

STRESS E TRAUMA, CONTINUIDADES E DESCONTINUIDADES: PARA UMA REFLEXÃO SOBRE A PPST

Alexandra Marques Pinto¹ (a.marquespinto@fpce.ul.pt), Sónia P. Gonçalves², & Maria Luísa Lima²

¹Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Portugal.

²CIS/ISCTE, Portugal.

RESUMO: Este artigo sistematiza, com base na proposta de Lazarus (1999), uma visão cognitivista do síndrome de Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST), em articulação com a conceptualização transaccional do stress. Nesse sentido, revêem-se os modelos mais conhecidos nas perspectivas comportamental e cognitiva, para se salientar as vantagens de uma abordagem transaccional. A releitura da PPST proposta permite uma visão de continuidade dinâmica nos processos de adaptação à adversidade, engloba abordagens anteriores e é congruente com os resultados empíricos que têm sido obtidos, também em Portugal.

Palavras-chave- Stress, trauma, Perturbação Pós-Stress Traumático.

STRESS AND TRAUMA, CONTINUITIES AND DISCONTINUITIES: FOR A REFLECTION ON PTSD

ABSTRACT: This article explores, according to Lazarus (1999) formulation, a cognitivist view of the Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) syndrome in conjunction with the transactional conceptualization of stress. The best models known in the behavioral and cognitive perspectives are reviewed to highlight the advantages of a transactional approach. The advanced rereading of PTSD provides a dynamic continuity view of the processes of adaptation to adversity, includes previous approaches and is consistent with the empirical results that have been obtained, also in Portugal.

Key-words- Stress, trauma, Post-Traumatic Stress Disorder

Recebido em 5 de Abril de 2010/ Aceite em 12 de Fevereiro de 2011

A investigação em Psicologia tem, nos últimos anos, dado mais atenção ao que foi consagrado como Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST ou *PTSD - Post Traumatic Stress Disorder*). No entanto, a maior parte desta literatura limita-se a descrever este quadro nosológico ou a sua incidência, sendo mais rara a reflexão teórica sobre a sua origem e desenvolvimento. Este artigo sistematiza, com base na proposta de Lazarus (1999), uma visão cognitivista deste síndrome, em articulação por um lado com a conceptualização transaccional do stress e por outro com as teorias da PPST mais relevantes.

A conceptualização do stress em Psicologia passa hoje necessariamente por uma visão que salienta a importância do significado atribuído aos acontecimentos ameaçadores e da avaliação dos recursos disponíveis pelos indivíduos, isto é, por uma concepção transaccional do fenómeno (Lazarus & Folkman, 1984). De facto, perante a constatação de que a vida actual exige um ajustamento rápido e continuado às mudanças que se operam, a investigação no domínio da adaptação psicológica, e designadamente no domínio do *coping*, tem revelado que somos capazes de lidar de forma positiva com a maioria das situações com que nos confrontamos (Folkman & Moskowitz, 2004). Contudo, algumas situações de vida impõem circunstâncias avassaladoras que vão para além das possibilidades de adaptação imediatas dos indivíduos. As primeiras podem ser designadas por situações de stress e as

segundas por situações de trauma e têm originado tradições de estudo distintas. Lazarus (1999, p.161) assume alguma responsabilidade no divórcio entre as duas literaturas quando reconhece que “My writings are not well represented in the PTSD literature, perhaps because the earlier book (Lazarus & Folkman, 1984) made no mention of the syndrome. Yet cognitive-mediational concepts consistent with appraisal theory...emerge as among the most influential and widely adopted formulations.” (Lazarus, 1999, p.161). Consonantemente com esta perspectiva, este artigo propõe uma análise de continuidade entre a literatura sobre stress e a literatura sobre trauma e defende as vantagens da sua articulação, ao situar ambos os conceitos como expressões (ou fases) distintas de um mesmo processo de adaptação, em que os factores intervenientes são semelhantes.

A nossa análise baseia-se assumidamente na proposta de Lazarus (1999). Para este autor, o stress associa-se a um processo de adaptação que pressupõe que a pessoa é capaz de lidar com os acontecimentos sem desenvolver sintomas severos de desadaptação: “the person is able to cope without falling apart or developing serious symptoms of adaptation struggle. The person is “whelmed”, so to speak, but not “overwhelmed”, but this is always a matter of degree” (Lazarus, 1999, p.129). Contudo, há situações extremas em que a pessoa não é capaz de lidar de forma funcional com a situação: “If the ratio of demands to resources becomes too great, we are no longer talking about high stress but trauma. The person feels helpless to deal with the demands to which he or she is exposed, and this can result in feelings of panic, hopelessness, and depression” (Lazarus, 1999, p.58). Assim, quando falamos de pessoas traumatizadas, “they are overwhelmed, which means being unable to function without substantial help, possibly only temporarily, though the dysfunction could continue indefinitely” (Lazarus, 1999, p.129). O trauma está, desta forma, associado a um processo de disfunção dos sistemas habituais de avaliação cognitiva e de coping, que envolve a percepção de um acontecimento como traumático e um conjunto de reacções perturbadas, entre as quais a Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST).

Neste artigo, começamos por apresentar uma breve reflexão sobre a evolução que o conceito de PPST tem sofrido ao longo do tempo, para de seguida nos referirmos ao seu reconhecimento como entidade clínica e à sua classificação de acordo com o DSM. Seguidamente descrevemos alguns dos principais modelos conceptuais de PPST, com especial destaque para o modelo cognitivista de Ehlers e Clark (2000), o qual integra elementos explicativos que o aproximam da perspectiva defendida por Lazarus (1999). Finalmente, caracterizamos a proposta de conceptualização da PPST feita por Lazarus (1999), a qual adoptamos numa releitura de alguma literatura relevante sobre o tema.

Perspectiva Histórica da PPST

O reconhecimento da Perturbação Pós-Stress Traumático como um síndrome nosológico aconteceu apenas em 1980, no DSM-III. No entanto, diversos autores salientam, desde há vários séculos, a existência de sintomas de perturbação psicológica associada a acontecimentos traumáticos (ver Anunciação, 2003 para uma análise histórica do conceito).

Diversas obras clássicas têm sido lidas à luz do que hoje classificamos como PPST. Ben-Ezra (2002) situa a primeira descrição de sintomas de PPST aproximadamente em 2020 AC, na antiga cidade de Ur na Mesopotâmia, onde, após a destruição da cidade, surgiram na população perturbações do sono consistentes com este síndrome. McFarlane (1990, citado por Anunciação, 2003) refere-se à Odisseia de Homero (século IX AC) na qual são descritos sinais de perturbação relacionada com as batalhas nos guerreiros que regressavam da Guerra de Tróia. O'Brien (1998) reinterpreta como *flashbacks* de experiências traumáticas os sonhos de Merlin, o mago das lendas do Rei Artur e dos Cavaleiros da Távola Redonda.

Em Portugal também temos exemplos de sinais desta perturbação muito antes dela ter sido formalizada. Em 1755 os habitantes de Lisboa viveram uma experiência extrema de terror, com o terramoto, o tsunami, os incêndios e toda a destruição e a insegurança que se lhe seguiu (ver Lima, no prelo, para uma análise psicossocial deste acontecimento). Em diversos documentos da época há referência a sinais de perturbação muito tempo após o sismo. Por exemplo, James O'Hara um

britânico residente em Lisboa na altura do terramoto, numa carta a sua irmã dizia que “Embora pareça estranho não é menos verídico que, devido ao terror, o cabelo da tua cunhada, de um bonito ruivo, tornou-se completamente grisalho. Tão grande foi o terror que a chocante cena causou no seu espírito, que, mesmo regressada a Londres, não conseguia dominar o seu medo, de tal maneira que, ao tremer da casa devido a uma carreta ou carroça, continuava a fugir para a rua longo tempo após estes factos.” (In Sousa & Nozes, 1990, pp. 223). Também o Padre Manoel Portal, num conjunto de cartas que enviou na altura do terramoto a amigos que viviam em Goa, descreve acontecimentos passados quase 1 ano após o terramoto (em Outubro de 1756): “É ainda tanto o medo de que está possuída a gente que, em S. Roque, depois de se ler o Edital do Santo Ofício (...) uma mulher que dizem ser endemoninhada começou a dar gritos. Entendeu a gente que era terramoto e começaram a fugir pela porta atropelando-se, caindo uns por cima dos outros, ficando muitos maltratados até que se desenganaram que não era terramoto, mas só a apreensão e terror pânico daquela pobre mulher. O mesmo tem sucedido várias vezes na Alfândega, que está em Belém.” (In Sousa, 1919, pp. 777).

