

Trauma e o ciclo reprodutivo feminino

Trauma & the reproductive lifecycle in women

**Leslie Born,^{1,2} Shauna Dae Phillips,^{1,3}
Meir Steiner,^{1,4} Claudio N Soares^{1,4}**

Resumo

Mulheres estão sujeitas a um maior risco para o desenvolvimento de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) do que os homens, o que acarreta prejuízos e custos significativos do ponto de vista psicossocial e de saúde pública. Estudos recentes mostram interações complexas entre o impacto de experiências traumáticas e o ciclo reprodutivo feminino. Por exemplo, mulheres com transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM), que também relatam histórico de trauma ou abuso físico, estão mais sujeitas a apresentar uma resposta neuroendócrina diferenciada após exposição a um fator ou evento estressante, quando comparadas a mulheres com TDPM e sem história de abuso ou mulheres sem TDPM. Além disso, mulheres com histórico de trauma ou abuso podem apresentar recidiva de sintomas durante a gravidez. Por fim, aquelas que sofrem abortamento estão mais sujeitas ao desenvolvimento de sintomas do transtorno de estresse pós-traumático. Neste artigo, examinamos os dados existentes sobre diferenças de gênero e transtorno de estresse pós-traumático, com enfoque especial nos fatores psicológicos e fisiológicos mais relevantes para o surgimento de sintomas após exposição a eventos traumáticos relacionados ao ciclo reprodutivo feminino. Opções terapêuticas existentes são criticamente revistas, incluído terapias de aconselhamento e a técnica de debriefing psicológico.

Descritores: Transtornos de estresse pós-traumáticos/psicologia; Síndrome pré-menstrual/psicologia; Gravidez; Acontecimentos que mudam a vida; Mulheres/psicologia; Identidade de gênero; Aborto espontâneo

Abstract

Women are at significantly higher risk for developing post-traumatic stress disorder (PTSD) than men, resulting in increased psychosocial burden and healthcare related costs. Recent research has shown complex interactions between the impact of traumatic experiences, and the reproductive lifecycle in women. For example, women suffering from premenstrual dysphoric disorder (PMDD) who also report a history of sexual or physical abuse are more likely to present with different neuroendocrine reactivity to stressors, when compared to premenstrual dysphoric disorder subjects without prior history of trauma or abuse or non-premenstrual dysphoric disorder subjects. In addition, women with a history of abuse or trauma may experience re-emergence of symptoms during pregnancy. Lastly, females who experience miscarriage may present with even higher prevalence rates of post-traumatic stress disorder symptoms.

In this manuscript we examine the existing data on gender differences in post-traumatic stress disorder, with particular focus on psychological and physiological factors that might be relevant to the development of symptoms after exposure to traumatic events associated with the reproductive life cycle. Current options available for the treatment of such symptoms, including group and counseling therapies and debriefing are critically reviewed.

Keywords: Stress disorders, post-traumatic/psychology; Premenstrual syndrome; Pregnancy; Life change events; Women/psychology; Gender identity; Abortion, spontaneous

¹ Clínica de preocupações com a saúde da mulher, St. Joseph's Healthcare, Hamilton, Canadá

² Programa de risco materno, The Hospital for Sick Children, Toronto, Canadá

³ Programa de Ciências Médicas, McMaster University, Hamilton, Canadá

⁴ Departamento de Psiquiatria & Neurociências do Comportamento, McMaster University, Hamilton, Canadá

Correspondência

Leslie Born
Women's Health Concerns Clinic, Room FB-639
St. Joseph's Healthcare,
50 Charlton Ave. E.,
Hamilton, Ontario, Canada L8N 4A6
Tel: (905) 522-1155 ext. 5146 Fax: (905) 521-6098
E-mail: lborn@stjosham.on.ca

Financiamento: Bolsa de pós-doutorado dos Canadian Institutes of Health Research dá apoio ao Dr. Born.
Conflitos de Interesse: Nenhum

Introdução

Os últimos dez anos conheceram um aumento no interesse em pesquisas sobre diferenças de gênero no transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), incluindo as diferenças na reatividade no eixo hipófise-pituitária-adrenal (HPA) e, mais recentemente, os efeitos do final da fase lútea do ciclo menstrual. As pesquisas têm demonstrado uma associação entre o impacto negativo de experiências relacionadas ao trauma e a vida reprodutiva feminina. Por exemplo, há estudos sugerindo uma significativa comorbidade entre trauma e síndrome pré-menstrual (SPM) moderada/grave ou transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM),¹⁻² e entre sintomas relacionados a trauma e experiências de parto complicadas.³ No entanto, até hoje, a atenção clínica especificamente dedicada a trauma e ao ciclo de reprodução feminino têm recebido atenção modesta.

Diferenças de gênero no TEPT

1. Prevalência e fatores de risco

Estima-se que o TEPT afete até 25% dos indivíduos que foram expostos a eventos traumáticos; o índice aumenta se o evento traumático causar risco de vida.⁴ A prevalência estimada de TEPT ao longo da vida é de 6,8%.⁵ Os dados existentes sugerem que as mulheres possuem uma prevalência duas vezes maior ao longo da vida do que os homens, mesmo quando enfrentando várias situações/exposições estressantes similares.⁶ Kessler et al,⁷ por exemplo, relataram uma prevalência de TEPT ao longo da vida de 10,4% em mulheres, em comparação a 5,0% em homens, ainda que outros tenham relatado índices de até 19,4% e 7,6% em mulheres e homens respectivamente.⁸

Os fatores de risco para o desenvolvimento de TEPT incluem: ser mulher; a natureza e a gravidade do trauma; a reação inicial do indivíduo ao trauma (estresse agudo); transtornos psiquiátricos pré-existent; histórico familiar de psicopatologia; histórico de estresse, abuso ou trauma; vinculações inseguras; e exposição subsequente a fatores ambientais reativadores.⁹

2. Sintomas e comorbidade

Em uma amostra de adultos (n = 103) com diagnóstico de TEPT, mais de 70% dos indivíduos relataram ansiedade, insônia, sonhos recorrentes de sofrimento, imagens em *flashback* e pensamentos intrusivos, irritabilidade, má concentração, comportamento evitativo e desinteresse. Mau humor, humor lábil e diminuição da libido - sintomas que não estão entre os critérios de TEPT segundo o DSM-IV, também foram relatados freqüentemente.¹⁰ Os homens têm probabilidade significativamente maior de sofrerem de irritabilidade e de utilizarem álcool em excesso,¹⁰ ao passo que as mulheres tendem a experimentar reatividade psicológica mais intensa aos estímulos que simbolizam o trauma e exibem afeto embotado e resposta sobressaltada exagerada.¹¹

