



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Ana Rita Silva Começanha

**Percursos Individuais Face
Ao Potencial Trauma em Ex-combatentes
Da Guerra Colonial: Uma Comparação Entre
A Patogénese e a Salutogénese**



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Ana Rita Silva Começanha

**Percursos Individuais Face
Ao Potencial Trauma em Ex-combatentes
Da Guerra Colonial: Uma Comparação Entre
A Patogénese e a Salutogénese**

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Psicologia
Área de Especialização em Psicologia Clínica

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Ângela da Costa Maia
e da
Doutora Sandra Simões Sendas

Junho de 2011

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, ___/___/_____

Assinatura: _____

Agradecimentos

«De vez em quando surge uma águia.

Uma águia tão nobre,

que enche o céu,

e voa alto,

acima de tudo o resto,

com uma grandeza de alma,

que plana,

e permanece,

silenciosamente.

Entre as pessoas isso é raro.

Numa vida inteira,

talvez duas ou três,

mas mudam-nos para sempre».

Susan Edwards, 1987, manuscrito não publicado.

Resumo

No confronto com experiências potencialmente traumáticas como a guerra, o indivíduo desenvolve respostas patogénicas, que se coadunam com o Percurso de Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST), por vezes concomitantes com o relato de Crescimento Pós-Traumático; ou salutogénicas, caracterizadas por uma trajectória estável de funcionamento adaptativo coerente com o Percurso Resiliente, ou de Recuperação, em que após um período inicial de forte desregulação, o indivíduo retorna ao nível de funcionamento pré-trauma.

O presente estudo visa identificar, em 26 ex-combatentes da guerra colonial portuguesa – 15 com diagnóstico de Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST) e 11 Assintomáticos (ASS) – factores protectores e de risco face à adversidade nos períodos pré, péri e pós militares, e averiguar se estes se diferenciam entre grupos.

Para a prossecução deste objectivo, adoptou-se uma metodologia de investigação mista, do tipo sequencial exploratória em que, a partir da análise das entrevistas autobiográficas provenientes de um estudo prévio (Sendas, 2009), se pretendeu identificar no discurso dos sujeitos os factores protectores e de risco. Estes foram posteriormente quantificados, sendo expectável detectar maior número de factores de risco nos sujeitos com PPST e de factores protectores nos sujeitos assintomáticos, nos três períodos de vida em análise.

Nas condições prévias à mobilização verifica-se uma maior ocorrência de risco no grupo com PPST, indo de encontro à hipótese formulada, que remetem para privações económicas, baixa escolaridade, trabalho precoce e relação familiar conflituosa, coincidente com os referidos na literatura (Kirk, 2008; Vogt & Tanner, 2007). Por outro lado, o grupo ASS, revela uma elevação de factores protectores, entre os quais a aplicação da disciplina sem punição física e a construção do valor pessoal, relevantes para o percurso salutogénico. Na exploração do período péri-militar, constata-se igualmente o risco aumentado no grupo com PPST, concluindo-se que este interpreta os eventos como potencialmente ameaçadores, desenvolvendo um conjunto de respostas predisponentes à psicopatologia, evidenciados pelas meta-análises de Brewin, Andrews e Valentine (2000) e Ozer, Best, Lipsey e Weiss (2003). Diametralmente oposto a este padrão de respostas patogénicas, os sujeitos ASS revelam um percurso de resiliência, pela capacidade de se adaptarem à adversidade, apresentarem flexibilidade na interpretação cognitiva, controlo emocional e *coping* flexível na gestão da ameaça (Westphal & Bonanno, 2007), em contraste com a ruminação cognitiva, *coping* emocional e ansiedade antecipatória registados no grupo com PPST. Quanto ao período pós-militar constatam-se, no grupo com PPST, respostas de risco que reforçam o percurso de psicopatologia, corroborando a hipótese inicial, e a percepção de descontinuidade narrativa em função da experiência de guerra. No sentido da adaptação, o grupo ASS apresenta respostas protectoras que lhe permite atribuir continuidade à sua narrativa pessoal, marcada por o relato de uma autobiografia integrada e estabilidade na identidade pessoal. Conclui-se assim que foi possível identificar factos e respostas individuais protectoras e de risco que diferem significativamente entre os grupos, conducentes aos percursos de PPST ou de Resiliência que apresentam.

Palavras-chave: guerra, trauma, factores de risco, factores protectores, PPST, resiliência.

Abstract

Facing potentially traumatic experiences as war, an individual develops pathogenic responses, that are consistent with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) trajectory, sometimes concurrent with Posttraumatic Growth; or salutogenic, characterised by a stable pathway of adaptive functioning consistent with the Resilient trajectory, or Recovery, in which, after a strong deregulation initial period, the individual returns to the pre-trauma functioning level.

The present study aims to identify, on 26 Portuguese Colonial War Veterans – 15 with PTSD and 11 Asymptomatic – predeployment, war-zone and postdeployment protective and risk factors facing adversity, and verify if these differ between groups.

To accomplish this objective, is adopted a mixed method research design, sequential exploratory type in which, from the analysis of autobiographical interviews, by a previous study (Sendas 2009), intended to identify by the subject's speech the protective and risk factors. These were later quantified, being expectable to detect major number of risk factors on subjects with PTSD and protective factors on asymptomatic subjects, on the three life periods in analysis.

On predeployment conditions there is a bigger risk occurrence on the PTSD group, encountering the formulated hypothesis, which refers to economic privation, low scholarship, early work and family conflicts, consistent with the referred on literature (Kirk, 2008; Vogt & Tanner, 2007). On the other hand, the ASS group reveals an elevation of protective factors, as the application of discipline without physical punishment and the construction of personal value, both relevant to the salutogenic course. During the war-zone period, is also verified the increasing risk on the PTSD group, concluding that these individuals interpret events as potentially threatening, developing a cluster of predisposing responses to psychopathology, evidenced by the meta-analysis of Brewin, Andrews e Valentine (2000) and Ozer, Best, Lipsey and Weiss (2003). Diametrically opposed to this standard of pathogenic responses, the ASS subjects reveal a resilient trajectory, by the ability to adapt to adversity, to present plasticity on cognitive interpretation, emotional control and flexible coping on the threat management (Westphal & Bonanno, 2007), in contrast to cognitive rumination, emotional coping and anticipatory anxiety registered on the PTSD group. About the postdeployment period, it appears, on the PTSD group, risk responses that enforce the psychopathology course, corroborating the initial hypothesis, and the perception of narrative discontinuity due to the war experience. Towards adaptation, the ASS group presents protective responses, assigning continuity to their personal narrative, marked by the report of an integrated autobiography and stability on personal identity. We conclude that it is possible to identify protective and risk individual facts and responses that differ significantly between groups, conducting to PTSD or resilience trajectories that they present.

Keywords: war, trauma, risk factors, protective factors, PTSD, resilience.

Índice

Introdução	7
Capítulo 1. Perspectiva Patogénica do Trauma	9
1.1 Trauma e Psicopatologia	9
1.2 Percurso de Perturbação Pós- <i>Stress</i> Traumático (PPST)	10
1.2.1 Emergência da PPST enquanto categoria nosológica	10
1.2.2 Comorbilidade e impacto na saúde física e mental	12
1.2.3 Factores de risco para o desenvolvimento de psicopatologia	13
Capítulo 2. A Mudança de Paradigma	15
2.1 Da Patogénese à Salutogénese	15
2.2 Percurso de Resiliência	16
2.2.1 Factores protectores	17
2.3 Percurso de Recuperação	18
2.4 Percurso de Crescimento Pós-traumático (CPT)	18
2.4.1 Modelo de Calhoun e Tedeschi	19
2.4.2 Variáveis associadas	21
Capítulo 3. Percursos (In)compatíveis?	23
Capítulo 4. As Vivências de Guerra enquanto Potencial Trauma	24
4.1 Retrato da Guerra Colonial Portuguesa	24
4.2 Valor preditivo das experiências pré, peri e pós militares	24
4.3 A memória auto-biográfica enquanto fonte de informação	26
4.4. Relevância para o estudo empírico	27
Capítulo 5. Metodologia	27
5.1 Participantes	28
5.2 Instrumentos	29
5.3 Procedimento	30
Capítulo 6. Resultados	31
Capítulo 7. Discussão dos Resultados	39
Referências bibliográficas	46

Índice de quadros, figuras e gráficos

Quadro 1	Critérios de diagnóstico de PSPT de acordo com DSM IV – TR (cf. APA 2002, p. 408)	11
Figura 1	Processo de Crescimento Pós – Traumático (modelo de Calhoun & Tedeschi, 2004)	20
Quadro 2	Factores de Risco pré, péri e pós-militares para a PPST em veteranos de guerra	25
Quadro 3	Factores Protectores pré, péri e pós-militares em veteranos de guerra	26
Quadro 4	Análise de Frequências e Teste de Independência Qui - quadrado para os Factos de Risco (FR) e Respostas Individuais de Risco (RIR) para os grupos com Perturbação Pós-stress Traumático (PPST) e Assintomáticos (ASS)	32
Quadro 5	Análise de Frequências e Teste de Independência Qui - quadrado para os Factos Protectores (FP) e Respostas Individuais Protectoras (RIP) para os grupos com Perturbação Pós-stress Traumático (PPST) e Assintomáticos (ASS)	35
Quadro 6	Teste de Diferenças Mann Whitney para os grupos com Perturbação Pós-stress Traumático (PPST) e Assintomáticos (ASS) no Total de Factos e Respostas Individuais de Risco e Protectoras	37
Gráfico 1	Ordem Média para os grupos com Perturbação Pós-stress Traumático (PPST) e Assintomáticos (ASS) para o total de indicadores de Factos e Respostas Individuais de Risco nos períodos pré, péri e pós-militares	38
Gráfico 2	Ordem Média para os grupos com Perturbação Pós-stress Traumático (PPST) e Assintomáticos (ASS) para o total de indicadores de Factos e Respostas Individuais Protectoras nos períodos pré, péri e pós-militares	38

INTRODUÇÃO

«Over the last decade, positive psychology has offered highly innovative theoretical and applied contribution to the study of individuals functioning in their living environment. Through a paradigm shift – in Kuhn´s terms – from a focus on the compensation of weaknesses and deficits, positive psychology emphasizes the crucial role of human resources and potentials, privileges health promotion instead of prevention and treatment, and adopts a bio-psycho-social approach instead of bio-medical one».

Marta Bassi, PhD Honors Lectures 2011, Universidade do Minho

A exposição à adversidade, associada à interpretação individual da experiência como traumática, exige uma readaptação da estrutura psicológica do indivíduo que o impele à mudança acarretando, de acordo com Christopher (2004) consequências positivas, no sentido da adaptação e/ou negativas, pelo desenvolvimento de patologia.

De acordo com investigações recentes no âmbito do trauma (Bonanno & Mancini, 2010; Bonanno, 2005; Westphal & Bonanno, 2007) podemos considerar diferentes percursos individuais após o confronto com uma experiência “sísmica”, na medida em que abala as estruturas prévias do indivíduo, avaliados a partir do nível de disrupção no funcionamento normal e o tempo decorrido entre o evento traumático e o restabelecimento emocional.

Constitui objectivo central do presente estudo identificar, em 26 Ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa com e sem perturbação psicológica, factores protectores e factores de risco face à adversidade nos períodos pré, péri e pós militares e averiguar se existem diferenças nos dois grupos em análise, tendo por base os percursos individuais face à exposição traumática que apresentam.

Num primeiro momento, irá proceder-se ao enquadramento conceptual da associação entre exposição traumática e psicopatologia. Isto porque, numa visão patogénica, os estudos focalizam-se nas mudanças negativas decorrentes da experiência traumática no indivíduo. A descrição de mal-estar clinicamente significativo associado ao trauma está amplamente difundido na literatura, sendo o PERCURSO DE PERTURBAÇÃO PÓS-STRESS TRAUMÁTICO (PPST) o diagnóstico mais prevalente, com os níveis de sintomas psicopatológicos a permanecerem crónicos ao longo do tempo (Taft, Stern, King, & King, 1999). Neste âmbito, operacionalizam-se os sintomas da PPST, a sua emergência enquanto categoria nosológica no Diagnostic and Statistical Manual - DSM, comorbilidade psicopatológica e impacto negativo na saúde física e mental do indivíduo, bem como os factores de risco associados ao seu desenvolvimento.

Procurando desconstruir esta linha de investigação como a única possível pretende-se, numa fase posterior, analisar a perspectiva positiva associada ao trauma (Ayalon, 2005; Linley & Joseph, 2004; Pietrzak, Johnson, Goldstein, Malley, Rivers, Morgan, & Southwick, 2010), dado que investigações actuais comprovam que o PERCURSO RESILIENTE tem sido negligenciado nas metodologias de avaliação, surgindo tradicionalmente como

uma trajectória rara de reacção ao trauma, interpretado como *coping* de negação, ou apenas observável em indivíduos excepcionalmente saudáveis (McFarlane & Yehuda, 1996). Tal perspectiva é refutada por Bonnano (2005) para quem a resiliência explica 35 a 55% dos casos de trauma analisados. Este percurso, caracterizado por uma trajectória estável de funcionamento adaptativo, que se mantém ao longo do tempo, após uma disrupção ligeira que advém da experiência traumática, tem sido subestimado.

Por outro lado, a trajectória resiliente surge equivocadamente associada ao PERCURSO DE RECUPERAÇÃO em que, após um período inicial de forte desregulação do funcionamento adaptativo, o indivíduo retorna ao nível de adaptação pré-trauma, e ao CRESCIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO (CPT), em que são relatadas mudanças positivas resultantes do trauma, embora concomitantes com sintomas psicopatológicos e ausência de mudança comportamental (Park, Aldwin, Fenster, & Snyder, 2008).

Tendo por base a análise qualitativa da elaboração de significado das experiências de vida de veteranos da guerra colonial portuguesa, distribuídos por dois grupos de investigação – 15 sujeitos com critérios para diagnóstico de PSPT e 11 sujeitos assintomáticos – pretende-se inventariar os factores protectores e factores de risco face à adversidade relatados nos períodos pré, peri e pós militares nos dois grupos, tendo como referência estudos que adoptaram esta metodologia (Kirk, 2008; Sendas, 2009; Vogt & Tanner, 2007). A partir deste ponto, perspectiva-se estabelecer uma relação entre os indicadores detectados e os percursos individuais face ao potencial trauma que os indivíduos apresentam, contribuindo para a compreensão dos processos associados ao ajustamento psicológico e, deste modo, potenciar os possíveis mecanismos conducentes à prevenção de situações futuras de disrupção perante a adversidade.

«A derradeira prova de um homem não é tanto a maneira como se comporta em tempos confortáveis e de conveniência, mas a forma como enfrenta os tempos de maior desafio e controvérsia».

Martin Luther King, Jr.

CAPÍTULO 1. PERSPECTIVA PATOGENICA DO TRAUMA

1.1 Trauma e Psicopatologia

«Trauma is an emotional response to a terrible event like an accident, rape or natural disaster. Immediately after the event, shock and denial are typical. Longer term reactions include unpredictable emotions, flashbacks, strained relationships and even physical symptoms like headaches or nausea. While these feelings are normal, some people have difficulty moving on with their lives. Psychologists can help these individuals find constructive ways of managing their emotions».

American Psychiatric Association (2011)

De acordo com Maia e Fernandes (2003), estudos pioneiros (Gillespie, 1942; Hansen & Hill, 1964) já perspectivavam situações de trauma como uma ameaça potencial ao equilíbrio psicológico dos indivíduos, alertando para o elo causal entre a experiência traumática e a possibilidade de psicopatologia definida, de acordo com a terapia cognitiva narrativa, como a incapacidade de lidar com a experiência através da organização interna de um discurso diversificado, complexo e coerente (Gonçalves, 2002).

No entanto, a exposição a situações traumáticas é perspectivada como uma condição necessária mas insuficiente para a disfunção psicológica (Miller, 2003; Paris, 2000; Strelau, & Zawadzi, 2005; Verhaeghe, & Vanheule, 2005). Tal facto é comprovado por Breslau, Glen, Andreski e Peterson (1991), que sugerem que apenas 2 a 7% da população geral desenvolve critérios para o diagnóstico de PPST, oscilando entre 4 a 9% em veteranos de guerra (Sundin, Fear, Iversen, & Wessely, 2010), enquanto a exposição potencialmente traumática atinge uma percentagem muito mais elevada da população (cf. Maia, 2007), concluindo-se que a prevalência de exposição adversa é superior à prevalência de perturbação.

Tal deve-se à interação entre factores protectores e de risco, que condicionam a resposta ao evento traumático, mediando a relação entre a exposição ao stressor e a resposta do indivíduo. Estes remetem não só para traços de personalidade, que moldam o processamento cognitivo dos eventos stressantes, mas também para as experiências prévias e o apoio social, análise consistente com a abordagem bio-psico-social evolutiva do trauma (Christopher, 2004).

Dado que apenas um subgrupo desenvolve psicopatologia, pode depreender-se que a exposição ao trauma e a sua intensidade não se constituem como os únicos factores determinantes para a emergência de perturbação mental (Talbert, Braswell, Albrecht, Hyer, & Boudewyns, 1993). Esta ilação é corroborada por um estudo conduzido por Weiss, Marmar, Schlenber, Fairbank, Jordan, e Hough (1992) em que, a partir de uma análise multivariada, foi encontrada uma correlação de apenas .20 entre a exposição ao trauma e o diagnóstico de PPST. Estes dados alertam para a necessidade de considerar as interações recíprocas que se estabelecem entre as variáveis de predisposição e o meio, atendendo aos recursos do indivíduo, que permitem tornar inteligível o desenvolvimento de psicopatologia.