Outras descrições mais recentes que vale a pena destacar, de casos clínicos compatíveis com esta sintomatologia associada a experiências traumáticas, associam-se a acontecimentos como o Grande Incêndio de Londres de 1666, os acidentes de comboio no século XIX, mas principalmente a situações de guerra (Anunciação, 2003). Ao nível internacional a Guerra do Vietname (1959-1975) contribuiu, decisivamente, para o estabelecimento da categoria de diagnóstico “*Perturbação Pós-Stress Traumático*”, uma vez que os veteranos de guerra reportavam de forma consistente e sistemática uma série de sintomas psicológicos após a exposição ao trauma de combate.

Em 1980, este tipo de perturbação associada à vivência de trauma foi introduzida na classificação oficial de perturbações psiquiátricas (Breslau, 2002; McFarlane, 2004), no DSM-III, enquanto perturbação de ansiedade, com a designação de *Perturbação Pós-Stress Traumático* (Post Traumatic Stress Disorder), classificação esta que se manteve na sua edição revista, DSM-III-R (1987), no DSM-IV (1996), e na actual edição revista DSM-IV-TR (2002). Anteriormente, o DSM-I e o DSM-II ancoravam esta perturbação numa vulnerabilidade prévia da pessoa. O DSM-I (1952) chamava-lhe *Grande Reacção de Stress* (Gross Stress Reaction), e caracterizava-a como reposta a um trauma grave (Lee & Young, 2001), enquanto que o DSM-II (1968-1980) a designava por *Perturbação Situacional Transitória* (Transient Situational Disturbance) e a incluía nas reacções de adaptação do adulto.

No DSM-III a PPST é definida como um síndrome caracterizado por três sintomas centrais que podem surgir como reacção a qualquer tipo de acontecimento traumático: sintomas de intrusão - reexperienciar o acontecimento de forma intrusiva; sintomas de evitamento - de qualquer estímulo evocador do acontecimento - e embotamento da reactividade geral; e sintomas de reactividade aumentada - designadamente fisiológica, da capacidade de concentração, hipervigilância, entre outros (DSM-III, 1980).

De acordo com Lee e Young (2001) a inclusão da PPST no DSM-III deveu-se em grande medida ao trabalho de Horowitz (1975, 1976, 1979) sobre a resposta humana ao stress em populações civis e à sua descrição do “modelo de dois factores”, intrusão e evitamento.

A inclusão da PPST como categoria de diagnóstico no DSM foi extremamente importante já que permitiu unificar as conceptualizações teóricas e a investigação relativas a esta perturbação (Lee & Young, 2001) e, subsequentemente, colher uma série de evidências em relação à natureza das reacções ao stress traumático, à comorbilidade e ao tratamento deste distúrbio.

Apesar deste avanço, no DSM-III (1980) a PPST continua a fazer essencialmente apelo à definição “objectiva” das características da situação traumática, não valorizando a dimensão subjectiva de avaliação da mesma. Esta conceptualização mais cognitivista surge apenas com as versões seguintes do manual. O DSM-IV (1996) e o DSM-IV-TR (2002) definem quatro critérios de diagnóstico de PPST: (1) A pessoa experimentar, observar ou ser confrontada com um acontecimento (ou acontecimentos) que envolve ameaça de morte, morte real ou ferimento grave, ou ameaça à integridade física do próprio ou de outros, e ao qual responde com medo intenso, sentimento de falta de ajuda ou horror. A resposta da pessoa envolve ainda: (2) o reexperienciar o acontecimento

traumático (e.g., recordar ou sonhar com o acontecimento, pensamentos perturbadores, intusivos e recorrentes); (3) o evitamento de estímulos associados ao acontecimento (e.g., esforços para evitar pensamentos, sentimentos ou conversas, actividades, lugares ou pessoas que desencadeiam recordações associadas ao trauma) e, embotamento da reactividade geral (e.g., sentir-se desligado ou estranho em relação aos outros); e, (4) sintomas persistentes de activação aumentada (e.g., dificuldade em adormecer ou em permanecer adormecido).

Enquanto no DSM-III-R (1987) o acontecimento traumático é considerado como um stressor que se situa para além dos acontecimentos normais da vida e que evoca sintomas significativos de stress em qualquer pessoa, no DSM-IV, o acontecimento já não é tido como invulgar e, do mesmo modo, também é considerado como acontecimento traumático ser testemunha de vivências de traumáticas por terceiros. Ainda comparativamente à definição do DSM-III, a definição mais recente dos DSM-IV e DSM-IV-TR introduz um elemento subjectivo com o desenvolvimento do critério A (a experiência do evento traumático). Assim, um indivíduo não tem apenas que experimentar, testemunhar ou ser confrontado com um evento que envolva uma ameaça de morte, ferimento grave ou ameaça à integridade física, mas tem que ter respondido a esse stressor com um medo e horror intensos (elemento subjectivo).

Actualmente a PPST é, portanto, claramente reconhecida como uma categoria de diagnóstico credível, no meio científico e clínico, e cuja identificação está associada a benefícios legais e de apoio social em vítimas de trauma. Paralelamente, a conceptualização da PPST como perturbação em que o papel do sujeito é claramente valorizado na construção sintomática, tem aproximado o entendimento desta perturbação da perspectiva transaccional de Lazarus (1999) sobre os processos de adaptação.

Modelos Conceptuais de PPST

A análise dos principais modelos conceptuais de PPST revela uma evolução consonante com a verificada na história do conceito, desde o predomínio da abordagem comportamental, passando pelo advento da perspectiva cognitivista, até à adopção mais recente de modelos integradores que propõem uma visão interaccionista (transaccional) e construtivista da adaptação e da psicopatologia. Como veremos de seguida, entre os modelos conceptuais de PPST destacam-se alguns modelos comportamentais (e.g., Teoria da Aprendizagem ou Modelo de Dois Factores de Mowrer, 1947, citado por Smith & Suda, 2005; Modelo de Keane, Zimering & Cadel, 1985) e cognitivistas, dos quais salientamos em particular o de Ehlers e Clark (2000) pela importância que confere à construção de significados, às emoções e ao coping na compreensão da PPST, elementos estes que o aproximam da perspectiva de Lazarus (1999) adoptada neste trabalho.

Modelos comportamentais

Teoria da Aprendizagem ou Modelo de Dois Factores de Mowrer (1947)

Mowrer (1947, citado por Smith & Suda, 2005, p.2) estava particularmente interessado “in a learning interpretation of emotional reactions similar to the phenomenon known as event-related distress”. Este autor desenvolveu a distinção entre condicionamento clássico e instrumental/operante, enquanto duas formas de aprendizagem, que funcionam como “*two-stage relationship*”, respectivamente, “*sign learning*” e “*solution learning*” (Smith & Suda, 1999).

O exemplo que é dado na literatura para operacionalizar esta teoria é o atropelamento de um homem (Smith & Suda, 2005). De acordo com esta teoria de Mowrer, um trauma (no caso do exemplo, o atropelamento) constitui um estímulo incondicionado (EI) que produz uma série de respostas emocionais características do medo e que representam a resposta incondicionada (RI). Qualquer estímulo sensorial externo associado com o EI (e.g., som da travagem) pode tornar-se em estímulo condicionado (EC) que conduz a respostas condicionadas (RC) de medo. E assim, dá-se o chamado condicionamento clássico ou “*sign learning*”. Quando expostos, no futuro, a estímulos sensoriais externos (E) a RC é experienciada de forma inapropriada. A pessoa aprende que evitando os estímulos sensoriais externos (E) reduz o medo e desta forma este comportamento é negativamente

reforçado. O condicionamento operante ou “*solution learning*” tem lugar com a sequência de evitamento a que se refere o modelo seguinte. Trata-se claramente de um modelo que lê a origem e o desenvolvimento do trauma numa perspectiva comportamentalista ortodoxa.

