa falta de experiencia emocional.</p>	

## 12. (C-7) Sentimientos de que no hay un futuro promisorio. (ej. No espera tener una carrera, casarse, tener hijos, o una vida normal).

Frecuencia	Intensidad	Semana Pas
<p>Han habido veces en las que usted ha sentido que no hay necesidad de planear el futuro. Que de alguna manera su futuro se va a acortar? Por que es eso? IDENTIFIQUE AREAS DE RIESGO TALES COMO CONDICIONES MEDICAS QUE PUEDEN AFECTAR EL TRANCURSO DE LA VIDA. Cuan frecuentemente? Cuando comenzó a sentirse de es manera? (Después del EVENTO)?</p> <p>0. En ningún momento 1. Muy pocas veces (Menos del 10%) 2. Algunas veces ( Approx 20-30%) 3. La mayor parte del tiempo (50-60%) 4. Casi todo el tiempo (Mas del 80%).</p> <p>Describa con ejemplos</p>	<p>Cuan fuertes han sido estos sentimientos de que su futuro se ha acortado? (por cuanto tiempo usted piensa que usted va a vivir? Cuan convencido (a) esta usted de que se va a morir prematuramente?)</p> <p>0. No hay sentimientos de que el futuro se ha acortado. 1. Leve: Sentimientos leves de un futuro interrumpido. 2. Moderado: Sentimientos de que el futuro se ha acortado están definitivamente presentes, pero no hay una predicción específica acerca de la longevidad. 3. Severa: Sentimientos marcados de un futuro interrumpido, puede haber predicciones específicas acerca de longevidad. 4. Extrema: Sentimiento abrumadores de un futuro interrumpido , completamente convencido (a) de una muerte prematura.</p> <p>Especifique</p> <p>Relacionado con el trauma? Definitivamente Probablemente Posiblemente No</p>	

Síntomas persistentes de excitación ( no presentes antes del trauma) indicados por dos o mas de los siguientes:

13. (D-1 Dificultad quedándose dormido o manteniendo el sueño)

Frecuencia	Intensidad	Semana pas
<p>Alguna vez, ha tenido algún problema quedándose o manteniéndose dormido? Con que frecuencia? Cuando comenzó usted a tener problemas durmiendo? (Después del evento?)</p> <p>0 Nunca 1 Una vez 2 Dos o tres veces 3 Cuatro veces 4 Todas o casi todas las noches</p> <p>Problemas al iniciar el sueño S N Despertar durante la mitad de la noche S N Despertar temprano en la mañana S N Numero total de horas de sueño _____ Numero deseado de horas de sueño _____</p>	<p>Cuanto problema usted ha tenido durmiendo? (Cuanto tiempo le tomo quedarse dormido? Con que frecuencia se despertó durante la noche? Usted se despertó mas temprano de lo que usted quería? Cuanto fue el numero total de horas que usted durmió?)</p> <p>0 Ningún problema durmiendo 1 Leve. Prolongación leve de la latencia, o dificultad leve manteniéndose dormido/a (hasta 30 minutos de pérdida de sueño) 2 Moderado. Definitivamente alteraciones en el sueños, latencia prolongada, o dificultades claras manteniéndose dormido/a (30-90 minutos de pérdida de sueño) 3 Severa. Latencia mas prolongada, dificultad marcada manteniéndose dormido/a (90min a 3 horas de pérdida de sueños) 4 Extrema. Latencia muy larga, o dificultades profundas manteniéndose dormido/a.</p> <p>QV (especifique _____)</p> <p>Relacionado al trauma?</p> <p>Definitivamente _____ Probablemente _____ Poco Probable _____</p>	

## 14. (D-2) Irritabilidad o explosiones de rabia.

Frecuencia	Intensidad	Semana pas
<p>Han habido veces durante las cuales usted se ha sentido especialmente irritable, mostrado sentimientos de rabia. Podría darme algunos ejemplos? Con que frecuencia?. Cuando fue la primera vez que se comenzó a sentir de esa manera? Después del evento?</p> <p>0 Nunca 1 Una vez 2 Dos o tres veces 3 Cuatro o cinco veces 4 Diariamente o casi todos los días</p> <p>Descripción y ejemplos</p>	<p>Cuan intensa era su rabia? (Como usted la mostró?) SI REPORTA SUPRESION (Cuan difícil le fue no demostrar su rabia? Cuanto tiempo le tomo calmarse? Su rabia le causo algún problema?</p> <p>0 Ninguna irritabilidad o rabia 1 Leve: Irritabilidad mínima, puede haber levantado la voz. 2 Moderada: Definitivamente irritable, o atentos para reprimir la rabia. Puede recuperarse rápidamente. 3 Severa; Irritabilidad marcada, o atentos marcados para reprimir la rabia, puede ponerse verbal o físicamente agresivo. 4 extrema; Rabia intensa o atentos drásticos para reprimir la rabia, puede haber episodios de violencia física.</p> <p>Q V (especifique) _____ Definitivamente _____ Probablemente _____ Poco Probable _____</p>	

## 15 (D-3) Dificultades concentrándose

Frecuencia	Intensidad	Semana pas
<p>Alguna vez le ha sido difícil concentrarse en las cosas que usted estaba haciendo, o en las cosas que estaban pasando alrededor de usted? Como fue eso? Que porción del tiempo? Cuando comenzó usted a tener problemas concentrándose? (Después del evento?)</p> <p>0 Nunca 1 Muy poco ( Menos del 10%) 2 Algo ( Aproximadamente 20 - 30%) 3 La mayor parte del tiempo (Aprox:50-60%) 4 Casi todo el tiempo (mas del 60%)</p> <p>Describa con ejemplos</p>	<p>Cuan difícil le fue concentrarse? (Incluya observaciones de atención y concentración durante la entrevista.) Cuanto esto ha interferido con su vida?</p> <p>0 No dificultades con concentración 1 Leve: Solo menor esfuerzo necesario para concentrarse. Menor o ninguna interrupción de las actividades. 2 Moderado: Pérdida de concentración, pero se puede concentrara con esfuerzo, alguna interrupción de las actividades. 3 Severa: Pérdida marcada de la concentración, inclusive con esfuerzo. Interrupción marcada de las actividades 4 Extrema: Inhabilidad completa para concentrarse. Incapaz de concentrarse en las actividades.</p> <p>QV (especifique) _____ Relacionado al trauma? Definitivamente _____ Probablemente _____ Poco Probable _____</p>	

## 16 (D-4) Hipervigilancia

Frecuencia	Intensidad	Semana pas
<p>Alguna vez, ha estado especialmente alerta o cuidadoso, aun cuando no hay una necesidad real para hacerlo. Se ha sentido como si estuviese constantemente en guardia. Por que?. Que porción del tiempo? Cuando fue la primera vez que usted comenzó a actuar así? (Después del [evento]?)</p> <p>0 Nunca  1 Muy poco ( Menos del 10%)  2 Algo ( Aproximadamente 20 - 30%)  3 La mayor parte del tiempo (Aprox 50 - 60%)  4 Casi todo el tiempo (mas del 60%)</p> <p>Describa con ejemplos</p>	<p>Cuanto esfuerzo le costo estar vigilante a las cosas que pasaban a su alrededor? (Incluya hipervigilancia durante la entrevista) Estar hipervigilante le causo algún problema?</p> <p>0 No hipervigilancia  1 Leve: Mínima hipervigilancia, incremento menor de la vigilancia  2 Moderado: Hipervigilancia marcadamente presente, manifestaciones publicas (escoger un lugar seguro donde sentarse en el restaurante o cine)  3 Severa: Hipervigilancia marcada, muy alerta, examina con cuidado en ambiente preocupación exagerada con seguridad personal/familiar/y de la casa)  4 Extrema: hipervigilancia excesiva, esfuerzos para sentirse seguro/a consumen una parte significativa de tiempo y energía y pueden envolver precauciones de seguridad excesivas, conductas de chequeo, y marcada hipervigilancia durante la entrevista.</p> <p>Relacionado al trauma?  Definitivamente _____  Probablemente _____  Poco Probable _____</p>	

17. (D-6) Respuesta exagerada de sobresalto

Frecuencia	Intensidad	Semana pas
<p>Alguma vez ha tenido reacciones de sobresalto fuerte? Cuando paso? (Que cosas le hicieron saltar? Con que frecuencia. Cuando fue la primera vez que tuvo estas reacciones? (Después del evento?)</p> <p>0 Nunca 1 Una vez 2 Dos o tres veces 3 Cuatro o cinco veces 4 Diariamente o casi todos los días</p> <p>Descripción y ejemplos</p>	<p>Cuan fuerte fueron estas reacciones? Cuan fuertes fueron, comparadas a la reacción de la mayoría de las personas. Cuanto duraron?</p> <p>0 No reacción de salto 1 Leve reacción mínima 2 Moderada. reacción de susto definitiva, se siente saltarín 3 Severa. Reacción de salto marcada. Manteniéndose alerta a continuación de La reacción inicial. 4 Extrema: Reacción de salto excesiva, conductas de compensación excesivas (Ej. Veterano de combate que se tira al suelo) QV Especifique</p> <p>Relacionado al trauma? Definitivamente _____ Probablemente _____ Poco Probable _____</p>	

**Criterio E. Duración de la perturbación (síntomas en criterios B,C, y D) es mas de un mes**

18. Aparición de los síntomas

<p>[Si NO ESTA CLARO TODABIA] Cuando fue la primera vez que usted comenzó a tener (PTSD síntomas) que usted me dijo? (cuanto tiempo después del trauma comenzaron? Mas de seis meses?)</p>	<p>_____ # total de meses de demora en la aparición de los síntomas. Demora en la aparición de los síntomas (&gt;6 meses)? NO SI</p>
--	--

19. duración de los síntomas

[ACTUAL] Por cuanto tiempo estos (síntomas de PTSD) duraron en total?	Duración de mas de un mes? # total de meses de duración	Actual		Vida entera	
		NO	SI	NO	SI
[DURANTE SIEMPRE] Por cuanto tiempo estos (síntomas de PTSD) duraron en total?	Agudo (<3 meses) o crónico (≥ 3 meses)?	agudo	crónico	agudo	crónico

**Criterio F. Las perturbaciones causan disturbio clínicamente significativo o impedimentos en el funcionamiento social, ocupacional o en otras áreas importantes de funcionamiento.**

20. Perturbación subjetiva			
[Actual] Sobretodo, cuando le ha molestado estos síntomas que usted me ha estado diciendo (PTSD síntomas) (Considere el disturbo reportado en las preguntas anteriores)	0	Ninguno	Actual
	1	Leve, disturbio mínimo	—
	2	Disturbio moderado claramente presente, pero todavía manejable	Siempre
	3	Severo, disturbio considerable	
	4	Extrema ansiedad incapacitante	
21. Impedimento en situaciones sociales			
[Actual] Estos síntomas (PTSD síntomas) le han afectado su relación con otras personas? Como? (Considere impedimento en el funcionamiento social reportado en las preguntas anteriores)  [En toda su vida] Estos (PTSD síntomas) afectan su vida social? Como? (considere impedimentos in funcionamiento social reportado en los ítems anteriores)	0	Ausencia de impacto adverso	Actual
	1	Leve: Impedimento leve in el funcionamiento social.	—
	2	Impacto moderado: Impedimento definitivo, pero muchos aspectos del funcionamiento social permanecen intactos.	Siempre
	3	Severo: Marcado impedimento, pocos aspectos del funcionamiento social permanecen intactos.	
	4	Extremo: Pocos o ningún funcionamiento social	

## 22. Impedimentos en ocupacional o otras áreas de funcionamiento

<p>[Actual] [SI NO ESTA YA CLARO] Esta usted trabajando ahora?</p> <p>SI: Han afectado estos (PTSD sintomas) su trabajo o habilidad para trabajar? Como? [Considere la historia laboral reportada, incluyendo numero y duración de los trabajos, también, calidad de las relaciones laborales. Si el funcionamiento premorbidno no esta claro, pregunte acerca de las experiencias laborales antes del trauma. Para traumas ocurridos durante la niñez o la adolescencia, evalúe el funcionamiento escolar antes del trauma y la presencia de posibles problemas de conducta].</p> <p>NO: Le han afectado estos (PTSD sintomas) alguna otra parte importante de su vida? [ SI ES APROPIADO DE EJEMPLOS TALES COMO FUNCIONAMIENTO COMO PADRE, TRABAJO EN LA CASA, FUNCIONAMIENTO EN LA ESCUELA, TRABAJO VOLUNTARIO ETC] Como?</p> <p>[EN TODA SU VIDA] [SI NO ESTA CLARO, ESTABA USTED TRABAJANDO?]</p> <p>SI: Han afectado estos (PTSD sintomas) su trabajo o habilidad para trabajar? Como? [Considere la historia laboral reportada, incluyendo numero y duración de los trabajos, también, calidad de las relaciones laborales. Si el funcionamiento previo no esta claro, pregunte acerca de las experiencias laborales antes del trauma. Para traumas ocurridos durante la niñez o la adolescencia, evalúe el funcionamiento escolar antes del trauma y la presencia de posibles problemas de conducta.</p> <p>NO: Le han afectado estos (PTSD sintomas) alguna otra parte importante de su vida? [ SI ES APROPIADO DE EJEMPLOS TALES COMO FUNCIONAMIENTO COMO PADRE, TRABAJO EN LA CASA, FUNCIONAMIENTO EN LA ESCUELA, TABAJO VOLUNTARIO ETC] Como?</p>	<p>0 Ausencia de impacto adverso</p> <p>1 Leve: Impedimento leve in el funcionamiento ocupacional.</p> <p>2 Impacto moderado: Impedimento definitivo, pero muchos aspectos del funcionamiento ocupacional permanecen intactos.</p> <p>3 Severo: Marcado impedimento, pocos aspectos del funcionamiento ocupacional permanecen intactos.</p> <p>4 Extremo: Pocos u otro funcionamiento ocupacional importante</p>
---	--



<b>Sintomas actuales de PTSD</b>		
----------------------------------	--	--

Criterio A reunido (evento traumático)?	NO	SI
___ # Criterio B sx ( $\geq 1$ )?	NO	SI
___ # Criterio C sx ( $\geq 3$ )?	NO	SI
___ # Criterio D sx ( $\geq 2$ )?	NO	SI
Criterio E llenado (duración $\geq 1$ mes)?	NO	SI
Criterio F llenado (perturbación/impedimento)?	NO	SI
<hr/>		
PTSD actual (criterio A - F llenado)?	NO	SI

SI LLENA EL CRITERIO PARA PTSD ACTUAL , VAYA DIRECTAMENTE A CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS.

SI EL CRITERIO PARA PTSD ACTUAL NO SE HA LLENADO, EVALUE PTSD PERMANENTE. IDENTIFIQUE UN PERIODO DE POR LO MENOS UN MES DESDE EL MOMENTO DEL EVENTO TRAUMÁTICO EN EL CUAL TUVO LOS PEORES SINTOMAS.

Desde el (EVENTO), ha habido algún momento cuando estos (síntomas de PTSD) fueron mucho peores que lo que han sido en el mes pasado? Cuando paso eso? Cuanto duro? (por lo menos un mes?)

SI HA HABIDO MÚLTIPLES EPISODIOS EN EL PASADO: Cuando fue usted mas perturbado por estos (síntomas de PTSD)?

Si por lo menos ha habido un periodo, pregunte items 1 - 17, cambiando las connotación de las preguntas de frecuencia para referirse al periodo peor. Durante ese tiempo, usted (experimento síntomas)? Con que frecuencia?