1.2. Percurso de Perturbação Pós-stress traumático (PPST)

De acordo com Bonnano e Mancini (2010), o percurso de psicopatologia implica uma forte reactividade face à experiência traumática, acompanhada de uma severa disfunção do normal funcionamento do indivíduo, que se mantém crónica ao longo do tempo e se operacionaliza em PPST, luto complicado ou depressão maior.

As teorias iniciais acerca do trauma focalizaram-se nas fragilidades que despoletavam no indivíduo, sendo o evento adverso classificado como uma fonte primária de trauma psicológico. No entanto, numa perspectiva actual, conceptualizar a PPST resulta do estudo dos seus factores preditores que, de acordo com a análise de Maia (2007), implica variáveis centradas nas características do acontecimento, da pessoa e dos recursos disponíveis. Assim, o nível de activação sintomatológica vai depender da severidade e tipo de acontecimento traumático; da pessoa, quanto às suas características pré-trauma, respostas peri-traumáticas e a curto prazo; e dos recursos disponíveis, sobretudo o apoio social e o efeito cumulativo dos stressores, que medeiam a relação entre a exposição à adversidade e a possibilidade de psicopatologia (Maia, 2007; Paris, 2000).

A corroborar estas conclusões, Maia e Fernandes (2003), alertam para as oscilações na prevalência de PPST, de acordo com a natureza do stressor, isto porque experiências de dor, ameaça ou morte infligida por outros seres humanos, de carácter marcadamente perturbador e intencional, de que é exemplificativo o holocausto (Ayalon, 2005), elicitam PPST mais do que os desastres naturais, fora do controlo humano. Conceptualizar a PPST nesta perspectiva tem implicações relevantes para a intervenção psicológica, na medida em que a intervenção em crise pode permitir recuperar dos sintomas da fase aguda (Foa, Steketee, & Rothbaum, 1989), dado que não existe uma relação linear entre exposição ao trauma e PPST.

1.2.1. Emergência da PPST enquanto categoria nosológica

A PPST surge classificada pela primeira vez, enquanto categoria de diagnóstico, no DSM III (APA, 1980) integrada nas perturbações de ansiedade (Sendas, 2009), no sentido de dar resposta à sintomatologia apresentada pelos ex-combatentes de guerra do Vietname, vindo sistematizar a indefinição de critérios que prevalecia até então e despoletando um interesse crescente de investigações nesta área.

A operacionalização da PPST exigia a presença de um stressor reconhecido, capaz de despoletar sintomas de intrusão e evitamento ou negação, acompanhado de re-experienciação, diminuição da resposta ao mundo exterior e activação aumentada, stressor esse classificado como raro para a experiência do ser humano, no DSM III-TR. Este critério foi abandonado no DSM IV (1994), dado que a probabilidade de um indivíduo estar exposto a experiências traumáticas ao longo da sua vida é elevada.

A comprovar esta conclusão, um estudo desenvolvido por Albuquerque, Soares, Jesus e Alves (2003), aponta para que 75,7% da amostra esteve exposta a pelo menos uma experiência adversa como a morte violenta de um familiar ou amigo (29,3%), ser assaltado (22,7%), testemunhar um acidente grave ou morte (22,2%), interferindo no funcionamento adaptativo do indivíduo, em 80% dos casos, com relato de alterações do sono e humor irritável.

Dado que a experiência traumática é interpretada como tal em função da avaliação subjectiva dos indivíduos que a vivenciam (Sendas, 2009), acontecimentos como divórcio (5,1%), dificuldades amorosas (4,6%), experiências pessoais negativas (3,2%), prisão de pessoa próxima (2,3%) ou abuso sexual de alguém próximo (1,9%), podem ser perspectivados como traumáticos, como é visível num estudo conduzido por Gold, Max, Soler-Baillo e Sloan (2005), com estudantes universitários.

Actualmente, no DSM IV-TR (APA, 2002, p. 408), para a atribuição do diagnóstico de PPST mantém-se a obrigatoriedade de «*experienciar, observar ou confrontar-se com um acontecimento que envolva ameaça de morte, morte real ou ferimento grave à integridade física da própria pessoa ou de outros*» e o desenvolvimento de «*respostas de medo, sentimentos de falta de ajuda ou horror*» (critério A), acompanhado de três categorias de sintomas, ausentes no período pré-trauma, nomeadamente a reexperiência do acontecimento (critério B), o evitamento (critério C) e a activação aumentada (critério D), operacionalizados no quadro 1, que se mantêm por mais de um mês (critério E) e interferem com o funcionamento adaptativo do indivíduo (critério F).

Quadro 1

Critérios B a D para PPST (DSM IV – TR, APA, 2002, p. 408)

Critérios para a Perturbação Pós-stress Traumático

B) O acontecimento traumático é **reexperienciado** de modo persistente de um, ou mais, dos seguintes modos:

1. Lembranças perturbadoras intrusivas e recorrentes do acontecimento (imagens, pensamentos, percepções)
 2. Sonhos perturbadores recorrentes acerca do acontecimento
 3. Actuar ou sentir como se o acontecimento traumático estivesse a recorrer (inclui a sensação de estar a reviver a experiência, ilusões, alucinações e flashbacks dissociativos, incluindo ao acordar ou quando intoxicado)
 4. Mal-estar psicológico intenso com a exposição a estímulos internos que simbolizem ou se assemelhem a aspectos do acontecimento traumático.
-

C) Evitamento persistente dos estímulos associados com o trauma e embotamento da reactividade geral, indicado por três ou mais dos seguintes sintomas:

1. Esforços para evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas com o trauma
 2. Esforços para evitar actividades, lugares, ou pessoas que desencadeiam lembranças
 3. Incapacidade para lembrar aspectos importantes do trauma
 4. Interesse fortemente diminuído na participação em actividades significativas
 5. Sentir-se desligado ou estranho em relação aos outros
 6. Gama de afecto restringida (por exemplo, incapaz de gostar dos outros)
 7. Expectativas encurtadas em relação ao futuro (não esperar ter uma carreira, casamento, filhos ou um desenvolvimento normal da vida)
-

D) Sintomas persistentes de **ativação aumentada**, indicados por dois ou mais dos seguintes:

1. Dificuldade em adormecer ou em permanecer a dormir
 2. Irritabilidade ou acesso de cólera
 3. Dificuldade de concentração
 4. Hipervigilância
 5. Resposta de alarme exagerada
-

Sistematizando, as três categorias de sintomas reflectem uma relação de interacção causal, em que os sintomas de intrusão parecem interagir com os sintomas de activação, resultando na mobilização de estratégias de evitamento por parte da vítima (cf. Sendas, 2009).

No entanto, um número crescente de investigadores tem alertado para o conceito de PPST parcial (Kirk, 2008; Schutzwahl & Maercker, 1999), aplicável a sujeitos com claro prejuízo funcional das suas actividades, em função da experiência traumática, embora não cumpram os critérios exigíveis, de acordo com o DSM IV TR, para o diagnóstico de PPST. Isto porque consideram que a PPST deve ser perspectivada como uma variável contínua e não apenas discreta, marcada pela presença ou ausência dos sintomas, sob pena de excluir um grupo substancial de indivíduos que experienciam sofrimento. Assim, é considerado o diagnóstico de PPST parcial em indivíduos que apresentem dois sintomas do critério B, um sintoma do critério C e um sintoma do critério D ou ainda aqueles que apresentem os dois sintomas do critério B e os três do critério C, ou dois dos sintomas do critério D (Kirk, 2008).

1.2.2. Comorbilidade e impacto na saúde física e mental

De acordo com Frueh, Elhai e Acierno (2010), o diagnóstico de PPST acarreta custos elevados para o indivíduo e a sociedade, estando altamente associada a comorbilidade psiquiátrica, reduzida qualidade de vida e saúde física. As tentativas de suicídio apresentam também um risco aumentado, sendo 15 vezes superiores em casos de PPST, comparativamente a indivíduos sem diagnóstico (Albuquerque et al., 2003).

Aliás, vários são os estudos que relacionam o diagnóstico de PPST com valores elevados nas queixas físicas e condições médicas diagnosticáveis, conducentes à maior procura dos serviços de saúde (Começanha & Maia, submetido; Osório & Maia, 2010). As queixas físicas e comorbilidade médica incluem problemas cardiovasculares, respiratórios, músculo-esqueléticos, neurológicos e somáticos, relacionados com baixa percepção de saúde e qualidade de vida (Schurr, Hayes, Lunney, & McFall, 2006).

Estes dados surgem fundamentados em diversas investigações (Maia, McIntyre, Pereira, & Fernandes, 2006; Pietrzak et al., 2010), que associam a exposição a uma experiência traumática à emergência de problemas de saúde física e mental tais como ansiedade e depressão, problemas de adaptação, abuso de substâncias, problemas cognitivos e conflitos familiares.

Tal é observável especificamente em estudos com amostras de ex-combatentes do Afeganistão e Iraque (Kirk, 2008; Osório & Maia, 2010) e da guerra colonial portuguesa (Maia e colaboradoras, 2006). Este estudo (Maia et al., 2006) revela que 56% da amostra apresenta morbidade psicológica, consumo excessivo de álcool em 42% dos casos, tabaco (14%) e café (25%) como estratégias de *coping* para lidar com o desconforto e mal-estar psicológico após a guerra, adoptando comportamentos de risco para a saúde. O número de doenças actuais é igualmente elevado, sendo as doenças do sistema nervoso (65%), gastro-intestinais (41%) e cardiovasculares (38%) as mais prevalentes. As queixas físicas reportadas remetem maioritariamente para dificuldades em adormecer, cansaço, dores musculares e nas costas. Estes dados são coerentes com o National Vietnam Veterans Readjustment Study (Kulka, Shelenger, Fairbank, Hough, Jordan, Marmar, & Weiss, 1988), realizado com veteranos de guerra do Vietname, que revela que os sujeitos diagnosticados com PPST apresentam, em concomitância, outros quadros clínicos, sendo o consumo de substâncias e a depressão os mais prevalentes.

A elevada taxa de comorbidade clínica da PPST, associada à severidade do comprometimento funcional, sensibiliza os profissionais para a relevância de um rigoroso diagnóstico, conducente a uma efectiva intervenção psicoterapêutica.

1.2.3. Factores de risco para o desenvolvimento de psicopatologia

A contribuir para a sistematização dos preditores de psicopatologia após exposição potencialmente traumática, destacam-se meta-análises recentes (Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003) que revelam a preponderância dos factores pré e pós-traumáticos como explicativos da PPST, com destaque para a severidade do acontecimento traumático, os processos dissociativos, o baixo apoio social e a existência de stressores adicionais como variáveis com forte significância estatística, comparativamente aos factores pré-trauma.

Brewin e colaboradores (2000) revelam 14 factores de risco associados ao percurso de PPST, que envolvem variáveis socio-demográficas como idade, género, estatuto sócio-económico, escolaridade e raça; variáveis históricas, que remetem para a história psiquiátrica familiar, abuso na infância e outras adversidades, situações prévias de trauma, história psiquiátrica e inteligência; severidade do trauma; o suporte social e a exposição a stressores adicionais. De salientar que factores como o género, a idade e a raça surgem como preditores de intensidade variável mediante as características da amostra; factores como a educação, traumas prévios e a exposição à adversidade na infância predizem a PPST de forma mais relevante do que os anteriores, embora igualmente susceptíveis a variações em função da amostra e dos métodos utilizados, e factores como o abuso na infância e a história psiquiátrica pessoal e/ou familiar revelam efeitos preditivos mais uniformes e transversais aos vários estudos, embora modestos.

Em 2003, a meta-análise de Ozer e colaboradores sugeriu sete preditores de PPST, destacando a resposta peri-militar para a psicopatologia. Para além da exposição prévia a situações potencialmente traumáticas, o ajustamento pré-trauma e a história de psicopatologia familiar, demonstram a relevância da percepção de

ameaça pessoal durante o acontecimento traumático, a resposta de emocionalidade, a dissociação peri-traumática e o apoio social percebido pós-trauma para a emergência de PPST. De referir que, embora significativos, os factores distais ao trauma, como sejam a idade, o género, o estatuto sócio - económico, o nível de educação, a raça, a história de ajustamento, os acontecimentos adversos prévios e o registo de psicopatologia familiar, apresentam contributos baixos, comparativamente às variáveis contíguas ao acontecimento traumático. Estas remetem para a gravidade do acontecimento, a percepção de ameaça à própria vida, a emocionalidade e dissociação peri-traumática e os stressores adicionais pós-trauma, com elevado valor preditivo para o percurso de PPST.

De acordo com Maia (2007) os preditores da PPST podem sistematizar-se em variáveis centradas nas características do acontecimento, da pessoa e dos recursos disponíveis.

Quanto às primeiras, deverá atender-se à severidade e tipo de experiência adversa sendo que quanto maior a gravidade da ameaça percebida (eg. confrontos de guerra de “matar ou morrer”) e o nível de exposição traumática (eg. ordens para perpetrar atrocidades), maior a probabilidade de elicitar sintomas de PPST. Também relevante é explorar se se trata de uma exposição traumática isolada ou cumulativa e se depende do controlo pessoal, dado que quando existe falha ou responsabilidade humana, há maior probabilidade de elicitar psicopatologia.

Relativamente às variáveis centradas na pessoa, estas incluem as características pré-trauma, tais como a história prévia de exposição traumática, o nível de inteligência, história de abuso e trauma na infância, a história psiquiátrica familiar e pessoal e outros problemas emocionais, como ansiedade, traços de personalidade anti-social, e sobretudo a depressão; e as variáveis sócio-demográficas, sendo que a idade jovem, o nível sócio-económico baixo e a pertença a minorias étnicas são maiores preditores de PPST nos homens, sendo que as mulheres apresentam valores superiores de PPST, pela maior exposição traumática prévia e susceptibilidade de abuso sexual e violência. Também relevantes assumem-se as características de resposta peri-traumática do sujeito, que incluem a percepção de ameaça à própria vida, a activação fisiológica e emocional, pelo relato de emoções negativas intensas durante e imediatamente após a experiência e, sobretudo, a dissociação peri-traumática, sendo considerado o principal preditor de PPST na meta-análise de Ozer, Best, Lipsey e Weiss (2003). Deverão também explorar-se as variáveis centradas nas respostas a curto prazo, que incluem o evitamento, o isolamento social, o embotamento, o afecto restringido e os sintomas de activação e dissociação.

No que concerne aos recursos, a ausência de apoio social é considerado o melhor preditor para PPST entre as 14 variáveis avaliadas na meta-análise de Brewin e colaboradores (2000). Assim, o impacto do evento traumático é maximizado pela ausência de suporte social, constituindo-se como um factor de risco para o desenvolvimento de PPST (Boscarino, 1995) e, simultaneamente, como agravante para a morbilidade pós-traumática, mais do que a gravidade presumida do stressor traumático (Sendas, 2009). Este aspecto é congruente com os resultados obtidos no National Vietnam Veterans Readjustment Study, que aponta para níveis de divórcio de 70% e altos níveis de conflitos conjugais, situando-se nos 49%, o que é cerca do dobro

quando comparado com sujeitos sem PPST (Kulka et al., 1988). Um outro estudo, que rentabiliza o contributo das abordagens narrativas para a investigação (Okey, Mcwhirter, & Delaney, 2000), aponta que o padrão central de relacionamento interpessoal, que emerge da análise do relato de sujeitos com PPST de guerra, é a forte necessidade em serem aceites e amados, embora esta necessidade não seja, na maior parte das vezes, satisfeita. Estes resultados parecem suportar, de acordo com Sendas (2009) a ilação de que as dificuldades de relacionamento interpessoal da PPST influenciam negativamente as fontes de apoio social dos sujeitos.

Sistematizando, podemos afirmar que a exposição a situações adversas pode potenciar um mal-estar persistente, provocando efeitos cumulativos que vão desgastando os recursos e tornando os sujeitos mais vulneráveis para enfrentar com sucesso os desafios (Maia, 2007). A análise dos factores preditores de PPST permite melhorar o conhecimento sobre as condições de emergência para a perturbação psicológica, numa perspectiva holística, em que são consideradas as características do acontecimento, da pessoa e dos recursos disponíveis.

CAPÍTULO 2. A MUDANÇA DE PARADIGMA

2.1 Da Patogénese à Salutogénese

«A capacidade de elaborar significados positivos para o confronto com as vivências traumáticas emerge como um aspecto em constante investigação e parece relacionada com o facto de nem todas as pessoas expostas a acontecimentos potencialmente traumáticos apresentarem, subsequentemente, quadros psicopatológicos».

(Calhoun & Tedeschi, 2005, cit. por Sendas, 2009, p.34).

A investigação em torno das experiências traumáticas focalizou-se, até finais da década de 80, em amostras com elevada perturbação psicológica, descrevendo os stressores como ameaças, responsáveis por reacções patogénicas no indivíduo, sobretudo pelo desenvolvimento da PPST. Recentemente, assiste-se a uma transição do foco de análise da patologia, doença e consequências negativas, para o conceito de saúde mental (Haz, Castillo, & Aracena, 2003).

São vários os argumentos que permitem desconstruir a perspectiva patogénica (Sendas, 2009), dada a baixa prevalência de PPST na população geral, que varia entre 1 a 14%, de acordo com dados estatísticos do DSM IV – TR (APA, 2002); testemunhos de reacções funcionais, mesmo perante situações de extrema adversidade, como sejam tortura, violação ou morte inesperada e a remissão espontânea de sintomas psicopatológicos, entre seis a 16 meses após o evento.

A contribuir para a viragem de paradigma, no sentido de uma visão salutogénica, Ayalon (2005), destaca os trabalhos de Bonanno (2005) acerca da resiliência, de Calhoun e Tedeschi (2004) ao nível do Crescimento Pós-traumático e da Psicologia Positiva (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), que segundo Linley e Joseph (2004),

descentraliza a análise da compensação dos défices e vulnerabilidades do indivíduo, para promover o funcionamento óptimo, pelo *empowerment* dos seus recursos e potencialidades, privilegiando a promoção da saúde da pessoa, em interacção com o meio. A atenção passa assim a estar centrada na capacidade adaptativa do indivíduo face à adversidade, tendo por base estratégias como a reinterpretação positiva das experiências de stress, e características pessoais como o optimismo, a flexibilidade e a procura do sentido de coerência (Calhoun & Tedeschi, 2004).