Modelo de Keane, Zimmering e Caddel (1985)

Segundo o modelo de Keane, Zimmering e Caddel (1985), os comportamentos de evitamento são aprendidos como forma de escape ou prevenção da resposta condicionada e, devido ao reforço negativo repetido dos evitamentos, tornam-se muito resistentes à extinção. O agravamento dos sintomas ao longo do tempo estaria relacionado com processos de generalização de estímulos e de condicionamento de ordem superior, os quais permitem que um número progressivamente maior de estímulos possa desencadear as memórias traumáticas e a activação fisiológica. Este modelo partilha com o de Mowrer o enquadramento nas teorias da aprendizagem, diferenciando-se principalmente por procurar explicar o agravamento e a cronicidade dos sintomas.

Apesar do seu mérito, estes modelos, pioneiros no esforço de conceptualização da PPST, apresentam sérias limitações no que se refere à capacidade explicativa de aspectos centrais da PPST. Pela sua raiz comportamental estrita, estes modelos não contemplam na conceptualização da PPST a intervenção dinâmica de factores de natureza cognitiva, ficando por explicar questões como o aparecimento retardado dos sintomas de PPST ou mesmo os sintomas de intrusão, centrais neste síndrome.

Modelos Cognitivistas

Modelo de Horowitz (1976)

O modelo de Horowitz (1976) foi um dos primeiros modelos teóricos a influenciar os estudos acerca da fenomenologia da PPST que levaram à definição dos critérios de diagnóstico desta perturbação pela APA (American Psychology Association). De acordo com Gouveia e Sacadura (2003), embora se trate de um modelo psicodinâmico, discute os conceitos relevantes para a explicação das reacções ao trauma à luz das teorias do processamento de informação e das teorias cognitivas da emoção.

Para Horowitz, perante um acontecimento traumático é necessário ajustar a nova informação relacionada com o trauma com os modelos representacionais internos baseados em informação anterior, e a revisão deste processo dá-se até à existência de um acordo. O ajustamento a um acontecimento traumático requer assim a sua incorporação em esquemas cognitivos preexistentes ou o desenvolvimento de novos esquemas. O trauma mantém-se na memória activa (sem conhecimento consciente) até esse processo acontecer. Inicialmente o indivíduo é assaltado por memórias intrusivas e emocionalmente perturbadoras, que o levam a utilizar estratégias de evitamento e de embotamento emocional para se proteger. Contudo, as representações dos acontecimentos armazenados na memória activa tendem a repetir-se como parte do processo para a sua integração. A resolução do processo implica, assim, fases alternadas de intrusão e reviver do trauma com fases de evitamento ou negação, como forma de regular o processamento da informação e do indivíduo se proteger de um excesso de emoções negativas que o desorganizaria. No entanto, um controlo excessivo (evitamento) pode impedir um processamento cognitivo completo do acontecimento. Esta alternância de intrusões e re-experimentação (*flashbacks* e sonhos que facilitarão o processamento) com evitamento explicaria os sintomas característicos das reacções a traumas severos, já que a memória e as implicações do trauma não são bem integradas nos esquemas cognitivos do indivíduo.

Modelo de Foa, Steketee e Rothbaum (1989).

O modelo de Foa e colaboradores (1989) baseia-se na teoria cognitiva das emoções de Lang e postula que o acontecimento traumático origina a formação de uma rede de medo complexa, na memória a longo-prazo, que contém informação acerca dos estímulos relacionados com o acontecimento traumático, acerca das reacções cognitivas, fisiológicas e comportamentais ao

acontecimento traumático e informação que liga entre si estes estímulos e respostas. Esta rede de medo na memória é facilmente activada devido ao grande número de interligações formadas através de condicionamento e generalização. A sua activação por pistas que evocam o trauma leva a que a informação contida na rede se torne consciente (sintomas de intrusão) e as tentativas de evitar ou suprimir a activação da rede conduzem ao conjunto de sintomas de evitamento da PPST. A resolução do trauma só pode acontecer através da assimilação da informação contida na rede de medo nas estruturas de memórias existentes. Segundo o modelo, o êxito desta integração depende de duas condições: que a activação da rede do medo seja completa para que a informação relacionada com o trauma se torne acessível e modificável e, que seja fornecida nova informação incompatível com a informação presente na rede de medo de forma a facilitar a criação de novas estruturas de memória acerca do trauma.

Apesar de não fazerem nenhuma aproximação compreensiva à questão do aparecimento retardado dos sintomas de PPST, estes dois modelos têm a vantagem, face aos anteriormente referidos, de procurarem explicar os sintomas de intrusão e a persistência dos sintomas de PPST, num quadro conceptual em que valorizam claramente a intervenção de factores cognitivos. A abordagem cognitivista que preconizam situa-os contudo, do ponto de vista epistemológico, no quadro das teorias do processamento da informação, condicionando uma visão da PPST em que não são considerados processos interactivos e construtivistas que se têm revelado fundamentais na explicação da adaptação e psicopatologia humana (Soares, 2000).

Modelo cognitivista de Ehlers e Clark (2000)

Como vimos anteriormente, a PPST é uma reacção comum nos indivíduos que experienciam um acontecimento traumático, sendo que na maioria dos casos a recuperação acontece nas semanas ou meses seguintes, havendo contudo um subgrupo significativo de pessoas em que os sintomas persistem. O modelo de Ehlers e Clark (2000) propõe uma explicação da PPST consistente com esta persistência, incorporando muitos dos aspectos das teorias anteriores e complementando-os. Este modelo preconiza que a PPST se torna persistente quando o acontecimento traumático e/ou as suas sequelas são processados de forma negativa, suscitando emoções que conduzem o indivíduo a uma sensação de ameaça séria e actual. Este sentimento de ameaça tem uma série de consequências: (1) avaliações do trauma e/ou sequelas excessivamente negativas; (2) perturbação na memória autobiográfica caracterizada por uma elaboração e contextualização pobres e forte memória associativa.

O modelo propõe que esta sensação de ameaça séria e actual tem dois processos chave subjacentes (Ehlers & Clark, 2000, p.320): “1. individual differences in the appraisal of the trauma and/ or its sequel; 2. individual differences in the nature of the memory for the event and its link to other autobiographical memories”. De acordo com este modelo, os indivíduos traumatizados realizam uma avaliação negativa idiossincrática do acontecimento traumático e/ou das suas sequelas “that have the common effect of creating a sense of serious current threat” (Ehlers & Clark, 2000, p.320) “and contribute to persistent PPST” (Ehlers & Clark, 2000, p.322). Ehlers e Clark (2000) defendem que os indivíduos com PPST persistente são incapazes de ver o trauma como um acontecimento limitado no tempo que não tem implicações globais negativas no seu futuro; os indivíduos podem sobregeneralizar o acontecimento passando a perceber as actividades normais como mais perigosas do que são na realidade, ou podem exagerar a probabilidade de ocorrência de acontecimentos catastróficos no futuro.

Os autores deste modelo propõem também que o outro factor subjacente à persistência da PPST é o facto da memória do acontecimento traumático ser pouco elaborada e integrada de forma inadequada no tempo, no lugar, nas informações subsequentes e antecedentes e nas memórias autobiográficas. Esta memória pouco trabalhada pode explicar o facto dos indivíduos com PPST manifestarem uma grande dificuldade em recordar voluntariamente aspectos relativos ao acontecimento traumático (e.g., pormenores, ordem temporal dos acontecimentos) e a elevada frequência de memórias intrusivas desencadeadas involuntariamente, envolvendo o reexperimentar de aspectos relativos ao

acontecimento traumático de uma forma muito vivida e emocional, bem como a sensação do “aqui e agora”, e a facilidade com que são desencadeadas intrusões por estímulos semelhantes aos do trauma.

A natureza da memória traumática e a avaliação negativa do trauma e/ou das suas sequelas influenciam-se mutuamente. Quando os indivíduos com PPST persistente recordam o acontecimento traumático, esta recordação é enviesada pelas avaliações do acontecimento, e assim as informações presentes nesta recordação são consistentes com essas avaliações. Esta recuperação selectiva impede a recordação de aspectos que contradigam as suas avaliações e, como consequência, impossibilita modificações nessas mesmas avaliações, contribuindo assim para a manutenção da sensação de ameaça actual.