<b>Sintomas durante toda la vida de PTSD</b>		
--	--	--

Criterio A reunido (evento traumático)?	NO	SI
___ # Criterio B sx ( $\geq 1$ )?	NO	SI
___ # Criterio C sx ( $\geq 3$ )?	NO	SI
___ # Criterio D sx ( $\geq 2$ )?	NO	SI
Criterio E llenado (duración $\geq 1$ mes)?	NO	SI
Criterio F llenado (perturbación/impedimento)?	NO	SI
<hr/>		
PTSD durante toda la vida (criterio A - F llenado)?	NO	SI

**Características asociadas**

26. Culpa sobre actos de comisión o omisión

<p><b>Frecuencia</b> Se ha sentido usted culpable por alguna cosa que usted hizo o dejó de hacer durante el (EVENTO)/ Dígame mas acerca de eso. (Acerca de que se sintió usted culpable?) Que porcentaje del tiempo, durante el ultimo mes, se sintió usted de esa manera?</p> <p>0. Nunca 1. Muy pocas veces (Menos del 10%) 2. Algunas veces ( Aprox. 20-30%) 3. La mayor parte del tiempo (50-60%) 4. Mucho todo el tiempo ( Mas del 80%).</p> <p><u>Descripción con ejemplos</u></p>	<p><b>Intensidad</b> Cuan fuertes fueron esos sentimientos de culpa? Cuanta perturbación o molestia le causaron?</p> <p>0 No sentimientos de culpa 1 Leve. sentimientos leves de culpa 2 Moderado, sentimientos de culpa definitivamente presentes, alguna perturbación pero todavía manejable. 3 Severa, Sentimientos marcados de culpa, considerable perturbación. 4 Extrema, sentimientos perversivos de culpa, condenación propia con respecto a la conducta perturbación incapacitante.</p> <p>QV (ESPECIFIQUE) _____</p>	<p><u>Actual</u> <u>Actual</u> F _____ I _____ Sx: SI NO <u>Permanente</u> F _____ I _____ Sx: SI NO</p>
--	--	--

27. Culpa del sobreviviente [Aplicable solamente si hubo múltiples víctimas]

<p><b>Frecuencia</b> Se ha sentido usted culpable por haber sobrevivido (EVENTO) cuando los otros no? Dígame mas acerca de eso. (De que se sintió culpable?) Que porcentaje del tiempo, durante el mes pasado se sintió usted así?</p> <p>0. Nunca 1. Muy pocas veces (Menos del 10%) 2. Algunas veces ( Aprox. 20-30%) 3. La mayor parte del tiempo (50-60%) 4. Mucho todo el tiempo ( Mas del 80%).</p> <p><u>Descripción con ejemplos</u></p>	<p><b>Intensidad</b> Cuan fuertes fueron esos sentimientos de culpa? Cuanta perturbación o molestia le causaron?</p> <p>0 No sentimientos de culpa 1 Leve, sentimientos leves de culpa 2 Moderado, sentimientos de culpa definitivamente presentes, alguna perturbación pero todavía manejable. 3 Severa, Sentimientos marcados de culpa, considerable perturbación. 4 Extrema, sentimientos perversivos de culpa, condenación propia por haber sobrevivido, perturbación incapacitante.</p> <p>QV (ESPECIFIQUE) _____</p>	<p><u>Actual</u> <u>Actual</u> F _____ I _____ Sx: SI NO <u>Permanente</u> F _____ I _____ Sx: SI NO</p>
--	--	--



29. Sensación de falta de realidad

Frecuencia	Intensidad	Actual
<p>Han habido veces cuando las cosas que están pasando alrededor de usted parecen que no son reales o muy extrañas y no familiares/ [SI NO] ( Han habido veces cuando las personas que usted conoce de repente no le parecen familiares/) Como fue eso? Con que frecuencia esto ha pasado durante el mes pasado? [SI NO ESTA CLARO] (fue esto debido a una enfermedad o al efecto del alcohol o las drogas?) Cuando fue la primera vez que usted se comenzó a sentir de esa manera? (después del evento?)</p> <p>0 Nunca            1 Una o dos veces            2 Una o dos veces a la semana            3 Muchas veces a la semana            4 Diariamente, o casi todos los días</p> <p>Descripciones con ejemplos</p>	<p>Cuan fuerte fue (la sensación de falta de realidad)/ Cuanto duro? Que hizo usted cuando esto estaba pasando? (Otras personas notaron su conducta? Que dijeron/)</p> <p>0 No sensación de falta de realidad            1 Leve, sensación leve de falta de realidad.            2 Moderada, definitiva pero transitoria sensación de falta de realidad.            3 Severa, considerable sensación de falta de realidad, confusión marcada acerca de lo que es real, puede durar varias horas.            4 Extrema, profunda sensación de falta de realidad, sensación dramática de pérdida de contacto con la realidad o pérdida de familiaridad.</p> <p>QV (ESPECIFIQUE) _____</p> <p>Relacionado con el trauma?            Definitivamente _____            Probablemente _____            Posiblemente No _____            Actual _____ Durante el curso de la vida _____</p>	<p>F _____            I _____            Sx: SI NO _____</p> <p>Permanente</p> <p>F _____            I _____            Sx: SI NO _____</p>

30. despersonalizacion

Frecuencia	Intensidad	Actual
<p>Han habido momentos en los que usted se ha sentido como si usted estuviera fuera de su cuerpo, mirándose a usted mismo(a) como si usted fuera otra persona? [SI NO] ( Han habido momentos en los que su cuerpo se siente extraño, no familiar para usted, como si hubiera cambiado de alguna manera?) (Como fue eso? Cuanto ha pasado esto durante el mes pasado? [Si no esta claro] (fue esto debido a enfermedad o al uso de alcohol o drogas?) Cuando fue la primera vez que usted se comenzó a sentir de esa manera? (después del evento/)</p> <p>0 Nunca            1 Una o dos veces            2 Una o dos veces a la semana            3 Muchas veces a la semana            4 Diariamente, o casi todos los días</p> <p>Descripciones con ejemplos</p>	<p>Cuan fuerte fue (la despersonalizacion)? Cuanto duro? Que hizo usted cuando estaba sucediendo? (Otras personas notaron su conducta? Que dijeron?)</p> <p>0 No despersonalizacion            1 Leve, despersonalizacion leve.            2 Moderada, definitiva pero despersonalizacion transitoria            3 Severa, despersonalizacion considerable, sentimiento marcado de separación de la propia persona, puede persistir por varias horas            4 Extrema, despersonalizacion profunda, dramática sensación de separación de la persona misma.</p> <p>QV (ESPECIFIQUE) _____</p> <p>Relacionado con el trauma?            Definitivamente            Probablemente            Posiblemente No</p> <p>Actual ____ Durante el curso de la vida ____</p>	<p>F _____            I _____            Sx: SI NO</p> <p>Permanente</p> <p>F _____            I _____            Sx: SI NO</p>

**ANEXO G**  
**ESCALA HAMILTON DE DEPRESSÃO**

**HAMILTON DEPRESSION RATING SCALE (HAM-D)**  
**(HAM)**

Patient Information										
Patient	Date			Day		Mth.		Year		Time
Personal notes										

TICK APPROPRIATE BOX FOR EACH ITEM

1. Depressed mood	
This item covers both the verbal and the non-verbal communication of sadness, depression, despondency, helplessness and hopelessness.	
<b>0</b> - Neutral mood.	<input type="checkbox"/>
<b>1</b> - When it is doubtful whether the patient is more despondent or sad than usual. E.g. the patient vaguely indicates to be more depressed than usual.	<input type="checkbox"/>
<b>2</b> - When the patient more clearly is concerned with unpleasant experiences, although he still is without helplessness or hopelessness.	<input type="checkbox"/>
<b>3</b> - The patient shows clear non-verbal signs of depression and/or is at times overpowered by helplessness or hopelessness.	<input type="checkbox"/>
<b>4</b> - The patient's remark on despondency and helplessness or the non-verbal ones dominate the interview in which the patient cannot be distracted.	<input type="checkbox"/>

<b>2. Self-depreciation and guilt feelings</b> This item covers the lowered self-esteem with guilt feelings.	
<b>0</b> – No self-depreciation or guilt feelings.	<input type="checkbox"/>
<b>1</b> – Doubtful whether guilt feelings are present, because the patient is only concerned with the fact that he during the actual illness has been a burden to the family or colleagues due to reduced work capacity.	<input type="checkbox"/>
<b>2</b> – Self-depreciation or guilt feelings are more clearly present because the patient is concerned with incidents in the past prior to the actual episode. E.g. the patient reproaches himself small omissions or failures, not to have done his duty or to have harmed others.	<input type="checkbox"/>
<b>3</b> – The patient suffers from more severe guilt feelings. He may express that he feels that the actual suffering is some sort of a punishment. Score 3 as long as the patient intellectually can see that his view is unfounded.	<input type="checkbox"/>
<b>4</b> – The guilt feelings are firmly maintained and resist any counterargument, so that they have become paranoid ideas.	<input type="checkbox"/>

<b>3. Suicidal impulses</b>	
<b>0</b> – No suicidal impulses.	<input type="checkbox"/>
<b>1</b> – The patient feels that life is not worthwhile, but he expresses no wish to die.	<input type="checkbox"/>
<b>2</b> – The patient wishes to die, but has no plans of taking his own life.	<input type="checkbox"/>
<b>3</b> – It is probable that the patient contemplates to commit suicide.	<input type="checkbox"/>
<b>4</b> – If during the days prior to the interview the patient has tried to commit suicide or if the patient in the ward is under special observation due to suicidal risk.	<input type="checkbox"/>

4-6: Note: Administration of drugs- sedative or others – shall be disregarded

<b>4. Initial insomnia</b>	
<b>0</b> – Absent	<input type="checkbox"/>
<b>1</b> – When the patient 1 (-2) out of the last 3 nights has had to lie en bed for more than 30 minutes before falling asleep.	<input type="checkbox"/>
<b>2</b> – When the patient all 3 nights has been in bed for more than 30 minutes before falling asleep.	<input type="checkbox"/>

<b>5. Middle insomnia</b> The patient wakes up one or more times between midnight and 5 a.m. (if for voiding purpose followed by immediate sleep rate 0).	
<b>0</b> – Absent	<input type="checkbox"/>
<b>1</b> – Once or twice during the last 3 nights.	<input type="checkbox"/>
<b>2</b> – At least once every night.	<input type="checkbox"/>

<b>6. Delayed insomnia = Premature awakening</b> The patient wakes up before planned by himself or his surroundings.	
<b>0</b> – Absent	<input type="checkbox"/>
<b>1</b> – Less than 1 hour (and may fall asleep again).	<input type="checkbox"/>
<b>2</b> – Constantly – or more than 1 hour too early.	<input type="checkbox"/>

<p><b>7. Work and interests</b> This item includes both work carried out and motivation. Note, however, that the assessment of tiredness and fatigue in their physical manifestations is included in item 13 (general somatic symptoms) and in item 23 (tiredness and pain).</p>	
<p><b>A. At first rating of the patient</b></p>	
0 – Normal work activity.	<input type="checkbox"/>
1 – When the patient expresses insufficiency due to lack of motivation, and/or trouble in carrying out the usual workload, which the patient, however, manages to do without reduction.	<input type="checkbox"/>
2 – More pronounced insufficiency due to lack of motivation and/or trouble in carrying out the usual work. Here the patient has reduced work capacity, cannot keep normal speed, copes with less job or in the home; the patient may stay home some days or may try to leave early.	<input type="checkbox"/>
3 – When the patient has been sick-listed, or if the patient has been hospitalized (as day-activities).	<input type="checkbox"/>
4 – When the patient is fully hospitalized and generally unoccupied without participation in the ward activities.	<input type="checkbox"/>
<p><b>B. At weekly ratings</b></p>	
0 – Normal work activity. a) The patient has resumed work at his/her normal activity level. b) When the patient will have no trouble to resume normal work.	<input type="checkbox"/>
1 a) The patient is working, but at a reduced activity level, either due to lack of motivation or due to difficulties in the accomplishment of his normal work. b) The patient is not working and it is still doubtful that he can resume his normal work without difficulties.	<input type="checkbox"/>
2 – The patient is working, but at a clearly reduced level, either due to episodes of non-attendance or due to reduced work time. The patient is still hospitalized or sick-listed, participates more than 3-4 hours per days in ward (or home) activities, but is only capable to resume normal work at a reduced level. If hospitalized the patient is able to change from full stay to day-patient status.	<input type="checkbox"/>
3 – When the patient has been sick-listed, or if the patient has been hospitalized (as day-activities).	<input type="checkbox"/>
4 – When the patient is fully hospitalized and generally unoccupied without participation in the ward activities.	<input type="checkbox"/>

<b>8. Retardation (general)</b>	
<b>0</b> – Normal verbal activity, normal motor activity with adequate facial expression.	<input type="checkbox"/>
<b>1</b> – Conversational speed doubtfully or slightly reduced and facial expression doubtfully or slightly stiffened (retarded).	<input type="checkbox"/>
<b>2</b> – Conversational speed clearly reduced with intermissions; reduced gestures and slow pace.	<input type="checkbox"/>
<b>3</b> – The interview is clearly prolonged due to long latencies and brief answers; all movements were slow.	<input type="checkbox"/>
<b>4</b> – The interview cannot be completed, retardation approaches (and includes) stupor.	<input type="checkbox"/>

<b>9. Agitation</b>	
<b>0</b> – Normal motor activity with adequate facial expression.	<input type="checkbox"/>
<b>1</b> – Doubtful or slight agitation. E.g. tendency to changing position in chair or at times scratching his head.	<input type="checkbox"/>
<b>2</b> – Fidgeting; wringing hands, changing position in chair again and again. Restless in ward, with some pacing.	<input type="checkbox"/>
<b>3</b> – Patient cannot stay in chair during interview and/or much pacing in ward.	<input type="checkbox"/>
<b>4</b> – Interview has to be conducted “on the run”. Almost continuous pacing. Pulling off clothes, tearing his hair.	<input type="checkbox"/>

<p><b>10. Anxiety (psychic)</b>  This item includes tenseness, irritability, worry insecurity, fear and apprehension approaching overpowering dread. It may often be difficult to distinguish between the patient's experience of anxiety ("psychic" or "central" anxiety phenomena) and the physiological ("peripheral") anxiety manifestations, which can be observed, e.g., hand tremor and sweating. Most important is the patient's report on worry, insecurity, uncertainty, and experiences of dreadfulness i.e. the psychic ("central") anxiety.</p>	
<b>0</b> – The patient is neither more nor less insecure or irritable than usual.	<input type="checkbox"/>
<b>1</b> – It is doubtful whether the patient is more insecure or irritable than usual.	<input type="checkbox"/>
<b>2</b> – The patient expresses more clearly to be in a state of anxiety, apprehension or irritability, which he may find difficult to control. It is thus without influence on the patient's daily life, because the worrying is still about minor matters.	<input type="checkbox"/>
<b>3</b> – The anxiety or insecurity is at times more difficult to control, because the worrying is about major injuries or harms, which might occur in the future. E.g.: the anxiety may be experienced as panic, i.e. overpowering dread. Has occasionally interfered with the patient's daily life.	<input type="checkbox"/>
<b>4</b> – The feeling of dreadfulness is present so often that it markedly interferes with the patient's daily life.	<input type="checkbox"/>

<p><b>11. Anxiety (somatic)</b>  This item includes physiological concomitants of anxiety: All feeling states should be rated under item 10 and not here.</p>	
<b>0</b> – When the patient is neither more nor less prone than usual to experience somatic concomitants of anxiety feeling states.	<input type="checkbox"/>
<b>1</b> – When the patient occasionally experiences slight manifestations like abdominal symptoms, sweating or trembling. However, the description is vague and doubtful.	<input type="checkbox"/>
<b>2</b> – When the patient from time to time experiences abdominal symptoms, sweating trembling etc. Symptoms and signs are clearly described, but are not marked or incapacitating, i.e. still without influence on the patient's daily life.	<input type="checkbox"/>
<b>3</b> – Physiological concomitants of anxious feeling states are marked and sometimes very worrying. Interfere occasionally with the patient's daily life.	<input type="checkbox"/>
<b>4</b> – The feeling of dreadfulness is present so often that it markedly interferes with the patient's daily life.	<input type="checkbox"/>