As mulheres possuem índices mais altos de comorbidade associadas ao TEPT, freqüentemente com transtorno depressivo maior, abuso e dependência de álcool, transtorno de ansiedade generalizada e SPM/TDPM grave.^{9,12} Um estudo em grande escala mostrou que a ocorrência de TEPT aumentou significativamente o risco de desenvolvimento de primeiro episódio de transtorno depressivo maior, abuso e dependência de álcool em mulheres.¹³ A extensão em que as diferenças de sexo e gênero no TEPT são estimuladas pelas características hormonais e/ou neuroendócrinas ainda está por ser compreendida;¹⁴ no entanto, tais diferenças são marcadamente maiores se a exposição tiver ocorrido antes dos 15 anos de idade.¹³

3. Curso e sobrecarga da doença

O TEPT parece ter um curso crônico prolongado entre as mulheres. Uma pesquisa epidemiológica na comunidade revelou que a duração mediana dos sintomas do TEPT em mulheres era de aproximadamente 48 meses, em comparação a cerca de 12 meses em homens. Além disso, o tempo mediano de remissão dos sintomas de TEPT era de 35 meses em mulheres e de nove meses em homens.¹¹ Se não for tratado, o TEPT pode se tornar um transtorno crônico, incapacitante, que leva ao prejuízo funcional e afeta os relacionamentos conjugais, familiares e sociais.¹⁵⁻¹⁶

Um recente estudo nos EUA chamou a atenção para os enormes custos associados ao TEPT em mulheres: os custos de assistência à saúde são quase o dobro para mulheres que demonstram um alto nível de sintomas de estresse pós-traumático em comparação àquelas que exibem um baixo nível desses sintomas.¹⁷ Os resultados iniciais da Pesquisa Nacional de Comorbidade dos EUA mostrou que o TEPT está associado com aproximadamente o mais alto índice de utilização dos serviços de saúde e possivelmente o mais alto custo per capita entre as doenças mentais.⁷

TEPT e síndromes pré-menstruais

Durante a fase lútea dos ciclos menstruais, as mulheres apresentam respostas imunológicas e neuroendócrinas ao estresse específicas dessa fase.¹⁸⁻¹⁹ Os estudos sugerem que as alterações hormonais nesse momento do ciclo menstrual poderiam contribuir para o desenvolvimento de sintomas do TEPT; para corroborar essa hipótese, o TDPM e o TEPT compartilham algumas características clínicas, como irritabilidade, ansiedade e distúrbios do sono. Os níveis de progesterona, alopregnanolona e outros neuroesteróides relacionados diminuem drasticamente durante a fase lútea, o que pode afetar a modulação dos receptores de neurotransmissores redutores da ansiedade no cérebro.²⁰

Histórico de abuso infantil ou outros tipos de trauma são provavelmente mais comuns em mulheres com SPM ou, mais especificamente, com TDPM. Os resultados de uma grande pesquisa epidemiológica prospectiva de seguimento longitudinal na comunidade (n = 1.488) mostram que mulheres com TEPT possuem uma maior probabilidade de ter TDPM secundário (OR: 11,7, IC 95%: 3,0-46,2). A maioria dos indivíduos com TDPM também relataram um histórico de abuso na infância.² Mulheres com TDPM subclínico têm quatro vezes mais probabilidade de desenvolverem TEPT clínico com a ocorrência de um evento traumático do que sem ocorrência deste.¹²

Estudos recentes demonstraram que indivíduos que sofrem de TDPM e que também relatam um histórico de abuso sexual ou físico têm maior probabilidade de apresentar uma reatividade neuroendócrina aos eventos estressantes, diferente da reatividade de indivíduos com TDPM sem histórico de abuso ou indivíduos sem TDPM. Histórico de trauma pode afetar a responsividade do eixo HPA em controles saudáveis, incluindo respostas ao cortisol, bem como respostas cardiovasculares embotadas após um evento estressante.²¹ Mulheres com histórico de TDPM e trauma têm, principalmente, sua função adrenérgica alterada, incluindo maior reatividade dos níveis de norepinefrina ao estresse verbal na fase lútea e maior responsividade dos receptores β_1 e β_2 adrenérgicos e níveis séricos de norepinefrina mais baixos do que o esperado durante o ciclo menstrual em comparação com indivíduos com TDPM que não sofreram abuso.²² Outros estudos também mostram uma maior porcentagem de conversão de T4 para T3

e uma maior ligação dos hormônios da tireóide aos receptores em mulheres com TDPM e histórico de abuso sexual.²³

TEPT, gravidez e parto

Apesar dos avanços no tratamento obstétrico, o trabalho de parto e o próprio parto continuam sendo experiências dolorosas, assustadoras e potencialmente perigosas para algumas mulheres. O impacto das experiências traumáticas e estressantes com a gravidez ou o parto para as mulheres somente foi reconhecido recentemente. Como resultado, pouco se sabe sobre qualquer aspecto do diagnóstico, impacto ou tratamento de transtorno de estresse pós-traumático após o nascimento do bebê.

O risco de TEPT é maior em mulheres com gravidez não-planejada, altos níveis de ansiedade generalizada antes do parto e/ou sintomas depressivos durante a gravidez, perda fetal anterior e histórico de doença mental ou abuso físico/sexual.²⁴⁻²⁶

Com o crescente número de mulheres refugiadas ou imigrantes que comparecem a nossa clínica perinatal, percebemos, incidentalmente, que sintomas semelhantes ao trauma são muito mais frequentes entre imigrantes recém-chegados, especialmente os vindos de países em desenvolvimento. Um recente relatório canadense notou que o status de imigrante recente é um significativo preditor de sintomas depressivos após o parto.²⁷ Eventos estressantes na vida (p.ex., estupro), falta de suporte social e tensões no relacionamento conjugal estão estreitamente relacionados a sintomas de depressão e ansiedade em mulheres imigrantes.²⁸ As barreiras lingüísticas e a falta de conhecimento sobre questões de saúde podem impedir que as mulheres imigrantes comuniquem seus problemas de saúde física e mental, somando-se ao estresse materno.²⁹

1. Gravidez

A gravidez é um período importante na vida de uma mulher, mas, para algumas mulheres, o periparto pode estar sobrecarregado com problemas emocionais, particularmente ansiedade. O impacto em um feto em desenvolvimento pode ser terrível. Ansiedade intensa durante a gestação tem sido vinculada a níveis mais altos de hormônio liberador de corticotrofina no plasma materno e parto pré-termo.³⁰ Uma recente revisão de 14 estudos prospectivos independentes mostrou uma associação entre ansiedade/estresse maternos pré-natal e problemas cognitivos, comportamentais e emocionais na criança.³¹