Os processos que conduzem à noção de ameaça actual, ou seja, a avaliação do trauma e/ou das suas sequelas e a natureza da memória do trauma, são também influenciados pelo tipo de processamento cognitivo durante o acontecimento traumático. Quando os indivíduos com PPST persistente identificam a ameaça e os sintomas decorrentes, desenvolvem estratégias de coping cognitivas e comportamentais (e.g., distração, ruminação, evitamento) para os controlar. As estratégias seleccionadas estão associadas às avaliações individuais do trauma e/ou sequelas e às crenças que as pessoas têm sobre a melhor forma para lidar com o trauma. Embora as estratégias de coping tenham como objectivo a redução da ameaça e do sofrimento a curto prazo, nos indivíduos com PPST as estratégias adoptadas revelam-se no entanto disfuncionais e perversas, produzindo directamente sintomas de PPST, impedindo a modificação das avaliações negativas do trauma e/ou sequelas e da natureza da memória traumática, e contribuindo assim para a manutenção da perturbação. Por exemplo, o facto do indivíduo procurar suprimir os pensamentos acerca do trauma, aumenta a frequência de recordações intrusivas indesejadas, não permite a correcção das avaliações e faz com que não se forme uma memória mais elaborada acerca do trauma.

Finalmente no que refere ao início retardado da PPST, questão deixada em aberto pelos modelos anteriores, Ehlers e Clark (2000) defendem que este ocorre porque algum acontecimento dá ao trauma original e/ ou às suas sequelas “a much more threatening meaning (...) or because some of the stimuli that are particularly potent reminders of the traumatic event were not available until same time afterwards” (p.333).

Este modelo apresenta uma boa integração de vários processos cognitivos, emocionais e de coping na explicação da PPST, aproximando-se assim da perspectiva defendida pelo modelo de avaliação cognitiva, stress e coping de Lazarus e Folkman (1984) e pela proposta de conceptualização da PPST feita por Lazarus (1999), a qual sublinha a importância dos processos transaccionais e construtivistas na compreensão dos processos e estados de (des)adaptação humana. Contudo, de acordo com o ponto de vista que defendemos neste artigo, os trabalhos de Lazarus (1999) propõem uma visão articulada entre os paradigmas do stress e do trauma, que nos permite levar mais longe a compreensão da PPST.

Do Stress ao Trauma: Perspectiva de Lazarus sobre a PPST

Lazarus, nos anos 90, apresentou uma proposta de conceptualização da PPST à luz do seu modelo transaccional de avaliação cognitiva, stress e coping (Lazarus & Folkman, 1984). De acordo com o modelo transaccional perante uma situação (ameaça potencial) um indivíduo será confrontado com uma sequência processual, que tem início na percepção da situação em causa, na sua avaliação e no desencadeamento de estratégias de adaptação para lhe fazer face (coping). Esta concepção salienta, assim, uma dimensão cognitiva de classificação de uma determinada situação como ameaçadora (avaliação), que é seguida de um esforço cognitivo e comportamental para lidar com a situação de stress (coping).

À luz deste modelo, a proposta de conceptualização da PPST feita por Lazarus (1999) assenta em três asserções fundamentais: (1) a PPST depende da relação transaccional entre a pessoa e a situação (acontecimento traumático); (2) a PPST depende dos significados relacionais e as emoções despoletadas fornecem informações importantes sobre o processo de adaptação; (3) os processos de coping são um elemento essencial na determinação da reacção de PPST e na sua gravidade clínica.

A caracterização destas asserções será o nosso ponto de partida para uma releitura, que pretendemos clarificadora, da literatura sobre trauma e PPST.

A PPST depende da relação transaccional entre a pessoa e a situação (acontecimento traumático)

Lazarus (1999, p.159) defende que “...Trauma, just like the more common stresses, can never be adequately defined as an external event. To be traumatized depends on the specificities of the connection between the event and the person who is responding to it...”. Este autor procura, com esta afirmação, realçar que os acontecimentos que ocorrem na vida das pessoas, entre os quais os traumáticos, não podem ser conceptualizados apenas enquanto elementos externos, uma vez que a reacção aos acontecimentos (no caso do trauma, por exemplo a PPST) depende da relação entre estes e as características da pessoa que os experiencia. Não basta olhar apenas para um dos lados da moeda, é a relação transaccional entre as duas faces que formam toda a moeda.

Existem alguns conceitos chave na literatura sobre trauma e PPST que poderão ser lidos à luz desta asserção de Lazarus (1999) e, simultaneamente, contribuir para a caracterizar. Assim, importa-nos referir os conceitos de acontecimento traumático e de prevalência destes acontecimentos e das suas possíveis reacções, bem como os conceitos de factores de risco e protecção que influenciam as reacções aos acontecimentos. Estes conceitos realçam a relação transaccional que existe entre a pessoa e o acontecimento traumático.

Acontecimento traumático e prevalência das reacções psicológicas ao trauma

Todas as pessoas já passaram por acontecimentos stressantes ao longo da sua vida. Quando esse acontecimento, ou série de acontecimentos, causa sentimentos de medo, abandono / desamparo e horror, e implica um dano grave ou ameaça de dano ou morte é geralmente designado por *acontecimento traumático* (Pereira & Monteiro-Ferreira, 2003). Os acontecimentos traumáticos são, assim, incidentes que ameaçam ou colocam em perigo e aniquilam os mecanismos habituais de adaptação do indivíduo, originando neste uma série de respostas fisiológicas (e.g., activação hipotálamo), somáticas (e.g., queixas físicas, dores), emocionais, cognitivas, comportamentais (Valentine, 2003). A literatura sobre trauma tem identificado uma grande diversidade de acontecimentos potencialmente traumáticos, de diferentes naturezas, associados por exemplo a desastres naturais (e.g., sismos), a situações médicas / saúde (e.g., fracturas ósseas, intervenções cirúrgicas, abortos, doença ou ferimento grave do próprio, de um familiar ou amigo íntimo), desastres tecnológicos, situações de violência (e.g., assalto, maus tratos e intimidação, agressão, ataques por animais, ameaça de morte ao próprio ou a outra pessoa próxima), situações de guerra, entre outros (e.g., Bleich, Siegel, Gorb, & Lerr, 1986; Carlson & Ruzek, 2005; McFarlane, 1988; Wilson & Sigman, 2000).

Por outro lado, os estudos sobre vitimação secundária têm vindo a sublinhar o facto de que os acontecimentos traumáticos podem afectar não apenas as suas vítimas directas mas também as testemunhas (mesmo aquelas que assistem aos acontecimentos pela televisão), os amigos e os familiares, bem como os profissionais de ajuda que intervêm em diversos contextos e momentos do trauma (Center for Disease Control and Prevention, 2003).

Contudo, a natureza transaccional do trauma (Lazarus, 1999) pode ser claramente evidenciada pela análise das diferenças individuais nas reacções psicológicas aos acontecimentos traumáticos. De facto, um mesmo acontecimento pode ter consequências muito diversas em diferentes pessoas: um acontecimento “objectivamente pouco danoso” pode conduzir ao desenvolvimento de perturbações emocionais e disfunções graves em muitas pessoas, e, do mesmo modo, um acontecimento traumático “poderoso” poderá não perturbar algumas pessoas que com ele lidam de forma eficaz. Desta forma, apesar de todas as pessoas serem sujeitas, ao longo do seu percurso de vida, a acontecimentos potencialmente traumáticos, apenas uma percentagem restrita vem a desenvolver reacções psicológicas perturbadas associadas a essa vivência. São particularmente interessantes nesta linha de argumentação

os resultados de estudos junto da comunidade, que procuram caracterizar a prevalência das reacções psicológicas ao trauma. Estes trabalhos, junto de populações não clínicas, sublinham esta ideia de que as pessoas interagem e reagem de forma diferente com os acontecimentos traumáticos.