<b>12. Gastro-Intestinal</b> Symptoms may stem from the entire gastro-intestinal tract. Dry mouth, loss of appetite, and constipation are more common than abdominal cramps and pains. Must be distinguished from gastro-intestinal anxiety symptoms (“butterflies in the stomach”) or loose bowel movements) and also from nihilistic ideas (no bowel movements for weeks or months; the intestines have withered away) which should be rated under 15 (Hypochondriasis).	
<b>0</b> – No gastro-intestinal complaints (or symptoms unchanged from before onset of depression).	<input type="checkbox"/>
<b>1</b> – Eats without encouragement by staff, and food intake is about normal, but without relish (all dishes taste alike and cigarettes are without flavour). Sometimes constipated.	<input type="checkbox"/>
<b>2</b> – Food intake reduced, patient has to be urged to eat. As a rule clearly constipated. Laxatives are often tried, but are of little help.	<input type="checkbox"/>

<b>13. General Somatic</b> Central is feelings of fatigue and exhaustion, loss of energy. But also diffuse muscular aching and pains in neck, back or limbs, e.g. muscular headache.	
<b>0</b> – The patient is neither more nor less tired or troubled by bodily discomfort than usual.	<input type="checkbox"/>
<b>1</b> – Doubtful or very vague feelings of muscular fatigue or other somatic discomfort.	<input type="checkbox"/>
<b>2</b> – Clearly or constantly tired and exhausted, and/or troubled by bodily discomforts, e.g. muscular headache.	<input type="checkbox"/>

<b>14. Sexual Interests</b> This subject I often difficult to approach, especially with elderly patients. In males try to ask questions concerning sexual preoccupation and drive, in females responsiveness (both to engage in sexual activity and to obtain satisfaction in intercourse).	
<b>0</b> – Not unusual.	<input type="checkbox"/>
<b>1</b> – Doubtful or mild reduction in sexual interest and enjoyment.	<input type="checkbox"/>
<b>2</b> – Clear loss of sexual appetite often functional impotence in men and lack of arousal or plain disgust in women.	<input type="checkbox"/>

<b>15. Hypochondriasis</b> Preoccupation with bodily symptoms or functions (in the absence of somatic disease).	
<b>0</b> – The patient pays no more interest than usual to the slight bodily sensations of every day life.	<input type="checkbox"/>
<b>1</b> – Slightly or doubtfully more occupied than usual with bodily symptoms and functions.	<input type="checkbox"/>
<b>2</b> – Quite worried about his physical health. The patient expresses thoughts of organic disease with a tendency to “somatise” the clinical presentation.	<input type="checkbox"/>
<b>3</b> – The patient is convinced to suffer from a physical illness, which can explain all his symptoms (brain tumour, abdominal cancer, etc.), but the patient can for a brief while be reassured that this is not the case.	<input type="checkbox"/>
<b>4</b> – The preoccupation with bodily dysfunction has clearly reached paranoid dimensions. The hypochondriacal delusions often have a nihilistic quality or guilt associations: to be rotting inside; insects eating the tissues; bowels blocked and withered away, other patients are being infected by the patient’s bad odour or his syphilis. Counter-argumentation is without effect.	<input type="checkbox"/>

<b>16. Loss of insight</b> This item has, of course, only meaning if the observer is convinced that the patient at the interview still is in a depressive state.	
<b>0</b> – The patient agrees to have depressive symptoms or a “nervous” illness.	<input type="checkbox"/>
<b>1</b> – The patient still agrees to being depressed, but feels this to be secondary to non-illness related conditions like malnutrition, climate, overwork.	<input type="checkbox"/>
<b>2</b> – Denies being ill at all. Delusional patients are by definition without insight. Enquiries should therefore be directed to the patient’s attitude to his symptoms of Guilt (item 2) or Hypochondriasis (item 15), but other delusional symptoms should also be considered.	<input type="checkbox"/>

<b>17. Weight loss</b>	
Try to get objective information; if such is not available be conservative in estimation.	
<b>A. At first interview this item covers the whole actual period of illness</b>	
<b>0</b> – No weight loss.	<input type="checkbox"/>
<b>1</b> – 1-2.5 kg weight loss.	<input type="checkbox"/>
<b>2</b> – Weight loss of 3 kg or more.	<input type="checkbox"/>
<b>B. At weekly interviews</b>	
<b>0</b> – No weight loss.	<input type="checkbox"/>
<b>1</b> – ½ kg pr week.	<input type="checkbox"/>
<b>2</b> – 1 kg or more per week.	<input type="checkbox"/>

ANEXO H  
MINI INVENTÁRIO INTERNACIONAL DE NEUROPSIQUIATRIA

**M.I.N.I.**

**MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW**

**English Version 5.0.0**

**DSM-IV**

USA: **D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan**  
University of South Florida - Tampa

FRANCE: **Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L. I. Bonora, J. P. Lépine**  
Hôpital de la Salpêtrière - Paris

© Copyright 1992-2006 Sheehan DV & Lecrubier Y

**All rights reserved. No part of this document may be reproduced or transmitted in any form, or by any means, electronic or mechanical, including photocopying, or by any information storage or retrieval system, without permission in writing from Dr. Sheehan or Dr. Lecrubier. Researchers and clinicians working in nonprofit or publicly owned settings (including universities, nonprofit hospitals, and government institutions) may make copies of a M.I.N.I. instrument for their own clinical and research use.**

**DISCLAIMER**

Our aim is to assist in the assessment and tracking of patients with greater efficiency and accuracy. Before action is taken on any data collected and processed by this program, it should be reviewed and interpreted by a licensed clinician.

This program is not designed or intended to be used in the place of a full medical and psychiatric evaluation by a qualified licensed physician – psychiatrist. It is intended only as a tool to facilitate accurate data collection and processing of symptoms elicited by trained personnel.

**M.I.N.I. 5.0.0 (July 1, 2006)**

<b>Patient Name:</b>	_____	<b>Patient Number:</b>	_____
<b>Date of Birth:</b>	_____	<b>Time Interview Began:</b>	_____
<b>Interviewer's Name:</b>	_____	<b>Time Interview Ended:</b>	_____
<b>Date of Interview:</b>	_____	<b>Total Time:</b>	_____

	MODULES	TIME FRAME	MEETS CRITERIA	DSM-IV	ICD-10	
A	MAJOR DEPRESSIVE EPISODE	Current (2 weeks) Recurrent	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Single 296.30-296.36 Recurrent	F32.x F33.x	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	MDE WITH MELANCHOLIC FEATURES Optional	Current (2 weeks)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Single 296.30-296.36 Recurrent	F32.x F33.x	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B	DYSTHYMIA	Current (Past 2 years)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1	<input type="checkbox"/>
C	SUICIDALITY	Current (Past Month) Risk: <input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Medium <input type="checkbox"/> High	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
D	MANIC EPISODE	Current Past	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9	<input type="checkbox"/>
	HYPOMANIC EPISODE	Current Past	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0	<input type="checkbox"/>
E	PANIC DISORDER	Current (Past Month) Lifetime	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0	<input type="checkbox"/>
F	AGORAPHOBIA	Current	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00	<input type="checkbox"/>
G	SOCIAL PHOBIA (Social Anxiety Disorder)	Current (Past Month)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1	<input type="checkbox"/>
H	OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER	Current (Past Month)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8	<input type="checkbox"/>
I	POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER	Current (Past Month)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1	<input type="checkbox"/>
J	ALCOHOL DEPENDENCE	Past 12 Months	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x	<input type="checkbox"/>
	ALCOHOL ABUSE	Past 12 Months	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1	<input type="checkbox"/>
K	SUBSTANCE DEPENDENCE (Non-alcohol)	Past 12 Months	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1	<input type="checkbox"/>
	SUBSTANCE ABUSE (Non-alcohol)	Past 12 Months	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1	<input type="checkbox"/>
L	PSYCHOTIC DISORDERS	Lifetime Current	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1/ 297.3/293.81/293.82/ 293.89/298.8/298.9	F20.xx-F29	<input type="checkbox"/>
	MOOD DISORDER WITH PSYCHOTIC FEATURES	Lifetime Current	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	296.24/296.34/296.44 296.24/296.34/296.44	F32.3/F33.3/ <input type="checkbox"/> F30.2/F31.2/F31.5 F31.8/F31.9/F39 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M	ANOREXIA NERVOSA	Current (Past 3 Months)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0	<input type="checkbox"/>
N	BULIMIA NERVOSA	Current (Past 3 Months)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2	<input type="checkbox"/>
	ANOREXIA NERVOSA, BINGE EATING/PURGING TYPE	Current	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0	<input type="checkbox"/>
O	GENERALIZED ANXIETY DISORDER	Current (Past 6 Months)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1	<input type="checkbox"/>
P	ANTISOCIAL PERSONALITY DISORDER Optional	Lifetime	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2	<input type="checkbox"/>

Which problem troubles you the most? Indicate your response by checking the appropriate check box(es). \_\_\_\_\_ ↑

## GENERAL INSTRUCTIONS

---

The M.I.N.I. was designed as a brief structured interview for the major Axis I psychiatric disorders in DSM-IV and ICD-10. Validation and reliability studies have been done comparing the M.I.N.I. to the SCID-P for DSM-III-R and the CIDI (a structured interview developed by the World Health Organization for lay interviewers for ICD-10). The results of these studies show that the M.I.N.I. has acceptably high validation and reliability scores, but can be administered in a much shorter period of time (mean 18.7 ± 11.6 minutes, median 15 minutes) than the above referenced instruments. It can be used by clinicians, after a brief training session. Lay interviewers require more extensive training.

### INTERVIEW:

In order to keep the interview as brief as possible, inform the patient that you will conduct a clinical interview that is more structured than usual, with very precise questions about psychological problems which require a yes or no answer.

### GENERAL FORMAT:

The M.I.N.I. is divided into **modules** identified by letters, each corresponding to a diagnostic category.

- At the beginning of each diagnostic module (except for psychotic disorders module), screening question(s) corresponding to the main criteria of the disorder are presented in a **gray box**.
- At the end of each module, diagnostic box(es) permit the clinician to indicate whether diagnostic criteria are met.

### CONVENTIONS:

*Sentences written in « normal font »* should be read exactly as written to the patient in order to standardize the assessment of diagnostic criteria.

*Sentences written in « CAPITALS »* should not be read to the patient. They are instructions for the interviewer to assist in the scoring of the diagnostic algorithms.

*Sentences written in « bold »* indicate the time frame being investigated. The interviewer should read them as often as necessary. Only symptoms occurring during the time frame indicated should be considered in scoring the responses.

*Answers with an arrow above them (➡)* indicate that one of the criteria necessary for the diagnosis(es) is not met. In this case, the interviewer should go to the end of the module, circle « **NO** » in all the diagnostic boxes and move to the next module.

When terms are separated by a *slash (/)* the interviewer should read only those symptoms known to be present in the patient (for example, question H6).

*Phrases in (parentheses)* are clinical examples of the symptom. These may be read to the patient to clarify the question.

### RATING INSTRUCTIONS:

All questions must be rated. The rating is done at the right of each question by circling either Yes or No. Clinical judgment by the rater should be used in coding the responses. The rater should ask for examples when necessary, to ensure accurate coding. The patient should be encouraged to ask for clarification on any question that is not absolutely clear.

The clinician should be sure that each dimension of the question is taken into account by the patient (for example, time frame, frequency, severity, and/or alternatives).

Symptoms better accounted for by an organic cause or by the use of alcohol or drugs should not be coded positive in the M.I.N.I. The M.I.N.I. Plus has questions that investigate these issues.

---

For any questions, suggestions, need for a training session, or information about updates of the M.I.N.I., please contact :

David V Sheehan, M.D., M.B.A.  
University of South Florida College of Medicine  
3515 East Fletcher Avenue  
Tampa, FL USA 33613-4788  
tel : +1 813 974 4544; fax : +1 813 974 4575  
e-mail : dsheehan@hsc.usf.edu

Yves Lecrubier, M.D. / Thierry Hergueta, M.S.  
INSERM U302  
Hôpital de la Salpêtrière  
47, boulevard de l'Hôpital  
F. 75651 PARIS, FRANCE  
tel : +33 (0) 1 42 16 16 59; fax : +33 (0) 1 45 85 28 00  
e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

## A. MAJOR DEPRESSIVE EPISODE

(➡ MEANS : GO TO THE DIAGNOSTIC BOXES, CIRCLE NO IN ALL DIAGNOSTIC BOXES, AND MOVE TO THE NEXT MODULE)

A1	Have you been consistently depressed or down, most of the day, nearly every day, for the past two weeks?	NO	YES
A2	In the past two weeks, have you been much less interested in most things or much less able to enjoy the things you used to enjoy most of the time?	NO	YES
	IS A1 OR A2 CODED YES?	➡ NO	YES

### A3 Over the past two weeks, when you felt depressed or uninterested:

- |   |   |    |       |
|---|---|----|-------|
| a | Was your appetite decreased or increased nearly every day? Did your weight decrease or increase without trying intentionally (i.e., by $\pm 5\%$ of body weight or $\pm 8$ lbs. or $\pm 3.5$ kgs., for a 160 lb./70 kg. person in a month)?<br><small>IF YES TO EITHER, CODE YES.</small> | NO | YES * |
| b | Did you have trouble sleeping nearly every night (difficulty falling asleep, waking up in the middle of the night, early morning wakening or sleeping excessively)?   | NO | YES   |
| c | Did you talk or move more slowly than normal or were you fidgety, restless or having trouble sitting still almost every day?  | NO | YES * |
| d | Did you feel tired or without energy almost every day?  | NO | YES   |
| e | Did you feel worthless or guilty almost every day?  | NO | YES   |
| f | Did you have difficulty concentrating or making decisions almost every day?   | NO | YES   |
| g | Did you repeatedly consider hurting yourself, feel suicidal, or wish that you were dead?  | NO | YES   |

ARE 5 OR MORE ANSWERS (A1-A3) CODED YES?

NO	YES *
<b>MAJOR DEPRESSIVE EPISODE, CURRENT</b>	

IF PATIENT HAS CURRENT MAJOR DEPRESSIVE EPISODE CONTINUE TO A4, OTHERWISE MOVE TO MODULE B:

- |      |   |         |     |
|------|---|---------|-----|
| A4 a | During your lifetime, did you have other episodes of two weeks or more when you felt depressed or uninterested in most things, and had most of the problems we just talked about? | ➡<br>NO | YES |
|------|---|---------|-----|

- b In between 2 episodes of depression, did you ever have an interval of at least 2 months, without any depression and any loss of interest?

NO	YES
<b>MAJOR DEPRESSIVE EPISODE, RECURRENT</b>	

\* If patient has Major Depressive Episode, Current, use this information in coding the corresponding questions on page 5 (A6d, A6e).

**MAJOR DEPRESSIVE EPISODE WITH MELANCHOLIC FEATURES (optional)**

(➡ MEANS : GO TO THE DIAGNOSTIC BOX, CIRCLE NO, AND MOVE TO THE NEXT MODULE)

IF THE PATIENT CODES POSITIVE FOR A CURRENT MAJOR DEPRESSIVE EPISODE (A3 = YES), EXPLORE THE FOLLOWING:

A5	a	During the most severe period of the current depressive episode, did you lose almost completely your ability to enjoy nearly everything?	NO	YES
	b	During the most severe period of the current depressive episode, did you lose your ability to respond to things that previously gave you pleasure, or cheered you up? <b>IF NO:</b> When something good happens does it fail to make you feel better, even temporarily?	NO	YES
		IS EITHER <b>A5a</b> OR <b>A5b</b> CODED YES?	➡ NO	YES

**A6 Over the past two week period, when you felt depressed and uninterested:**

a	Did you feel depressed in a way that is different from the kind of feeling you experience when someone close to you dies?	NO	YES
b	Did you feel regularly worse in the morning, almost every day?	NO	YES
c	Did you wake up at least 2 hours before the usual time of awakening and have difficulty getting back to sleep, almost every day?	NO	YES
d	IS <b>A3c</b> CODED YES (PSYCHOMOTOR RETARDATION OR AGITATION)?	NO	YES
e	IS <b>A3a</b> CODED YES FOR ANOREXIA OR WEIGHT LOSS?	NO	YES
f	Did you feel excessive guilt or guilt out of proportion to the reality of the situation?	NO	YES

ARE 3 OR MORE A6 ANSWERS CODED YES?