Soderquist J et al encontraram, recentemente, que em uma amostra de 1.224 mulheres grávidas, 2,3% preenchem os critérios do DSM-IV para transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e 5,8% preenchem parcialmente os critérios ao final da gravidez.²⁵ O estresse traumático e o medo do nascimento da criança estavam significativamente correlacionados. Os índices podem aumentar em grupos de mulheres que enfrentam privações e que experimentaram múltiplos eventos traumáticos. Loveland Cook et al relataram uma prevalência de 7,7% de TEPT em uma amostra de 744 mulheres grávidas inscritas em um programa de suplementação nutricional no Meio-Oeste americano, com um alto índice de comorbidade com depressão maior e transtorno de ansiedade generalizada.³²

Mulheres grávidas com histórico de trauma relacionado a abuso relatam frequentemente sintomas que incluem o re-experienciar de forma intrusiva pensamentos/sintomas somáticos, comportamentos evitativos e entorpecimento emo-

cional, somatização, dissociação e sensibilidade interpessoal. Outras alterações comportamentais, tais como abuso de substâncias, transtornos alimentares, comportamento sexual de alto risco, comportamento suicida e revitimização têm sido também relatados.^{24,33-34}

Estudos revelam que 10 a 25% de todas as gravidezes clinicamente reconhecidas terminarão em abortamento (i.e., perda do feto durante as primeiras 20 semanas de gestação; também denominado abortamento espontâneo) e que cerca de 0,5 a 1% dos bebês são natimortos. A literatura existente tem demonstrado que cerca de 25% das mulheres que experimentam a perda do feto em até 20 semanas da gestação podem apresentar altos índices de prevalência de TEPT, com sintomas tão graves como os que se seguem a outros eventos traumáticos. Cerca de um terço desses casos preencherão também os critérios de depressão maior. A recuperação também não é imediata: quatro meses após a perda, 7% ainda preenchem os critérios de TEPT.³⁵⁻³⁶ Além disso, há evidências que sugerem um maior risco para outros tipos de transtornos de ansiedade no período de seis meses que se seguem a uma perda.³⁷ No entanto, um relato recente sugere que o maior suporte social pode amortecer o impacto negativo de perda perinatal.³⁸

Em um estudo em três centros com mulheres que tinham perdido gravidezes não-planejadas no primeiro trimestre (n = 442), 1% preenchia os critérios do DSM-III-R para TEPT e 20% da amostra tinham tido um episódio depressivo nos dois anos que seguiram a este abortamento.³⁹

2. Pós-parto

O desenvolvimento de sintomas agudos de trauma pós-parto relaciona-se frequentemente a um histórico prévio de dois ou mais eventos de vida traumáticos, complicações obstétricas durante o parto, nascimento prematuro ou ao parto de natimortos. Relatos de hospitais públicos indicam que uma em cada três mulheres relata a presença de pelo menos três sintomas de trauma agudo após darem à luz e 2% a 6% dessas mulheres preenchem os critérios do DSM-IV para TEPT.^{3,37,40-42}

Uma pequena pesquisa transnacional encontrou que, em um grupo de mulheres que descreveram experiências de parto traumáticas, os sintomas mais frequentes incluíram pesadelos e *flashbacks* sobre o parto, entorpecimento emocional, confusão, ansiedade, raiva e depressão e um intenso sentimento de isolamento do mundo da maternidade.¹⁵ Os sintomas podem iniciar-se nas primeiras 48 horas após o parto e persistir por até um ano.⁴³

Apesar disso, o TEPT pode também ocorrer após partos que tenham sido normais do ponto de vista obstétrico e considerados como "de rotina". A experiência de dor e medo intensos da mãe pela sua vida ou pela do seu bebê, a percepção de que a atenção recebida intraparto foi inadequada ou a percepção negativa da experiência de dar à luz (p.ex., sentir-se violentada, impotente, desesperançada, com perda de controle) são associados ao trauma de parto.⁴⁴

Evidências incidentais revelam que, durante uma gravidez subsequente, os sintomas de estresse pós-traumático pós-natal podem ter uma recorrência "com toda a força".⁴⁵ Hofberg e Ward descrevem "tocofobia secundária", temor e evitamento patológicos da gravidez/parto como consequência de um parto traumático prévio.⁴⁶ As seqüelas podem ser profundas: as mulheres podem interromper gravidezes desejadas subsequentes por serem incapazes de lidar com a idéia de outro parto.⁴⁷

Trauma e sintomas de TEPT em mulheres: a conexão neuroendócrina

As crescentes evidências de que nem todas as pessoas lidam com eventos traumáticos da mesma forma têm despertado perguntas sobre quais fatores poderiam contribuir para ou ser responsáveis em maior medida por tais diferenças. Entre os supostos fatores, o eixo HPA e sua regulação/desregulação tem sido apontado como um mecanismo biológico da vulnerabilidade para o desenvolvimento de um problema psiquiátrico após uma exposição ao trauma. Porém, somente um pequeno percentual de indivíduos demonstra uma desregulação consistente do eixo HPA devido à exposição ao trauma, independentemente das evidências de desenvolvimento subsequente de sintomas de TEPT.¹¹

O eixo HPA exerce um papel-chave na modulação de nossa resposta a eventos estressantes. Sua ativação facilita uma situação de ação mais adequada para a resposta do tipo "enfrentar ou fugir" por meio da mobilização dos sistemas neuroendócrino, antiinflamatório e auto-imune.⁴⁸ A exposição a uma situação/evento estressante leva à liberação do hormônio liberador de corticotrofina (CRH) pelo hipotálamo, que estimula a liberação do hormônio liberador de adrenocorticotrofina (ACTH) da glândula pituitária. O ACTH então estimula a produção do cortisol pelo córtex adrenal. Na seqüência, o cortisol é secretado na corrente sanguínea e irá promover os mecanismos adaptativos necessários em uma situação de maior estresse. Espera-se, no entanto, que os maiores níveis de cortisol irão então induzir um feedback negativo (inibição) do eixo HPA via o hipotálamo, a pituitária e o hipocampo, atenuando, desta forma, a resposta ao estresse. Esse equilíbrio mediado pelo feedback negativo do eixo HPA evita o impacto potencialmente negativo que uma prolongada resposta ao estresse exerceria na estrutura e na função de diferentes regiões cerebrais (p.ex., induzindo a atrofia nas células do hipocampo, afetando a memória e o aprendizado).⁴⁹⁻⁵⁰