2.2 Percurso de Resiliência

O percurso de resiliência face ao potencial trauma emerge das investigações desenvolvimentistas, focalizadas nos factores protectores em crianças que, expostas à adversidade, tal como pobreza extrema, abuso continuado ou negligência parental, apresentavam trajectórias adaptativas (Rutter, 1989; Soufre, 1996).

Rentabilizando as conclusões destes estudos, Bonanno inicia, em 1995, a avaliação da trajectória de resiliência em adultos, a partir da análise da exposição a eventos altamente disruptivos e pontuais, tendo concluído que 1) os percursos de resiliência e recuperação são trajectórias diferenciadas de reacção, abandonando a hipótese que até aí se colocava de que a resiliência se constituía como “um percurso que favorecia a recuperação” (McFarlane & Yehuda, 1996, p. 158). Segundo Bonanno (2005), o percurso resiliente caracteriza-se por um padrão de funcionamento estável e equilibrado após vivência da adversidade, registando-se apenas uma disrupção inicial leve e de curta duração, sem prejuízo significativo das actividades e responsabilidades do indivíduo, 2) a resiliência constitui-se como o percurso mais comum após exposição à experiência potencialmente traumática, observável numa diversidade de situações como ser cuidador e enfrentar a perda do companheiro por HIV (Bonanno, Moskowitz, Papa, & Folkman, 2005), sobreviver ao ataque de 11 de Setembro (Bonanno, Galea, Bucciarelli, & Vlahov, 2006) ser submetido a tratamento por radiação, no confronto com a doença oncológica (Deshields, Tibbs, Fan, & Taylor, 2006) ou sobreviventes do Holocausto (Ayalon, 2005); 3) existirem factores múltiplos e, por vezes inesperados, a contribuir para a resiliência.

Tendo por objectivo avaliar o percurso de resiliência, Harvey, Westen, Lebowitz, Saunders, Avi-Yonah e Harney (1994) desenvolveram a Escala Multidimensional de Resiliência e Recuperação do Trauma (MTRR), originalmente com 135 itens, também disponível na versão abreviada (MTRR – 99, Harvey & Tumalla-Narra, 2007), organizada por 8 categorias, nomeadamente, 1) Domínio sobre o processo de recordação, que avalia o controlo sobre a invocação da experiência potencialmente traumática, 2) Integração da memória e dos afectos, medida pela capacidade de experienciar novos sentimentos face à recordação do passado; 3) Tolerância afectiva e regulação dos afectos relacionados com o trauma, pela capacidade em lidar com emoções negativas; 4) Mestría sobre os sintomas, que mede o grau em que o indivíduo antecipa, previne ou gere a disrupção cognitiva e emocional que advém da experiência, 5) Auto-estima, perspectivada como a capacidade de ser digno de cuidado e autocuidado; 6) Coesão interna, que mede a visão integrada ou fragmentada de si próprio; 7) Capacidade de estabelecer vínculos seguros, pelo desenvolvimento de confiança, segurança e relações

estruturantes com os outros e 8) Atribuição de significado, que mede a compreensão e integração da experiência potencialmente traumática na vida do indivíduo.

Um estudo conduzido no Chile por Haz e colaboradores (2003), revelou que mulheres vítimas de mau trato físico na infância, que apresentam o percurso resiliente, revelam capacidade de funcionar adaptativamente, mesmo após evocação da experiência potencialmente traumática, maior regulação emocional, presença de menos emoções negativas como raiva, desesperança ou depressão e atribuição de maior sentido à sua vida actual, tendo superado os eventos dolorosos do passado. Este grupo revelou melhor domínio sobre os processos de recordação, maior integração da memória e dos afectos relacionados com o trauma, melhores níveis de auto-estima e capacidade de estabelecer vínculos seguros e de atribuir significado às suas experiências.

2.2.1. Factores protectores

Em termos globais, os factores protectores identificados para o percurso de resiliência perante a adversidade são semelhantes aqueles que promovem o funcionamento saudável geral, que incluem factores situacionais, de que são exemplo a história de vinculação segura e responsiva às necessidades, a coesão familiar, o estabelecimento de relações de suporte e pertença à comunidade (Hooberman, Rosenfeld, Rasmussen, & Keller, 2010) e os factores individuais, como a capacidade de se adaptar e flexibilizar perante a mudança, o temperamento positivo, as competências de comunicação e o *coping* activo, direccionado para a resolução de problemas (Tedeschi & McNally, 2011).

Neste âmbito, um estudo conduzido por Bonnano (2005), revelou a associação entre resiliência e a flexibilidade na regulação emocional, definida como a habilidade para ventilar ou suprimir as emoções conforme as circunstâncias, em estudantes que presenciaram o ataque de 11 de Setembro.

Assim, sendo as experiências de adversidade tão diversificadas, exigem por parte do indivíduo a mobilização de estratégias de *coping* flexíveis e pragmáticas, que se revelam adaptativas num caso particular, mas não generalizáveis a outros, e que permitem regular o afecto associado à experiência traumática. De acordo com Westphal e Bonanno (2007), o denominador comum no *coping* flexível é a capacidade do indivíduo em moldar e modificar o seu comportamento para dar resposta às exigências de um dado stressor.

Um exemplo de *coping* pragmático remete para um estudo conduzido com enlutados (Bonanno, 2005), que revelou a capacidade dos indivíduos resilientes falarem acerca da experiência de perda, apresentando menos afecto negativo e mais emoções positivas do que os restantes, ao mesmo tempo que minimizam o impacto da perda e aumentam o apoio social.

Também interessante é constatar que este percurso não tende a adoptar o *coping* focado na emoção, que comprovadamente se associa ao percurso de PPST e à sua severidade (Hooberman et al., 2010), ou estratégias de ruminação cognitiva, na busca de significado para a experiência traumática, como acontece no percurso de crescimento pós-traumático, que analisaremos de seguida.

Em detrimento de tais estratégias, os resilientes adoptam frequentemente uma comparação social descendente, perspectivando-se como melhor adaptados do que os restantes (Hooberman et al., 2010). Apresentam também uma tendência para sobrestimar as suas qualidades positivas na adaptação à adversidade, enviesando a percepção e atributos próprios, e focalizando-se nas reacções negativas que os outros adoptaram, como contributo para a situação, numa postura de narcisismo e elevada auto-estima (Westphal & Bonanno, 2007).

Estudos nesta vertente revelaram uma associação positiva entre elevada auto-estima e a saúde mental dos indivíduos (Bonanno, 2005), também percepcionados por amigos e familiares como detentores de um bom funcionamento mental e físico (Connor, Davidson, & Lee, 2003); de atingirem os seus objectivos e possuírem habilidades de *coping* para gerir as situações, embora com uma diminuição das relações sociais. Isto porque não apresentam insight sobre o impacto negativo que as suas reacções podem despoletar nos outros e este viés de autocentração funciona como um amortecedor para manterem os seus níveis de funcionamento adaptativo nas outras áreas de vida, que não a social (Bonanno, 2005).

2.3 Percurso de Recuperação

Este percurso individual face ao potencial trauma explica, segundo Bonanno (2005), entre 15 a 35% dos casos e descreve um padrão em que o normal funcionamento do indivíduo fica comprometido temporariamente por sintomas de psicopatologia moderados a severos, sendo os quadros mais frequentes a PPST e a depressão, que se prolongam por vários meses até um ou dois anos, após os quais se retorna gradualmente ao nível de funcionamento pré-trauma (Bonanno & Mancini, 2010).

Este padrão diferencia-se do percurso de PPST, em que a evolução da psicopatologia se revela crónica e incapacitante por longos períodos de tempo, podendo ser reportados casos após 30 anos, de que é exemplo o caso dos veteranos da guerra colonial portuguesa (Começanha & Maia, submetido).

Dado que se verificam prejuízos significativos no funcionamento e desregulação do bem-estar físico e mental do indivíduo, por um período identificado no tempo, diferencia-se também do percurso de resiliência, em que o funcionamento se mantém estável, apesar da adversidade. Vários autores defendem que a trajectória de recuperação parece ser coerente com o relato de crescimento pós-traumático, explicitado de seguida (Westphal & Bonanno, 2007).

2.4 Percurso de Crescimento Pós-traumático (CPT)

Os acontecimentos potencialmente traumáticos constituem um desafio aos esquemas cognitivos do indivíduo em relação ao seu mundo interior, interpessoal e à filosofia de vida, sendo que a percepção de crescimento vai depender da interpretação subjectiva do evento adverso, que determina o grau de gravidade que lhe é atribuído. Assim se explica que, perante a adversidade, surjam relatos de crescimento pessoal e mudanças positivas percebidas pelo indivíduo, comparativamente à apreciação do nível de funcionamento pré-trauma,

provocadas pela transformação que a situação traumática acarretou, que se situam entre 3% em pessoas enlutadas até 98% em doentes oncológicos (Linley & Joseph, 2004).

Tal deu origem a considerável investigação acerca dos processos implicados nesta interpretação da realidade que, de acordo com Calhoun e Tedeschi (2004) pode ocorrer pelo relato de novas perspectivas de vida, modificação das relações interpessoais, avaliação da força pessoal, maior apreciação da vida e mudanças na vivência espiritual no indivíduo.

Segundo Resende, Sendas e Maia (2008), as mudanças percebidas incluem a percepção de sobrevivência, auto-eficácia e força pessoal, aumentando a confiança para lidar com situações futuras. O crescimento pós-traumático acarreta também alterações nas relações interpessoais, constatando-se maior expressão de sentimentos, empatia, envolvimento e intimidade nas relações e aceitação de ajuda, utilizando fontes de apoio social até aí negligenciadas.

As mudanças envolvem ainda reformulação da filosofia de vida, sendo frequente uma maior apreciação da existência, marcada por uma nova hierarquia de valores e prioridades, reflexão sobre o sentido e significado da vida, maior sabedoria e desenvolvimento espiritual.

No entanto, as mudanças positivas supracitadas, que advêm da vivência traumática, surgem associadas simultaneamente à detecção de *distress* e sintomas psicopatológicos no indivíduo, pelo que esta transformação de vida não significa necessariamente uma diminuição de sofrimento. Este carácter ambivalente remete para a discussão entre o carácter ilusório vs construtivo das ruminações, sendo normalmente apelidado de a “Face de Janus” (Maercker & Zoellner, 2004) do Crescimento Pós-traumático.

Assim, autores como Westphal e Bonanno (2007), defendem o carácter ilusório deste construto, assumindo que advém de um viés cognitivo de atribuição de significados positivos à experiência traumática, que revela processos de autoproteção, não operacionalizáveis em mudanças comportamentais na vida dos indivíduos. No entanto, os defensores do CPT defendem que este carácter ilusório se constata apenas numa primeira fase, seguido por uma etapa de construção activa de significados pessoais atribuídos à experiência, reintegrando-a na narrativa de forma coerente. Apesar da controvérsia, segundo Ryan e Deci (2001) o CPT cumpre um papel de adaptação face à adversidade, permitindo amortecer as ameaças e minimizar os danos, pela redução dos sintomas depressivos e ansiogénicos, por um lado, e pela restauração da auto-estima, optimismo e sentido de mestria, por outro, coerente com a visão hedónica do funcionamento humano.

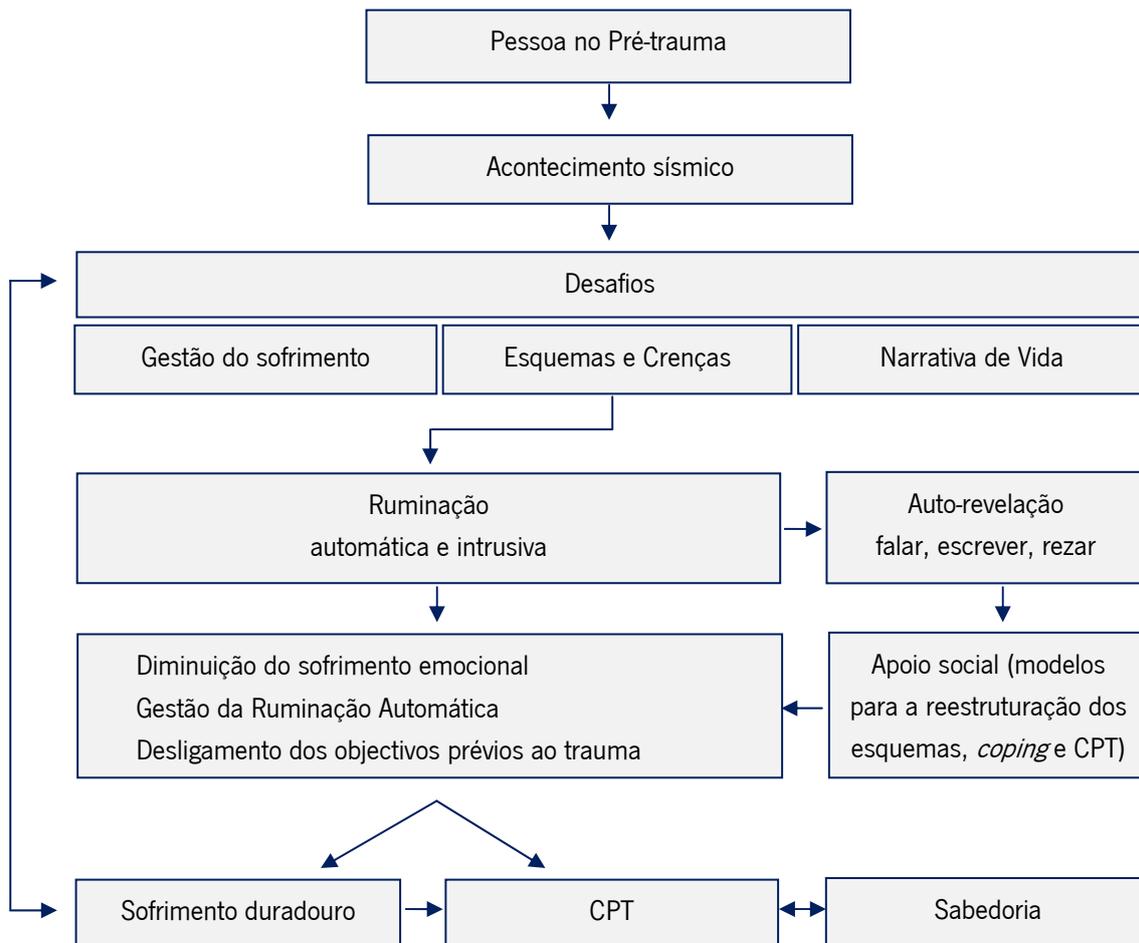
2.4.1. Modelo de Calhoun e Tedeschi

Calhoun e Tedeschi sistematizaram as mudanças transformacionais resultantes do confronto com o trauma, sendo o conceito de Crescimento Pós-Traumático, central para a Teoria do Trauma e Transformação que desenvolveram. Na sua Teoria Reformulada (2004, p.1), definem o CPT enquanto «*a experiência de mudanças positivas decorrentes do confronto com crises de vida altamente desafiantes*», pois estimulam os esquemas cognitivos do indivíduo, promovendo a reconstrução de significados acerca do *self*, dos outros e do

mundo. Tais processos de actividade cognitiva podem culminar em mudanças positivas, no sentido da adaptação psicológica, ou negativas, pela emergência de défice e psicopatologia, sendo o cenário mais frequente uma incorporação de ambas. No sentido de sistematizar o seu modelo, os autores elaboraram um esquema dos processos inerentes ao CPT, observáveis na figura 1.

Figura 1.

Processo de Crescimento Pós –Traumático (cf. Calhoun & Tedeschi, 2004, p.7)



Segundo estes autores, o confronto com a experiência traumática é perspectivado como um acontecimento sísmico, no sentido em que abala as estruturas prévias de significado do indivíduo, crenças e objectivos de vida, constituindo-se como um desafio à capacidade de gestão emocional da experiência.

Na sequência do sofrimento emocional provocado pela experiência traumática, é activada a ruminação, que surge inicialmente de forma automática e intrusiva, focalizada no *coping* emocional, tornando-se um mecanismo adaptativo através da narração da história junto dos outros significativos, permitindo ao indivíduo estruturar e atribuir novos significados à experiência, numa narrativa pessoal integradora.

É nesta fase que se opera, segundo Tedeschi e McNally (2011) uma transição da ruminação paliativa, no sentido de facilitar a resignação face às perdas, para a ruminação produtiva, em que o processamento cognitivo

passa a revestir-se de um carácter construtivo, consciente e adaptativo, permitindo reduzir o sofrimento emocional e reestruturar os objectivos de vida. Surge assim uma maior consciência acerca dos objectivos que se tornaram impraticáveis na sequência do evento traumático, permitindo atribuir novos significados e reposicionar metas, comparativamente à visão pré-trauma. Assim se explica que os indivíduos que apresentam o percurso de CPT avaliem o trauma como catalisador da mudança, construindo as suas narrativas em torno do funcionamento pré e pós-trauma.

Como resultados deste processo, os autores salientam percursos de crescimento qualitativamente diferenciados, a conviverem com níveis variáveis de sofrimento emocional. Assim, a activação afectiva que é habitualmente encarada como psicopatologia, numa perspectiva patogénica, pode ser perspectivada como parte integrante de uma resposta adaptativa ao trauma para que, numa fase posterior, possa dar lugar à reconstrução de significados pessoais.