NO YES

***Major Depressive Episode  
with  
Melancholic Features  
Current***

**B. DYSTHYMIA**

(➡ MEANS : GO TO THE DIAGNOSTIC BOX, CIRCLE NO, AND MOVE TO THE NEXT MODULE)

IF PATIENT'S SYMPTOMS CURRENTLY MEET CRITERIA FOR MAJOR DEPRESSIVE EPISODE, DO NOT EXPLORE THIS MODULE.

B1	Have you felt sad, low or depressed most of the time for the last two years?	➡ NO	YES
B2	Was this period interrupted by your feeling OK for two months or more?	NO	➡ YES
B3	<b>During this period of feeling depressed most of the time:</b>		
a	Did your appetite change significantly?	NO	YES
b	Did you have trouble sleeping or sleep excessively?	NO	YES
c	Did you feel tired or without energy?	NO	YES
d	Did you lose your self-confidence?	NO	YES
e	Did you have trouble concentrating or making decisions?	NO	YES
f	Did you feel hopeless?	NO	YES
	ARE 2 OR MORE B3 ANSWERS CODED YES?	➡ NO	YES

B4 Did the symptoms of depression cause you significant distress or impair your ability to function at work, socially, or in some other important way?

NO	YES
<b>DYSTHYMIA CURRENT</b>	

**C. SUICIDALITY**

**In the past month did you:**

		NO	YES	Points
C1	Suffer any accident? IF NO TO C1, SKIP TO C2; IF YES, ASK C1a.:			0
C1a	Plan or intend to hurt yourself in that accident either passively or actively? IF NO TO C1a, SKIP TO C2; IF YES, ASK C1b.:			0
C1b	Did you intend to die as a result of this accident?			0
C2	Think that you would be better off dead or wish you were dead?			1
C3	Want to harm yourself or to hurt or to injure yourself?			2
C4	Think about suicide?			6

IF YES, ASK ABOUT THE INTENSITY AND FREQUENCY OF THE SUICIDAL IDEATION:

Frequency		Intensity	
Occasionally	<input type="checkbox"/>	Mild	<input type="checkbox"/>
Often	<input type="checkbox"/>	Moderate	<input type="checkbox"/>
Very often	<input type="checkbox"/>	Severe	<input type="checkbox"/>

Can you control these impulses and state that you will not act on them while in this program?

Only score 8 points if response is NO. NO YES 8

C5	Have a suicide plan?	NO	YES	8
C6	Take any active steps to prepare to injure yourself or to prepare for a suicide attempt in which you expected or intended to die?	NO	YES	9
C7	Deliberately injure yourself without intending to kill yourself?	NO	YES	4
C8	Attempt suicide? Hoped to be rescued / survive <input type="checkbox"/> Expected / intended to die <input type="checkbox"/>	NO	YES	10

**In your lifetime:**

C9	Did you ever make a suicide attempt?	NO	YES	4
----	--------------------------------------	----	-----	---

IS AT LEAST 1 OF THE ABOVE (EXCEPT C1) CODED YES?

IF YES, ADD THE TOTAL NUMBER OF POINTS FOR THE ANSWERS (C1-C9) CHECKED 'YES' AND SPECIFY THE LEVEL OF SUICIDE RISK AS INDICATED IN THE DIAGNOSTIC BOX:

MAKE ANY ADDITIONAL COMMENTS ABOUT YOUR ASSESSMENT OF THIS PATIENT'S CURRENT AND NEAR FUTURE SUICIDE RISK IN THE SPACE BELOW:

NO	YES
<b>SUICIDE RISK CURRENT</b>	
1-8 points Low	<input type="checkbox"/>
9-16 points Moderate	<input type="checkbox"/>
≥ 17 points High	<input type="checkbox"/>

## D. (HYPO) MANIC EPISODE

(➔ MEANS : GO TO THE DIAGNOSTIC BOXES, CIRCLE NO IN ALL DIAGNOSTIC BOXES, AND MOVE TO THE NEXT MODULE)

D1	a	Have you <b>ever</b> had a period of time when you were feeling 'up' or 'high' or 'hyper' or so full of energy or full of yourself that you got into trouble, or that other people thought you were not your usual self? (Do not consider times when you were intoxicated on drugs or alcohol.)	NO	YES
<p>IF PATIENT IS PUZZLED OR UNCLEAR ABOUT WHAT YOU MEAN BY 'UP' OR 'HIGH' OR 'HYPER', CLARIFY AS FOLLOWS: By 'up' or 'high' or 'hyper' I mean: having elated mood; increased energy; needing less sleep; having rapid thoughts; being full of ideas; having an increase in productivity, motivation, creativity, or impulsive behavior.</p> <p>IF NO, CODE NO TO <b>D1b</b>: IF YES ASK:</p>				
	b	Are you currently feeling 'up' or 'high' or 'hyper' or full of energy?	NO	YES
D2	a	Have you <b>ever</b> been persistently irritable, for several days, so that you had arguments or verbal or physical fights, or shouted at people outside your family? Have you or others noticed that you have been more irritable or over reacted, compared to other people, even in situations that you felt were justified?	NO	YES
<p>IF NO, CODE NO TO <b>D2b</b>: IF YES ASK:</p>				
	b	Are you currently feeling persistently irritable?	NO	YES
<p>IS <b>D1a</b> OR <b>D2a</b> CODED YES?</p>			NO	YES

D3 IF **D1b** OR **D2b** = YES: EXPLORE THE CURRENT AND THE MOST SYMPTOMATIC PAST EPISODE, OTHERWISE IF **D1b** AND **D2b** = NO: EXPLORE ONLY THE MOST SYMPTOMATIC PAST EPISODE

**During the times when you felt high, full of energy, or irritable did you:**

	Current Episode		Past Episode		
a	Feel that you could do things others couldn't do, or that you were an especially important person? IF YES, ASK FOR EXAMPLES. THE EXAMPLES ARE CONSISTENT WITH A DELUSIONAL IDEA. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	NO	YES	NO	YES
b	Need less sleep (for example, feel rested after only a few hours sleep)?	NO	YES	NO	YES
c	Talk too much without stopping, or so fast that people had difficulty understanding?	NO	YES	NO	YES
d	Have racing thoughts?	NO	YES	NO	YES
e	Become easily distracted so that any little interruption could distract you?	NO	YES	NO	YES
f	Become so active or physically restless that others were worried about you?	NO	YES	NO	YES
g	Want so much to engage in pleasurable activities that you ignored the risks or consequences (for example, spending sprees, reckless driving, or sexual indiscretions)?	NO	YES	NO	YES

		Current Episode		Past Episode	
<p><b>D3 (SUMMARY): ARE 3 OR MORE D3 ANSWERS CODED YES</b>                      (OR 4 OR MORE IF <b>D1a</b> IS <b>NO</b> (IN RATING PAST EPISODE) AND <b>D1b</b> IS <b>NO</b> (IN RATING CURRENT EPISODE)?                      RULE: ELATION/EXPANSIVENESS REQUIRES ONLY THREE D3 SYMPTOMS WHILE                      IRRITABLE MOOD ALONE REQUIRES 4 OF THE <b>D3</b> SYMPTOMS.</p> <p>VERIFY IF THE SYMPTOMS OCCURRED DURING THE SAME TIME PERIOD.</p>	NO	YES	➔	NO	YES
<p><b>D4</b> Did these symptoms last at least a week <b>and</b> cause significant problems at home, at work, socially, or at school, <b>or</b> were you hospitalized for these problems?</p>	NO	YES	↓	NO	YES
<p>THE EPISODE EXPLORED WAS A:</p>	<input type="checkbox"/> <i>HYPOMANIC EPISODE</i>	<input type="checkbox"/> <i>MANIC EPISODE</i>	↓	<input type="checkbox"/> <i>HYPOMANIC EPISODE</i>	<input type="checkbox"/> <i>MANIC EPISODE</i>

IS **D4** CODED **NO**?

SPECIFY IF THE EPISODE IS CURRENT OR PAST.

<b>NO</b>	<b>YES</b>
<b><i>HYPOMANIC EPISODE</i></b>	
CURRENT	<input type="checkbox"/>
PAST	<input type="checkbox"/>

IS **D4** CODED **YES**?

SPECIFY IF THE EPISODE IS CURRENT OR PAST.

<b>NO</b>	<b>YES</b>
<b><i>MANIC EPISODE</i></b>	
CURRENT	<input type="checkbox"/>
PAST	<input type="checkbox"/>

## E. PANIC DISORDER

(➡ MEANS : CIRCLE NO IN E5, E6 AND E7 AND SKIP TO F1)

E1	a	Have you, on more than one occasion, had spells or attacks when you <b>suddenly</b> felt anxious, frightened, uncomfortable or uneasy, even in situations where most people would not feel that way?	➡ NO	YES
	b	Did the spells surge to a peak within 10 minutes of starting?	➡ NO	YES
E2		At any time in the past, did any of those spells or attacks come on unexpectedly or occur in an unpredictable or unprovoked manner?	➡ NO	YES
E3		Have you ever had one such attack followed by a month or more of persistent concern about having another attack, or worries about the consequences of the attack or did you make a significant change in your behavior because of the attacks (e.g., shopping only with a companion, not wanting to leave your house, visiting the emergency room repeatedly, or seeing your doctor more frequently because of the symptoms)?	NO	YES
E4		<b>During the worst spell that you can remember:</b>		
	a	Did you have skipping, racing or pounding of your heart?	NO	YES
	b	Did you have sweating or clammy hands?	NO	YES
	c	Were you trembling or shaking?	NO	YES
	d	Did you have shortness of breath or difficulty breathing?	NO	YES
	e	Did you have a choking sensation or a lump in your throat?	NO	YES
	f	Did you have chest pain, pressure or discomfort?	NO	YES
	g	Did you have nausea, stomach problems or sudden diarrhea?	NO	YES
	h	Did you feel dizzy, unsteady, lightheaded or faint?	NO	YES
	i	Did things around you feel strange, unreal, detached or unfamiliar, or did you feel outside of or detached from part or all of your body?	NO	YES
	j	Did you fear that you were losing control or going crazy?	NO	YES
	k	Did you fear that you were dying?	NO	YES
	l	Did you have tingling or numbness in parts of your body?	NO	YES
	m	Did you have hot flushes or chills?	NO	YES
E5		ARE BOTH <b>E3</b> , AND <b>4</b> OR MORE <b>E4</b> ANSWERS, CODED <b>YES</b> ?  IF YES TO E5, SKIP TO E7.	NO	YES <i>PANIC DISORDER LIFETIME</i>
E6		IF <b>E5</b> = <b>NO</b> , ARE ANY E4 ANSWERS CODED <b>YES</b> ?  THEN SKIP TO <b>F1</b> .	NO	YES <i>LIMITED SYMPTOM ATTACKS LIFETIME</i>
E7		In the past month, did you have such attacks repeatedly (2 or more) followed by persistent concern about having another attack?	NO	YES <i>PANIC DISORDER CURRENT</i>

**F. AGORAPHOBIA**

F1	Do you feel anxious or uneasy in places or situations where you might have a panic attack or the panic-like symptoms we just spoke about, or where help might not be available or escape might be difficult: like being in a crowd, standing in a line (queue), when you are alone away from home or alone at home, or when crossing a bridge, traveling in a bus, train or car?	NO	YES
----	--	----	-----

IF **F1** = **NO**, CIRCLE **NO** IN **F2**.

F2	Do you fear these situations so much that you avoid them, or suffer through them, or need a companion to face them?	NO	YES <small>AGORAPHOBIA CURRENT</small>
----	---	----	---

IS **F2** (CURRENT AGORAPHOBIA) CODED **NO**  
and  
IS **E7** (CURRENT PANIC DISORDER) CODED **YES**?

NO	YES
<b>PANIC DISORDER without Agoraphobia CURRENT</b>	

IS **F2** (CURRENT AGORAPHOBIA) CODED **YES**  
and  
IS **E7** (CURRENT PANIC DISORDER) CODED **YES**?

NO	YES
<b>PANIC DISORDER with Agoraphobia CURRENT</b>	

IS **F2** (CURRENT AGORAPHOBIA) CODED **YES**  
and  
IS **E5** (PANIC DISORDER LIFETIME) CODED **NO**?

NO	YES
<b>AGORAPHOBIA, CURRENT without history of Panic Disorder</b>	

**G. SOCIAL PHOBIA (Social Anxiety Disorder)**

(➡ MEANS : GO TO THE DIAGNOSTIC BOX, CIRCLE NO AND MOVE TO THE NEXT MODULE)

G1	In the past month, were you fearful or embarrassed being watched, being the focus of attention, or fearful of being humiliated? This includes things like speaking in public, eating in public or with others, writing while someone watches, or being in social situations.	➡ NO	YES
----	--	---------	-----

G2	Is this social fear excessive or unreasonable?	➡ NO	YES
----	--	---------	-----

G3	Do you fear these social situations so much that you avoid them or suffer through them?	➡ NO	YES
----	---	---------	-----

G4	Do these social fears disrupt your normal work or social functioning or cause you significant distress?		
----	---	--	--

**SUBTYPES**

Do you fear and avoid 4 or more social situations?

If YES      Generalized social phobia (social anxiety disorder)

If NO      Non-generalized social phobia (social anxiety disorder)

NOTE TO INTERVIEWER: PLEASE ASSESS WHETHER THE SUBJECT'S FEARS ARE RESTRICTED TO NON-GENERALIZED ("ONLY 1 OR SEVERAL") SOCIAL SITUATIONS OR EXTEND TO GENERALIZED ("MOST") SOCIAL SITUATIONS. "MOST" SOCIAL SITUATIONS IS USUALLY OPERATIONALIZED TO MEAN 4 OR MORE SOCIAL SITUATIONS, ALTHOUGH THE DSM-IV DOES NOT EXPLICITLY STATE THIS.

EXAMPLES OF SUCH SOCIAL SITUATIONSTYPICALLY INCLUDE INITIATING OR MAINTAINING A CONVERSATION, PARTICIPATING IN SMALL GROUPS, DATING, SPEAKING TO AUTHORITY FIGURES, ATTENDING PARTIES, PUBLIC SPEAKING, EATING IN FRONT OF OTHERS, URINATING IN A PUBLIC WASHROOM, ETC.

<b>NO</b>	<b>YES</b>
<b><i>SOCIAL PHOBIA</i></b> <i>(Social Anxiety Disorder)</i>	
<b>CURRENT</b>	
GENERALIZED	<input type="checkbox"/>
NON-GENERALIZED	<input type="checkbox"/>



## I. POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER (optional)

➡ MEANS : GO TO THE DIAGNOSTIC BOX, CIRCLE NO, AND MOVE TO THE NEXT MODULE)

I1	Have you ever experienced or witnessed or had to deal with an extremely traumatic event that included actual or threatened death or serious injury to you or someone else?	➡ NO	YES
	EXAMPLES OF TRAUMATIC EVENTS INCLUDE: SERIOUS ACCIDENTS, SEXUAL OR PHYSICAL ASSAULT, A TERRORIST ATTACK, BEING HELD HOSTAGE, KIDNAPPING, FIRE, DISCOVERING A BODY, SUDDEN DEATH OF SOMEONE CLOSE TO YOU, WAR, OR NATURAL DISASTER.		
I2	Did you respond with intense fear, helplessness or horror?	➡ NO	YES
I3	During the past month, have you re-experienced the event in a distressing way (such as, dreams, intense recollections, flashbacks or physical reactions)?	➡ NO	YES

**14 In the past month:**

- |   |   |         |     |
|---|---|---------|-----|
| a | Have you avoided thinking about or talking about the event ?                                  | NO      | YES |
| b | Have you avoided activities, places or people that remind you of the event?                   | NO      | YES |
| c | Have you had trouble recalling some important part of what happened?                          | NO      | YES |
| d | Have you become much less interested in hobbies or social activities?                         | NO      | YES |
| e | Have you felt detached or estranged from others?  | NO      | YES |
| f | Have you noticed that your feelings are numbed?   | NO      | YES |
| g | Have you felt that your life will be shortened or that you will die sooner than other people? | NO      | YES |
|   | ARE 3 OR MORE <b>I4</b> ANSWERS CODED <b>YES</b> ?  | ➡<br>NO | YES |

**15 In the past month:**

- |   |   |         |     |
|---|---|---------|-----|
| a | Have you had difficulty sleeping?                                 | NO      | YES |
| b | Were you especially irritable or did you have outbursts of anger? | NO      | YES |
| c | Have you had difficulty concentrating?                            | NO      | YES |
| d | Were you nervous or constantly on your guard?                     | NO      | YES |
| e | Were you easily startled?   | NO      | YES |
|   | ARE 2 OR MORE <b>I5</b> ANSWERS CODED <b>YES</b> ?                | ➡<br>NO | YES |

- 16** During the past month, have these problems significantly interfered with your work or social activities, or caused significant distress?