Em diversos estudos, foi demonstrada uma associação entre o TEPT e uma intensificação da regulação por feedback negativo do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal. Os indivíduos com TEPT parecem mostrar menores níveis de cortisol basal e maior supressão da liberação do cortisol após a administração de baixas doses de dexametasona, comparados com os que não têm TEPT.⁵¹⁻⁵² No entanto, a maioria dos estudos focaram principalmente pacientes masculinos com doença crônica e altamente sintomáticos. Portanto, ainda não está clara a extensão em que a relação entre os níveis de cortisol basal e os sintomas do TEPT pode ser modulada por outros fatores, incluindo gênero, tipo de trauma, gravidade dos sintomas ou grau de funcionamento social.⁵²

Os estudos que incluíram indivíduos do sexo feminino confirmaram que mulheres com TEPT também apresentam níveis mais baixos de cortisol do que controles saudáveis⁵³⁻⁵⁴ e mostram maior supressão da liberação do cortisol após a administração de dexametasona.⁵¹ Dessa forma, a resposta neuroendócrina feminina básica ao estresse parece ser similar à observada em homens. Entretanto, o impacto de diferentes fases do ciclo menstrual não foi levado em conta na maioria desses estudos.⁵⁵ Além disso, outros fatores que podem afetar os níveis de cortisol não foram adequadamente controlados na maioria desses estudos, tais como ingestão de álcool, tabagismo e exercício.

Alguns pesquisadores têm postulado que as diferenças de gênero nas respostas do eixo HPA ao estresse podem ser par-

cialmente atribuídas às diferenças na "avaliação da ameaça" entre homens e mulheres.⁵⁶ Em um experimento em laboratório, quando a exposição ao estresse foi modulada pela presença de outros (estranhos ou parceiros), proporcionando suporte social, as mulheres classificaram tanto as tentativas de estranhos como as de parceiros de forma mais favorável do que os homens. Homens que receberam suporte de um parceiro mostraram atenuação significativa das respostas de cortisol, em comparação com homens que não receberam suporte ou homens que receberam suporte de estranhos, ao passo que as mulheres não mostraram atenuação da resposta quando receberam suporte de estranhos e tiveram uma tendência a respostas aumentadas de cortisol quando receberam suporte de seus parceiros.¹⁸

O papel dos hormônios sexuais na fenomenologia do TEPT em mulheres ainda não foi completamente compreendido. Vários estudos sugerem a ocorrência de maior reatividade do cortisol em mulheres pré-menopausadas com TEPT.⁵³⁻⁵⁷ Um estudo recente comparou 13 indivíduos com TEPT com 13 sujeitos saudáveis não-traumatizados e sete sujeitos saudáveis traumatizados, revelando que os níveis plasmáticos de dehidroepiandrosterona (DHEA) estavam aumentados nos indivíduos com TEPT em comparação aos sete sujeitos saudáveis traumatizados. As respostas ao DHEA e ao cortisol aumentaram mais em mulheres com TEPT após a ativação adrenal pelo ACTH₁₋₂₄, ao passo que os níveis de progesterona e as respostas não foram diferentes entre os subgrupos.⁵⁸ É interessante que a alteração no pico de DHEA, após a administração de ACTH, e a proporção DHEA/cortisol tiveram uma relação inversa com a gravidade do TEPT e os escores de humor, respectivamente. Esses achados sugerem que a liberação de DHEA pode desempenhar um importante papel para influenciar a resposta do eixo HPA ao estresse e modular o impacto negativo dos estressores no humor e no comportamento em mulheres pré-menopausadas.

A progesterona é conhecida por possuir propriedades antiglicocorticóides e, dessa forma, interferir na reatividade do eixo HPA ao estresse. De fato, alguns estudos demonstraram uma maior resposta neuroendócrina ao estresse (p.ex., altos níveis de cortisol após a administração de ACTH) em mulheres durante a fase lútea do ciclo menstrual, indicando que o feedback negativo do eixo HPA pode estar afetado de alguma forma.⁵⁹

Mais pesquisas são necessárias para compreendermos o impacto que as alterações nos níveis dos hormônios sexuais podem causar na capacidade comportamental e neuroendócrina dos sujeitos para responderem ao estresse. É plausível que mudanças abruptas nos níveis hormonais (como os observados no período imediato pós-parto) alterariam não somente a resposta do eixo HPA a um evento estressante, mas também o feedback negativo necessário para evitar os possíveis danos induzidos pela prolongada exposição aos "hormônios do estresse".

Estado atual do conhecimento sobre as opções de tratamento para trauma relacionado às funções reprodutivas

1. Terapias de aconselhamento

A primeira linha da estratégia de tratamento inicial para TEPT Agudo ou Crônico em mulheres é a psicoterapia individual, com ou sem medicação adjunta, em sessões semanais de 60 minutos de duração.⁶⁰⁻⁶¹ No entanto, a elaboração de uma experiência de parto traumática em nível cognitivo e

emocional dentro de um espaço de tempo relativamente curto pode ser difícil para certas mulheres.⁶² Sessões adicionais de aconselhamento podem ser necessárias. Muitas intervenções atuais de aconselhamento empregam uma combinação de técnicas para diminuir tanto as reações baseadas no medo (i.e., o senso de segurança) como as baseadas na vergonha (i.e., o senso de si próprio).

Dois estudos investigaram os efeitos do aconselhamento na morbidade psicológica de mulheres que vivenciaram um parto traumático. Gamble et al randomizaram 50 mulheres para receber uma intervenção de aconselhamento breve, dirigida por uma enfermeira obstétrica, em que as mulheres receberam aconselhamento face a face nas 72 horas que se sucederam ao parto e uma sessão telefônica entre quatro e seis semanas após o parto.⁶³ As sessões de aconselhamento incluíram discussões sobre gravidez e parto, melhorando o suporte social, reforçando enfoques positivos para lidar com a situação e explorando possíveis soluções se fosse necessária terapia adicional. As 53 mulheres no grupo controle receberam atenção pós-natal de rotina. Os sintomas de estresse pós-traumático, depressão e ansiedade foram medidos durante uma entrevista telefônica no terceiro trimestre de gravidez e três meses após o parto. As mulheres que receberam aconselhamento relataram uma significativa diminuição na depressão, bem com uma diminuição não-significativa na ansiedade e na sensação de culpa. Somente três mulheres no grupo de intervenção, em comparação a nove no grupo controle preencheram os critérios diagnósticos de TEPT; entretanto, esse resultado não foi estatisticamente significativo.