Numa situação ideal, a trajectória de CPT permite a incorporação bem sucedida da nova informação nos esquemas prévios, dando lugar à sabedoria e valorização da força pessoal, novas perspectivas e maior apreciação da vida, modificação das relações interpessoais e da vivência espiritual no indivíduo. Neste caso, os processos de reestruturação cognitiva e regulação emocional permitem ao indivíduo produzir esquemas que incorporem o trauma, pelo desenvolvimento de uma narrativa de vida integrada e um crescimento pessoal mais rico e sábio, tornando-se mais resistente à adversidade futura (Calhoun & Tedeschi, 2004). De acordo com esta conceptualização, o crescimento e a sabedoria emergem simultaneamente como processos e resultados na medida em que, para além de resultar numa avaliação de mudanças positivas para o indivíduo, também influenciam a qualidade percebida no confronto com experiências subsequentes (Costa, 2008).

2.4.2. Variáveis associadas

Após caracterizar o CPT conceptual e processualmente, irá proceder-se a uma sistematização da literatura sobre as variáveis associadas a este percurso perante a adversidade.

Num artigo de revisão, a partir de 39 estudos empíricos que reportam mudanças positivas após vivência de trauma e adversidade, Linley e Joseph (2004) identificam como variáveis associadas ao CPT 1) o tipo de evento, concluindo que são as características da experiência subjectiva, e não o evento em si, que explicam as diferenças, dependendo da ameaça que constituem à vida, sentido de controlabilidade e/ou impotência percebidos; 2) as interpretações cognitivas, com níveis mais elevados de ameaça e danos pessoais a surgirem associados a maior CPT; 3) as variáveis sócio-demográficas, concluindo que o CPT é mais prevalente nas mulheres do que nos homens, em jovens com maturidade e em indivíduos mais escolarizados; 4) perfil de personalidade, com a extroversão, abertura à experiência, agradabilidade e conscienciosidade associados positivamente ao CPT e o neuroticismo negativamente associado. A auto-eficácia e a personalidade resistente também se associam positivamente ao CPT, bem como a elevada auto-estima e o optimismo; 5) o *coping*, o apoio social e a religião, identificando o *coping* focado no problema, bem como a aceitação, a reinterpretção

positiva, a religião e a satisfação com o apoio social como positivamente associados ao CPT; 6) os processos cognitivos, o afecto, a qualidade de vida e o distress psicológico, sendo os processos de ruminação, intrusão e evitamento positivamente associados ao CPT, bem como o afecto positivo. Amostras com deprimidos e ansiosos registam níveis baixos de CPT, ao contrário da PPST que se associa positivamente ao CPT. Nesta revisão da literatura, a previsão longitudinal de CPT associa-se ao perfil de indivíduos que tenham lidado com as situações traumáticas através da reinterpretação positiva e *coping* de aceitação, pelo optimismo, espiritualidade e afecto positivo, com os níveis de CPT a aumentarem à medida que aumenta o tempo após o evento crítico.

Cadell, Regehr e Hemsworth (2003), no seu estudo acerca das mudanças positivas decorrentes do trauma, focalizaram a sua análise nos factores de crescimento numa amostra de 174 enlutados de vítimas do HIV, em que 86,4% da amostra registava PPST. A espiritualidade, o apoio social e os stressores foram as variáveis encontradas como explicativas do CPT. Nesta investigação a espiritualidade é definida como a forma de atribuir significado aos acontecimentos, funcionando como um mecanismo adaptativo de reconstrução das estruturas cognitivas do sujeito, a partir das crenças espirituais e religiosas, que contribuem para a visão integrada do eu, dos outros e do mundo. O apoio social exerce um importante efeito moderador na experiência de stress, sendo que quanto maior for o apoio social percebido, maior é o relato de crescimento no período pós-trauma. Ao nível dos stressores, e contrariamente à hipótese inicialmente delineada pelos autores, verifica-se que quanto maior o nível de distress reportado, avaliado a partir da PPST e depressão, maior o relato de CPT.

Também Tedeschi e McNally (2011), identificam diversas variáveis associadas à possibilidade de crescimento psicológico após o trauma, que incluem o processamento cognitivo e a ruminação; ventilação das preocupações em torno da experiência traumática; as reacções dos outros significativos a esse relato; o contexto sociocultural em que o trauma ocorre e tentativas para processar, ventilar e resolução do trauma; os traços de personalidade do sobrevivente; o grau em que os eventos permitem ou suprimem os processos supramencionados, associados à sabedoria, satisfação e sentido de propósito na vida.

Na avaliação das mudanças psicológicas positivas relatadas por indivíduos que experienciaram uma situação adversa o Posttraumatic Growth Inventory de Tedeschi e Calhoun (1996) tornou-se o mais utilizado pelos investigadores internacionais. Este instrumento, adaptado para a população portuguesa por Resende e colaboradoras (2008), é constituído pelos 21 itens originais, que se dividem pelos factores “Novas Possibilidades”; “Relação com os Outros”; “Força Pessoal”; “Mudança Espiritual” e “Apreciação da Vida” e permitem aceder ao crescimento em consequência da experiência traumática. A versão portuguesa contém apenas três sub-escalas, a “Maior abertura a novas possibilidades e maior envolvimento nas relações interpessoais”, a “Mudança na percepção do *self* e da vida em geral” e a “Mudança espiritual”.

CAPÍTULO 3. PERCURSOS (IN)COMPATÍVEIS?

«Traditional approaches to trauma, including the binary distinction between pathology versus the absence of pathology, are rooted in the assumption that aversive life events produce a single homogeneous distribution of change over time (...). In recent years, however, that picture begun to change. In stark contrast to traditional assumptions of homogeneity, recent conceptual and statistical advances have dramatically underscore the natural heterogeneity of human stress responding».

Bonanno e Mancini, 2010, p.3

Numa reflexão em torno dos percursos individuais face ao potencial trauma, encontramos coerência na investigação quanto à compatibilidade da PPST com o relato de mudanças positivas de CPT, e um afastamento destes percursos relativamente à resiliência, definida como a capacidade de funcionar adaptativamente após a adversidade, sem registo de psicopatologia. Também interessante é constatar a falsa relação que se estabelece entre a resiliência e a recuperação. Esta caracteriza-se por uma intensa activação psicopatológica inicial, com disrupção do funcionamento, coerente com o quadro de PPST, e vista como uma primeira resposta daquilo que consistirá o processo de adaptação ao trauma (Christopher, 2004) observando-se a remissão dos sintomas após um a dois anos, confundida com a resiliência.

Procurando fundamentar estes dados, constatamos que no estudo de adaptação do PTGI (Inventário do Crescimento Pós-Traumático) à população portuguesa (Resende et al., 2008), realizado com 382 pessoas na comunidade, com diversos tipos de exposição potencialmente traumática, os sintomas de psicopatologia se correlacionam positivamente com a PPST ($r_{sp} = .444$; $p < .001$) e com o CPT ($r_{sp} = .141$; $p < .001$), sendo que indivíduos com maiores índices de perturbação, tendem também a apresentar mudanças positivas e crescimento, verificando-se ainda uma relação positiva significativa entre PSPT e CPT. Tais resultados fundamentam a perspectiva de Calhoun e Tedeschi (2004) de que a PPST e o CPT não correspondem a percursos diametralmente opostos num contínuo na adaptação ao trauma, ocorrendo com frequência em concomitância no indivíduo. Contrariamente a esta compatibilidade, a investigação mostra que o percurso resiliente não oferece oportunidade para a ocorrência de crescimento e/ou psicopatologia (Westphal & Bonnano, 2007), dado que mobiliza o *coping* directo, focado na acção comportamental, tendo em vista manter os níveis de funcionamento pré-trauma, observando-se factores protectores que previnem a psicopatologia, enquanto o CPT adopta o *coping* emocional e a ruminação cognitiva, focalizados na atribuição de sentido á experiência e reintegração na narrativa de vida.

CAPÍTULO 4. AS VIVÊNCIAS DE GUERRA ENQUANTO POTENCIAL TRAUMA

«Uma das consequências da exposição a experiências de stress extremo é a construção de memórias desorganizadas ou fragmentadas, que muitas vezes são vividas de forma intrusiva, pouco integradas na totalidade de experiência de vida e a que frequentemente falta ligação com a elaboração de significados mais amplos e integradores».

Maia e colaboradoras, 2006, p.16

4.1 Retrato da Guerra Colonial Portuguesa

A Guerra Colonial marca o período de confrontos entre as Forças Armadas Portuguesas e os Movimentos de Libertação de Angola, Guiné-Bissau e Moçambique, então províncias ultramarinas, entre 1961 e 1974. Nessa fase, assistiu-se à mobilização, de carácter obrigatório, de milhares de portugueses face ao alargamento das frentes de combate nos três teatros de operações atingindo, na década de 70, o seu limite crítico (Rosas & Brito, 2006). Tal conflito sustentou-se, por um lado, pela defesa política do território, num conceito de nação pluri continental e racial e, por outro, na autodeterminação e independência dos movimentos de libertação, num quadro internacional de apoio e legitimação da luta. Tal situação tornou-se insustentável para as Forças Portuguesas já esgotadas de efectivos e sem reforço dos meios de combate. A 25 de Abril de 1974, na sequência da Revolução dos Cravos, em Lisboa, organizada por elementos das Forças Armadas, propicia-se a vitória dos movimentos de independência africana e a descolonização, originando o regresso das tropas portuguesas ao país.

Este período da História envolveu um milhão de militares, o correspondente a cerca de 10% da população portuguesa (Maia et al., 2006, p.12), dos quais 10.000 terão perdido a vida e 40.000 ficaram feridos. Para além das feridas visíveis, tal acarretou para muitos dos seus protagonistas sequelas psicológicas crónicas, na sequência da exposição a experiências potencialmente traumáticas, pautadas pela imprevisibilidade da guerrilha, que consistia na colocação de explosivos no itinerário das tropas portuguesas, emboscadas e destruição das instalações militares (Sendas, 2009). Este combate decorreu num contexto de fome e sede, em condições climáticas adversas, em que os militares perpetraram, assistiram e foram vítimas de actos desumanos, num cenário de guerrilha, luta subversiva e manipulação propagandística do inimigo, sendo apenas reconhecida a PPST como causa legítima de deficiência de guerra pelo decreto-lei 46/99, de 16 de Junho (Maia et al., 2006), não acompanhado de financiamento estatal para o apoio psicológico destes casos.

4.2 Valor preditivo das experiências pré, peri e pós militares

Os estudos que se focalizam na exposição à adversidade especificamente em ex-combatentes da guerra, salientam os factores de risco pré, peri e pós militares para o desenvolvimento de PPST, dos quais se destacam as investigações de Sendas (2009) e Maia e colaboradoras (2006) com amostras de veteranos da guerra colonial. No contexto internacional é de referir os trabalhos de Kirk (2008) com militares do Iraque e de Vogt e

Tanner (2007) em veteranos na Guerra do Golfo. Tais investigações remetem para a associação entre exposição traumática e psicopatologia, procurando operacionalizar os factores de risco que medeiam esta relação e culminam no percurso de PPST, sistematizados no quadro 2.

Quadro 2

Factores de risco pré, peri e pós-militares para a PPST em veteranos de guerra

Factores de risco para a PPST em veteranos de guerra	
Pré-militares	História de doenças mentais dos pais e vulnerabilidade para a psicopatologia
Condições prévias á mobilização	Carências alimentares e de vestuário Falta de acompanhamento escolar e afectivo Exposição ao trauma por abuso físico, sexual e/ ou psicológico na infância Baixa escolaridade
Péri-militares	Carácter obrigatório da recruta militar e idade jovem
Condições no decurso da experiência de guerra	Treino militar recebido inadequado ou insuficiente Exposição a combate com percepção de ameaça para a própria vida Experiências de ferimentos e acidentes Baixas de colegas militares e confronto com a morte e cadáveres Exposição cumulativa a stressores de combate Acções de violência e crueldades perpetradas pelos militares Condições extremas de alimentação, sono e clima Sentimentos negativos e percepção negativa da condição de militar Experiências de dissociação e amnésia
Pós-militares	Baixa percepção de apoio social
Condições após a desmobilização	Confronto com as perdas económicas e de saúde e stressores adicionais Baixa adaptação ao contexto envolvente: laboral, familiar e social Dificuldades de relacionamento interpessoal Processamento cognitivo centrado nas ruminções e interpretações negativas

Numa abordagem salutogénica, pretende-se descrever os factores protectores face à adversidade identificados na literatura (Maguen, Vogt, King, King, & Litz, 2006; Moore, Varra, Michael, & Simpson, 2010; Pietrzak et al., 2010; Vogt & Tanner, 2007), descritos no quadro 3.

Quadro 3

Factores protectores pré, peri e pós-militares em veteranos de guerra

Factores protectores em veteranos de guerra	
Pré-militares	Inexistência de stressores que atentem contra o valor como pessoa
Condições prévias á mobilização	Ausência de violência e discussões, num contexto previsível Coesão familiar, percepção de união para um objectivo comum Interpretação das dificuldades económicas como um sacrificio necessário
Péri-militares	Resiliência, pela capacidade de se adaptar ou mudar face à adversidade
Condições no decurso da experiência de guerra	Gerar emoções positivas, ter flexibilidade cognitiva e adoptar o <i>coping</i> activo Gestão pessoal da ameaça percebida face à exposição à guerra Elevada coesão da unidade militar Boa relação com as chefias Interpretação de boa preparação para a batalha e dos recursos disponíveis Elos de contacto com as fontes de apoio pré-militar, de amigos e familiares Menor duração da missão
Pós-militares	Satisfação com o apoio social emocional e instrumental recebido
Condições após a desmobilização	Capacidade de mobilizar ajuda e expressar as suas necessidades Baixo número de stressores adicionais Boa integração nos contextos laboral, familiar e social Percepção de empatia e valorização do papel do veterano

4.3 A memória auto-biográfica enquanto fonte de informação

O acesso ao relato da narrativa pessoal enquadra-se nas metodologias qualitativas de investigação científica e assenta na descoberta da identidade pessoal, resultante dos significados, construções e atribuições do indivíduo face às suas experiências, e da forma como afectam o seu desenvolvimento como pessoa. Assim, a memória autobiográfica converte as histórias biográficas em *estórias* de vida (Sendas, 2009).

Caso sejam interpretadas como memórias traumáticas podem apresentar-se, de acordo com os Modelos de Incoerência das Memórias Traumáticas (Elzinga & Bremmer, 2002), de difícil evocação, fragmentadas, incoerentes e desintegradas dos esquemas cognitivos prévios da identidade da vítima, coerentes com o quadro de PPST (Sendas, 2009) sendo frequentes sintomas de amnésia, *flashbacks* e dissociação, como mecanismos de evitamento para desactivar o impacto emocional do trauma. Adoptando uma outra perspectiva, o Modelo Mnemónico das memórias traumáticas (Rubin, Bernsten, & Bonhi, 2008) defende que o indivíduo constrói a sua narrativa de vida a partir da experiência interpretada como traumática, assumindo-se como central para a sua definição identitária e contaminando as memórias pré e pós a vivência traumática. Assim, torna-se fundamental promover a auto-compreensão que permita integrar a experiência nos esquemas prévios, pela sua reestruturação, devolvendo o sentido de coerência, segurança e controlo ao sujeito (Gonçalves, 2002).

4.4. Relevância para o estudo empírico

Tendo por base a revisão da literatura apresentada, o estudo empírico que se segue visou, num primeiro momento, identificar factores de risco e factores protectores face ao potencial trauma, a partir das entrevistas autobiográficas de 26 Ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa, repartidas pelos dois grupos em análise – 15 sujeitos com PPST e 11 Assintomáticos.

Espera-se, a partir deste ponto, verificar se existem diferenças significativas entre os grupos quanto aos indicadores de factos e respostas individuais de risco e protectoras. Especificamente, é expectável encontrar maior número de factos e respostas de risco nos sujeitos com Perturbação Pós-stress Traumático, e maior número de factos e respostas protectoras nos sujeitos assintomáticos, numa análise que irá contemplar os três períodos de vida: pré-militar, pela exploração das condições prévias à mobilização; péri-militares, focalizada nas condições no decurso da experiência de guerra e pós-militares, pelas condições após a desmobilização até ao presente, esperando-se que o período péri-militar se constitua como especialmente crítico, dado o confronto com experiências potencialmente traumáticas de guerra.

CAPÍTULO 5. METODOLOGIA

«With the increased popularity of qualitative research, researchers in counseling psychology are expanding their methodologies to include mixed methods designs. These designs involve the collection, analysis, and integration of quantitative and qualitative data in a single or multiphase study (...) Themes that emerged from the qualitative interview data could be transformed into counts or ratings and subsequently compared to the quantitative survey data».

Hanson, Creswell, Clark, Petska, & Creswell (2005)

Criada a base conceptual que fundamenta a presente investigação, centremo-nos no estudo empírico, de metodologia mista, com design sequencial exploratório, que rentabiliza uma amostra de 26 ex-combatentes - 15 sujeitos com PPST e 11 sujeitos assintomáticos - a partir da análise de conteúdo de entrevistas autobiográficas de um estudo prévio (Sendas, 2009). Pretende-se identificar, utilizando uma metodologia qualitativa do tipo análise de conteúdo, factores protectores e de risco, subdivididos em factos e respostas pessoais face à adversidade nos períodos pré, péri e pós militares e averiguar, recorrendo a uma metodologia quantitativa de análise de dados, se existem diferenças nos dois grupos quando se consideram esses factos e respostas. Antecipa-se que nos sujeitos com PPST serão detectados mais factos e respostas de risco, especialmente nos períodos péri e pós militares, e que nos sujeitos assintomáticos sejam detectados mais factos e respostas individuais protectoras, especialmente na forma como gerem a adversidade no período péri-militar. O capítulo é dedicado à caracterização dos participantes, proveniência das entrevistas analisadas e procedimentos na análise de dados.