<b>NO</b>	<b>YES</b>
<b>POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER CURRENT</b>	

## J. ALCOHOL ABUSE AND DEPENDENCE

(➔ MEANS: GO TO DIAGNOSTIC BOXES, CIRCLE NO IN BOTH AND MOVE TO THE NEXT MODULE)

J1	In the past 12 months, have you had 3 or more alcoholic drinks within a 3 hour period on 3 or more occasions?	➔ NO	YES
----	---	---------	-----

**J2 In the past 12 months:**

- |   |   |    |     |
|---|---|----|-----|
| a | Did you need to drink more in order to get the same effect that you got when you first started drinking?  | NO | YES |
| b | When you cut down on drinking did your hands shake, did you sweat or feel agitated? Did you drink to avoid these symptoms or to avoid being hungover, for example, "the shakes", sweating or agitation?<br><small>IF YES TO EITHER, CODE YES.</small> | NO | YES |
| c | During the times when you drank alcohol, did you end up drinking more than you planned when you started?  | NO | YES |
| d | Have you tried to reduce or stop drinking alcohol but failed?   | NO | YES |
| e | On the days that you drank, did you spend substantial time in obtaining alcohol, drinking, or in recovering from the effects of alcohol?  | NO | YES |
| f | Did you spend less time working, enjoying hobbies, or being with others because of your drinking?   | NO | YES |
| g | Have you continued to drink even though you knew that the drinking caused you health or mental problems?  | NO | YES |

ARE 3 OR MORE J2 ANSWERS CODED YES?

\* IF YES, SKIP J3 QUESTIONS, CIRCLE N/A IN THE ABUSE BOX AND MOVE TO THE NEXT DISORDER. DEPENDENCE PREEMPTS ABUSE.

NO	YES*
<b>ALCOHOL DEPENDENCE CURRENT</b>	

**J3 In the past 12 months:**

- |   |   |    |     |
|---|---|----|-----|
| a | Have you been intoxicated, high, or hungover more than once when you had other responsibilities at school, at work, or at home? Did this cause any problems?<br><small>(CODE YES ONLY IF THIS CAUSED PROBLEMS.)</small> | NO | YES |
| b | Were you intoxicated more than once in any situation where you were physically at risk, for example, driving a car, riding a motorbike, using machinery, boating, etc.?   | NO | YES |
| c | Did you have legal problems more than once because of your drinking, for example, an arrest or disorderly conduct?  | NO | YES |
| d | Did you continue to drink even though your drinking caused problems with your family or other people?   | NO | YES |

ARE 1 OR MORE J3 ANSWERS CODED YES?

NO	N/A	YES
<b>ALCOHOL ABUSE CURRENT</b>		

## K. NON-ALCOHOL PSYCHOACTIVE SUBSTANCE USE DISORDERS

(➡ MEANS : GO TO THE DIAGNOSTIC BOXES, CIRCLE NO IN ALL DIAGNOSTIC BOXES, AND MOVE TO THE NEXT MODULE)

Now I am going to show you / read to you a list of street drugs or medicines.

- K1 a In the past 12 months, did you take any of these drugs more than once, to get high, to feel better, or to change your mood? ➡  
NO YES

CIRCLE EACH DRUG TAKEN:

**Stimulants:** amphetamines, "speed", crystal meth, "crank", "rush", Dexedrine, Ritalin, diet pills.

**Cocaine:** snorting, IV, freebase, crack, "speedball".

**Narcotics:** heroin, morphine, Dilaudid, opium, Demerol, methadone, codeine, Percodan, Darvon, OxyContin.

**Hallucinogens:** LSD ("acid"), mescaline, peyote, PCP ("angel dust", "peace pill"), psilocybin, STP, "mushrooms", "ecstasy", MDA, MDMA, or ketamine ("special K").

**Inhalants:** "glue", ethyl chloride, "rush", nitrous oxide ("laughing gas"), amyl or butyl nitrate ("poppers").

**Marijuana:** hashish ("hash"), THC, "pot", "grass", "weed", "reefer".

**Tranquilizers:** Quaalude, Seconal ("reds"), Valium, Xanax, Librium, Ativan, Dalmane, Halcion, barbiturates, Miltown, GHB, Roofinol, "Roofies".

**Miscellaneous:** steroids, nonprescription sleep or diet pills. Any others?

SPECIFY MOST USED DRUG(S): \_\_\_\_\_

- CHECK ONE BOX
- ONLY ONE DRUG / DRUG CLASS HAS BEEN USED
- ONLY THE MOST USED DRUG CLASS IS INVESTIGATED.
- EACH DRUG CLASS USED IS EXAMINED SEPARATELY (PHOTOCOPY K2 AND K3 AS NEEDED)

- b SPECIFY WHICH DRUG/DRUG CLASS WILL BE EXPLORED IN THE INTERVIEW BELOW IF THERE IS CONCURRENT OR SEQUENTIAL POLYSUBSTANCE USE: \_\_\_\_\_

K2 **Considering your use of (NAME THE DRUG / DRUG CLASS SELECTED), in the past 12 months:**

- a Have you found that you needed to use more (NAME OF DRUG / DRUG CLASS SELECTED) to get the same effect that you did when you first started taking it? NO YES
- b When you reduced or stopped using (NAME OF DRUG / DRUG CLASS SELECTED), did you have withdrawal symptoms (aches, shaking, fever, weakness, diarrhea, nausea, sweating, heart pounding, difficulty sleeping, or feeling agitated, anxious, irritable, or depressed)? Did you use any drug(s) to keep yourself from getting sick (withdrawal symptoms) or so that you would feel better? NO YES
- IF YES TO EITHER, CODE YES.
- c Have you often found that when you used (NAME OF DRUG / DRUG CLASS SELECTED), you ended up taking more than you thought you would? NO YES
- d Have you tried to reduce or stop taking (NAME OF DRUG / DRUG CLASS SELECTED) but failed? NO YES
- e On the days that you used (NAME OF DRUG / DRUG CLASS SELECTED), did you spend substantial time (>2 HOURS), obtaining, using or in recovering from the drug, or thinking about the drug? NO YES

- f Did you spend less time working, enjoying hobbies, or being with family or friends because of your drug use? NO YES
- g Have you continued to use (NAME OF DRUG / DRUG CLASS SELECTED), even though it caused you health or mental problems? NO YES

ARE **3** OR MORE **K2** ANSWERS CODED **YES**?

SPECIFY DRUG(S): \_\_\_\_\_

**\*** IF YES, SKIP **K3** QUESTIONS, CIRCLE N/A IN THE ABUSE BOX FOR THIS SUBSTANCE AND MOVE TO THE NEXT DISORDER. DEPENDENCE PREEMPTS ABUSE.

<b>NO</b>	<b>YES *</b>
<b>SUBSTANCE DEPENDENCE CURRENT</b>	

**Considering your use of (NAME THE DRUG CLASS SELECTED), in the past 12 months:**

- 3 a Have you been intoxicated, high, or hungover from (NAME OF DRUG / DRUG CLASS SELECTED) more than once, when you had other responsibilities at school, at work, or at home? Did this cause any problem? NO YES  
(CODE **YES** ONLY IF THIS CAUSED PROBLEMS.)
- b Have you been high or intoxicated from (NAME OF DRUG / DRUG CLASS SELECTED) more than once in any situation where you were physically at risk (for example, driving a car, riding a motorbike, using machinery, boating, etc.)? NO YES
- c Did you have legal problems more than once because of your drug use, for example, an arrest or disorderly conduct? NO YES
- d Did you continue to use (NAME OF DRUG / DRUG CLASS SELECTED), even though it caused problems with your family or other people? NO YES

ARE **1** OR MORE **K3** ANSWERS CODED **YES**?

SPECIFY DRUG(S): \_\_\_\_\_

<b>NO</b>	<b>N/A</b>	<b>YES</b>
<b>SUBSTANCE ABUSE CURRENT</b>		

## L. PSYCHOTIC DISORDERS AND MOOD DISORDER WITH PSYCHOTIC FEATURES

ASK FOR AN EXAMPLE OF EACH QUESTION ANSWERED POSITIVELY. CODE YES ONLY IF THE EXAMPLES CLEARLY SHOW A DISTORTION OF THOUGHT OR OF PERCEPTION OR IF THEY ARE NOT CULTURALLY APPROPRIATE. BEFORE CODING, INVESTIGATE WHETHER DELUSIONS QUALIFY AS "BIZARRE".

DELUSIONS ARE "BIZARRE" IF: CLEARLY IMPLAUSIBLE, ABSURD, NOT UNDERSTANDABLE, AND CANNOT DERIVE FROM ORDINARY LIFE EXPERIENCE.

HALLUCINATIONS ARE SCORED "BIZARRE" IF: A VOICE COMMENTS ON THE PERSON'S THOUGHTS OR BEHAVIOR, OR WHEN TWO OR MORE VOICES ARE CONVERSING WITH EACH OTHER.

			BIZARRE
Now I am going to ask you about unusual experiences that some people have.			
L1	a	Have you ever believed that people were spying on you, or that someone was plotting against you, or trying to hurt you? <small>NOTE: ASK FOR EXAMPLES TO RULE OUT ACTUAL STALKING.</small>	NO YES YES
	b	<b>IF YES OR YES BIZARRE:</b> do you currently believe these things?	NO YES YES ➔L6
L2	a	Have you ever believed that someone was reading your mind or could hear your thoughts, or that you could actually read someone's mind or hear what another person was thinking?	NO YES YES
	b	<b>IF YES OR YES BIZARRE:</b> do you currently believe these things?	NO YES YES ➔L6
L3	a	Have you ever believed that someone or some force outside of yourself put thoughts in your mind that were not your own, or made you act in a way that was not your usual self? Have you ever felt that you were possessed? <small>CLINICIAN: ASK FOR EXAMPLES AND DISCOUNT ANY THAT ARE NOT PSYCHOTIC.</small>	NO YES YES
	b	<b>IF YES OR YES BIZARRE:</b> do you currently believe these things?	NO YES YES ➔L6
L4	a	Have you ever believed that you were being sent special messages through the TV, radio, or newspaper, or that a person you did not personally know was particularly interested in you?	NO YES YES
	b	<b>IF YES OR YES BIZARRE:</b> do you currently believe these things?	NO YES YES ➔L6
L5	a	Have your relatives or friends ever considered any of your beliefs strange or unusual? <small>INTERVIEWER: ASK FOR EXAMPLES. ONLY CODE YES IF THE EXAMPLES ARE CLEARLY DELUSIONAL IDEAS NOT EXPLORED IN QUESTIONS L1 TO L4, FOR EXAMPLE, SOMATIC OR RELIGIOUS DELUSIONS OR DELUSIONS OF GRANDIOSITY, JEALOUSY, GUILT, RUIN OR DESTITUTION, ETC.</small>	NO YES YES
	b	<b>IF YES OR YES BIZARRE:</b> do they currently consider your beliefs strange?	NO YES YES
L6	a	Have you ever heard things other people couldn't hear, such as voices? <small>HALLUCINATIONS ARE SCORED "BIZARRE" ONLY IF PATIENT ANSWERS YES TO THE FOLLOWING:</small>	NO YES
		<b>IF YES:</b> Did you hear a voice commenting on your thoughts or behavior or did you hear two or more voices talking to each other?	NO YES
	b	<b>IF YES OR YES BIZARRE TO L6a:</b> have you heard these things in the past month? <small>HALLUCINATIONS ARE SCORED "BIZARRE" ONLY IF PATIENT ANSWERS YES TO THE FOLLOWING: Did you hear a voice commenting on your thoughts or behavior or did you hear two or more voices talking to each other?</small>	NO YES YES ➔L8b

L7 a Have you ever had visions when you were awake or have you ever seen things other people couldn't see? NO YES  
CLINICIAN: CHECK TO SEE IF THESE ARE CULTURALLY INAPPROPRIATE.

b **IF YES:** have you seen these things in the past month? NO YES

**CLINICIAN'S JUDGMENT**

L8 b IS THE PATIENT CURRENTLY EXHIBITING INCOHERENCE, DISORGANIZED SPEECH, OR MARKED LOOSENING OF ASSOCIATIONS? NO YES

L9 b IS THE PATIENT CURRENTLY EXHIBITING DISORGANIZED OR CATATONIC BEHAVIOR? NO YES

L10 b ARE NEGATIVE SYMPTOMS OF SCHIZOPHRENIA, E.G. SIGNIFICANT AFFECTIVE FLATTENING, POVERTY OF SPEECH (ALOGIA) OR AN INABILITY TO INITIATE OR PERSIST IN GOAL-DIRECTED ACTIVITIES (AVOLITION), PROMINENT DURING THE INTERVIEW? NO YES

L11 a ARE 1 OR MORE « a » QUESTIONS FROM L1a TO L7a CODED **YES OR YES BIZARRE** AND IS EITHER:

MAJOR DEPRESSIVE EPISODE, (CURRENT OR RECURRENT)  
**OR**  
 MANIC OR HYPOMANIC EPISODE, (CURRENT OR PAST) CODED **YES?**

NO YES  
**→L13**

IF NO TO L11 a, CIRCLE NO IN BOTH 'MOOD DISORDER WITH PSYCHOTIC FEATURES' DIAGNOSTIC BOXES AND MOVE TO L13.

b You told me earlier that you had period(s) when you felt (depressed/high/persistently irritable).

Were the beliefs and experiences you just described (SYMPTOMS CODED **YES** FROM L1a TO L7a) restricted exclusively to times when you were feeling depressed/high/irritable?

IF THE PATIENT EVER HAD A PERIOD OF AT LEAST 2 WEEKS OF HAVING THESE BELIEFS OR EXPERIENCES (PSYCHOTIC SYMPTOMS) WHEN THEY WERE NOT DEPRESSED/HIGH/IRRITABLE, CODE NO TO THIS DISORDER.

IF THE ANSWER IS NO TO THIS DISORDER, ALSO CIRCLE NO TO L12 AND MOVE TO L13

<b>NO</b>	<b>YES</b>
<b>MOOD DISORDER WITH PSYCHOTIC FEATURES</b>	
<b>LIFETIME</b>	

L12 a ARE 1 OR MORE « b » QUESTIONS FROM L1b TO L7b CODED **YES OR YES BIZARRE** AND IS EITHER:

MAJOR DEPRESSIVE EPISODE, (CURRENT)  
**OR**  
 MANIC OR HYPOMANIC EPISODE, (CURRENT) CODED **YES?**

IF THE ANSWER IS YES TO THIS DISORDER (LIFETIME OR CURRENT), CIRCLE NO TO L13 AND L14 AND MOVE TO THE NEXT MODULE.

<b>NO</b>	<b>YES</b>
<b>MOOD DISORDER WITH PSYCHOTIC FEATURES</b>	
<b>CURRENT</b>	

L13 ARE 1 OR MORE « b » QUESTIONS FROM L1b TO L6b, CODED **YES BIZARRE**?

OR

ARE 2 OR MORE « b » QUESTIONS FROM L1b TO L10b, CODED **YES** (RATHER THAN **YES BIZARRE**)?

AND DID AT LEAST TWO OF THE PSYCHOTIC SYMPTOMS OCCUR DURING THE SAME 1 MONTH PERIOD?