Assim, Perkonigg, Kessler, Storz e Wittchen (2000) realizaram um estudo com uma amostra representativa de jovens adultos alemães, com o objectivo de avaliar a prevalência de acontecimentos traumáticos e de PPST. Os resultados indicam que 25,2% dos homens e 17,7% das mulheres reportaram a ocorrência de pelo menos um acontecimento traumático; contudo, poucos casos foram classificados com o diagnóstico de PPST completa (1% dos homens e 2,2% das mulheres). Na Suécia e com o mesmo objectivo, Frans (2003) estudou uma amostra representativa da população adulta e verificou que 84,8% dos homens e 77,1% das mulheres reportam a vivência de pelo menos um acontecimento traumático, mas apenas 3,6% dos homens e 7,4% das mulheres (5,6% no total), satisfazem os critérios para diagnóstico de PPST. Outros estudos comunitários revelam igualmente que as taxas de prevalência da PPST na população são extremamente baixas e com valores sistematicamente mais elevados para as mulheres do que para os homens. No Canadá, o estudo de Stein, Walker, Hazen e Forde (1997) revela que a prevalência estimada de PPST total é de 2,7% para as mulheres e 1,2% para os homens. Nos Estados Unidos da América, Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes e Nelson (1995) estimam a prevalência de PPST em 7,8%. Finalmente Albuquerque, Soares, Jesus e Alves (2003) realizaram um estudo junto de uma amostra representativa da população adulta portuguesa, encontrando uma taxa de ocorrência de PPST de 7,9%, com maior prevalência nas mulheres (11,4% e 4,8% nos homens).

Ainda que a comparabilidade directa destas taxas possa ser questionável por utilizarem instrumentos de avaliação diferentes e que se possa por em causa a definição de taxas de ocorrência de PPST apenas por medidas de auto-relato sem uma avaliação clínica, estes dados mostram claramente que há uma minoria de pessoas sinalizadas com esta perturbação e que as mulheres revelam, através desta metodologia, níveis mais elevados de PPST que os homens, associados normalmente a acontecimentos diferentes (exposição a situação de combate para os homens e de abuso sexual para as mulheres (Kessler et al., 1995).

Factores de risco e de protecção

A análise dos factores de risco e protecção identificados na literatura e habitualmente referidos como explicativos de diferenças na prevalência de perturbações psicológicas associadas ao trauma remete-nos de novo para a perspectiva transaccional proposta por Lazarus (1999; Lazarus e Folkman, 1984). Os factores de risco e protecção são tidos em consideração no modelo de Lazarus e Folkman (1984) e são designados por recursos externos e intrapessoais.

A literatura tem-se revelado consensual relativamente aos preditores e factores de risco de exposição (experienciar ou testemunhar) a acontecimentos traumáticos e de desenvolvimento de PPST.

Breslau (2002), com base na revisão da literatura sintetisa os principais factores de *risco de exposição a um acontecimento traumático*: os homens, os jovens, os membros de grupos minoritários e moradores na cidade têm maior risco de exposição a um acontecimento traumático comparativamente, às mulheres, idosos e residentes dos arredores da cidade. Os traços de personalidade de neuroticismo e extroversão, problemas de conduta anteriores, história familiar de perturbações psiquiátricas e perturbações psiquiátricas pré-existentes estão igualmente associados ao aumento do risco de exposição a acontecimentos traumáticos.

Brewin, Andrews e Valentine (2000) realizaram uma meta-análise com base em 77 artigos e identificaram catorze factores de *risco de desenvolvimento de PPST* que aparecem de forma consistente nos estudos: severidade do trauma, falta de apoio social após o trauma, história psiquiátrica prévia, abuso em criança, história familiar de perturbações psiquiátricas, baixo estatuto sócio-económico e educacional. Contudo, no que diz respeito a outros factores o consenso não é tão grande. Por exemplo, estes autores constataram que as diferenças de género ao nível do risco de

desenvolvimento de PPST são significativas em estudos com amostras civis, mas não com amostras de veteranos de guerra. Relativamente à idade os estudos com amostras militares mostram que os mais novos têm maior risco de desenvolver esta perturbação, enquanto que na população em geral a idade não se revela significativa.

Na literatura sobre trauma têm sido apontados também diversos factores de protecção do desenvolvimento da PPST, sendo os mais referenciados, o apoio social, a personalidade e as estratégias de coping. De seguida referimo-nos apenas ao apoio social e às características de personalidade uma vez que a reflexão sobre as estratégias de coping será feita à luz da terceira asserção de Lazarus (1999).

O apoio social é sem dúvida o factor protector mais estudado. De acordo com Sarason, Sarason e Pierce (1990) o apoio social pode ter diversas definições, consoante o contexto em que é utilizado. No entanto, é consensual que se trata de um conceito abrangente e complexo e que se refere-se à quantidade e à coesão das relações sociais que envolvem uma pessoa, à força dos laços estabelecidos, à frequência do contacto e ao modo como é percebido que existe um sistema de apoio que pode ser útil e prestar cuidados quando é necessário. No contexto específico da PPST os estudos têm reforçado o papel protector do apoio social. Por exemplo, num estudo na comunidade, Davidson e colaboradores (1991) concluíram que a PPST crónica ocorria em pessoas que, embora não tendo qualquer diferença em relação às outras na dimensão da rede social de apoio em que estavam inseridas, apresentavam uma menor interacção social e uma percepção de apoio social mais pobre.

Paralelamente são apontadas na literatura uma série de características de personalidade, usualmente designadas por resiliência, relativamente às quais existem evidências de funcionarem como factores protectores do desenvolvimento de PPST. Alguns autores (e.g., Kobasa & Puccetti, 1983, citados por Vaz Serra, 2003) têm conceptualizado e investigado um tipo de “personalidade resistente ao stress” (*Hardy Personality*), presente em pessoas que revelam flexibilidade, espírito aberto, auto-confiança, que consideram as situações de stress como um desafio e uma oportunidade de crescimento pessoal, tendo assim, a capacidade de recuperar rapidamente da adversidade. Por exemplo, Sutker, Davis, Uddo e Ditta (1995), realizaram um estudo para analisar a relação entre a “personalidade resistente” e a PPST junto de membros das forças armadas americanas regressados da Guerra do Golfo Pérsico. Verificaram que o baixo grau de personalidade resistente estava associado a um maior número de sintomas de PPST e ao diagnóstico de PPST.

Em síntese, a revisão de literatura sobre a incidência de PPST, seus factores de risco e de protecção, em populações expostas a acontecimentos traumáticos, mostra que o desenvolvimento desta perturbação está associado simultaneamente a variáveis e processos de ordem contextual e pessoal, remetendo a sua compreensão para a relação transaccional pessoa / meio defendida por Lazarus (1999).

A PPST Depende dos Significados Relacionais e as Emoções Despoletadas Fornecem Informações Importantes sobre o Processo de Adaptação

No seu esforço de conceptualização do trauma e da PPST, Lazarus (1999, p. 160) considera fundamental termos em consideração que “...the main sources of trauma are the *meanings* a person constructs about what has happened...each emotion carries its own message about the personal significance of the trauma”. Assim, para Lazarus (1999): (1) as principais fontes de trauma são os significados que as pessoas constroem acerca do que aconteceu; e (2) as emoções constroem-se a partir desses significados e desempenham um papel chave no desenvolvimento da perturbação.

Lazarus (1999) defende que a essência do trauma reside no facto de ter um significado indeterminado, ou, dito de outra forma, no facto da pessoa não conseguir atribuir um significado ao acontecimento. As pessoas que vivem um acontecimento traumático não se sentem apenas ameaçadas ou desafiadas, como na maioria das transacções stressantes, sentem-se severamente “danificadas” e destruídas no seu “interior mais íntimo” pelo acontecimento traumático. Tendem a desenvolver uma série de crenças e visões erróneas acerca de si próprias e do mundo (e.g., a crença de que ninguém gosta ou cuida da pessoa e a crença de que não controlam as suas vidas) que dificultam a atribuição de

significado ao acontecimento. São estas crenças e visões que estão na base das diferenças individuais que ocorrem no processo de avaliação acerca do que está a acontecer e das suas implicações para o futuro, processo de avaliação esse que irá determinar as reacções emocionais ao acontecimento.