5.1. Participantes

As entrevistas derivam da recolha de dados efectuada pela Doutora Sandra Sendas no âmbito da sua Dissertação de Doutoramento intitulada *“Elaboração de Significado das Histórias de Vida de Ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa com e sem Perturbação de Stress Pós-Traumático”* (Sendas, 2009). Integraram este estudo 26 sujeitos do sexo masculino, ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa no período entre 1961 e 1974, dos quais 15 com PSPT, de acordo com os critérios do DSM-IV-TR para Perturbação Pós-Stress Traumático (APA, 2002), e 11 sujeitos assintomáticos (ASS).

Características sócio demográficas

No grupo de sujeitos com PSPT a idade oscila entre 55 e 67 anos ($M=60$; $dp=4,1$), e nos Assintomáticos entre os 54 e os 67 anos ($M=60,4$; $dp=3,0$). Quanto à escolaridade, prevalece o primeiro ciclo do ensino básico em ambos os grupos, representando 80% ($n=12$) dos sujeitos com PPST e 46% ($n=5$) dos ASS. De referir que todos são casados, excepto um sujeito divorciado no grupo ASS. A situação mais prevalente face ao emprego remete para o trabalho a tempo inteiro em ambos os grupos (46,7% no grupo com PSPT vs 54,6% no grupo ASS), seguindo-se as situações de reforma (40% no grupo com PSPT vs 36,4% no grupo ASS) e desemprego (13,3% no grupo com PSPT e 9,1% no grupo ASS). As actividades profissionais variam consideravelmente, predominando as menos qualificadas no grupo com PSPT, enquanto no ASS prevalecem os funcionários públicos.

Participação na Guerra

A totalidade da amostra exerceu funções exclusivamente no ramo militar do exército, sendo que 6 (40%) dos sujeitos com PSPT cumpriram a sua comissão na Guiné, comparativamente a apenas 1 (9.1%) nos ASS. Os restantes prestaram serviço em Angola (20%, $n=3$, no grupo com PPST e 54.6%, $n=6$ nos ASS) ou em Moçambique (40%, $n=6$, no grupo com PPST e 36,4%, $n=4$, nos ASS). O tempo de mobilização na guerra variou entre os 24 e os 48 meses ($M=32,6$, $dp=7,3$) no grupo com PPST, e entre os 12 e os 48 meses no grupo ASS ($M=32,1$; $dp=11,1$).

Como afirmamos, a distribuição da amostra por dois grupos de estudo decorreu da presença ou ausência de PPST, a partir dos critérios do DSM IV TR (APA, 2002), sendo que ambos tiveram igual exposição a experiências potencialmente traumáticas, nomeadamente situações em que poderiam ter perdido a vida, situações em que grande parte do pelotão perdeu a vida, ter sofrido ferimentos devido a acções de combate, movimentar cadáveres, participar em chacinas de civis e matar soldados do inimigo sem ser para se defender, sendo o único evento diferenciador ver companheiros morrer (cf. Sendas, 2009).

Características clínicas: sintomas de PSPT

A média dos sintomas no grupo com PSPT é de 12,6 ($dp=2,62$) e no ASS igual a .85 ($dp=.90$) verificando-se diferenças significativas entre os grupos no total de sintomas de PPST ($Z= -4.462$; $p<.001$).

5.2 Instrumentos de Avaliação

Os instrumentos referidos nesta secção foram aplicados no âmbito do estudo prévio (Sendas, 2009) e rentabilizados para a presente análise.

Entrevista Autobiográfica (Sendas & Maia, 2005)

Procurando aceder ao relato autobiográfico nos períodos pré, peri e pós militares, os sujeitos foram entrevistados, com recurso a um guião semi-estruturado elaborado para o efeito, considerando o contexto sócio histórico da Guerra Colonial Portuguesa. Durante o processo houve permeabilidade para explorar aspectos da narrativa que, não estando contemplados no guião, se constituíam como essenciais para a exploração das histórias dos sujeitos. As entrevistas, com a duração média de 90 minutos cada, foram gravadas, e posteriormente transcritas, e visaram compreender as experiências pré-guerra, o significado da participação na guerra colonial na vida dos ex-combatentes, e as experiências pós-guerra, no que se refere ao balanço feito pelo indivíduo em função da experiência de guerra e à sua reflexão sobre a (des)continuidade narrativa, com especial relevância para este estudo os indicadores relativos aos factores protectores e de risco, que tornam inteligível o funcionamento actual dos sujeitos, no sentido da saúde mental, através dos percursos de resiliência e recuperação, ou da psicopatologia, operacionalizado no percurso de PPST, por vezes em comorbidade com o relato de crescimento pós-traumático.

Questionário Sócio-Demográfico e da História Militar (Maia, McIntyre, Pereira, & Fernandes, 2004).

Contemplou questões de escolha múltipla ou de resposta breve, de forma a aceder aos dados sócio-demográficos, familiares e profissionais e ainda informação sobre a colónia onde foi exercida a missão, o período temporal, o posto, ramo e especialidade exercidos.

E.A.R.A.T. Escala de avaliação de respostas a acontecimentos traumáticos (McIntyre & Ventura, 1996)

Destinado à avaliação das respostas a acontecimentos traumáticos, é constituído por 2 partes. A primeira inclui 19 questões qualitativas e avalia a exposição a experiências traumáticas como vítima directa ou observador, bem como as respostas envolvidas. A segunda parte é constituída por 17 afirmações acerca de sintomas ou dificuldades actuais, correspondendo aos critérios de diagnóstico do DSM IV – TR para a PPST. Os itens são assinalados numa base dicotómica, em que a ausência de sintoma (resposta não) é pontuada com 0, e a presença (resposta sim) com 1. Estes itens estão agrupados em três subescalas: revivência do acontecimento (5 itens que avaliam sintomas de intrusão), resposta ao acontecimento (7 itens que avaliam sintomas de evitamento/ entorpecimento), e respostas prolongadas (5 itens que avaliam sintomas de activação). A “presença de PPST” exige um mínimo de um item na subescala revivência do acontecimento, três itens na subescala resposta ao acontecimento e dois itens nas respostas prolongadas, de acordo com o DSM IV-TR, (APA; 2002). Esta escala, além de permitir esclarecer se o sujeito cumpre os critérios para diagnóstico de PPST, permite

contabilizar o total dos sintomas de PSPT, somando a pontuação obtida em cada uma das sub-escalas. A consistência interna dos 17 itens que constituem esta escala revelou-se bastante favorável ($\alpha = .95$).

5.3 Procedimento

Foi implementada uma metodologia de design misto, de tipo sequencial exploratória, de acordo com a classificação de Hanson e colaboradores (2005), que consiste em atribuir relevo à informação qualitativa, para a transformar em dados quantitativos, capazes de gerar um entendimento mais aprofundado do fenómeno de interesse, em termos da possível detecção de padrões de resposta face à adversidade. Assim, cada entrevista autobiográfica, proveniente do estudo prévio (Sendas, 2009), foi lida e dividida nos três períodos de vida: pré, péri e pós-militar. Procedeu-se então à exploração de cada uma das partes com base numa grelha de análise, procurando reconhecer indicadores de factores protectores e de risco, subdivididos em factos (acontecimentos objectivos) e respostas pessoais face à adversidade, segundo o sugerido pela literatura, estando sensíveis à eventual presença de indicadores adicionais presentes no discurso do sujeito, não previamente incluídos na grelha construída a partir dos dados da literatura. Sempre que tal surgia, era adicionado o indicador à grelha, dando relevância ao discurso do sujeito como fonte de informação pelo que, para cada participante, foi criada uma lista dos factos e respostas identificados em relação aos três períodos de vida. Este processo foi revisto por outro investigador, que cumpriu a função de auditor, sendo discutidas divergências até alcançar um consenso.

A partir desta identificação foram criados códigos, de modo a que todos os factos de risco foram codificados com FR, seguido do indicador referente ao período a que se referia (PRÉ, PERI ou PÓS), tendo-se efectuado o mesmo procedimento para os factos protectores, cujo código foi FP, bem como para as respostas individuais face à adversidade, codificadas com RI, considerada de risco ou protectora. A título de exemplo, o código “FR2_PRÉ_doenças_mentais”, significa que se trata de um facto de risco, o segundo da lista, referente ao período pré-militar, e consiste na história de doenças mentais dos pais e vulnerabilidade para a psicopatologia. No caso do código “FP4_PERI_coesão_militar”, representa um facto protector, o quarto da lista, detectado no período péri-militar, e que consiste na elevada coesão da unidade militar. Quanto às respostas pessoais face à adversidade, poderá tratar-se de uma “RIR5_PÓS_ruminação_interp_negativas” que remete para uma resposta de risco no período pós-militar, a quinta da lista, que consiste no processamento cognitivo centrado nas ruminações e interpretações negativas, ou numa “RIR3_PERI_robustez_psic_controlo” que remete para uma resposta protectora, neste caso a terceira da lista, mobilizada no período péri-militar, e que consiste na gestão pessoal da ameaça, pela percepção de controlo emocional, robustez psicológica e baixa activação. Estes indicadores, depois de codificados, foram introduzidos no programa estatístico de dados SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, versão 19), e cotados com “1”, caso estivessem presentes no discurso do sujeito, ou com “0”, no caso de ausência. Procedeu-se então às análises estatísticas no sentido de dar resposta aos objectivos do estudo.

CAPÍTULO 6. RESULTADOS

«Cada livro (auto-narrativa) tem a sua chave e as pessoas (investigadores) têm de partir para a leitura (análises) atirando para longe os seus chaveiros, porque a chave que abre o livro não está fora mas dentro dele e cabe-nos a nós a descoberta...». António Lobo Antunes, Braga, 2007, cit in Sendas (2009, p.117)

A análise qualitativa, quando aplicada às 26 entrevistas autobiográficas, deu origem a 104 indicadores, sendo 57 factos e respostas individuais de risco e 47 factos e respostas individuais de protecção.

Dos 57 indicadores de risco detectados, 29 remetem para factos de risco (codificados com FR), subdivididos em 11 indicadores pré-militares, por exemplo “FR9_PRÉ_Trabalho precoce”, codificado a partir de relatos como *«nessa altura íamos para o campo às 06:30 da manhã e só vínhamos à hora de ir para a escola»*; 17 péri-militares, como o “FR16_PÉRI_Más chefias”, com testemunhos como *«O apoio? Ele estava lá no seu barraco e nós estávamos no nosso»* e um pós-militar “FR1_PÓS_Stressores adicionais de vida” que remete para experiências pós-guerra como ter doença oncológica, sofrer um acidente de viação ou lutos inesperados; e 28 para respostas individuais de risco (codificadas com RIR), duas pré-militares, por exemplo “RIR2_PRÉ_Antecipação do cenário de guerra como adverso” a partir de relatos como *«ouvíamos falar na guerra na rádio e por vizinhos e sabíamos que não era coisa boa»*, 13 péri-militares, como o caso da “FR15_PÉRI_Vingar morte de colegas: perpetrar atrocidades e assassinatos” com base testemunhos como *«Havendo mortos, a gente não ficava bem. Ficávamos descontrolados e capazes de pegar numa arma e enquanto houvesse pretos era matar tudo»* e 13 pós-militares, como a “RIR8_PÓS_Percepção mudanças negativas e psicopatologia devido à guerra” a partir de relatos como *«Eu não fiquei nada bem. Eles (amigos) diziam: parece que vens meio marado (...) os mais queridos (família) diziam parece que não vens bem»*.

Dos 47 indicadores protectores registados, 19 são factos (codificados com FP), 11 pré-militares como o “FP10_PRÉ_Comparação top-down das circunstâncias de vida e privações” (*«eu não me sentia inferior porque via outros muito piores»*), sete péri-militares como o “FP6_PÉRI_Actividades de convívio e lazer” (*«uma guitarra e fazíamos umas noites de fados!»*) e um pós-militar “FP1_PÓS_Baixo número de stressores adicionais”; e 28 reportam-se a respostas individuais protectoras (codificadas com RIP) duas pré-militares “RIP1_PRÉ_Aceitar a obrigatoriedade da guerra, sem sentimentos negativos” (*«Aceitei. Já sabia que ia ser mobilizado»*), 14 péri-militares “RIP2_PÉRI_Gerar emoções positivas, flexibilidade cognitiva e coping activo” (*«Estamos aqui para passar o tempo da guerra, pois vamos passá-lo da melhor maneira!»*) e 12 pós-militares “RIP6_PÓS_Auto-biografia integrada, estabilidade na identidade” (*«fiquei na mesma, sempre sorridente, sempre falador»*).

Os resultados obtidos para os indicadores supracitados encontram-se descritos no quadro 4, referente à operacionalização dos factores de risco e quadro 5, para os factores protectores face à adversidade. Numa análise que visa fundamentar as diferenças entre os grupos, no total de indicadores de risco e protectores nos períodos pré, péri e pós-militares, é apresentado o quadro 6, seguido de ilustrações das diferenças encontradas nos grupos nos gráficos 1, para os factores de risco e 2, para os factores protectores.

Quadro 4

Análise de Frequências e Teste de Independência Qui-quadrado χ^2 (1) para os Indicadores Factos de Risco (FR) e Respostas Individuais de Risco (RIR) para os grupos com Perturbação Pós Stress Traumático (PPST) e Assintomáticos (ASS).

FACTOS (FR) E RESPOSTAS INDIVIDUAIS DE RISCO (RI) PRÉ-MILITARES	PPST (n=15)		ASS (n=11)		$\chi^2(1)$
	Ausente	Presente	Ausente	Presente	
FR1_PRÉ_Doenças mentais dos pais e vulnerabilidade psicopatológica	12 (80%)	3 (20%)	10 (91%)	1 (9%)	.580
FR2_PRÉ_Sofrer privações económicas	4 (27%)	11 (73%)	9 (82%)	2 (18%)	7.721**
FR3_PRÉ_Exposição a abuso físico, sexual e/ou psicológico na infância	4 (27%)	11 (73%)	7 (64%)	4 (36%)	3.554
FR4_PRÉ_Baixa escolaridade	4 (27%)	11 (73%)	8 (73%)	3 (27%)	5.418*
FR5_PRÉ_Falta de acompanhamento escolar e afectivo dos cuidadores	4 (27%)	11 (73%)	8 (73%)	3 (27%)	.001
FR6_PRÉ_Parentificação	13 (87%)	2 (13%)	10 (91%)	1 (9%)	.112
FR7_PRÉ_Outras adversidades: perda pais, acidentes, exposição à morte	9 (60%)	6 (40%)	7 (64%)	4 (36%)	.035
FR8_PRÉ_Clima conflituoso entre os pais, presenciar maus-tratos	9 (60%)	6 (40%)	10 (91%)	1 (9%)	3.082
FR9_PRÉ_Trabalho precoce	4 (27%)	11 (73%)	9 (82%)	2 (18%)	7.721**
FR10_PRÉ_Ausência de valores veiculados pelos pais	13 (87%)	2 (13%)	11(100%)	0	1.589
FR11_PRÉ_Relação conflituosa, raiva e ódio em relação ao pai	10 (67%)	5 (33%)	11(100%)	0	4.540*
RIR1_PRÉ_Ansiedade antecipatória pela obrigatoriedade da mobilização	4 (27%)	11 (73%)	8 (73%)	3 (27%)	.001
RIR2_PRÉ_Antecipação do cenário de guerra como adverso	4 (27%)	11 (73%)	8 (73%)	3 (27%)	.001

** $p < .01$, * $p < .05$

FACTOS DE RISCO (FR) E RESPOSTAS INDIVIDUAIS (RI) PÉRI-MILITARES	PPST (n=15)		ASS (n=11)		$\chi^2(1)$
	Ausente	Presente	Ausente	Presente	
FR1_PÉRI_Obrigatoriedade da recruta e questionamento da mobilização	0	15 (100%)	1 (9%)	10 (91%)	1.418
FR2_PÉRI_Treino militar inadequado ou insuficiente	6 (40%)	9 (60%)	10 (91%)	1 (9%)	6.949*
FR3_PÉRI_Exposição a combate com percepção de ameaça à vida	0	15 (100%)	2 (18%)	9 (82%)	2.955
FR4_PÉRI_Experiências pessoais de ferimentos e acidentes	5 (33%)	10 (67%)	9 (82%)	2 (18%)	6.003*
FR5_PÉRI_Baixas colegas e confronto com morte e cadáveres	0	15 (100%)	0	11 (100%)	-
FR6_PÉRI_Exposição cumulativa a stressores de combate	15 (100%)	0	11 (100%)	0	-
FR7_PÉRI_Acções de violência e crueldades perpetradas pelos militares	5 (33%)	10 (67%)	6 (55%)	5 (45%)	1.170
FR8_PÉRI_Condições extremas: alimentação, sono, clima, conforto, higiene	3 (20%)	12(80%)	7 (64%)	4 (36%)	5.105*
FR9_PÉRI_Actuação em zonas de elevado conflito e perigo	0	15 (100%)	3 (27%)	8 (73%)	4.625
FR10_PÉRI_Percepção tratamento diferenciado soldados /oficiais	12 (80%)	3 (20%)	8 (73%)	3 (27%)	.189
FR11_PÉRI_Stressores adicionais: paludismo e outras doenças	6 (40%)	9 (60%)	7 (64%)	4 (36%)	1.418
FR12_PÉRI_Exposição a feridos e cadáveres do inimigo	4 (27%)	11 (73%)	8 (73%)	3 (27%)	5.418*
FR13_PÉRI_Armamento rudimentar	9 (60%)	6 (40%)	9 (82%)	2 (18%)	1.418
FR14_PÉRI_Movimentar e/ ou desenterrar cadáveres	13 (87%)	2 (13%)	10 (91%)	1 (9%)	.112
FR15_PÉRI_Vingar morte de colegas: perpetrar atrocidades e assassinatos	4 (27%)	11 (73%)	11 (100%)	0	13.982***
FR16_PÉRI_Más chefias	8 (53%)	7 (47%)	10 (91%)	1 (9%)	4.206*
FR17_PÉRI_Prolongamento da missão	13 (87%)	2 (13%)	10 (91%)	1 (9%)	.112
RIR1_PÉRI_Percepção negativa da condição de militar	7 (47%)	8 (53%)	8 (73%)	3 (27%)	1.766
RIR2_PÉRI_Comportamentos risco saúde (álcool, tabaco, drogas)	6 (40%)	9 (60%)	8 (73%)	3 (27%)	2.735
RIR3_PÉRI_Medicação administrada explicativa dos actos praticados	10 (67%)	5 (33%)	11 (100%)	0	4.540*
RIR4_PÉRI_Percepção de perda pessoal de controlo sobre as situações	3 (20%)	12 (80%)	11 (100%)	0	16.343***
RIR5_PÉRI_Focalização no pensamento negativo e catastrofização	8 (53%)	7 (47%)	11 (100%)	0	7.025*
RIR6_PÉRI_Hipervigilância ao perigo	8 (53%)	7 /47%)	11 (100%)	0	7.025*
RIR7_PÉRI_Guerra sem sentido, impeditiva da auto-determinação do povo	3 (20%)	12 (80%)	8 (73%)	3 (27%)	7.228*
RIR8_PÉRI_Adopção do <i>coping</i> emocional e ruminação cognitiva	7 (47%)	8 (53%)	11 (100%)	0	8.474**
RIR9_PÉRI_Medo, ansiedade antecipatória acerca da morte	4 (27%)	11(73%)	10 (91%)	1 (9%)	10.539**