**NO** **YES**

***PSYCHOTIC DISORDER  
CURRENT***

L14 IS **L13** CODED **YES**

OR

ARE 1 OR MORE « a » QUESTIONS FROM L1a TO L6a, CODED **YES BIZARRE**?

OR

ARE 2 OR MORE « a » QUESTIONS FROM L1a TO L7a, CODED **YES** (RATHER THAN **YES BIZARRE**)

AND DID AT LEAST TWO OF THE PSYCHOTIC SYMPTOMS OCCUR DURING THE SAME 1 MONTH PERIOD?

**NO** **YES**

***PSYCHOTIC DISORDER  
LIFETIME***

## M. ANOREXIA NERVOSA

(➔ MEANS : GO TO THE DIAGNOSTIC BOX, CIRCLE NO, AND MOVE TO THE NEXT MODULE)

M1 a	How tall are you?	<input type="text"/> ft <input type="text"/> <input type="text"/> in.
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm.
b.	What was your lowest weight in the past 3 months?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> lbs.
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kgs.
c	IS PATIENT'S WEIGHT EQUAL TO OR BELOW THE THRESHOLD CORRESPONDING TO HIS / HER HEIGHT? (SEE TABLE BELOW)	➔ NO YES

### In the past 3 months

M2	In spite of this low weight, have you tried not to gain weight?	➔ NO YES
M3	Have you intensely feared gaining weight or becoming fat, even though you were underweight?	➔ NO YES
M4 a	Have you considered yourself too big / fat or that part of your body was too big / fat?	NO YES
b	Has your body weight or shape greatly influenced how you felt about yourself?	NO YES
c	Have you thought that your current low body weight was normal or excessive?	NO YES
M5	ARE 1 OR MORE ITEMS FROM M4 CODED YES?	➔ NO YES
M6	FOR WOMEN ONLY: During the last 3 months, did you miss all your menstrual periods when they were expected to occur (when you were not pregnant)?	➔ NO YES

FOR WOMEN: ARE M5 AND M6 CODED YES?

FOR MEN: IS M5 CODED YES?

NO	YES
<b>ANOREXIA NERVOSA CURRENT</b>	

### HEIGHT / WEIGHT TABLE CORRESPONDING TO A BMI THRESHOLD OF 17.5 KG/M<sup>2</sup>

ft/in	4'9	4'10	4'11	5'0	5'1	5'2	5'3	5'4	5'5	5'6	5'7	5'8	5'9	5'10
lbs.	81	84	87	89	92	96	99	102	105	108	112	115	118	122
cm	145	147	150	152	155	158	160	163	165	168	170	173	175	178
kgs	37	38	39	41	42	43	45	46	48	49	51	52	54	55
<b>Height/Weight</b>														
ft/in	5'11	6'0	6'1	6'2	6'3									
lbs.	125	129	132	136	140									
cm	180	183	185	188	191									

The weight thresholds above are calculated using a body mass index (BMI) equal to or below 17.5 kg/m<sup>2</sup> for the patient's height. This is the threshold guideline below which a person is deemed underweight by the DSM-IV and the ICD-10 Diagnostic Criteria for Research for Anorexia Nervosa.

### N. BULIMIA NERVOSA

(➔ MEANS : GO TO THE DIAGNOSTIC BOXES, CIRCLE NO IN ALL DIAGNOSTIC BOXES, AND MOVE TO THE NEXT MODULE)

N1	In the past three months, did you have eating binges or times when you ate a very large amount of food within a 2-hour period?	➔ NO	YES
N2	In the last 3 months, did you have eating binges as often as twice a week?	➔ NO	YES

N3	During these binges, did you feel that your eating was out of control?	➔ NO	YES
N4	Did you do anything to compensate for, or to prevent a weight gain from these binges, like vomiting, fasting, exercising or taking laxatives, enemas, diuretics (fluid pills), or other medications?	➔ NO	YES
N5	Does your body weight or shape greatly influence how you feel about yourself?	➔ NO	YES
N6	DO THE PATIENT'S SYMPTOMS MEET CRITERIA FOR ANOREXIA NERVOSA?	NO	YES
		↓	Skip to N8
N7	Do these binges occur only when you are under ( ____lbs./kgs.)? INTERVIEWER: WRITE IN THE ABOVE PARENTHESIS THE THRESHOLD WEIGHT FOR THIS PATIENT'S HEIGHT FROM THE HEIGHT / WEIGHT TABLE IN THE ANOREXIA NERVOSA MODULE.	NO	YES

N8	IS N5 CODED YES AND IS EITHER N6 OR N7 CODED NO?	NO	YES
		<b>BULIMIA NERVOSA CURRENT</b>	

	IS N7 CODED YES?	NO	YES
		<b>ANOREXIA NERVOSA Binge Eating/Purging Type CURRENT</b>	

**O. GENERALIZED ANXIETY DISORDER**

(➡ MEANS : GO TO THE DIAGNOSTIC BOX, CIRCLE NO, AND MOVE TO THE NEXT MODULE)

O1	a	Have you worried excessively or been anxious about several things over the past 6 months?	➡ NO	YES
	b	Are these worries present most days?	➡ NO	YES
		IS THE PATIENT'S ANXIETY RESTRICTED EXCLUSIVELY TO, OR BETTER EXPLAINED BY, ANY DISORDER PRIOR TO THIS POINT?	NO	➡ YES

O2		Do you find it difficult to control the worries or do they interfere with your ability to focus on what you are doing?	➡ NO	YES
----	--	--	---------	-----

O3 FOR THE FOLLOWING, CODE NO IF THE SYMPTOMS ARE CONFINED TO FEATURES OF ANY DISORDER EXPLORED PRIOR TO THIS POINT.

**When you were anxious over the past 6 months, did you, most of the time:**

a	Feel restless, keyed up or on edge?	NO	YES
b	Feel tense?	NO	YES
c	Feel tired, weak or exhausted easily?	NO	YES
d	Have difficulty concentrating or find your mind going blank?	NO	YES
e	Feel irritable?	NO	YES
f	Have difficulty sleeping (difficulty falling asleep, waking up in the middle of the night, early morning wakening or sleeping excessively)?	NO	YES

ARE 3 OR MORE O3 ANSWERS CODED YES?

NO	YES
<b>GENERALIZED ANXIETY DISORDER CURRENT</b>	

**P. ANTISOCIAL PERSONALITY DISORDER (optional)**

(➡ MEANS : GO TO THE DIAGNOSTIC BOX AND CIRCLE NO.)

**P1 Before you were 15 years old, did you:**

- |   |   |    |     |
|---|---|----|-----|
| a | repeatedly skip school or run away from home overnight? | NO | YES |
| b | repeatedly lie, cheat, "con" others, or steal?          | NO | YES |
| c | start fights or bully, threaten, or intimidate others?  | NO | YES |
| d | deliberately destroy things or start fires?             | NO | YES |
| e | deliberately hurt animals or people?                    | NO | YES |
| f | force someone to have sex with you?                     | NO | YES |
|   | <b>ARE 2 OR MORE P1 ANSWERS CODED YES?</b>              | NO | YES |

DO NOT CODE **YES** TO THE BEHAVIORS BELOW IF THEY ARE EXCLUSIVELY POLITICALLY OR RELIGIOUSLY MOTIVATED.

**P2 Since you were 15 years old, have you:**

- |   |  |    |     |
|---|--|----|-----|
| a | repeatedly behaved in a way that others would consider irresponsible, like failing to pay for things you owed, deliberately being impulsive or deliberately not working to support yourself? | NO | YES |
| b | done things that are illegal even if you didn't get caught (for example, destroying property, shoplifting, stealing, selling drugs, or committing a felony)?                                 | NO | YES |
| c | been in physical fights repeatedly (including physical fights with your spouse or children)?   | NO | YES |
| d | often lied or "conned" other people to get money or pleasure, or lied just for fun?  | NO | YES |
| e | exposed others to danger without caring?   | NO | YES |
| f | felt no guilt after hurting, mistreating, lying to, or stealing from others, or after damaging property?   | NO | YES |

**ARE 3 OR MORE P2 QUESTIONS CODED YES?**

<b>NO</b>	<b>YES</b>
<b>ANTISOCIAL PERSONALITY DISORDER LIFETIME</b>	

THIS CONCLUDES THE INTERVIEW

**ANEXO I  
MANUAL DO PARTICIPANTE**

**VIRTUAL REALITY EXPOSURE THERAPY  
FOR DRIVING PHOBIA**

**- Research Participant Manual -**

Developed by Jaye Wald, M.Ed., Ph.D. Cand., Counselling Psychology, Department of Educational and Counselling Psychology, and Special Education University of British Columbia. (2001).

## **Overview of the Treatment Study**

Thank-you for participating in the driving phobia treatment study. This manual covers the information that was explained to you in the pre-treatment assessment. If you have any questions about the following information please feel free to ask your therapist.

Your participation in this study involves a pre-treatment assessment, a baseline phase, a treatment phase consisting of virtual reality exposure therapy, a post-treatment assessment and 1 and 3 month follow-up assessments. Since this is a treatment study, we will be following your changes very closely. In addition to attending assessment and treatment sessions, you will also be asked to self-monitor different aspects of the driving phobia. **For the treatment to be effective, it is essential that you are committed to attend all of the treatment sessions and remember to complete all self-monitoring assignments.**

## **The Virtual Reality Driving Simulator**

Your treatment in this study will involve using a driving simulator known as the **driVR™**. It was developed to create realistic interactive scenarios that allow you drive within a virtual 3D world. The driVR™ provides a range of computer-generated driving scenarios and routes of varying complexity. They are designed to model “real life” driving, which allows you to practice driving in a safe and non-threatening environment.

You will be wearing a light headset (or **head tracker**). It gives you a 360-degree view of the virtual world, which allows for a greater sense of immersion and realism than traditional “video-games”. The term used to describe entering and travelling within a virtual environment is called **immersion**. The earphones on the headset allow for audio input of traffic and collision sounds. Driving controls including the steering wheel, forward and reverse gear, as well as brake and gas pedals give you greater control over your virtual driving experience.

In the pre-treatment session, you received an orientation to the driVR™ and practised driving in several different scenarios. These routes included urban, highway, and residential driving. Weather, road, and light conditions can also be modified. Your individualized treatment plan will be designed to progress through a hierarchy of driving scenarios.

At first, virtual driving may seem difficult and awkward but with continued practice it becomes easier and more “real”. It may take some time to become accustomed to driving within the virtual world and try to “suspend your disbelief” while being immersed in the computer environment. In the early treatment sessions particular, it is important that you drive slowly and always practice safe driving.

## **VR Exposures Safety Guidelines**

There is a small risk of experiencing symptoms of motion sickness or “**simulator sickness**” during and after exposure to virtual reality environments. One research study showed that approximately 10% of users experienced some degree of simulator sickness using the driVR™. The possible symptoms of side effects fall into the following categories.

Visual

- Eyestrain
- Visual fatigue
- Blurred or double vision
- Headache

Disorientation

- Dizziness
- Vertigo
- Balance disturbance

Nausea

- Drowsiness
- Sweating
- Stomach awareness
- Increase salivation

These symptoms will usually arise within 5 to 10 minutes of immersion. The longer you continue exposure while experiencing these symptoms, the longer they will last. As soon as you, or the therapist, notice any of these symptoms, the exposure will be stopped. A glass of water and 3 to 5 minutes of fresh air may be offered to help reduce the symptoms. Symptoms typically subside once the exposure is stopped. **If any of these symptoms occur during the treatment session, please tell your therapist immediately.**

Other changes in your physical state, illnesses, and use of some medications, may increase your risk of experiencing simulator sickness. Examples include having a flu or ear infection, consuming a large amount of alcohol the night before a treatment session, and sleep deprivation. **If you are experiencing any of these conditions before an appointment, please contact your therapist and your appointment may need to be rescheduled.**

Simulator discomfort may vary from session to session, therefore these side effects will be monitored every session with a pre and post-exposure measure called the **Simulator Sickness Questionnaire**.

The time-limited immersion you received in the pre-treatment session is recommended for first time users of VR to reduce the risk of simulator sickness. Over the course of the treatment sessions, you will spend longer and longer periods of time (up to 30-40 minutes with frequent breaks) immersed in the VR environment. This gradual increase of exposure also minimizes simulator sickness risk. There are no known long term risks for short duration VR exposures.

**Pre Treatment Assessment**

In the pre-treatment session, you were given an orientation to the treatment study and virtual reality exposure therapy, completed some questionnaires, received instructions and information about self-monitoring, and were given an interview about your driving history. You also received an orientation to the driVR™ and practised driving in several different driving scenarios, which allowed you and your therapist to develop a treatment plan for the virtual reality exposure therapy.

**Baseline Phase**

Before your virtual reality exposure therapy begins, you have been asked to complete a "driving test" as a homework assignment and self-monitor certain aspects of your driving

phobia for period of time using a Driving Diary. This is called the **baseline phase** of a treatment study. Your first treatment session will be scheduled immediately after the end of the baseline phase. This information will provide us with some information about your driving fear before treatment begins.

### **Driving Fear Diary**

During the baseline phase, you have been asked to record your **daily driving frequency, the severity of your driving avoidance, and severity of your driving phobia symptoms** using the **Driving Fear Diary** forms that your therapist gave you.

**Driving Avoidance.** You are asked to rate the degree of driving avoidance you experience each day on a scale from 0 (would not avoid driving) to 8 (always avoid driving).

**Present State of Driving Phobia.** You are asked to rate the severity of your driving phobia symptoms each day on a scale from 0 (no phobia present) to 8 (very disturbing/disabling). For this rating, consider how much the driving phobia bothers or distresses you, as well as how much it interferes with your daily life.

**Driving Frequency.** You are asked to record all driving trips you make under the section on driving frequency. Indicate whether you drove alone or had passengers, how long you drove in minutes, and describe the route, time of day, as well as driving and weather conditions. Peak anxiety ratings (the highest anxiety rating you experienced during the drive) is based on a scale from 0 (no anxiety) to 100 (extreme anxiety).

Please use a blank form for each day in the baseline. Remember to try to get in the habit of completing these forms at the same time each day when you're not busy and are relatively free of distractions.

Bring the completed forms to your first treatment session. Before you return your self-monitoring forms, please seal them in an envelope addressed to the therapist's research supervisor, Dr. Beth Haverkamp, which will also be provided. This will allow your therapist to focus on her role as your therapist, rather than evaluating your outcome while you are receiving treatment. As a result, your therapist will not have access to your completed self-monitoring forms until your treatment phase in this study is over.

Your therapist will randomly telephone you two times during the baseline phase, to see if you are encountering any difficulties with the daily self-monitoring. If you have any questions about the self-monitoring tasks during the baseline phase, please feel free to telephone your therapist. Please note that some people find that self-monitoring can cause a temporary increase of anxiety or discomfort because you are asked to focus on your fears rather than avoid them. This is a normal and short-term reaction, which subsides with continued self-monitoring.

### **Driving Test**

Between the pre-treatment assessment and the beginning of your treatment, you have asked to choose a **Driving Test** to complete on your own. If possible, please complete

this driving test as soon as possible after the pre-treatment session and before you start the self-monitoring phase of the baseline period.

Using the **Driving Test Form** provided, choose a route that you would rate as fairly anxiety-provoking, but one that you believe you could complete (i.e., a route that you would rate approximately 70 to 80 on a scale from 0 to 100 (0 = no anxiety; 100 = extreme anxiety). Pick a route that doesn't vary and one that could be repeated under similar conditions. Also rank your estimated confidence level from 0 to 100 (0 = no confidence that you would be able to complete the route; 100 = total confidence that you would be able to complete the route). Fill out the top portion of the form (pre-test information).

Immediately after you complete the test, fill out the bottom section of this form (test results). Bring this form back to your first treatment session in a sealed envelope. **Remember with this test, you can remove yourself from the situation at anytime or can refuse to do it.** At the end of treatment and at the follow-up assessments you will be asked to complete the same task again to see whether you can complete the test with less anxiety.