Para Lazarus (1999) uma abordagem efectiva da PPST requer a análise da variabilidade das emoções, enquanto sistemas supraordenados constituídos por pensamentos, crenças, motivos, significados, experiências corporais subjectivas e estados fisiológicos. As emoções indicam a forma como a pessoa avaliou cognitivamente o que aconteceu na transacção com o ambiente e permitem igualmente perceber como é que a pessoa está a lidar (coping) com essa transacção. Tomemos como exemplo a ansiedade. Para Lazarus (1999, p.236) todas as nossas emoções, sejam elas positivas ou negativas, “reflectem dilemas humanos básicos” específicos, sendo o tema relacional, central, da ansiedade o confronto com a incerteza, a ameaça existencial: “não é apenas o perigo imediato e concreto que temos de enfrentar – um exame difícil, um mau desempenho (...) é a incerteza, relacionada com o perigo enfrentado, que caracteriza a ansiedade” (Lazarus, 1999, 235-236), e a ansiedade associa-se frequentemente ao uso de estratégias de coping de negação e evitamento das situações percebidas como ameaçadoras. Assim, as emoções dizem muito acerca do caminho feito pela pessoa traumatizada para dar significado ao acontecimento, para lidar com o que está a acontecer e para restaurar a integridade.

Nesta perspectiva, a vivência de um acontecimento traumático pode associar-se a uma grande variedade de respostas emocionais, dependendo do significado que a pessoa constrói para o acontecimento. Do ponto de vista das reacções psicopatológicas ao trauma, esta variabilidade emocional tem sido habitualmente estudada na óptica da PPST e da sua comorbilidade, isto é, das outras perturbações que co-ocorrem frequentemente com a PPST. E, de facto, os estudos epidemiológicos com amostras da população geral, amostras clínicas, veteranos de guerra e em contextos específicos, revelam sistematicamente que as pessoas diagnosticadas com PPST têm elevadas taxas de outras perturbações psicológicas, como por exemplo perturbação depressiva major (e.g., Basoglu, Kilic, Salcioglu, & Livanou, 2004) ou outras perturbações de humor (e.g., Gibson, Holt, Fondacaro, Tang, Powell & Turbitt, 1999), distúrbios de ansiedade (e.g., Gibson et al., 1999), perturbações de personalidade (e.g., Gibson et al., 1999; Bollinger, Riggs, Blake, & Ruzek, 2000), e esquizofrenia (e.g., Davidson, Hugles, Blazer, & George, 1991). Assim, um indivíduo exposto ao trauma pode apresentar sintomas de uma ou mais perturbações.

Consonantemente com estes resultados relativos à comorbilidade da PPST, num estudo que realizámos em Portugal (Gonçalves, Marques Pinto, & Lima, 2005 e 2006) sobre as consequências psicológicas dos acidentes de trabalho verificámos que as vítimas e testemunhas de acidente de trabalho com diagnóstico clínico de PPST apresentavam em 65% dos casos igualmente sintomas de diagnóstico de ansiedade (comparativamente a 36 % sem diagnóstico de PPST) e em 50% dos casos também sintomas de depressão (em contraste com 14% sem diagnóstico de PPST).

Alguns estudos têm constatado que os doentes com PPST têm níveis mais elevados de comorbilidade do que doentes com outras perturbações psicológicas (e.g., Sautter, Brailey, Uddo, Hamilton, Beard, & Borges, 1999; Zayfert, Becker, Unger, & Shearer, 2002). A investigação sugere que os indivíduos que sofrem de PPST têm menores níveis de bem-estar, pior saúde física, mais limitações físicas e menor taxa de empregabilidade quando comparados com indivíduos sem PPST (Mendlowicz & Stein, 2000).

Em suma, estes resultados relativos à comorbilidade da PPST reforçam a ideia, defendida por Lazarus (1999), de que o desenvolvimento desta síndrome não constitui uma resposta “única” ao trauma, mas se associa a um padrão complexo de respostas emocionais, em função da multiplicidade de significados que as pessoas constroem sobre a sua experiência de trauma.

Os Processos de Coping são um Elemento Essencial na Determinação da Reacção de PPST e na sua Gravidade Clínica.

De acordo com Lazarus (1999, p.157) “the coping process is an essential element in whether there will be PTSD and how serious it is clinically”. As estratégias ou estilos de coping, desempenham assim, um papel fundamental no bem-estar físico e psicológico de um indivíduo, quando este é confrontado com acontecimentos de vida negativos ou causadores de stress (Endler & Parker, 1990) sendo consensual que algumas estratégias de coping “guarantees immunity from the malign effects of adversity” (Alexander & Klein, 2001, p.80).

Segundo Lazarus (1999) um dos trabalhos mais influentes acerca dos processos de coping face ao trauma provém das observações clínicas de Horowitz (1976, 1989) com vítimas de trauma. Como vimos, este autor descreve dois processos de coping contrastantes: a negação e os pensamentos e imagens intrusivas. Estes processos alternam dependendo do estágio da perturbação, não sendo ainda claro o processo subjacente a esta alternância. O estágio de negação começa normalmente logo a seguir ao trauma e é interpretado como uma tentativa de evitar pensar no que aconteceu; seguem-se-lhe pensamentos e imagens intrusivas, os quais são interpretados como um processo de re-experienciar o trauma que o traumatizado não consegue controlar. O estágio intrusivo é caracterizado pela experiência de diversas emoções, tristeza, ansiedade, culpa, vergonha e medo; exceptuando a tristeza, que envolve o desistir do esforço de restaurar o que foi perdido e sua aceitação, estas são emoções que ajudam na “luta” contra o dano permanente da perda.

Um tema crítico na área de investigação do coping é a avaliação da sua eficácia, a qual tem sido analisada tendo em conta a relação entre o coping e os seus resultados, habitualmente avaliados com base em indicadores de mal-estar subjectivo (Folkman & Moskowitz, 2004). É sabido que esta relação é complexa e variável (Marques Pinto, Lima, & Lopes da Silva, 2005), mas a abordagem contextual de Lazarus e Folkman (1984) explicita que não existem, a priori, formas de coping bom ou mau, adaptativo ou desadaptativo. Existe sim um contexto dinâmico e uma qualidade adaptativa dos processos de lidar com o stress, por isso a eficácia do coping tem que ser avaliada em função de cada contexto específico, já que uma dada forma de coping pode ser eficaz numa situação e não noutra, podendo mesmo acontecer que “...same responses to stress may allieviate the problem or reduce the resulting distress, others may actually exacerbate the problem or became problems or interfere with outcomes (Carver et al., 1993) and other coping strategies may not result in any benefit” (Aldwin & Revenson, 1987; citados por Zeidner & Saklofske, 1996, p.505). Nesse sentido, intrusão e evitamento são, neste modelo, em primeiro lugar sinal da existência de processos activos de *coping*, e por isso um sinal de procura de adaptação à situação avassaladora.

Zeidner e Saklofske (1996) realçam que, mais importante do que categorizar o coping como adaptativo ou desadaptativo, é perceber sob que circunstâncias um determinado tipo de coping tem consequências adaptativas, sendo para tal necessário examinar o contexto em que ocorre o problema. Neste sentido, os estudos têm demonstrado que a utilização de estratégias de coping centradas na resolução do problema (por exemplo de estratégias de planificação e de acção) se associa tendencialmente a um melhor estatuto em termos de saúde-doença física e psicológica. Quanto ao coping de negação e evitamento (por exemplo o evitamento de situações geradoras de stress), embora possa ser adaptativo a curto prazo em situações percebidas como incontroláveis (e.g. Semmer, 1996), geralmente a médio / longo prazo associa-se a resultados negativos (e.g. Schaufeli & Enzmann, 1998). O coping centrado na regulação emocional, por seu lado, tende a assumir um papel mais complexo (e.g., Semmer, 1996). Quando utilizado de forma exclusiva ou dominante o uso da regulação emocional pode configurar-se prejudicial: por exemplo a focagem nas experiências de stress e emoções associadas pode constituir não uma forma de coping mas uma inabilidade para o fazer, ficando o problema por resolver; a focagem e expressão emocional pode ainda retro-alimentar a experiência emocional de mal-estar e, desta forma, fazer perdurar ou intensificar a experiência de stress. Pelo contrário o coping por regulação emocional revela-se “instrumental” em situações de stress muito intenso ou incontrolável ao permitir que a pessoa recupere a sua capacidade para lidar

activamente com o problema; e pode ser igualmente ajustado em situações de stress percebidas como não controláveis ou recorrentes. (e.g., Semmer, 1996). Em suma, o uso das diferentes formas de coping pode associar-se a diferentes resultados, de acordo com cada situação específica. Desta forma, estratégias que são tidas como desadaptativas podem ser adaptativas em determinadas circunstâncias e vice-versa (Zeidner & Saklofske, 1996). No mesmo sentido, Pearlin e Schooler (1978, p. 4) realçam que “The results of a given coping style are determined by the interaction of personal needs and preferences and the constraints of the current situation. Thus, applying the same coping strategies across all situations is not likely to be adaptive”. Pode-se recordar neste contexto a perspectiva de Folkman e Moskowitz (2004) sobre a importância da flexibilidade de coping, ou seja, de que as pessoas ajustem as suas estratégias de coping em função das exigências do ambiente.