FACTOS DE RISCO (FR) E RESPOSTAS INDIVIDUAIS (RI) PÉRI-MILITARES	PPST (n=15)		ASS (n=11)		$\chi^2 (1)$
	Ausente	Presente	Ausente	Presente	
RIR10_PÉRI_Conflito entre ordens militares superiores e valores humanos	6 (40%)	9 (60%)	11 (100%)	0	10.094**
RIR11_PÉRI_Sentimentos de culpa, vergonha e raiva	9 (60%)	6 (40%)	11 (100%)	0	5.720*
RIR12_PÉRI_Preparação de máquinas guerra: ódio, extermínio, bestialização	6 (40%)	9 (60%)	11 (100%)	0	10.094**
RIR13_PÉRI_Desesperança	12 (80%)	3 (20%)	11 (100%)	0	2.487
FACTOS DE RISCO (FR) E RESPOSTAS INDIVIDUAIS (RR) PÓS-MILITARES					
FR1_PÓS_Stressores adicionais de vida	9 (60%)	6 (40%)	10 (91%)	1 (9%)	3.082
RIR1_PÓS_Percepção de baixo apoio social e dificuldade em pedir ajuda	11 (73%)	4 (27%)	11 (100%)	0	3.467
RIR2_PÓS_Percepção perdas de saúde e económicas decorrentes da guerra	3 (20%)	12 (80%)	11 (100%)	0	16.343***
RIR3_PÓS_Baixa adaptação ao contexto envolvente: laboral, familiar e social	5 (33%)	10 (67%)	11 (100%)	0	11.917**
RIR4_PÓS_Dificuldades de relacionamento interpessoal trabalho/família	3 (20%)	12 (80%)	11 (100%)	0	16.343***
RIR5_PÓS_Centração nas ruminacões cognitivas e interpretações negativas	5 (33%)	10 (67%)	11 (100%)	0	11.917**
RIR6_PÓS_Saldo negativo da experiência militar, "uma perda de tempo"	1 (7%)	14 (93%)	11 (100%)	0	22.244***
RIR7_PÓS_Evitamento da recordação das vivências de guerra	0	15 (100%)	10 (91%)	1 (9%)	22.159***
RIR8_PÓS_Percepção mudanças negativas e psicopatologia devido à guerra	0	15 (100%)	11 (100%)	0	26.000***
RIR9_PÓS_Reactividade emocional intensa face às memórias de guerra	0	15 (100%)	11 (100%)	0	26.000***
RIR10_PÓS_Isolamento social	3 (20%)	12 (80%)	11 (100%)	0	16.343***
RIR11_PÓS_Percepção descontinuidade narrativa de vida em função da guerra	0	15 (100%)	11 (100%)	0	26.000***
RIR12_PÓS_Sentimento abandono, revolta, falta apoio do governo português	5 (33%)	10 (67%)	11 (100%)	0	11.917**
RIR13_PÓS_Activação consciência para actos perpetrados: culpa, arrependido	6 (40%)	9 (60%)	11 (100%)	0	10.094**

Nota: *** $p = .000$ ** $p < .01$; * $p < .05$

Os resultados do quadro 4 indicam uma associação entre os indicadores de risco e PPST para os factos pré-militares FR2_PRÉ, FR4_PRÉ, FR9_PRÉ e FR11_PRÉ, os factos péri-militares FR2_PÉRI, FR4_PÉRI, FR8_PÉRI, FR12_PÉRI, FR15_PÉRI, FR16_PÉRI, as respostas individuais de risco péri-militares RIR3_PÉRI, RIR4_PÉRI, RIR5_PÉRI, RIR6_PÉRI, RIR7_PÉRI, RIR8_PÉRI, RIR9_PÉRI, RIR10_PÉRI, RIR11_PÉRI e RIR12_PÉRI e pós-militares RIR1_PÓS, RIR2_PÓS, RIR3_PÓS, RIR4_PÓS, RIR5_PÓS, RIR6_PÓS, RIR7_PÓS, RIR8_PÓS, RIR9_PÓS, RIR10_PÓS, RIR11_PÓS, RIR12_PÓS e RIR13_PÓS, sendo os restantes indicadores n.s.

Quadro 5

Análise de frequências e Qui-quadrado χ^2 (1) para Factos Protectores (FP) e Respostas Individuais Protectoras (RIP) nos grupos PPST e Assintomático (ASS)

FACTOS PROTECTORES (FP) E RESPOSTAS INDIVIDUAIS (RIP) PRÉ-MILITARES	PPST (n=15)		ASS (n=11)		χ^2 (1)
	Ausente	Presente	Ausente	Presente	
FP1_PRÉ_Inexistência de stressores a atentar contra o valor como pessoa	6 (40%)	9 (60%)	0	11 (100%)	5.720*
FP2_PRÉ_Contexto familiar equilibrado, previsível, disciplina sem violência	8 (53%)	7 (47%)	0	11 (100%)	8.474**
FP3_PRÉ_Coesão familiar, percepção de união para um objectivo comum	7 (47%)	8 (53%)	0	11 (100%)	7.025*
FP4_PRÉ_Ausência privações/dificuldades vistas como sacrifício necessário	3 (20%)	12 (80%)	0	11 (100%)	2.487
FP5_PRÉ_Infância feliz	8 (53%)	7 (47%)	0	11 (100%)	5.488*
FP6_PRÉ_Boa integração comunidade, pertença a grupos sociais, amigos	15 (100%)	0	4 (36%)	7 (64%)	13.062**
FP7_PRÉ_Veiculação parental dos valores e respeito pelos outros	9 (60%)	6 (40%)	2 (18%)	9 (82%)	4.547*
FP8_PRÉ_Educação para a gestão das emoções positivas e negativas	15 (100%)	0	9 (82%)	2 (18%)	2.955
FP9_PRÉ_Percepção de bom relacionamento entre os pais	8 (53%)	7 (47%)	0	11 (100%)	8.474**
FP10_PRÉ_Comparação top-down das circunstâncias de vida e privações	14 (93%)	1 (7%)	11 (100%)	0	.763
FP11_PRÉ_Ser amado pelos cuidadores	11 (73%)	4 (27%)	5 (46%)	6 (55%)	2.084
RIP1_PRÉ_Aceitar a obrigatoriedade da guerra, sem sentimentos negativos	14 (93%)	1 (7%)	0	11 (100%)	22.244***
RIP2_PRÉ_Ausência de ideias pré-concebidas negativas do cenário guerra	15 (100%)	0	3 (27%)	8 (73%)	15.758***
FACTOS PROTECTORES (FP) E RESPOSTAS INDIVIDUAIS (RI) PÉRI-MILITARES					
FP1_PÉRI_Elevada coesão da unidade militar	0	15 (100%)	0	11 (100%)	-
FP2_PÉRI_Boa relação com as chefias	8 (53%)	7 (47%)	6 (55%)	5 (45%)	.004
FP3_PÉRI_Bom treino, preparação para batalha e recursos disponíveis	10 (67%)	5 (33%)	3 (27%)	8 (73%)	3.939
FP4_PÉRI_Comunicação com fontes apoio pré-militar: amigos e familiares	7 (47%)	8 (53%)	5 (45%)	6 (55%)	.004
FP5_PÉRI_Menor duração missão, inserido/transferido local baixo conflito	15 (100%)	0	9 (82%)	2 (18%)	2.955
FP6_PÉRI_Actividades de convívio e lazer	4 (27%)	11 (73%)	0	11 (100%)	3.467
FP7_PÉRI_Orgulho por pertencer à unidade	10 (67%)	5 (33%)	8 (73%)	3 (27%)	.109
RIP1_PÉRI_Resiliência, pela capacidade de se adaptar face à adversidade	15 (100%)	0	0	11 (100%)	26.000***
RIP2_PÉRI_Gerar emoções positivas, flexibilidade cognitiva e <i> coping </i> activo	14 (93%)	1 (7%)	0	11 (100%)	22.244***
RIP3_PÉRI_Gestão pessoal ameaça, controlo emocional, robustez psicológica	15 (100%)	0	0	11 (100%)	26.000***

FACTOS PROTECTORES (FP) E RESPOSTAS INDIVIDUAIS (RI) PÉRI-MILITARES	PPST (n=15)		ASS (n=11)		$\chi^2 (1)$
	Ausente	Presente	Ausente	Presente	
RIP4_PÉRI_Ausência sentimentos negativos como raiva, vergonha ou culpa	13 (87%)	2 (13%)	1 (9%)	10 (91%)	15.367***
RIP5_PÉRI_Mobilização da fé	10 (67%)	5 (33%)	7 (64%)	4 (36%)	.026
RIP6_PÉRI_Estratégias para restabelecer o equilíbrio (descanso, convívios)	11 (73%)	4 (27%)	3 (27%)	8 (73%)	5.418*
RIP7_PÉRI_Ausência ruminação cognitiva em torno de experiências de guerra	15 (100%)	0	0	11 (100%)	26.000***
RIP8_PÉRI_Capacidade de partilhar vivências com os colegas militares	7 (47%)	8 (53%)	8 (73%)	3 (27%)	1.766
RIP9_PÉRI_Percepção de superioridade/ coragem para intimidar o inimigo	15 (100%)	0	6 (55%)	5 (45%)	8.442**
RIP10_PÉRI_Contra-atacar inimigo como acto sobrevivência, legítima defesa	6 (40%)	9 (60%)	8 (73%)	3 (27%)	2.735
RIP11_PÉRI_Auto-avaliação de ser destemido, baixa percepção de perigo	11 (73%)	4 (27%)	5 (45%)	6 (55%)	2.084
RIP12_PÉRI_humanidade, empatia por independência, convívios com civis	2 (13%)	13 (87%)	6 (55%)	5 (45%)	5.060*
RIP13_PÉRI_Atribuição de um sentido pessoal à missão, reenquadrando-a	14 (93%)	1 (7%)	10 (91%)	1 (9%)	.053
RIP14_PÉRI_Desenvolver interesses e hobbies (tirar fotografia, cantar)	13 (87%)	2 (13%)	10 (91%)	1 (9%)	.112
FACTOS PROTECTORES (FP) E RESPOSTAS INDIVIDUAIS (RI) PÓS-MILITARES					
FP1_PÓS_Baixo número de stressores adicionais	10 (67%)	5 (33%)	5 (46%)	6 (54%)	1.170
RIP1_PÓS_Satisfação com o apoio social, emocional e instrumental recebido	8 (53%)	7 (47%)	3 (27%)	8 (73%)	1.766
RIP2_PÓS_Capacidade de mobilizar ajuda e expressar as suas necessidades	14 (93%)	1 (7%)	9 (82%)	2 (18%)	.824
RIP3_PÓS_Boa integração nos contextos laboral, familiar e social	10 (67%)	5 (33%)	1 (9%)	10 (91%)	8.619**
RIP4_PÓS_Manutenção do convívio com os veteranos	5 (33%)	10 (67%)	4 (36%)	7 (64%)	.026
RIP5_PÓS_Focalização nas memórias e aspectos positivos do período militar	13 (87%)	2 (13%)	1 (9%)	10 (91%)	15.367***
RIP6_PÓS_Auto-biografia integrada, estabilidade na identidade e narrativa	15 (100%)	0	0	11 (100%)	26.000***
RIP7_PÓS_Ausência de ruminação cognitiva acerca dos episódios de guerra	15 (100%)	0	0	11 (100%)	26.000***
RIP8_PÓS_Mobilização do <i>coping</i> activo perante stressores adicionais	15 (100%)	0	8 (73%)	3 (27%)	4.625
RIP9_PÓS_Controlo emocional e gestão dos níveis de ansiedade	15 (100%)	0	7 (64%)	4 (36%)	6.446*
RIP10_PÓS_Construção de objectivos de vida motivantes; interesses/hobbies	11 (73%)	4 (27%)	8 (73%)	3 (27%)	.001
RIP11_PÓS_Análise positiva do percurso pessoal numa perspectiva top-down	13 (87%)	2 (13%)	6 (55%)	5 (45%)	3.328
RIP12_PÓS_Mobilização da Fé	11 (73%)	4 (27%)	10 (91%)	1 (9%)	1.262

Nota: *** $p = .000$, ** $p < .01$, * $p < .05$

Os resultados apresentados no quadro 5 indicam uma associação entre os indicadores protectores e o percurso ASS para os factos pré-militares FP1_PRÉ, FP2_PRÉ, FP3_PRÉ, FP5_PRÉ, FP6_PRÉ, FP7_PRÉ, FP9_PRÉ e as respostas individuais protectoras pré-militares RIP1_PRÉ e RIP2_PRÉ, péri-militares RIP1_PÉRI, RIP2_PÉRI, RIP3_PÉRI, RIP4_PÉRI, RIP6_PÉRI, RIP7_PÉRI, RIP9_PÉRI, RIP12_PÉRI e pós-militares RIP3_PÓS, RIP5_PÓS, RIP6_PÓS, RIP7_PÓS E RIP9_PÓS, sendo os restantes indicadores n.s.. Segue-se o quadro 6 que explicita o Teste de Diferenças Mann Whitney para os grupos com PPST e ASS no total de factos e respostas individuais de risco e protectores nos períodos pré, péri e pós-militares.

Quadro 6

Teste de Diferenças Mann Whitney para os grupos com PPST e Assintomático (ASS) no total de factos e respostas individuais de risco e protectoras

	FACTORES DE RISCO			FACTORES PROTECTORES		
	Ordem média		Z	Ordem média		Z
	PPST	ASS		PPST	ASS	
PRÉ-MILITAR						
Factos	17.07	8.64	136.000 **	9.50	18.95	22.500 **
Respostas	13.80	13.09	87.000	8.67	20.09	10.000 ***
PÉRI-MILITAR						
Factos	17.73	7.73	146.000 **	11.53	16.18	53.000
Respostas	19.00	6.00	165.000***	8.30	20.59	4.500 ***
PÓS-MILITAR						
Factos	15.20	11.18	108.000	12.33	15.09	65.000
Respostas	19.00	6.00	165.000***	8.47	20.3	7.000 ***

Nota: *** $p = .000$, ** $p < .01$

Constatam-se diferenças significativas entre os grupos com PPST e ASS quer nos factores de risco, quer protectores. Quanto aos factores de risco, assinalam-se diferenças entre os grupos nos factos do período pré-militar ($Z=136.000$, $p < .01$) e péri-militar (146.000 , $p = .01$), respostas individuais péri-militares ($Z=165.000$, $p = .000$) e respostas pós-militares ($Z=165.000$, $p = .000$). Relativamente aos factores protectores registam-se diferenças quanto aos factos pré-militares ($Z=22.500$, $p = .01$) e

respostas individuais pré ($Z=10.000$, $p = .000$) péri ($Z=4.500$, $p = .000$) e pós-militares ($Z=7.000$, $p = .000$), sendo os restantes resultados n.s.. A ordem média para os factores de risco e protectores surge ilustrada, respectivamente, nos gráficos 1 e 2.