Em um segundo estudo controlado randomizado, Ryding et al compararam a eficácia de três a quatro sessões de aconselhamento semi-estruturadas ao estilo de entrevistas (n = 50) com atenção pós-natal padrão (n = 49) em mulheres que tinham tido uma operação cesariana.⁶⁴ As duas primeiras sessões de aconselhamento foram programadas para antes da alta, ao passo que a(s) sessão(ões) seguintes ocorreram cerca de duas semanas após o parto. Todas as participantes completaram o W-DEQ, IES e uma versão do inventário de sintomas (*Symptoms Check List*) alguns dias, um e seis meses após o parto. Houve uma melhora significativa nos questionários de acompanhamento no primeiro e no sexto mês para as mulheres que receberam aconselhamento. No entanto, deve-se observar que o aconselhamento foi insuficiente para as duas mulheres com a pior elaboração cognitiva do parto e que experimentaram o maior sofrimento mental com reações de estresse pós-traumático.

Mesmo que o medo do parto durante a gravidez seja bastante comum, as mulheres com intenso medo da gravidez podem experimentar sofrimento mental e estar predispostas a ter um parto complicado com reações de estresse pós-traumático (REPT) concomitante. Recentemente, Ryding et al avaliaram a eficácia de aconselhamento dirigido por enfermeiras obstétricas para diminuir os REPTs.⁶⁵ Cinquenta e três mulheres identificadas como vulneráveis a REPT receberam de 1 a 14 sessões individuais de aconselhamento pós-parto; foram comparadas aos controles pareados por número de partos e método de parto (i.e. vaginal, cesárea de emergência ou cesárea eletiva). Os sujeitos completaram o questionário sobre experiência de parto (*Wijma Delivery Experience Questionnaire*) e a Escala de Impacto dos Eventos (*Impact of Events Scale*) que avalia se há REPT. Dez mulheres no grupo de aconselhamento e uma mulher do grupo controle tiveram pontuação > 30 na Escala de Eventos, indicativa de REPT. Embora a maioria das

mulheres ter relatado estar satisfeita com a atenção recebida, as mulheres no grupo de aconselhamento como um todo relataram uma experiência menos positiva de parto do que o grupo controle. No entanto, sem a comparação com um grupo de mulheres consideradas como vulneráveis a REPT - que não receberam a intervenção de aconselhamento - é difícil avaliar se a intervenção de fato melhorou a situação.

2. Terapias de grupo

A literatura sobre terapias de grupo para o tratamento do trauma relacionado às questões reprodutivas é atualmente bem esparsa, ainda que algumas notas encorajadoras provenham dos estudos publicados.

Em um ensaio clínico randomizado controlado, Ryding et al investigaram a eficácia do aconselhamento em grupo em uma amostra de mulheres que tinham passado por uma operação cesárea de emergência.⁶⁶ O grupo de intervenção de aconselhamento (n = 64) consistiu de duas sessões em grupo, com duas a três semanas de intervalo entre elas, iniciando cerca de dois meses após o parto. As sessões começaram com as mulheres compartilhando suas histórias relacionadas à gravidez, parto e atenção hospitalar e a seguir continuaram de acordo com as necessidades do grupo. Três questionários, medindo expectativas e experiências com o parto, frequência de sintomas relacionados ao evento traumático (i.e. operação cesárea) e depressão, foram completados seis meses após o parto por todas as participantes. As mulheres no grupo controle (n = 73) tiveram a oferta de consultas individuais para discutir seus partos depois que os questionários do 6º mês após o parto foram completados. Ainda que os autores tenham encontrado pouca diferença entre o grupo de aconselhamento e o grupo controle em relação ao nível de medo após o parto, aos sintomas de estresse pós-traumático e à depressão pós-natal, os sujeitos relataram satisfação com as sessões em grupo. Uma participante indicou que ela teria apreciado que houvesse uma ou duas sessões adicionais.

Um segundo estudo avaliou a eficácia da terapia cognitiva em grupo para mulheres que tinham passado por interações traumatizantes com o provedor de serviços de saúde durante sua experiência de dar à luz.⁶⁷ Nove mulheres com 21 gravidezes e 19 partos passaram por sessões de terapia em grupo de quatro horas cada uma, mensalmente, durante cinco meses após darem à luz. Essas sessões seguiram o conteúdo do protocolo "Insight: Um programa de melhoria cognitiva", no qual os objetivos e atividades, incluindo tópicos de perda/luto, auto-estima e comunicação, foram o foco das atribuições e das discussões em grupo. As escalas sobre qualidade da interação com o provedor de atenção à saúde, percepção do parto, estresse pós-traumático do parto, auto-estima, depressão, ansiedade e solidão foram avaliadas antes e após a intervenção. Os escores pré-intervenção identificaram trauma perinatal entre as mulheres. Os escores pós-intervenção revelaram uma melhoria significativa em todas as medidas. No entanto, os resultados devem ser interpretados com cautela, já que não havia um grupo controle para levar em conta a possibilidade de remissão espontânea dos sintomas.

3. Interrogatório

O interrogatório (*debriefing*) é uma estratégia de tratamento originalmente utilizada para tratar reações de estresse de agudo em combatentes retornando para casa.⁶⁸ Os resultados positivos desta intervenção estimularam estratégias similares para um conjunto de adversidades em que um evento trau-

mático ou "incidente crítico" havia causado reações de estresse particularmente intensas. O interrogatório sobre estresse do incidente crítico (CISD) é um processo que tenta evitar ou limitar o desenvolvimento de TEPT, permitindo que indivíduo afetado discuta seus pensamentos e sentimentos sobre o evento em um ambiente controlado e seguro. A eficácia dessa estratégia de tratamento está atualmente em debate e a opinião atual sustenta que são limitadas as evidências de que o interrogatório evite o TEPT.⁶⁹⁻⁷¹ De fato, há indicações de que alguns dos indivíduos mais vulneráveis possam experimentar um aumento nos sintomas como resultado de um interrogatório psicológico.⁷²⁻⁷⁴

Dois estudos investigaram a efetividade de interrogatório após o parto. Priest et al investigaram se o CISD havia reduzido a incidência de transtornos psicológicos pós-natais de 1.745 mulheres em um ensaio clínico randomizado unicego.⁷⁵ Entre 24 e 72 horas após o parto, 875 e 870 mulheres foram alocadas para CISD e atenção pós-natal padrão, respectivamente; uma única sessão de interrogatório padronizada foi iniciada imediatamente ou no dia seguinte. Não houve diferenças entre os grupos nos resultados do questionário sobre depressão pós-parto (*Edinburgh Postnatal Depression*) ou do IES a 2, 6, ou 12 meses após o parto. Cerca de 66% dos indivíduos relataram que a sessão de interrogatório foi moderadamente ou muito útil.