No contexto da PPST tem procurado perceber-se qual o impacto das diferentes estratégias de coping no desenvolvimento da sintomatologia da PPST e os resultados são consensuais e vão no sentido dos encontrados no âmbito mais geral dos estudos sobre stress, relativamente ao papel de estratégias de coping da ordem do evitamento e de algumas estratégias de regulação emocional como a focagem nas experiências de stress e emoções associadas (intrusão). Por exemplo, Street, Gibson e Holohan (2005) realizaram um estudo com 63 mulheres vítimas de violência doméstica, no qual analisaram a relação entre a utilização de estratégias de coping de evitamento e a sintomatologia de PPST, encontrando uma correlação positiva entre estas variáveis. Haisch e Meyers (2004) realizaram um estudo com 254 polícias, também com o objectivo de analisar a relação entre as diferentes estratégias de coping e a PPST, e verificaram que as estratégias de coping tendencialmente desadaptativas (e.g., álcool, drogas, negação, desinvestimento mental) estão associadas positivamente com a PPST, enquanto que as estratégias de coping tidas como mais adaptativas (e.g., planificação) estão correlacionadas negativamente com a PPST. No estudo que realizámos em Portugal sobre consequências psicológicas dos acidentes de trabalho (Gonçalves et al., 2005, 2006), e que referimos anteriormente, explorámos igualmente o papel desempenhado pelas estratégias de coping social (Dunahoo, Hobfoll, Monnier, Hulsizer & Johnson, 1998; Hobfoll, Dunahoo, Bem-Porath & Monnier, 1994) na relação entre a avaliação que a pessoa faz do acidente de trabalho e a severidade da sintomatologia de PPST; os resultados mostram que esta relação é moderada pelas estratégias de coping social activo-antisocial, tidas como tendencialmente mais disfuncionais, de tal forma que os indivíduos que utilizem estas estratégias em nível superior e que avaliem o acidente como muito traumático apresentarão níveis de sintomatologia de PPST mais elevados do que os indivíduos que utilizem poucas estratégias deste tipo.

Em suma, a investigação sobre o impacto das estratégias de coping no desenvolvimento da PPST tem apoiado a proposta de Lazarus (1999) no que se refere à importância dos processos de coping para a compreensão da sintomatologia de PPST e muito em particular para a compreensão dos sintomas de intrusão e evitamento próprios deste síndrome.

Neste artigo propusemo-nos fazer uma reflexão conceptual sobre PPST. Mais do que apenas uma revisão de modelos e estudos empíricos relevantes sobre PPST, esta reflexão adopta um ponto de vista inovador sobre o tema, baseado na perspectiva de Lazarus sobre PPST, e propõe uma releitura de alguma literatura relevante neste domínio.

Neste sentido, começámos por apresentar uma breve reflexão sobre a evolução do conceito de PPST e seu reconhecimento como entidade clínica; procurámos de seguida analisar criticamente alguns dos principais modelos conceptuais de PPST, com especial destaque para o modelo cognitivista de Ehlers e Clark (2000) o qual integra alguns elementos consonantes com a perspectiva defendida por Lazarus (1999); finalmente apresentámos a proposta de conceptualização da PPST feita por Lazarus em 1999 a qual nos permitiu fazer uma re-leitura inovadora sobre alguma da literatura mais relevante na área de estudo da PPST.

Não pretendemos com este trabalho uma revisão exaustiva dos estudos sobre este quadro psicopatológico. O trabalho empírico que realizámos sobre os acidentes de trabalho como acontecimento potencialmente traumatizante (Gonçalves et al., 2005, 2006) permitiu-nos reflectir de

uma forma crítica sobre os modelos que dominam esta literatura. A ideia que quisemos transmitir, é que o desenvolvimento de modelos específicos de PPST, perdendo o seu enquadramento no conjunto da teorização mais geral do stress, ignora o carácter processual desta perturbação. A releitura da Perturbação Pós Stress Traumática proposta pelo modelo transaccional de Lazarus (1999) permite, por isso, uma visão de continuidade nos processos de adaptação à adversidade. Pensamos que esta visão, para além de englobar abordagens anteriores e de ser congruente com os dados empíricos encontrados na literatura quer com amostras comunitárias quer clínicas, pode ter vantagens para uma visão mais positiva e flexível desta perturbação.

António Lobo Antunes viveu a guerra colonial como médico militar em Angola, e essa experiência de contacto directo com situações de imensa dor e perigo aparece ficcionada em diversos dos seus romances. No entanto, nas cartas que enviou à sua mulher durante a sua comissão (Antunes, 2005) o escritor descreve como se sobrevive quando “em todos os momentos o desespero grita” (p.214), salientando a diversidade das reacções àquela “geleia de angústia”, àquele “túnel sem luz, escuro, escuro, escuro” (p. 327): “A moda dos oficiais aqui é a bebida. A tensão é tão grande que se tem de libertar por qualquer lado. De modo que se bebe tudo quanto há em quantidades industriais. Ontem mamaram duas garrafas de espumante em copos de água, mais 2 de vinho do porto e uma de rosé! Brindes, discursos e uma alegria fictícia carregada de uma angústia insuportável. Isto, claro, acompanhado de um consumo incrível de cigarros. Como não gosto de beber vou assistindo a isto melancolicamente. Substituo os cálices por comprimidos de *Valium*, para andar com uma sonolência agradável que acaba por ter o mesmo efeito. E consigo dormir como um santo.” (p.254).

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P., & Alves, C. (2003). Perturbação pós-traumática do stress (PPST): Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica*, 16, 309-320.
- Alexander, D., & Klein, S. (2001). Ambulance personnel and critical incidents: Impact of accident and emergency work on mental health and emotional well-being. *British Journal of Psychiatry*, 178, 76-81.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1st ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed. revised). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1996). *DSM-IV: Critérios de diagnóstico*. Lisboa: Clempsi Editores.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM - IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4^a ed.). Lisboa: Climepsi Editores
- Antunes, A.L. (2005). *D'este viver aqui neste papel descripto. Cartas de guerra*. (organizado por Maria José Lobo Antunes e Joana Lobo Antunes). Lisboa: Dom Quixote.
- Anunciação, C. (2003). Origens do conceito de stress traumático. *Revista de Psicologia Militar*, 14, 117-123.
- Basoglu, M., Kilic, C., Salcioglu, E., & Livanou, M. (2004). Prevalence of posttraumatic stress disorder and comorbid depression in earthquake survivors in Turkey: An epidemiological study. *Journal of Traumatic Stress*, 17 (2), 133-141.
- Ben-Ezra, M. (2002). Trauma 4000 years ago?. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1437.
- Bleich, A., Siegel, B., Gorb, R., & Lerr, B. (1986). Post-traumatic stress disorder following combat exposure: Clinical features and psychopharmacological treatment. *British Journal of Psychiatry*, 149, 386-389.