**To determine the effectiveness of the treatment, it is extremely important that you carefully monitor different aspects of your driving phobia.**

Your therapist has assigned you with an ID Code Number, which she will give you. She (or you) will put your code on all of your self-monitoring forms. **To maintain your confidentiality, do not put your name on any of the forms.**

### **Phobias and VR Exposure Therapy (VRET)**

People with severe fears, or phobias, tend to avoid or escape the situations, objects, or events that they are afraid of (i.e., driving). While avoidance or escape from the fear reduces and prevents the unpleasant and distressing feelings of anxiety, the person never gets the opportunity to confront and overcome the fear. As a result, the fear often becomes worse and the avoidance results in interference with daily activities.

**VRET is based on a form of a behavioral intervention called exposure therapy.** The basic idea of exposure therapy is that gradual, repeated, and prolonged exposure to the feared driving situation results in the fear subsiding. **Graded exposure** therapy for driving fears allows you to slowly face feared situations of increasing difficulty. This approach allows you to successfully master threatening driving situations one at a time. As your fear diminishes with regular practice, you can gradually progress to more difficult steps. This ensures that you do not face extremely frightening or overwhelming situations.

For optimal effectiveness, exposure therapy requires:

- your active participation in choosing the feared scenarios you would like to overcome.
- your willingness **to allow yourself to experience temporary anxiety symptoms** by being exposed to anxiety provoking situations in a graduated manner of increasing difficulty. These feelings may be unpleasant and uncomfortable. However, they are normal and short-term reactions, which will subside with continued exposure.

- prolonged and repeated exposures until you are anxiety-free.
- avoidance of “safety behaviors” (i.e., closing your eyes, talking) which help you distract or avoid being in the anxiety-provoking situation.
- being engaged in the situation as much as possible, concentrating on the “here and now.”
- attending regular appointments, completion of homework assignments, and a commitment to stay in treatment.
- **PRACTICE, PRACTICE, AND MORE PRACTICE!!**

During each treatment session, you will be exposed to feared driving situations using the virtual reality driving simulator. Using the list of virtual driving scenarios that you rank ordered from least to most anxiety provoking, you will start with the scenario that is least threatening. Over repeated trials to the scenario, you will become less anxious. Over sessions, you will progress through the hierarchy. Your therapist will encourage you to continue rather than stop the exposure. However, the rate of progress in VRET will be under your complete control and you can stop the exposure at any time.

A rating scale called the **Subjective Units of Distress Scale (SUDS)** will be used to monitor your anxiety level during VRET. The SUDS is a scale goes from 0 (no anxiety) to 100 (extreme anxiety). While you are immersed in the driving scenario, you will be asked to verbally report your peak SUDS level at the end of each scenario, which is the highest anxiety you experienced during the scenario. You will repeat the scenario until your SUDS level drop to less than 10. Once your reported anxiety is less than 10, you will be encouraged to move on to a more challenging scenario. This scale will be used to guide your progress through the scenarios.

Your sessions will be scheduled over **8 weekly sessions (approximately 1 hour long)**. It is important to attend all sessions and try to schedule them on a weekly basis. The first 5 to 10 minutes of each session will be spent discussing the session plan. For the remainder of the session, you will practice virtual driving. Your therapist will be present at all times.

**During treatment, you will also be asked to continue recording Driving Fear Diary forms on a daily basis.** Each week you will be given a set of blank forms and an envelope. Bring completed forms back each session in a sealed envelope addressed to the therapist’s research supervisor, Dr. Beth Haverkamp. At the beginning of each session, your therapist will check to see if you are encountering any difficulties with the self-monitoring forms.

### **Post-Treatment and Follow-up Assessments**

One week after your last treatment session, you will return for a post-treatment assessment. During that week, you will be asked to continue recording your **Driving Fear Diary**. During the post-treatment assessment, you will be given a short interview and you will be asked to complete the same questionnaires and virtual driving scenarios you completed at the pre-treatment session. After the post-treatment assessment, you will also be asked to complete the **Driving Test**.

One and three months after your last treatment session, you will be asked to complete for follow-up assessments similar to the format of the post-treatment assessment. The

therapist will mail you a questionnaire package with instructions, and will contact you by telephone to arrange a short telephone interview. The purpose of the follow-up assessments is to assess the maintenance of your progress.

### **Other Information**

Depending on how much anxiety you experience during a treatment session, your therapist may encourage you to relax and unwind before leaving the office. If you become very upset and anxious during the exposure treatment, you may also want to take some time after the session to relax before travelling home or going back to work (i.e., going for a walk). This can be a very normal and short-term reaction to this type of therapy. Please do not hesitate to discuss any concerns you have about this.

During this treatment program, we will only be addressing your driving fears. However, if other concerns or issues arise during treatment, your therapist will give you referral information to pursue other treatment after you finish with this treatment program.

We ask that you do not seek other psychological treatment during this treatment study. Please notify your therapist if you need to.

We also ask that you try not to make significant changes to your lifestyle or schedule. Since life events cannot be entirely controlled, your therapist will have you complete a **weekly checklist** on outside events or difficulties you encountered, which might affect your treatment outcome.

You will also be randomly given a form that will ask you to report how often you forgot to record the daily data and will inquire into your level of motivation. Please complete these forms and seal them in the envelope before giving them to your therapist.

Please continue to drive as you usually would and it's fine if you drive more as you progress in your treatment. However, we will not be asking you to try to drive more or less than you normally do.

**Remember, if you need to contact your therapist during the week, please leave a message at 868-3890 (confidential voice mail). Please give 24 hours notice to cancel or reschedule an appointment.**

**ANEXO J**  
**ENTREVISTA HISTÓRIA DE DIREÇÃO**

ID Code: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**Life Events Checklist**

During your participation in this treatment study, it is important to monitor significant events that happen to you outside of your treatment, which might affect your progress, motivation, interest, or ability to attend sessions and complete the self-monitoring tasks. Please use the following checklist to indicate whether you have experienced any of these events, difficulties, or stressors during **the last week**. Briefly describe each event/situation you have experienced. When you are finished, please give this form to your therapist, who may ask you some additional questions about these experiences to clarify the impact they are having on you. However, these stressors or difficulties cannot be addressed in this treatment study. **Please remember to indicate the date you fill this form out.**

**Driving Situations and Events:**

- witnessed a car accident \_\_\_\_\_
- heard about a serious car accident (e.g., in the news) \_\_\_\_\_
- a close friend or family member was in a car accident \_\_\_\_\_
- involvement in a car accident as a passenger or driver \_\_\_\_\_
- heard about the possible dangers of driving (e.g., in the news) \_\_\_\_\_
- encountered dangerous road conditions while riding in a car as a passenger or driver  
\_\_\_\_\_
- other unusual or stressful experiences associated with driving, road situations, or vehicles \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Non-Driving Situations and Events:**

- work/school stress \_\_\_\_\_
- financial problems \_\_\_\_\_
- relationship problems with friends or family \_\_\_\_\_
- physical illness \_\_\_\_\_
- panic attack \_\_\_\_\_
- very intense and unpleasant anxiety \_\_\_\_\_
- noticeable changes in your mood or energy level \_\_\_\_\_

**ANEXO K**  
**PROTOCOLO DE TRATAMENTO PADRONIZADO**

209

**VIRTUAL REALITY EXPOSURE THERAPY  
FOR DRIVING PHOBIA**

**- Therapist Treatment Manual -**

## A. PRE-TREATMENT ASSESSMENT DESCRIPTION

### Summary of Pre-Treatment Assessment.

- 0 Review the purpose and procedures of the pre-treatment assessment and study. The participant is given a copy of the **Research Participant Treatment Manual**.
- 0 Review description and rationale for VRET
- 0 Review description of Anxiety Scale
- 0 Review information about simulator sickness and VR exposure safety guidelines. Therapist administers **Simulator Sickness Questionnaire (pre-exposure sections)**.
- 0 Orientation to the driVRII™ system
- 0 Practice of 6 standard VR driving scenarios Therapist completes the **Virtual Driving Scenario Record Form**. When participant is finished, the therapist administers the **Simulator Sickness Questionnaire (post-exposure section)**.
- 0 The participant complete the **Hierarchy of Virtual Driving Scenarios**
- 0 Review instructions for baseline self-monitoring and questionnaire package (see Appendix for questionnaires).
- 0 Administer questions from **Driving History Interview**
- 0 Schedule Treatment Session 1

The following should be presented to the research participant. You need not read this verbatim. The important thing is to ensure the person understands the main points.

#### Review the purpose and procedures of the pre-treatment assessment and study

“Thank-you for participating in the driving phobia treatment study. This assessment will take approximately two to three hours. In this session, you will receive an orientation to the treatment study and virtual reality exposure therapy. You’ll receive an orientation to the driVR™ and practice some different virtual driving scenarios. We’ll also set up your treatment plan for the virtual reality exposure therapy (VRET). I’ll also give you a questionnaire package as homework and you’ll receive an interview about your driving history. We’ll take a break half-way through and if you need additional breaks please let me know. Here is a copy of the Research Participant Treatment Manual, which will cover the information that is covered today. If you have any questions, please feel free to ask.”

“Your participation in this study involves a pre-treatment assessment, a baseline phase, a treatment phase consisting of virtual reality exposure therapy, a post-treatment assessment and 1 and 3 month follow-up assessments. Since this is a treatment study, we will be following your changes very closely. In addition to attending assessment and treatment sessions, you will also be asked to self-monitor different aspects of the driving phobia.

“Your sessions will be scheduled over 8 weekly sessions (approximately 1 hour long). It is important to attend all sessions and try to schedule them on a weekly basis. The first 5 to 10 minutes of each session will be spent discussing the session plan. For the remainder of the session, you will practice virtual driving. Your therapist will be present at all times. For the treatment to be effective, it is essential that you are

committed to attend all of the treatment sessions and remember to complete all self-monitoring assignments.”

#### Review description and rationale for VRET

“People with severe fears, or phobias, tend to avoid or escape the situations, objects, or events that they are afraid of (i.e., driving). While avoidance or escape from the fear reduces and prevents the unpleasant and distressing feelings of anxiety, the person never gets the opportunity to confront and overcome the fear. As a result, the fear often becomes worse and the avoidance results in interference with daily activities (use examples from participant’s history).”

“VRET is based on a form of a behavioral intervention called exposure therapy. The basic idea of exposure therapy is that gradual, repeated, and prolonged exposure to the feared driving situation results in the fear subsiding. Graded exposure therapy for driving fears allows you to slowly face feared situations of increasing difficulty. This approach allows you to successfully master threatening driving situations one at a time. As your fear diminishes with regular practice, you can gradually progress to more difficult steps. This ensures that you do not face extremely frightening or overwhelming situations.” (To make the treatment more meaningful for the participant, ask the individual, “Have you ever overcome something else that you’ve feared or dreaded in your life? ... If so, how did you do it?”)

“For optimal effectiveness, exposure therapy requires:

- your active participation in choosing the feared scenarios you would like to overcome.
- your willingness to allow yourself to experience temporary anxiety symptoms by being exposed to anxiety provoking situations in a graduated manner of increasing difficulty. These feelings may be unpleasant and uncomfortable. However, they are normal and short-term reactions, which will subside with continued exposure.
- prolonged and repeated exposures until you are anxiety-free.
- avoidance of “safety behaviors” (i.e., closing your eyes, talking) which help you distract or avoid being in the anxiety-provoking situation.
- being engaged in the situation as much as possible, concentrating on the “here and now.”
- attending regular appointments, completion of homework assignments, and a commitment to stay in treatment.
- PRACTICE, PRACTICE, AND MORE PRACTICE!!”

“During each treatment session, you will be exposed to feared driving situations using the virtual reality driving simulator. Using the list of virtual driving scenarios that you rank ordered from least to most anxiety provoking, you will start with the scenario that is least threatening. Over repeated trials to the scenario, you will become less anxious. Over sessions, you will progress through the hierarchy. Your therapist will encourage you to continue rather than stop the exposure. However, the rate of progress in VRET will be under your complete control and you can stop the exposure at any time.”

#### Review Description of Anxiety Scale

“A rating scale called the Anxiety Scale will be used to monitor your anxiety level during VRET. The scale goes from 0 (no anxiety) to 100 (extreme anxiety). While you are immersed in the driving scenario, you will be asked to verbally report your peak peak (highest) anxiety level at the end of each scenario, which is the highest anxiety you experienced during the scenario. You will repeat the scenario until your peak anxiety level drop to less than 10. Once your reported anxiety is less than 10, you will be encouraged to move on to a more challenging scenario. This scale will be used to guide your progress through the scenarios.” (To make the scale more meaningful for the participant, ask the individual to generate examples of recent times when they experienced anxiety levels of 0, 25, 50, 75, and 90+)

#### **Review information about simulator sickness and VR exposure safety guidelines**

“There is a small risk of experiencing symptoms of motion sickness or **“simulator sickness”** during and after exposure to virtual reality environments. One research study showed that approximately 10% of users experienced some degree of simulator sickness using the driVR™. The possible symptoms can include visual symptoms (e.g., eyestrain, blurred or double vision, headache), disorientation (e.g., dizziness, vertigo, balance disturbance), and nausea (e.g., sweating, stomach awareness, increased salivation). Fatigue or drowsiness can also occur. These symptoms will usually arise within 5 to 10 minutes of immersion. The longer you continue exposure while experiencing these symptoms, the longer they will last. As soon as you, or the therapist, notice any of these symptoms, the exposure will be stopped. A glass of water and 3 to 5 minutes of fresh air may be offered to help reduce the symptoms. Symptoms typically subside once the exposure is stopped. Remember, if any of these symptoms occur during the treatment session, please tell your therapist immediately.”

“Other changes in your physical state, illnesses, and use of some medications, may increase your risk of experiencing simulator sickness. Examples include having a flu or ear infection, consuming a large amount of alcohol the night before a treatment session, and sleep deprivation. If you are experiencing any of these conditions before an appointment, please contact your therapist and your appointment may need to be rescheduled.”

“Simulator discomfort may vary from session to session, therefore these side effects will be monitored every session with a pre and post-exposure measure called the **Simulator Sickness Questionnaire.**” (have participant complete the pre-exposure section before and after VR exposure in the assessment)

“The time-limited immersion you received in the pre-treatment session is recommended for first time users of VR to reduce the risk of simulator sickness. Over the course of the treatment sessions, you will spend longer and longer periods of time (up to 30-40 minutes with frequent breaks) immersed in the VR environment. This gradual increase of exposure also minimizes simulator sickness risk. There are no known long term risks for short duration VR exposures.”

#### **Orientation to the driVR™ system**

"Next, I'm going to give you an orientation to the driving simulator and have you try out some different driving scenarios. The treatment in this study will involve using a driving simulator known as the driVR™. (have participant sit in simulator and load Scenario 1: Rural Residential). It was developed to create realistic interactive scenarios that allow you to drive within a virtual 3D world. The driVR™ provides a range of computer-generated driving scenarios and routes of varying complexity. They are designed to model "real life" driving, which allows you to practice driving in a safe and non-threatening environment. I will be beside you at all times during the exposure and will load the different scenarios for you."

"You will be wearing a light headtracker (demonstrate by putting it on yourself). It gives you a 360-degree view of the virtual world, which allows for a greater sense of immersion and realism than traditional "video-games". The earphones on the headset allow for audio input of traffic and collision sounds. (have participant put head tracker on, demonstrate how to properly adjust it, have participant look around in both directions).

"Driving controls including the steering wheel, forward and reverse gear, as well as brake and gas pedals give you greater control over your virtual driving experience. (have participant practice using each control until he/she feels comfortable, and give tips on how to steer and use the brake/gas pedals)."

"Some people find simulator driving to be more difficult than driving a real car. Simulator driving is like learning a new skill (e.g., like riding a bike), it is difficult at first, but gets easier and more automatic with practice. It will also seem more "real" the more you practice. Almost everyone takes some time to become accustomed to driving within the virtual world. It may be helpful to suspend your disbelief while being immersed in the computer environment. I will give you feedback on your driving, especially when you start. In the early treatment sessions particular, it is important that you drive slowly and always practice safe driving, and follow all the driving rules."