No segundo ensaio randomizado controlado, Small et al investigaram a efetividade de uma sessão de interrogatório feita por uma enfermeira obstétrica após o parto cesáreo, por fórceps ou extração por vácuo.⁷⁶ Após o parto, as mulheres foram randomizadas para receberem uma sessão de interrogatório (n = 520) para discutir suas experiências/eventos de trabalho de parto, parto e pós-parto antes da alta ou atenção padrão (n = 521), que consistiu de uma breve visita da enfermeira obstétrica para entregar um panfleto para a mãe com as fontes de assistência médica. A depressão materna e o estado geral de saúde (dor física, saúde mental e geral, vitalidade, funcionamento físico e social, bem como funcionamento emocional foram medidos pelo *Edinburg Postnatal Depression Scale* e a pesquisa de qualidade de vida no formato curto com 36 itens (SF-36), respectivamente, seis meses após o parto. Dentre os grupos de interrogatório e de atenção padrão, respectivamente, 467 e 450 mulheres completaram os questionários de acompanhamento. As mulheres designadas para o grupo de interrogatório tiveram maior probabilidade de ter escores depressivos e de terem um pior status de saúde em sete das oito subescalas da F-36, ainda que os resultados tenham sido somente significativos na subescala de funcionamento emocional. Ainda que 94% das mulheres tenham percebido as sessões de interrogatório como "úteis", a intervenção nesse estudo foi ineficaz para reduzir a morbidade materna e possivelmente contribuiu para os problemas da saúde emocional.

Dois outros ensaios clínicos randomizados estudaram os efeitos do "interrogatório" na morbidade psicológica pós-parto e na adaptação emocional, respectivamente. Lavender & Walkinshaw encontraram que uma intervenção com interrogatório não-estruturado diminuiu os escores de ansiedade e depressão em três semanas após o parto, em comparação a mulheres que não tiveram nenhuma intervenção.⁷⁷ No entanto, as participantes eram compostas de mulheres saudáveis que tinham tido um parto normal. Lee et al empregaram o interrogatório psicológico duas semanas após o parto em um grupo de mulheres que tinham tido um aborto. No quarto mês de acompanhamento, não houve diferenças significati-

vas com relação à adaptação emocional entre as mulheres que receberam a intervenção e aquelas que haviam recebido atenção pós-natal padrão.⁷⁸

Baseando-se na hipótese de que os indivíduos desejam falar sobre um evento traumático, as terapias de intervenção precoce, como o interrogatório, têm sido implementadas como um requisito para lidar e ajustar-se após o incidente, especialmente nas áreas com um alto grau de exposição ao trauma (unidades de emergência, pessoal militar, etc.). No entanto, essa hipótese está sendo questionada. Em um estudo com 217 agentes de serviços de emergência, os participantes classificaram a ajuda que significou falar sobre um evento traumático em vários momentos distintos.⁷⁹ Os resultados mostraram que 51% dos indivíduos relataram que o fato de terem falado imediatamente após o evento foi o que mais ajudou. Discutir o evento nas primeiras 24 horas do trauma foi considerado útil por 41,5%; isso decresceu para 37,8% em relação à discussão do evento após 24 horas do trauma. Ainda que esses números sugerissem que o tempo ótimo para discutir um evento seria no período imediato ao evento e não bem depois deste, eles deveriam ser interpretados com cautela, pois a natureza do evento traumático e a estrutura das discussões não foram controladas. No contexto de partos traumáticos, utilizar o método de interrogatório muito precocemente pode interferir nos mecanismos naturais que processam o trauma e permitem que o indivíduo aceite o evento de uma forma não-traumática.²⁸

Muito freqüentemente, o trauma psicológico perinatal inclui tanto as reações de vergonha como as de medo.⁸⁰ Portanto, estratégias terapêuticas unimodais são provavelmente inadequadas para indivíduos que estão tentando lidar tanto com as experiências de medo como com as de vergonha. Essa pode ser uma razão para os resultados ambíguos encontrados pelos estudos que pesquisaram o interrogatório como uma intervenção precoce após partos traumáticos.

Conclusões

Os dados existentes sugerem uma maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de sintomas do TEPT associados a experiências traumáticas no contexto de eventos da vida reprodutiva (e.g., aborto, TDPM). No entanto, muito ainda há que se aprender sobre como os diferentes fatores biológicos e psicológicos podem desempenhar um papel na modulação desse maior risco, e sobre as opções de tratamento farmacológico e não-farmacológico eficazes.

Referências

1. Golding JM, Taylor DL, Menard L, King MJ. Prevalence of sexual abuse history in a sample of women seeking treatment for premenstrual syndrome. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2000;21(2):69-80.
2. Wittchen HU, Perkonig A, Pfister H. Trauma and PTSD - an overlooked pathogenic pathway for premenstrual dysphoric disorder? *Arch Women Ment Health.* 2003;6(4):293-7.
3. Cohen MM, Ansara D, Schei B, Stuckless N, Stewart DE. Posttraumatic stress disorder after pregnancy, labor, and delivery. *J Womens Health (Larchmt).* 2004;13(3):315-24.
4. Green BL. Psychosocial research in traumatic stress: an update. *J Trauma Stress.* 1994;7(3):341-62.
5. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(6):593-602. Erratum in: *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(7):768.