Gráfico 1

Ordem média para os grupos PPST e ASS para o Total de Indicadores de Factos e Respostas Individuais de Risco nos períodos Pré, Péri e Pós-militares

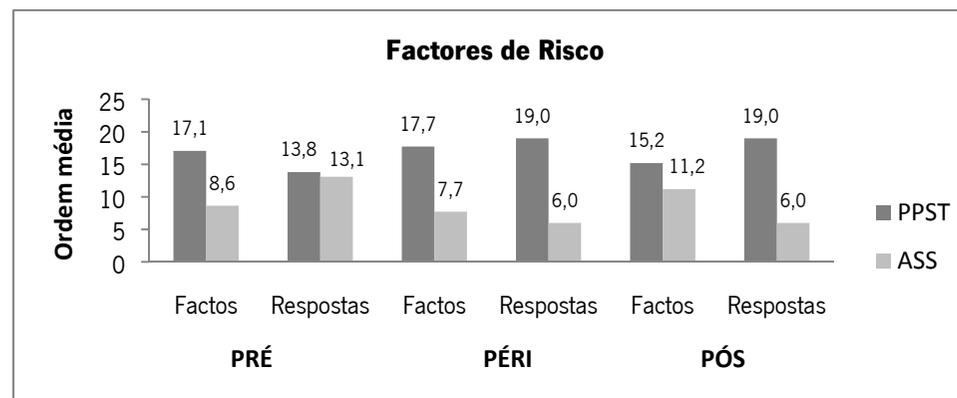
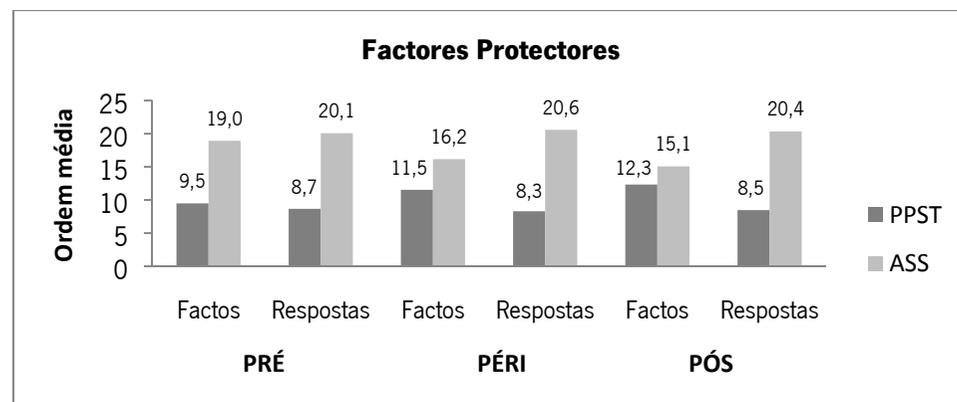


Gráfico 2

Ordem média para os grupos PPST e ASS para o Total de Indicadores de Factos e Respostas Individuais Protectoras nos períodos Pré, Péri e Pós-militares



CAPÍTULO 7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

«A coragem e a generosidade com que estes homens confrontaram o sofrimento das suas memórias autobiográficas geraram em nós uma força motivacional que nos levou ao compromisso de honrar, da melhor forma possível, a imensa dívida de gratidão em relação ao facto de terem aceitado participar num projecto tão doloroso como o nosso».

Sendas (2009)

7.1 A investigação no confronto com a literatura

Pretende-se, no presente capítulo, confrontar as diferenças detectadas nos dois grupos em análise – ex-combatentes com e sem perturbação de stress pós-traumático – quanto aos factores protectores e de risco, operacionalizados quer em factos, isto é, acontecimentos objectivos detectados; quer nas respostas pessoais face à adversidade, nos períodos pré, péri e pós militares, que possam contribuir para compreender os percursos individuais face ao potencial trauma que apresentam, num confronto com as evidências da literatura neste âmbito.

De acordo com o Paradigma da Psicologia Positiva, as implicações desta análise passam por detectar factores protectores associados à estabilidade do funcionamento adaptativo do sujeito e às mudanças positivas observadas (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), após exposição a um evento potencialmente traumático, operando a transição da perspectiva patogénica para a salutogénica, na conceptualização da mudança individual face à exposição adversa, dado que apenas um subgrupo de militares, entre 4 a 9%, desenvolve psicopatologia (Sundin et al., 2010).

Tal percurso adaptativo é visível neste estudo, pelo testemunho do grupo assintomático que, apesar de igualmente exposto a acontecimentos potencialmente traumáticos, revela uma trajetória estável de desenvolvimento funcional, no sentido da integração das experiências na narrativa autobiográfica, sem activação sintomatológica, o que é designado por Bonnano & Mancini (2010) de PERCURSO RESILIENTE e exclui a possibilidade de tratar-se de um processo de recuperação, em que ocorrem níveis elevados de sintomas psicopatológicos após o confronto com a adversidade, que declinam gradualmente, até retornar ao nível de funcionamento pré-trauma (Bonanno, 2005).

Por outro lado, os sujeitos com diagnóstico de PERTURBAÇÃO PÓS-STRESS TRAUMÁTICO desenvolveram um padrão de reexperiência do acontecimento traumático, evitamento persistente dos estímulos associados ao trauma e activação aumentada perante a exposição traumática, o que se coaduna com um percurso psicopatológico, de forte disrupção da saúde mental, que se mantém 35 anos após o evento traumático, designado de percurso de disfunção crónica (Westphal & Bonanno, 2007), em concomitância com o relato de CRESCIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO em quatro dos quinze sujeitos avaliados, o que vem corroborar a perspectiva de Tedeschi e McNally (2011) quanto à co-ocorrência deste padrão com níveis de sofrimento significativo e que

representa um tipo de CPT paliativo, que apenas providencia conforto em relação à sintomatologia apresentada, contrariamente ao CPT construtivo, não observável neste estudo, que remete para a possibilidade de transformação e crescimento, no sentido das mudanças positivas associadas à vivência traumática.

Tendo por base os padrões de reacção face à adversidade apresentados, segue-se a discussão do que poderá diferenciar os grupos em termos de factores de risco e protectores, centrados nas características do acontecimento (os factos, quanto à severidade e tipo de exposição), da pessoa (quanto às suas características pré-trauma, respostas peri-traumáticas e a curto prazo) e da mobilização dos recursos disponíveis (Maia, 2007). Isto porque a presença ou ausência destes factores poderá explicar, de acordo com Maia e Fernandes (2003) as diferenças nas reacções manifestadas por diferentes sujeitos, em situações traumáticas similares.

7.1.1 O período pré-militar

No período de análise da autobiografia pré-militar, verifica-se uma maior ocorrência de factos de risco no grupo com PPST, indo de encontro à hipótese formulada, que se operacionalizam em sofrer privações económicas, apresentar baixa escolaridade, ser submetido a trabalho precoce e apresentar uma relação conflituosa com a figura paterna. Estes indicadores corroboram aqueles referidos pela literatura, especificamente nas condições prévias à mobilização, e que propiciam o desenvolvimento do percurso de PPST (Kirk, 2008; Vogt & Tanner, 2007). Interessante referir que, embora as associações não sejam estaticamente significativas para o indicador de risco “FR3_PRÉ_exposição a abuso físico, sexual e/ou psicológico na infância”, este se verifica em 11 sujeitos com PPST, que experienciaram violência na relação com os cuidadores, comparativamente a apenas 4 no grupo ASS, o que corrobora os dados da investigação relativamente à relação entre maus tratos na infância e o aumento de risco para o desenvolvimento de PPST após exposição a combate (King, King, Foy, & Gudanowski, 1996). De referir que o estudo prévio acerca da elaboração de significado das histórias de vida realizado com a mesma amostra (Sendas 2009) demonstrou, a partir da Grounded Theory, que as categorias pré-militares emergentes no grupo com PPST remetem para “sobreviver a privações” e “sofrer maltrato”, integradas no modelo “SOFRER PARA (SOBRE)VIVER”, comparativamente aos sujeitos ASS cujas categorias se enquadram em “remediar privações” e “sofrer disciplinação”, dando origem ao modelo “CUIDADO AUSTERO”.

Quanto aos factores protectores registados para o mesmo período, o grupo ASS apresenta uma superioridade de indicadores, tal como expectável, pela inexistência de stressores que atentem contra o valor como pessoa; a vivência de um contexto familiar coeso e equilibrado, de aplicação da disciplina sem punição física; veiculação de valores e de respeito pelos outros; percepção de bom relacionamento entre os pais; infância feliz e boa integração na comunidade; bem como respostas protectoras de aceitação da obrigatoriedade da guerra, sem desenvolver sentimentos negativos; e a ausência de ideias pré-concebidas negativas acerca do cenário de guerra, factores descritos por Moore e colaboradores (2010) como relevantes para o percurso salutogénico. Neste âmbito, destaca-se o contributo de Yunes (2003) que identificou os factores capazes de distinguir as crianças resilientes das não resilientes, que remetem para o tipo de ambiente familiar, a ausência

de conflitos e violência na família e as características da criança, nomeadamente a capacidade cognitiva, auto-estima, sociabilidade e autocontrolo), o que converge com as narrativas destes sujeitos relativamente à percepção de haverem sido alvos de “disciplinação”, mas não de violência ou abusos físicos.

Apesar desta disparidade entre os grupos, quanto à vivência de factos pré-militares de risco, protectores e respostas pessoais, a literatura revela que os indicadores distais, como o nível sócio - económico, a escolaridade, a história de ajustamento, os acontecimentos adversos prévios e o registo de psicopatologia familiar, apesar de significativos, apresentam contributos baixos, comparativamente às variáveis contíguas ao acontecimento traumático, para a emergência de psicopatologia (Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003). No entanto, os factores protectores assumem um contributo relevante no confronto com a adversidade, pois contribuem para a construção da confiança e valor pessoal e na capacidade para mobilizar os recursos disponíveis (Hooberman et al., 2010).

7.1.2 O período péri-militar

Na exploração do relato da experiência péri-militar, constata-se uma superioridade de factos de risco no grupo com PPST, tal como hipotetizado, associados ao treino militar inadequado ou insuficiente e avaliação de más chefias; experiências pessoais de ferimentos e acidentes; vivência de condições extremas de alimentação, sono, clima, conforto e higiene; exposição a feridos e cadáveres do inimigo; necessidade de vingar a morte dos colegas perpetrando atrocidades e assassinatos; bem como respostas pessoais direccionadas para a atribuição causal dos actos à medicação administrada; a percepção de falta de controlo sobre as situações; a focalização no pensamento negativo e catastrofização; a hipervigilância ao perigo; respostas de medo e ansiedade antecipatória acerca da morte e a conceptualização da guerra sem sentido. Em função destes indicadores, pode concluir-se que o grupo com PPST interpreta os eventos como potencialmente ameaçadores, desenvolvendo um conjunto de respostas predisponentes à psicopatologia, factores centrais para o desenvolvimento de perturbação evidenciados pelas meta-análises (Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003). Tais resultados surgem sistematizados no estudo prévio (Sendas, 2009) nas categorias “sofrer preparação militar”, “sofrer ameaça biopsíquica” e “perpetrar atrocidades”, dando origem ao modelo de organização de significado “OPERAR EM MODO BESTA-GUERREIRO”, visto como um padrão de comportamentos automatizados e irreflectidos.

Diametralmente oposto a este padrão de respostas patogénicas, e corroborando a hipótese formulada, os sujeitos ASS revelam respostas protectoras que remetem para o percurso de resiliência, pela capacidade de se adaptarem à adversidade; gerar emoções positivas; apresentar flexibilidade na interpretação cognitiva e *coping* activo na gestão da ameaça; controlo emocional e robustez psicológica; bem como a ausência de sentimentos negativos de raiva, vergonha ou culpa; mobilização de estratégias para restabelecer o equilíbrio; ausência de ruminação cognitiva em torno das experiências de guerra; percepção de superioridade e coragem para enfrentar o inimigo e demonstrar humanidade e empatia pelo povo e pela causa da independência. Na descrição destes indicadores destaca-se a centralidade atribuída ao *coping* flexível, que permite regular o afecto e moldar o

comportamento para dar resposta às exigências do stressor (Westphal & Bonanno, 2007) em contraste com a ruminação cognitiva, *coping* emocional e ansiedade antecipatória registados nos sujeitos com PPST, como forma contraproducente de lidar com a adversidade. Tal padrão de significado é sistematizado por Sendas (2009) nas categorias “receber preparação militar”, “agir para sobreviver” e “confronto com atrocidades”, dando origem a teoria “DE MILITAR A GUERREIRO”, que ilustra o carácter adaptativo dos sujeitos face à gestão da adversidade.

7.1.3 O período pós-militar

No período pós-militar constatam-se, no grupo com PPST, respostas de risco que reforçam o padrão de psicopatologia, indo de encontro à hipótese inicialmente formulada, dado que estes sujeitos relatam a baixa adaptação aos contextos laboral, familiar e social; dificuldades de relacionamento interpessoal; centração nas ruminações e interpretações cognitivas; um balanço negativo da experiência militar, encarado como “uma perda de tempo”; o evitamento das memórias de guerra e a forte reactividade emocional face a essas memórias; a percepção de mudanças negativas, psicopatologia e perdas de saúde e económicas associadas à guerra; o isolamento social; a percepção de descontinuidade narrativa em função da experiência de guerra; a activação da consciência para os actos perpetrados, até aí vistos como automatizados e irreflectidos; e o sentimento de abandono, revolta e falta de apoio por parte do Governo Português. De salientar que tais variáveis surgem na literatura como centrais para o agravamento da PPST, dificultando um percurso de recuperação, pelo reforço do padrão de isolamento e incapacidade em pedir ajuda.

Também interessante é interpretar os resultados ao nível da percepção de baixo apoio social dado que, apesar dos recursos estarem disponíveis, estes não são mobilizados pelo sujeito, o que poderá encontrar a sua etiologia no período pré-militar, pela associação entre as experiências de maus tratos e a desorganização das representações da vinculação (Figueiredo, Fernandes, Matos, & Maia, 2001) baseadas na insegurança, indisponibilidade ou imprevisibilidade das figuras parentais, afectando as relações subsequentes.

No estudo prévio (Sendas, 2009), o período pós-militar é sistematizado, para os sujeitos com PPST, nas categorias “sofrer transformação”, adicção sócio-afectiva aos camaradas” e “guardar sigilo do trauma”, dando origem à teoria “MUDAR PARA DESINTEGRAR”, coerente com a visão de uma narrativa de vida fragmentada e erodida pela experiência de guerra, marcada pela incapacidade em integrar nos esquemas cognitivos as memórias autobiográficas traumáticas (Elzinga & Bremmer, 2002).

No sentido da adaptação psicológica, o grupo ASS revela respostas protectoras no período pós-militar que lhe permite atribuir continuidade à sua narrativa pessoal, reforçando a hipótese inicial, pois apresentam uma autobiografia integrada e estabilidade na identidade pessoal, boa integração nos contextos laboral, familiar e social, focalização nas memórias e aspectos positivos do período militar, ausência de ruminação cognitiva acerca dos episódios de guerra e percepção de controlo emocional e dos níveis de ansiedade. Estes dados coadunam-se com a análise qualitativa de Sendas (2009) que identificou quatro categorias de significado nestes sujeitos,

nomeadamente “(re)integrar-se”, “metamorfose psíquica”, “cultivar amizades de guerra” e “desactivar memórias”, dando origem ao modelo de organização simbólica “MUDAR PARA (RE)INTEGRAR”.

7.1.4 A (in)coerência narrativa atribuída aos 3 momentos

A partir do confronto dos indicadores de risco e protectores nos dois grupos em análise, constatamos diferenças significativas quanto à superioridade de factos de risco nos sujeitos com PPST na infância, um conjunto, quer de factos, quer de respostas de risco, no período pré-militar e de respostas individuais patogénicas no período pós-militar, no grupo com PPST, indo de encontro à meta-análise de Ozer (2003), acerca das variáveis com elevado valor preditivo para o percurso de PPST. Este conjunto de factores de risco contribuem para a visão de um *self* que interpreta a experiência pessoal à luz do antes e depois do evento traumático. Esta memória autobiográfica fragmentada, visível no relato dos sujeitos com PPST significa, de acordo com Rubin e colaboradores (2008), que a narrativa pessoal é construída em função da experiência traumática, assumindo-se como central para a definição identitária e contaminando as memórias prévias e subsequentes, o que é coerente com o Modelo Mnemónico das memórias traumáticas que os autores postulam.

Constata-se também que são as respostas individuais face ao potencial trauma que o indivíduo apresenta, mais do que as características do acontecimento ou da mobilização dos recursos disponíveis, que contribuem para explicar os percursos de Perturbação Pós-Stress Traumático no grupo patogénico vs de Resiliente, nos sujeitos assintomáticos. Estes resultados corroboram a revisão de literatura acerca das mudanças positivas perante o trauma e a adversidade de Linley e Joseph (2004), que atribui à experiência subjectiva do evento, mais do que as características do evento em si, a reacção individual face à exposição traumática.

Assim, e rentabilizando a análise de Sendas (2009, p.318) acerca deste processo, diríamos que *«a estória dos participantes com PSPT parece-nos uma narrativa marcada pelo eterno retorno à guerra (...) que emerge como fronteira, marco inquestionável que aprisionou qualquer possibilidade de ponte com a identidade que tiveram»*. Uma história em que a guerra parece não tem fim, na qual os indivíduos baseiam a sua identidade e as relações que estabelecem com os outros e a vida em geral (Fernandes & Maia, 2001), enquanto nos sujeitos assintomáticos transparece a competência em gerar interpretações para os acontecimentos vividos, a auto-actualização tanto da identidade pessoal, como da relação com os outros, e a percepção de continuidade narrativa entre o antes e o depois da guerra.

7.2 Limitações e linhas de investigação futura

Nesta secção gostaríamos de reflectir acerca das limitações identificadas neste estudo, no sentido de melhorar possíveis aplicações subsequentes. Dado que quem melhor se conhece é o autor que narra a história, uma questão pertinente remete para a possibilidade de partilhar as conclusões com os participantes, confrontando a veracidade dos resultados com a sua percepção dos acontecimentos.

Também a considerar é o desfasamento temporal entre a vivência do acontecimento potencialmente traumático e a avaliação do seu impacto na pessoa, estando susceptível ao processo de contaminação das memórias autobiográficas. Por outro lado, não podemos descurar que se trata de um estudo transversal, o que permite aceder apenas aos possíveis factores de predisposição da PPST num relato retrospectivo.

Ao nível de aplicações futuras neste campo, uma proposta remete para a inclusão de um terceiro grupo de análise, diagnosticado com PTSD parcial (Kirk, 2008) para averiguar qual o percurso individual face ao potencial trauma que apresentam, pela exploração de processos de recuperação ou resposta com início dilatado, padrões não observáveis neste estudo.