#### **Practice of 6 standard VR driving scenarios**

"Now for practice, I'm going to get you to try 6 different scenarios, starting off with residential driving, and then moving on to some highway and urban scenarios. At the end of each scenario, I'll ask you for your peak (highest) anxiety using the Anxiety Scale. As you go along, I'll give you tips on how to control the simulator, but other than that I'm going to be quiet, so I don't distract you from driving. I also encourage you to not talk much while your driving, so you can concentrate on driving the simulator and the virtual experience. Just do your best and try to not worry too much about your driving performance and comparing it to real driving" (have participant attempt the six VR driving scenarios, and record peak anxiety ratings and completion on the form). (0 = incomplete or partially complete; 1 = complete) were recorded by the therapist.

#### **Complete the Hierarchy of Virtual Driving Scenarios**

"Now that you've had a chance to try out the residential, urban, and highway driving scenarios, I'm going to get you to fill out a form. This list has 18 different virtual driving situations. First rate the degree of anxiety (anxiety scale 0-100: 0 = no anxiety; 100 = extreme anxiety) that you would expect to experience for each situations in a

virtual environment. Then, you can rank order the situations from least to most difficult based on their anxiety ratings. I will use these ratings to set up your individualized exposure treatment plan, so you'll start off the treatment with the situation that you've ranked as least difficult (1). Once your feeling very little anxiety in that scenario, you'll move on to the next simulated driving condition that you ranked as the next least difficult (2) and so forth. The treatment will involve you progressing through these different simulated driving situations." (have participant complete the form)

#### **Review instructions for baseline self-monitoring and questionnaire package**

"To determine the effectiveness of the treatment, it is extremely important to carefully monitor different aspects of your driving phobia between now and your first treatment session. This period is called the baseline phase. Each participant has been randomly assigned to a pre-determined baseline length. You've been assigned to the \_ day baseline length (tell participant how many), so we should try to schedule your first appointment according to how many days it is from now. During this time, you will be asked to complete some questionnaires and Driving Diary form each day."

"You have been assigned you an ID Code Number, which will be put on all of your questionnaires and Driving Diary forms. To maintain your confidentiality, do not put your name on any of the forms."

"I'm going to go through each of the questionnaires with you (see Appendix for copies and instructions of the instruments, go through each measure with the participant, and ensure participant understands the rationale and instructions for each one). Please return all of the questionnaires and Driving Diary forms at the initial treatment session. I'm also going to call you once during the baseline phase to see if you're having any difficulties completing the forms. You are also welcome to call me if you encounter any problems."

#### **Administer questions from Driving History Interview**

#### **Schedule Treatment Session 1 and Other Instructions**

"Your first treatment session should be scheduled immediately after the end of the baseline phase." (have participant schedule appointment)

"Depending on how much anxiety you experienced today, you may want to take some time after the session to relax before travelling home or going back to work (i.e., going for a walk). You might feel a little tense and irritable for awhile, and this is a very normal and short-term reaction to this type of therapy. Please do not hesitate to contact the therapist over the next few days if you continue to feel upset."

"During this treatment, we will only be addressing your driving fears. However, if other concerns or issues arise during treatment, your therapist will give you referral information to pursue other treatment after you finish with this treatment. We ask that you do not seek other psychological treatment during this treatment study. Please notify your therapist if you need to."

## B. TREATMENT DESCRIPTION

### Summary of Treatment Sessions

- The therapist collects **Driving Diary** forms in a sealed envelopes
- The participant completes the **Adverse Checklist Form**.
- The participant completes the **Simulator Sickness Questionnaire (pre-exposure)**.
- The therapist reviews the session plan
- VRET (exposure time increases from 25 to 50 minutes each session).
- The participant completes the **Simulator Sickness Questionnaire (post-exposure)**.
- The therapist gives Driving Diary forms and envelopes.
- The therapist and patient schedule next session.

There are 8 VRET treatment sessions. The above summary is a general outline of session content. The specific protocol for each session is provided in the Appendix and must be followed.

There are several therapist behaviors that are also considered as **permissible therapist behaviors**, which may be used to facilitate treatment and compliance with self-monitoring homework. They are considered as necessary (but not mandatory) therapist behaviors in every session. These include:

- emphasizes the importance of adherence to self-monitoring, addresses any difficulties/concerns with self-monitoring, and asks for anticipated problems.
- provides minimal verbal reinforcement and empathic responses for effort and driving performance during exposure, encourages participant to not focus on driving performance.
- encourages the importance of safe and slow driving, asks the participant to “suspend disbelief” of virtual reality and driving controls during exposure, and emphasizes the importance of practice
- asks participant for simulator sickness symptoms during exposure
- addresses safety behaviors (e.g., criticizing equipment, excessive talking, not looking at road, stopping on road etc.) and points them if they occur
- addresses problems that are directly associated with participation in treatment (e.g., misunderstanding of SUDS scale, missed treatment sessions)
- normalizes participant’s experiences of frustration, irritability, and excessive anxiety or distress
- gives instructions and/or corrective feedback regarding driving performance (e.g., steering, speed, stopping at stop signs, sitting position in simulator, driving through intersections)

- discusses related topics to the driving phobia or treatment study are acceptable, as long as they are kept to a minimum. These topics could include:
  - driving experiences between sessions
  - questions relating to licensing, driving lessons etc.
  - other factors interfering with participation in study, real driving, or compliance with self-monitoring (e.g., car broke down, illness, getting to appointments)
  - questions relating to the simulator and driving (e.g., steering, graphics, braking etc.).
  - reviewing progress
- minimally encourages and reinforces efforts towards real driving
- if client wishes to discuss other personal issues (e.g., marital stress, work stress) the therapist can employ problem-solving and/or active and empathic listening, but does not focus on these problems excessively (no more than 5 minutes at beginning or end of session).

It is essential that you not use other treatment modalities, which would confound the treatment results. These are considered as Infractions from the Treatment Protocol, which include the following.

- instructs the client to apply anxiety management skills such as diaphragmatic breathing, sensory attention focusing, or relaxation techniques.
- applies cognitive therapy or techniques by asking client to challenge inaccurate cognitions, use thought-stopping, or directly challenge cognitions.
- encourages exploration of the therapeutic relationship.
- interferes with the participant's exposure (e.g., engages participant in conversation beyond what is defined as acceptable in the above section).
- encourages discussion of other issues or events not related to driving phobia.

### **Description of Treatment Protocol**

The protocol used in this study involved participants gradually progressing through the various scenarios, based on their ratings on the Hierarchy of Virtual Driving Scenarios completed at the pre-treatment assessment.

In Treatment Session 1, participants began their VR exposure with the virtual driving scenario, which was rated as the least anxiety-provoking on the hierarchy. At the end of the scenario, participants verbally reported their peak anxiety (Anxiety Scale 0 to 100: 0 = no anxiety; 100 = extreme anxiety). They would repeat the scenario over a series of trials until their peak anxiety dropped to drops to 10 or less. Once this rating was obtained, they would then be introduced to the next scenario on the hierarchy (e.g., the scenario rated as the next least anxiety provoking).

At each subsequent session, participants would start the exposure with the last two scenarios that were practiced in the previous session. They would repeat these

scenarios until their reported peak anxiety dropped to 10 or less. Once this was achieved, participants would proceed to the next scenario. For the remainder of treatment, participants continued to move through the different scenarios at their own pace. Progression to the new scenarios was ultimately under their control and they could stop the exposure at any time.

The exposure time gradually increased over sessions, which was built into the study to minimize simulator sickness (e.g., 25 minutes for Treatment Session 1, 30 minutes for Treatment Session 2 etc.). The maximum exposure time per session was 50 minutes, as longer exposure lengths are associated with increased simulator sickness. Initial sessions typically lasted 40 minutes and toward the end of treatment were minutes in length.

**Additional Instructions.**

The therapist should schedule each session for sixty minutes, even though the session may be finished before that time. Each session should be scheduled weekly, or as close too weekly, as possible. Reasons for departures from this format should be recorded in the Research Participant Contact Record form. If fewer than 8 sessions are completed, then the reasons should be documented in their file. All contact (session appointments, telephone contact between sessions) should be recorded in the Contact Record form. Participants should be encouraged to complete the full 8 sessions. Ensure that the audio-tape is set up before each session.

This manual is adapted from the Exposure Therapy for Posttraumatic Stress Disorder

**ANEXO L**  
**PROTOCOLO DE ADESÃO AO TRATAMENTO**

**VIRTUAL REALITY EXPOSURE THERAPY FOR DRIVING PHOBIA:  
TREATMENT ADHERENCE RATINGS TO THE TREATMENT PROTOCOL**

**GENERAL INSTRUCTIONS**

Please familiarize yourself with the **Therapist Treatment Manual** before you start rating sessions. If you have any questions regarding the treatment study, please contact the researcher. Each research participant has been given an ID code. The ID code and session number is marked on the tapes and rating forms.

You have been given **three randomly selected treatment session tapes for each research participant** for treatment integrity ratings on adherence to the treatment manual.

Please listen to the entire treatment session. In cases where you are not able to rate, please leave those items blank, and write a note in the margin.

You will complete a **treatment adherence rating form** for each tape. Each form includes: 1) checklist for adherence to the treatment protocol; 2) checklist for permissible therapist behaviors; 3) checklist for therapist infractions from the treatment protocol; 4) treatment adherence rating.

## **1) CHECKLIST FOR ADHERENCE TO THE TREATMENT PROTOCOL**

The therapist was required to follow a standardized treatment protocol for each session. The protocol for each session is described in a record form for each session (attached).

For each item on the session record form, you will assess whether the therapist demonstrated the particular behavior or task described in the item. These behaviors are considered an **essential** part of the treatment. If the therapist behavior is present for a given item on the session form, check the line next to the item.

e.g.,  The therapist collects self-monitoring forms in sealed envelopes, asks about adherence and if necessary, addresses any difficulties/concerns with self-monitoring.

From the audiotape, it may not always be clear whether a particular task was completed by the therapist. When this occurs, please use the code **"?"** for **"UNKNOWN"** for those items.

e.g.,  The participant completes the **Adverse Checklist Form**.

If a tape you are coding has technical problems (e.g., runs out before session has ended, sound is inaudible), please leave the item(s) blank and write a note in the margin stating **"TECHNICAL PROBLEMS"** and explain why.

With some participants, the therapist may have to use **the modified treatment protocol**. If this occurred, it will be noted on the tape and a modified rating form will be attached. Please refer to the therapist treatment manual for specific instructions and adherence rating forms.

An essential aspect of the treatment is ensuring that research participants receive the allotted **exposure time** for a given session. You need to document the total session time and total exposure time on each session form. Make sure the tape is rewinded to the beginning of the session.. You need to record the time when the session and exposure portion begins and ends. The session starts when the tape begins and is considered to end when the last item on the session form is completed.

**Exposure start time.** Count the timing of the exposure section from the start of the exposure. The start of the exposure is at the point where the engine noise starts (you may hear a car door slam). That's the ideal point for when to record the start time. At times it may be difficult to determine from the audiotape. If you cannot hear the engine sound, listen for the therapist instructions to begin driving (eg., "OK you can start driving now"). If the start time is still not clear, give your best estimation and make a note in the margin stating **"ESTIMATED"** and explain why. **Exposure end time.** The end of the exposure is at the point when the therapist asks for the SUDS level and indicates that the research participant is finished driving. If the participant is still driving through a scenario when the exposure time has been reached, the therapist does not stop them. If the end time is not clear, give your best estimation and make a note in the margin stating **"ESTIMATED"** and explain why.

## **2) CHECKLIST FOR PERMISSIBLE THERAPIST BEHAVIORS WITHIN THE TREATMENT PROTOCOL**

There are several therapist behaviors that are also considered as **permissible therapist behaviors**, which may be used to facilitate treatment and compliance with self-monitoring homework. They are considered **as necessary (but not mandatory) therapist behaviors** in every session. Please check each item that the therapist uses during the session.

\_\_\_ emphasizes the importance of adherence to self-monitoring, addresses any difficulties/concerns with self-monitoring, and asks for anticipated problems.

\_\_\_ provides minimal verbal reinforcement and empathic responses for effort and driving performance during exposure

\_\_\_ encourages the importance of safe and slow driving, asks the participant to "suspend disbelief" of virtual reality and driving controls during exposure, and emphasizes the importance of practice

\_\_\_ asks participant to report simulator sickness symptoms during exposure

\_\_\_ observes for participant safety behaviors (e.g., criticizing equipment, excessive talking, not looking at road, stopping on road etc.) and points them if they occur

\_\_\_ addresses problems that are directly associated with participation in treatment (e.g., misunderstanding of SUDS scale, missed treatment sessions)

\_\_\_ normalizes participant's experiences of frustration, irritability, and excessive anxiety or distress

\_\_\_ gives instructions and/or corrective feedback regarding driving performance (e.g., steering, speed, stopping at stop signs, sitting position in simulator, driving through intersections)

\_\_\_ discusses related topics to the driving phobia or treatment study are acceptable, as long as they are kept to a minimum. These topics could include:

- driving experiences between sessions
- questions relating to licensing, driving lessons etc.
- other factors interfering with participation in study, real driving, or compliance with self-monitoring (e.g., car broke down, illness, getting to appointments)
- questions relating to the simulator and driving (e.g., steering, graphics, braking etc.).
- reviewing progress

\_\_\_ minimally encourages and reinforces efforts towards real driving

\_\_\_ if client wishes to discuss other personal issues (e.g., marital stress, work stress) the therapist can employ problem-solving and/or active and empathic listening, but does not focus on these problems excessively (no more than 5 minutes at beginning or end of session).

\_\_\_\_\_The therapist instructs the client to apply anxiety management skills such as diaphragmatic breathing, sensory attention focusing, or relaxation techniques.

\_\_\_\_\_The therapist applies cognitive therapy or techniques by asking client to challenge inaccurate cognitions, use thought-stopping, or directly challenge cognitions.

\_\_\_\_\_The therapist encourages exploration of the therapeutic relationship.

\_\_\_\_\_The therapist interferes with the participant's exposure (e.g., engages participant in conversation beyond what is defined as acceptable in the above section).

\_\_\_\_\_The therapist encourages discussion of other issues or events not related to driving phobia.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
No adherence	Poor adherence	Average adherence	Good Adherence	Very much in adherence

Please feel free to make any comments below.

**VIRTUAL REALITY EXPOSURE THERAPY: TREATMENT ADHERENCE**  
**Treatment Session: #1**

**A. Note the total length of the session**

Time Session Started: \_\_\_\_\_

Time Session Ended: \_\_\_\_\_

Length of session: \_\_\_\_\_ minutes

**B. Note the time spent on exposure**

Time Exposure Portion Started: \_\_\_\_\_

Time Exposure Portion Ended: \_\_\_\_\_

Length of Exposure portion: \_\_\_\_\_ minutes

(Exposure portion for Session 1 should be approximately **25 minutes**)

**C. Session Opening**

\_\_\_\_\_ The therapist collects self-monitoring forms in a sealed envelope, asks about adherence, and if necessary addresses any difficulties/concerns with self-monitoring

\_\_\_\_\_ The participant completes the **Adverse Checklist Form**.

**D. VR Exposure**

\_\_\_\_\_ The therapist checks the research participant's understanding of VRET and SUDS.

\_\_\_\_\_ The participant completes the **Simulator Sickness Questionnaire (pre-exposure)**.

\_\_\_\_\_ The therapist reviews the procedure for graduated VRET.

\_\_\_\_\_ The participant begins the exposure with the scenario rated as the least anxiety provoking based on the ratings on the **Virtual Driving Scenario Hierarchy**.

\_\_\_\_\_ The participant repeats each scenario until the SUDS level drops to 10 or less and then progresses to the next scenario.

\_\_\_\_\_ The participant completes the **Simulator Sickness Questionnaire (post-exposure)**.

**E. Session Closure**

\_\_\_\_\_ The therapist gives self-monitoring forms and an envelope.

\_\_\_\_\_ The therapist and patient schedule Session #2.