6. Foa EB, Street GP. Women and traumatic events. *J Clin Psychiatry*. 2001;62(Suppl 17):29-34.
7. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52(12):1048-60.
8. Bromet E, Sonnega A, Kessler RC. Risk factors for DSM-III-R posttraumatic stress disorder: findings from the National Comorbidity Survey. *Am J Epidemiol*. 1998;147(4):353-61.
9. Wong CM, Yehuda R. Sex differences in posttraumatic stress disorder. In: Lewis-Hall F, Williams TS, Panetta JA, Herrera JM, editors. *Psychiatric illness in women: emerging treatments and research*. Washington, DC: American Psychiatric; 2002. p. 57-96.
10. Green B. Post-traumatic stress disorder: symptom profiles in men and women. *Curr Med Res Opin*. 2003;19(3):200-4.
11. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55(7):626-32.
12. Perkonig A, Yonkers KA, Pfister H, Lieb R, Wittchen HU. Risk factors for premenstrual dysphoric disorder in a community sample of young women: the role of traumatic events and posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(10):1314-22.
13. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson EL, Schultz LR. Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54(11):1044-8.
14. Rasmusson AM, Vythilingam M, Morgan CA 3rd. The neuroendocrinology of posttraumatic stress disorder: new directions. *CNS Spectr*. 2003;8(9):651-6, 665-7.
15. Beck CT. Post-traumatic stress disorder due to childbirth: the aftermath. *Nurs Res*. 2004;53(4):216-24.
16. Zlotnick C, Rodriguez BF, Weisberg RB, Bruce SE, Spencer MA, Culppepper L, et al. Chronicity in posttraumatic stress disorder and predictors of the course of posttraumatic stress disorder among primary care patients. *J Nerv Ment Dis*. 2004;192(2):153-9.
17. Walker EA, Katon W, Russo J, Ciechanowski P, Newman E, Wagner AW. Health care costs associated with posttraumatic stress disorder symptoms in women. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(4):369-74.
18. Kirschbaum C, Klauer T, Filipp SH, Hellhammer DH. Sex-specific effects of social support on cortisol and subjective responses to acute psychological stress. *Psychosom Med*. 1995;57(1):23-31.
19. Rohleder N, Schommer NC, Hellhammer DH, Engel R, Kirschbaum C. Sex differences in glucocorticoid sensitivity of proinflammatory cytokine production after psychosocial stress. *Psychosom Med*. 2001;63(6):966-72.
20. Sundstrom Poromaa I, Smith S, Gulinello M. GABA receptors, progesterone and premenstrual dysphoric disorder. *Arch Women Ment Health*. 2003;6(1):23-41.
21. Girdler SS, Pedersen CA, Straneva PA, Leserman J, Stanwyck CL, Benjamin S, et al. Dysregulation of cardiovascular and neuroendocrine responses to stress in premenstrual dysphoric disorder. *Psychiatry Res*. 1998;81(2):163-78.
22. Girdler SS, Sherwood A, Hinderliter AL, Leserman J, Costello NL, Straneva PA, et al. Biological correlates of abuse in women with premenstrual dysphoric disorder and healthy controls. *Psychosom Med*. 2003;65(5):849-56.
23. Girdler SS, Thompson KS, Light KC, Leserman J, Pedersen CA, Prange AJ Jr. Historical sexual abuse and current thyroid axis profiles in women with premenstrual dysphoric disorder. *Psychosom Med*. 2004;66(3):403-10.
24. Seng JS, Low LK, Sparbel KJ, Killion C. Abuse-related post-traumatic stress during the childbearing year. *J Adv Nurs*. 2004;46(6):604-13.
25. Soderquist J, Wijma K, Wijma B. Traumatic stress in late pregnancy. *J Anxiety Disord*. 2004;18(2):127-42.
26. Turton P, Hughes P, Evans CD, Fainman D. Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *Br J Psychiatry*. 2001;178:556-60.
27. Dennis C-LE, Janssen PA, Singer J. Identifying women at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;110(5):338-46.
28. McKenzie-McHarg K. Traumatic birth: understanding predictors, triggers, and counselling process is essential to treatment. *Birth*. 2004;31(3):219-21.
29. Templeton L, Velleman R, Persaud A, Milner P. The experiences of postnatal depression in women from black and minority ethnic communities in Wiltshire, UK. *Ethn Health*. 2003;8(3):207-21.
30. Mancuso RA, Schetter CD, Rini CM, Roesch SC, Hobel CJ. Maternal prenatal anxiety and corticotropin-releasing hormone associated with timing of delivery. *Psychosom Med*. 2004;66(5):762-9.
31. Van den Bergh BR, Mulder EJ, Mennes M, Glover V. Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms. A review. *Neurosci Biobehav Rev*. 2005;29(2):237-58.
32. Loveland Cook CA, Flick LH, Homan SM, Campbell C, McSweeney M, Gallagher ME. Posttraumatic stress disorder in pregnancy: prevalence, risk factors, and treatment. *Obstet Gynecol*. 2004;103(4):710-7.
33. Mezey G, Bacchus L, Bewley S, White S. Domestic violence, lifetime trauma and psychological health of childbearing women. *BJOG*. 2005;112(2):197-204.
34. Tarrier N, Gregg L. Suicide risk in civilian PTSD patients--predictors of suicidal ideation, planning and attempts. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39(8):655-61.
35. Engelhard IM, van den Hout MA, Kindt M, Arntz A, Schouten E. Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress after pregnancy loss: a prospective study. *Behav Res Ther*. 2003;41(1):67-78.
36. Engelhard IM, van den Hout MA, Vlaeyen JW. The sense of coherence in early pregnancy and crisis support and posttraumatic stress after pregnancy loss: a prospective study. *Behav Med*. 2003;29(2):80-4.
37. Geller PA, Kerns D, Klier CM. Anxiety following miscarriage and the subsequent pregnancy: a review of the literature and future directions. *J Psychosom Res*. 2004;56(1):35-45.
38. Kroth J, Garcia M, Hallgren M, LeGrue E, Ross M, Scalise J. Perinatal loss, trauma, and dream reports. *Psychol Rep*. 2004;94(3 Pt 1):877-82.
39. Major B, Cozzarelli C, Cooper ML, Zubek J, Richards C, Wilhite M, et al. Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(8):777-84.
40. Ayers S, Pickering AD. Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth*. 2001;28(2):111-8.
41. Pierrehumbert B, Nicole A, Muller-Nix C, Forcada-Guex M, Ansermet F. Parental post-traumatic reactions after premature birth: implications for sleeping and eating problems in the infant. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2003;88(5):F400-4.
42. Van Pampus MG, Wolf H, Weijmar Schultz WC, Neeleman J, Aarnoudse JG. Posttraumatic stress disorder following preeclampsia and HELLP syndrome. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2004;25(3-4):183-7.
43. Ballard CG, Stanley AK, Brockington IF. Post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth. *Br J Psychiatry*. 1995;166(4):525-8.
44. Beck CT. Birth trauma: in the eye of the beholder. *Nurs Res*. 2004;53(1):28-35.
45. Brockington I. A portfolio of postpartum disorders. In: *Motherhood and mental health*. Oxford: Oxford University Press; 1996. p. 153-4.
46. Hofberg K, Ward MR. Fear of pregnancy and childbirth. *Postgrad Med J*. 2003;79(935):505-10.
47. Hofberg KM, Brockington IF. Tokophobia: a morbid dread of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2001;22(Suppl 1):96.
48. Rothschild AJ. The hypothalamic-pituitary-adrenal axis and psychiatric illness. In: Wolkowitz OM, Rothschild AJ, editors. *Psychoneuroendocrinology. The scientific basis of clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric; 2003. p. 139-63.
49. Newcomer JW, Selke G, Melson AK, Hershey T, Craft S, Richards K, Anderson AL. Decreased Memory Performance in Healthy Humans Induced by Stress-Level Cortisol Treatment. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(6):527-33.
50. Sapolsky, M. Why stress is bad for your brain. *Science*. 1996;273(5276):749-50.
51. Yehuda R, Halligan SL, Grossman R, Golier JA, Wong C. The cortisol and glucocorticoid receptor response to low dose dexamethasone