- Bollinger, A., Riggs, D., Blake, D., & Ruzek, J. (2000). Prevalence of personality disorders among combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 33* (2), 255-270.
- Breslau, N. (2002). Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatry, 47* (10), 923-929.
- Brewin, C. R., Andrews, B. & Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 748-766.
- Carlson, E., & Ruzek, J. (2003). *Effects of Traumatic Experiences*. Disponível em <http://www.athealth.com/Consumer/disorders/traumaeffects.html>. Acesso em 6 de Outubro de 2007.
- Center for Disease Control and Prevention (2003). *Coping with a traumatic event*. Disponível em <http://www.bt.cdc.gov/masscasualties/copingpub.asp>. Acesso em 6 de Outubro de 2007.
- Davidson, J. R., Hugles, D., Blazer, D. G., & George, L. K. (1991). Post-traumatic stress disorder in the community: An epidemiological study. *Psychological Medicine, 21*, 713-721.
- Dunahoo, C. L., Hobfoll, S. E., Monnier, J., Hulsizer, M. R., & Johnson, R. (1998). There's more than rugged individualism in coping. Part 1: Even the Lone Ranger had Tonto. *Anxiety, Stress, and Coping, 11*, 137-165.
- Ehlers, A., & Clark, D. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 319-345.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 844-854.
- Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/ cognitive conceptualisations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy, 20*, 155-176.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promises. *Annual Review of Psychology, 55*, 745-774.
- Frans, Ö. (2003). *Posttraumatic stress disorder (PPST) in the general population*. Tese de Doutorado, Uppsala University: Uppsala, Suécia.
- Gibson, L., Holt, J., Fondacaro, K., Tang, T., Powell, T., & Turbitt, E. (1999). An examination of antecedent traumas and psychiatric comorbidity among male inmates with PPST. *Journal of Traumatic Stress, 12* (3), 473-484.
- Gonçalves, S., Lima, M. L., & Marques-Pinto, A. (2006). Posttraumatic stress disorder, depression and anxiety in work accident victims and witnesses: preliminary results. In C. Guedes Soares & E. Zio (Eds.) *Safety and Reliability for Managing Risk* (vol 1, pp 767-771). London: Taylor & Francis.
- Gonçalves, S., Marques Pinto, A., & Lima, M. L. (2005). Consequências psicológicas dos acidentes de trabalho. In C. Guedes Soares, A. P. Teixeira, & P. Antão (Eds.), *Análise e Gestão de Riscos, Segurança e Fiabilidade* (Vol.2, pp. 249-258). Lisboa: Edições Salamandra.
- Gouveia, J., & Sacadura, C. (2003). Terapia cognitivo-comportamental na perturbação pós-stress traumático. In M. Pereira & J. Monteiro-Ferreira (Eds.), *Stress traumático: Aspectos teóricos e intervenção* (pp. 163-185). Lisboa: Climepsi Editores.
- Haisch, D., & Meyers, M. (2004). MMPI-2 assessed post-traumatic stress disorder related to job stress, coping, and personality in police agencies. *Stress and Health, 20*, 223-229.
- Hobfoll, S., Dunahoo, C., Ben-Porath, Y., & Monnier, J. (1994a). Gender and coping: The dual-axis model of coping. *American Journal of Community Psychology, 22* (1), 49-82.
- Horowitz, M.J. (1975). Intrusive and repetitive thoughts after stress. *Archives of General Psychiatry, 32*, 1457-1463.

- Horowitz, M.J. (1976). *Stress response syndromes*. New York: Jason Aronson.
- Horowitz, M.J. (1989). Relationship schema formulation: Role relationship models and intrapsychic conflict. *Psychiatry*, 52, 260-274.
- Horowitz, M.J., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of events scale (IES): A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209-218.
- Keane, T. M., Zimmering, R. T., & Caddel, J. M. (1985). A behavioural formulation of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Behavior Therapist*, 8, 9-12.
- Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52 (12), 1048-1060.
- Lazarus, R. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. London: Free Association Books.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lee, D., & Young, K. (2001). Post-traumatic stress disorder: Diagnostic issues and epidemiology in adult survivors of traumatic events. *International Review of Psychiatry*, 13, 150-158.
- Lima, M.L. (2008). Tragédia, risco e controlo: Uma releitura psicossocial dos testemunhos do terramoto de 1755. *Análise Social*, XLIII, 7-28.
- Marques Pinto, A., Lima, M.L., & Lopes da Silva, A. (2005). Fuentes de estrés, burnout y estrategias de coping en profesores portugueses. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21(1-2), 125-143.
- McFarlane, A.C. (1988). The aetiology of post-traumatic stress disorders following a natural disaster. *British Journal of Psychiatric*, 152, 116-121.
- McFarlane, A.C. (2004). The contribution of epidemiology to the study of traumatic stress. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 39, 874-882.
- Mendlowicz, M. V., & Stein, M. B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *Am J. Psychiatry*, 157, 669-682.
- O'Brien, L.S. (1998). Introduction and historical perspective. In *Traumatic events and mental health* (pp.1-34). Cambridge University Press.
- Pearlin, L. I. & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21
- Pereira, M. G. & Monteiro-Ferreira, J. (Coords.) (2003). *Stress traumático: Aspectos teóricos e de intervenção*. Lisboa: Climepsi.
- Perkonig, A., Kessler, R., Storz, S., & Wittchen, H. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 46-59.
- Sarason, B., Sarason, I., & Pierce, G. (1990). Traditional views of social support and their impact on assessment. In B. Sarason, I. Sarason, & G. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 9-25). New York: John Willey & Sons.
- Sautter, F., Brailey, K., Uddo, M., Hamilton, M., Beard, M., & Borges, A. (1999). PTSD and comorbid psychotic disorder: Comparison with veterans diagnosed with PTSD or psychotic disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 12 (1), 73-88.
- Schaufeli, W. & Enzmann; D. (1998). *The Burnout Companion to Study and Practice – a critical analysis*. London: Taylor & Francis.
- Semmer, N. (1996). Individual differences, work stress and health. In M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst, & C. L. Cooper (Ed.). *Handbook of work and health psychology* (pp. 51-86). New York: John Wiley and Sons.
- Smith, P., & Suda, K. (2005). *Mowrer's two factor model: Applications to disaster mental health services*. Disponível em <http://www.fsu.edu/~trauma/a5v5i2.html>. Acesso em 6 de Outubro de 2007.

- Smith, P. O. & Suda, K. T. (1999). Mowrer's Two Factor Model Applications to Disaster Mental Health Services. *Traumatology*, 5(2), 26-32.
- Soares, I. (2000). *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in)Adaptativas ao longo da Vida*. Coimbra: Quarteto.
- Sousa, F. L. P. de (1919). *O terramoto do 1º de Novembro de 1755 em Portugal e um estudo demográfico*. Lisboa: Serviços Geológicos.
- Sousa, M. L. M. de, & Nozes, J. (Eds) (1990). *O terramoto de 1755: testemunhos britânicos. British accounts: The Lisbon earthquake of 1755*. Lisboa: The British Historical Society of Portugal.
- Stein, M., Walker, J., Hazen, A., & Forde, D. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: Findings from a community survey. *American Journal of Psychiatry*, 154 (8), 1114-1119.
- Street, A., Gibson, L., & Holohan, D. (2005). Impact of childhood traumatic events, trauma-related guilt, and avoidant coping strategies on PPST symptoms in female survivors of domestic violence. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (3), 245-252.
- Sutker, P. B., Davis, J. M., Uddo, M., & Ditta, S. R. (1995). Assessment of psychological distress in Persian Gulf troops: Ethnicity and gender comparisons. *Journal of Personality Assessment*, 64(3), 415-427.
- Valentine, P. (2003). Trauma: Definição, diagnóstico, efeitos e prevalência. In M. Pereira, & J. Monteiro-Ferreira (Ed.), *Stress traumático: Aspectos teóricos e intervenção* (pp. 21-33). Lisboa: Climepsi Editores.
- Vaz Serra, A. (2003). *O distúrbio de stress pós-traumático*. Coimbra: Vale & Vale Editores, Lda.
- Wilson, J., & Sigman, M. (2000). Theoretical perspectives of traumatic stress and debriefings. In B. Raphael, & J. Wilson (Eds.), *Psychological debriefing: Theory, practice and evidence* (pp. 58-68). Cambridge: Cambridge University Press.
- Zayfert, C., Becker, C., Unger, D., & Shearer, D. (2002). Comorbid anxiety disorders in civilians seeking treatment for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 15 (2), 31-38.
- Zeidner, M., & Saklofske, D. (1996). Adaptive and maladaptive coping. In M. Zeidner & N.S. Endler (Eds.) *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp.505-531). New York: John Wiley & Sons.

NOTA DAS AUTORAS

A pesquisa realizada para a escrita deste artigo foi realizada no Centro de Investigação e Intervenção Social (CIS), no âmbito do projeto “Impacto dos Acidentes de Trabalho: Suas valências ao nível social, organizacional e individual” financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT, PIQS/PSI/50070/2003).