- administration in aging combat veterans and holocaust survivors with and without posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*. 2002;52(3):393-403.
52. Neylan TC, Brunet A, Pole N, Best SR, Metzler TJ, Yehuda R, et al. PTSD symptoms predict waking salivary cortisol levels in police officers. *Psychoneuroendocrinology*. 2005;30(4):373-81.
 53. Stein MB, Yehuda R, Koverola C, Hanna C. Enhanced dexamethasone suppression of plasma cortisol in adult women traumatized by childhood sexual abuse. *Biol Psychiatry*. 1997;42(8):680-6.
 54. Glover DA, Poland RE. Urinary cortisol and catecholamines in mothers of child cancer survivors with and without PTSD. *Psychoneuroendocrinology*. 2002;27(7):805-19.
 55. Shea A, Walsh C, MacMillan H, Steiner M. Child maltreatment and HPA axis dysregulation: relationship to major depressive disorder and post traumatic stress disorder in females. *Psychoneuroendocrinology*. 2005;30(2):162-78.
 56. Rasmusson AM, Friedman MJ. Gender Issues in the neurobiology of PTSD. In: Kimerling R, Quimette P, Wolfe J, editors. *Gender and PTSD*. New York, NY: Guilford Press; 1997 p. 43-75.
 57. Rasmusson AM, Lipschitz DS, Wang S, Hu S, Vojvoda D, Bremner JD et al. Increased pituitary and adrenal reactivity in premenopausal women with PTSD. *Biol Psychiatry*. 2001;50(12):965-77.
 58. Rasmusson AM, Vasek J, Lipschitz DS, Vojvoda D, Mustone ME, Shi Q, et al. An increased capacity for adrenal DHEA release is associated with decreased avoidance and negative mood symptoms in women with PTSD. *Neuropsychopharmacology*. 2004;29(8):1546-57.
 59. Kirschbaum C, Kudielka BM, Gaab J, Schommer NC, Hellhammer DH. Impact of gender, menstrual cycle phase, and oral contraceptives on the activity of the hypothalamus-pituitary-adrenal axis. *Psychosom Med*. 1999;61(2):154-62.
 60. Butterfield MI, Becker M, Marx CE. Post-traumatic stress disorder in women: current concepts and treatments. *Curr Psychiatry Rep*. 2002;4(6):474-86.
 61. Expert Consensus Guideline Series: Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *J Clin Psychiatry*. 1999;60(Suppl 16):3-76.
 62. Horowitz MJ. Stress-response syndromes: A review of post-traumatic stress and adjustment disorders. In: Wilson JP, Raphael B, editors. *International Handbook of traumatic stress Syndromes*. New York: Plenum Press; 1993. p. 49-60.
 63. Gamble J, Creedy D, Moyle W, Webster J, McAllister M, Dickson P. Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. *Birth*. 2005;32(1):11-9.
 64. Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Postpartum counseling after an emergency cesarean. *Clin Psychol Psychother*. 1998;5:231-7.
 65. Ryding EL, Persson A, Onell C, Kvist L. An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003;82(1):10-7.
 66. Ryding EL, Wiren E, Johansson G, Ceder B, Dahlstrom AM. Group counseling for mothers after emergency cesarean section: a randomized controlled trial of intervention. *Birth*. 2004;31(4):247-53.
 67. Sorenson DS. Healing traumatizing provider interactions among women through short-term group therapy. *Arch Psychiatr Nurs*. 2003;17(6):259-69.
 68. Baker MS, Armfield F. Preventing post-traumatic stress disorders in military medical personnel. *Mil Med*. 1996;161(5):262-4.
 69. Rose S, Bisson J, Wessely S. A systematic review of single-session psychological interventions ('debriefing') following trauma. *Psychother Psychosom*. 2003;72(4):176-84.
 70. Bolwig TG. Debriefing after psychological trauma. *Acta Psychiatr Scand*. 1998;98(3):169-70.
 71. Gamble J, Creedy D. Content and processes of postpartum counseling after a distressing birth experience: a review. *Birth*. 2004;31(3):213-8.
 72. Bisson JI, Jenkins PL, Alexander J, Bannister C. Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *Br J Psychiatr*. 1997;171:78-81.
 73. Carlier IV, Voerman AE, Gersons BP. The influence of occupational debriefing on post-traumatic stress symptomatology in traumatized police officers. *Br J Med Psychol*. 2000;73(Pt 1):87-98.
 74. Cuijpers P, van Straten A, Smit F. Preventing the incidence of new cases of mental disorders: a meta-analytic review. *J Nerv Ment Dis*. 2005;193(2):119-25.
 75. Priest SR, Henderson J, Evans SF, Hagan R. Stress debriefing after childbirth: a randomised controlled trial. *Med J Aust*. 2003;178(11):542-5.
 76. Small R, Lumley J, Donohue L, Potter A, Waldenstrom U. Randomised controlled trial of midwife led debriefing to reduce maternal depression after operative childbirth. *BMJ*. 2000;321(7268):1043-7.
 77. Lavender T, Walkinshaw SA. Can midwives reduce postpartum psychological morbidity? A randomized trial. *Birth*. 1998;25(4):215-9.
 78. Lee C, Slade P, Lygo V. The influence of psychological debriefing on emotional adaptation in women following early miscarriage: a preliminary study. *Br J Med Psychol*. 1996;69(Pt 1):47-58.
 79. Orner R. A new evidence base for making early intervention in emergency services complementary to officers' preferred adjustment and coping strategies. In: Orner R, Schnyder U, editors. *Reconstructing early intervention after trauma: Innovations in the care of survivors*. Oxford: Oxford University Press; 2003. p. 143-53.
 80. Adshhead G. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry*. 2000;177:144-8.