De forma a complementar os dados do auto-relato, poderá também ser recolhida informação junto de interlocutores significativos em termos da adaptação do veterano aos contextos e o padrão de relações familiar, social e laboral que apresenta, dado que a literatura refere o padrão autocentrado dos sujeitos resilientes como um amortecedor para manterem os seus níveis de funcionamento adaptativo nas outras áreas de vida, que não a social (Bonanno, 2005) e o isolamento social e relações conflituosas nos sujeitos com PPST, em consequência do padrão irritável que apresentam (Kulka et al., 1988).

Apesar da clareza neste estudo quanto ao procedimento de avaliação do percurso de PPST, tendo por base os critérios de diagnóstico enunciados pelo DSM IV-TR (APA, 2002), será igualmente relevante quantificar em investigações posteriores os percursos de resiliência e recuperação, através da Escala Multidimensional de Resiliência e Recuperação do Trauma (MTRR), procedendo à sua tradução e aferição para a população portuguesa. Da mesma forma, seria interessante utilizar o PTGI (Inventário do Crescimento Pós-Traumático) já aferido por Resende e colaboradoras (2008). Tal procedimento irá permitir avaliar quantitativamente os referidos percursos, complementando a análise qualitativa realizada neste estudo a partir do relato autobiográfico dos sujeitos.

7.3 Pistas para a intervenção psicoterapêutica na PPST

Tendo por base o levantamento dos factores protectores relatados pelo grupo ASS, que apresenta um percurso resiliente face ao potencial trauma, faz sentido rentabilizar esses indicadores salutogénicos para intervir na PPST, promovendo a compreensão e integração das experiências nos esquemas prévios dos sujeitos, devolvendo o sentido de coerência, segurança e controlo pessoal (Gonçalves, 2002). Num artigo recente, Tedeschi e McNally (2011), propõe a rentabilização de correntes terapêuticas ecléticas no processo de mudança, a partir das abordagens cognitiva-comportamental, existencial, humanista e narrativa, partindo de uma atitude de escuta activa e disponibilidade, que comunique ao sobrevivente o controlo sobre a sua própria vida, pela atribuição de coerência à experiência, mobilização de recursos e aproximação da rede de apoio social.

Nesta perspectiva, pretende-se desenvolver um sentido de controlo sobre os sintomas de ansiedade, que existe naturalmente nos sujeitos resilientes, e que poderá ser alvo de treino intencional na PPST através da respiração diafragmática, a construção do lugar especial e o relaxamento muscular progressivo, Estes exercícios,

de orientação cognitivo-comportamental, visam comunicar que existem áreas da vida sobre as quais o sujeito pode exercer controlo, ao contrário do que aconteceu com experiências do passado (Buela-Casal, & Sierra, 2004). Numa segunda fase, e após estabilização da sintomatologia física, inicia-se a identificação e contra-argumentação dos pensamentos intrusivos promovendo *insight* acerca do modo como estes pensamentos contribuem para a manutenção da ansiedade. Ao gerar alternativas mais realistas para os desconstruir, vai desencadear no sujeito uma postura activa, de confronto com os problemas, antagónica ao padrão de evitamento e ruminação cognitiva que habitualmente adoptam, e que se aproxima do estilo de *coping* activo relatado pelos sujeitos resilientes.

Estabilizados os sintomas, fica criado o contexto terapêutico para reintegrar as experiências numa estrutura de significado mais flexível e funcional, actuando nas estruturas de conhecimento tácitas e do seu impacto no *self* actual, a partir da Terapia Cognitivo-Narrativa (Gonçalves, 2002). Esta visa “descolar” das preocupações e construir resoluções mais adaptativas, que permitem analisar e reintegrar o significado atribuído aos acontecimentos, que encontram o seu enraizamento em experiências precoces, baseadas num padrão de vinculação insegura. Nesta fase torna-se pertinente focar e reordenar a experiência imediata, sugerindo a prática do Modo de Objectivação (Gonçalves, 2002), a fim de se descentrar da sua ansiedade e apreciar os estímulos envolventes. Isto porque os sujeitos com PPST organizam a sua vida em torno das memórias de guerra, pelo que a intervenção passa por facilitar a vivência de estímulos no presente e processar a experiência quotidiana, dado que é esta estrutura rigidificada, focada no período militar, que impede o funcionamento equilibrado e, por isso, constituiu-se como foco de reconstrução. A reintegração emocional destas experiências permite desculpabilizar os veteranos e ajudá-los a lidar com a raiva e a percepção de injustiça. Assim torna-se possível reintegrar estas memórias, aceitando-as como experiências sobre as quais não tiveram controlo, ventilando emoções de tristeza e revolta, e devolvendo-as à memória de modo reconstruído, numa atitude positiva de valorização da identidade e construção da robustez psicológica face às experiências adversas, tal como observado nas autobiografias do grupo assintomático.

Conclusão

«Enjoy yourself, be sensitive to difference, and never stop learning because is the most fun of all. Don't get caught up in one particular mode of thinking. Reinvent yourself». Ivey (1986)

A possibilidade de explorar o relato autobiográfico de 26 veteranos da guerra colonial portuguesa, com e sem perturbação psicológica, permitiu aceder aos factos e respostas individuais de risco e protectoras que os diferenciam, tendo-se concluído que é a variável pessoa, mais do que os recursos disponíveis ou as características dos acontecimentos que marcam os percursos individuais face ao potencial trauma, no sentido da psicopatologia ou do funcionamento adaptativo. A partir da identificação da trajectória resiliente, nos sujeitos assintomáticos, foi-nos possível traçar um conjunto de indicadores protectores associados à salutogénese, enriquecendo a nossa capacidade para potenciar trajectórias adaptativas na vivência da adversidade.

Referências bibliográficas

- Albuquerque, A. D., Soares, C., Jesus, P., & Alves, C. (2003). Perturbação Pós-Traumática do Stress (PPST): Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa, 16*, 309-320.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: 4ª edição revista (DSM IV-TR)*. Climepsi Editores: Lisboa.
- Ayalon, L. (2005). Challenges Associated With The Study Of Resilience to Trauma In Holocaust Survivors. *Journal of Loss and Trauma, 10*, 347-358.
- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A., & Vlahov, D. (2006). Psychological resilience after disaster: New York City in the aftermath of the September 11th terrorist attack. *Psychological Science, 17*, 181-186.
- Bonanno, G. A., Moskowitz, J. T., Papa, A., & Folkman, S. (2005). Resilience to loss in bereaved spouses, bereaved parents, and bereaved gay men. *Journal of Personality and Social Psychology, 88*, 827-843.
- Bonnano, G. A. (2005). Resilience in the face of potential trauma. *Current Directions in Psychological Science, 14* (3), 135-138.
- Bonnano, G. A., & Mancini, A. D. (2010). Beyond Resilience and PPST: Mapping the Heterogeneity of Responses to Potential Trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication.
- Boscarino, J. A. (1995). Post-traumatic stress and associated disorders among Vietnam veterans: the significance of combat exposure and social support. *Journal of Trauma Stress, 8*, 307-336.
- Breslau, N., Glen, D., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry, 48*, 216-222.
- Brewin, C.R., Andrews, B., & Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 748-766.
- Buela-Casal, & Sierra (2004). *Manual de evaluación e tratamientos psicológicos*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Cadell, S., Regehr, C., & Hemsworth, D. (2003). Factors Contributing to Posttraumatic Growth: a Proposed Structural Equation Model. *American Journal of Orthopsychiatry, 73* (3), 279-287.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2004). The Foundations of Posttraumatic Growth: New Considerations. *Psychological Inquiry, 15* (1), 93-102.
- Christopher, M. (2004). A broader view of trauma: a biopsychosocial-evolutionary view of the role of the traumatic stress response in the emergence of pathology and/or growth. *Clinical Psychological review, 24*, 75-98.

- Começanha, R., & Maia, Â. (submetido a publicação). Determinantes da utilização de Serviços de Saúde em ex-combatentes da Guerra Colonial: a contribuição do Stress pós-traumático, neuroticismo e apoio social.
- Connor, K. M., Davidson, J. R. T., & Lee, L. (2003). Spirituality, Resilience, and Anger in Survivors of Violent Trauma: a Community Survey. *Journal of Traumatic Stress, 16* (5), 487-494.
- Costa, C. R. (2008). *A Evolução após Exposição Adversa e Traumática: Crescimento e/ou Perturbação?* Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica. Universidade do Minho. Braga.
- Deshields, T., Tibbs, T., Fan, M. Y., & Taylor, M. (2006). Differences in patterns of depression after treatment for breast cancer. *Psychooncology, 15*, 398-406.
- Elzinga, B. M., & Bremner, J. D. (2002). Are the neuronal substrates of memory the final common pathway in posttraumatic stress disorder (PSPT)? *Journal of Affective Disorders, 70*, 1-17.
- Fernandes, E. M., & Maia, Â. (2001). Quando a Guerra parece não ter fim: uma intervenção psicoterapêutica em perturbação stress pós-traumático de guerra. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology, 1*, 379-387.
- Figueiredo, B., Fernandes, E., Matos, R., Maia, Â (2001), *Violência e Vítimas de Crimes, vol.1*, Coimbra, Quarteto.
- Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/ cognitive conceptualization of post-traumatic stress disorder. *Behavioral Therapy, 20*, 155-176.
- Frueh, B. C., Elhai, J. D., & Acierno, R. (2010). The Future of Posttraumatic Stress Disorder in the DSM. *Psychological Injury and Law, 3*, 260-270.
- Gold, S., Marx, B., Soler-Baillo, & Sloan, D. (2005). Is life stress more traumatic than traumatic stress? *Anxiety Disorders, 19*, 68–698.
- Gonçalves, O. F. (2002). *Psicoterapia cognitiva narrativa – manual de terapia breve*. Desclée de Brouwer: Bilbao.
- Hanson, W. E., Creswell, J. W., Clark, V. L., Petska, K. S., & Creswell, J. D. (2005). Mixed Methods Research Designs in Counseling Psychology. *Journal of Counseling Psychology, 52* (2), 224-235.
- Harvey, M., & Tummala-Narra, P. (2007). Sources and expressions of resilience in trauma survivors: Ecological Theory, multicultural practice. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma, 14*, 1-27.
- Haz, A. M., Castillo, R., & Aracena, M. (2003). Adaptación Preliminar del Instrumento Multidimensional Trauma Recovery and Resilience (MTRR) en una Muestra de Madres Maltratadoras Físicas com Historia de Maltrato Físico e Madres no Maltratadoras com Historia de Maltrato Físico. *Child Abuse & Neglect, 27*, 807-820.

- Hooberman, J., Rosenfeld, B., Rasmussen, A., & Keller, A. (2010). Resilience in Trauma- Exposed Refugees: The Moderating Effect of Coping Style on Resilience Variables. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80 (4), 557-563.
- King, D.W., King, L., Foy, D.W., & Gudanowski, D.M. (1996). Prewar factors in combat-related posttraumatic equation modeling with a national sample of female and male vietnam veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 520-531.
- Kirk, T., A. (2008). Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services: Findings on the after effects of service in operations enduring freedom and Iraqi freedom and the first 18 months performance of the military support program. Acedido na internet a 02 de Fevereiro 2010 em <http://www.ct.gov/msp/publications/mspreport101608.pdf>
- Kulka, R. A., Shelenger, W. E., Fairbank, J. A., Hough, R. L., Jordan, B.K., Marmar, C. R., & Weiss, D. S. (1988). *Contractual report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. Research Triangle Park, NC: Research Triangle Institute.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive Change Following Trauma and Adversity: a Review. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 11-21.
- Maercker, A., & Zoellner, T. (2004). The Janus face of self-perceived growth: toward a two-component model of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, 15, 60-64.
- Maguen, S., Vogt, D. S., King, L. A., King, D. W., & Litz, B. T. (2006). Posttraumatic Growth Among Gulf War I Veterans: The Predictive Role of Deployment-related Experiences and Background Characteristics. *Journal of Loss and Trauma*, 11, 373-388.
- Maia, Â (2007). Factores Preditores de PSPT e Critérios de Selecção em Profissionais de Actuação na Crise. In L. Sales (Coord). *Psiquiatria da Catástrofe*. (pp. 263-276). Coimbra: Almedina.
- Maia, Â., & Fernandes, E. (2003). Epidemiologia da Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST) e Avaliação da Resposta ao Trauma. In M. G. Pereira, & M. Ferreira (Eds.) *Stress Traumático* (pp. 35-54). Lisboa. Climepsi Editores.
- Maia, Â., McIntyre, T., Pereira, G., & Fernandes, E. (2006). Por baixo das Pústulas da Guerra: Reflexões sobre um Estudo com Ex-Combatentes da Guerra Colonial. Projecto POCTI/39515/ESP/2001, Financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- McFarlane, A. C., & Yehuda, R. (1996). Resilience, vulnerability, and the course of posttraumatic reactions. In van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Weisaeth, L. (Eds.), *Traumatic Stress* (pp. 155 – 181). New York: Guilford.
- Miller, M. W. (2003). Personality and the etiology and expression of PPST: a three-factor model perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 373-393.

- Moore, S. A., Varra, A. A., Michael, S. T., & Simpson, T. S. (2010). Stress-Related Growth, Positive Reframing, and Emotional Processing in the Prediction of Post-Trauma Functioning Among Veterans in Mental Health Treatment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2 (2), 93-96.
- Okey, J., L., Mcwhirter, J., J., & Delaney (2000). The central relationship patterns of male veterans with posttraumatic stress disorder: a descriptive study. *Psychotherapy*, 2, 171-179.
- Osório, C., & Maia, Â. (2010). As consequências ao nível da saúde psicológica da participação na guerra do Afeganistão e Iraque. *Revista de Psicologia Militar*, 19, 279-304.
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L., & Weiss, D.S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-73.
- Paris, J. (2000). Predispositions, personality traits, and post-traumatic stress disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 8, 175-183.
- Park, C. L., Aldwin, C. M., Fenster, J. R., & Snyder, L. B. (2008). Pathways to Posttraumatic Growth Versus Posttraumatic Stress: Coping and Emotional Reactions Following the September 11, 2001, Terrorist Attacks. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78 (3), 300-312.
- Pietrzak, R. H., Johnson, D. C., Goldstein, M. B., Malley, J. C., Rivers, A. J., Morgan, C. A., & Southwick, S. M. (2010). Psychosocial buffers of traumatic stress, depressive symptoms, and psychosocial difficulties in veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom: The role of resilience, unit support, and postdeployment social support. *Journal of Affective Disorders*, 120, 188-192.
- posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of Experimental Psychology: General*, 137, 591-614.
- Resende, C., Sendas, S., & Maia, A. (2008). Estudo das Características Psicométricas do Posttraumatic Growth Inventory – PTGI – (Inventário do Crescimento Pós-Traumático) para a População Portuguesa. Actas da XIII Conferência Internacional da Avaliação Psicológica: Formas e Contextos. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Rosas, F., & Brito, J. M. (1996). *Dicionário de História do Estado Novo*, Bertrand Editora: Venda Nova.
- Rubin, D. C., Berntsen, D., & Boals, A. (2008). Memory in posttraumatic stress disorder: properties of voluntary and involuntary, traumatic and nontraumatic autobiographical memories in people with and without
- Rutter, M. (1989). Pathways from childhood to adult life. *Journal of Child Psychiatry*, 30, 23-51.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaemonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141–166.
- Schnurr, P. P., Hayes, A. F., Lunney, C. A., & McFall, M. (2006). Longitudinal Analysis of the Relationship Between Symptoms and Quality of Life in Veterans Treated for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 74 (4), 707-713.

- Schutzwohl, M., & Maercker, A. (1999). Effects of Varying Diagnostic Criteria for Posttraumatic Stress Disorder are Endorsing the Concept of Partial PPST. *Journal of Traumatic Stress, 12* (81), 155-165.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55*, 5-14.
- Sendas, S. (2009). *Elaboração de Significado das Histórias de Vida de Ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa com e sem Perturbação de Stress Pós-Traumático*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica. Universidade do Minho. Braga.
- Soufre, L. A. (1996). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. Cambridge University Press.
- Strelau, J., & Zawadzi, B. (2005). Trauma and temperament as predictors of intensity of posttraumatic stress disorder symptoms after disaster. *European Psychologist, 2*, 124-135.
- Sundin, J., Fear, N. T., Iversen, R. J., & Wessely, S. (2010). PPST after deployment to Iraq: conflicting rates, conflicting claims. *Psychological Medicine, 40*, 367-382.
- Taft, C. T., Stern, A. S., King, L. A., & King, D. W. (1999). Modeling Physical Health and Functional Health Status: The Role of Combat Exposure, Posttraumatic Stress Disorder, and Personal Resource Attributes. *Journal of Traumatic Stress, 12* (1), 3-23.
- Talbert, F. S., Braswell, L. C., Albrecht, J. W., Hyer, L. A., & Boudewyns, P. (1993). NEO-PI profiles in PPST as a function of trauma level. *Journal of Clinical Psychology, 5*, 663-669.
- Tedeschi, R. G., & McNally, R. J. (2011). Can We Facilitate Posttraumatic Growth in Combat Veterans? *American Psychologist, 66* (81), 19-24.
- Verhaeghe, P., & Vanheule, S. (2005). Actual neurosis and PPST, the impact of the other. *Psychoanalytic Psychology, 4*, 493-507.
- Vogt, D. S., & Tanner, L. R. (2007). Risk and Resilience Factors for Posttraumatic Stress Disorder Symptomatology in Gulf War I Veterans. *Journal of Traumatic Stress, 20* (1), 27-38.
- Weiss, D.S., Marmar, C.R., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., Jordan, B.K., & Hough, R.L. (1992). The prevalence of lifetime and partial post-traumatic stress disorder in Vietnam Theater veterans. *Journal of Trauma Stress, 5*, 365-376.
- Westphal, M., & Bonnano, G. A. (2007). Posttraumatic Growth and Resilience to Trauma: Different Sides of The Same Coin or Different Coins? *Applied Psychology: an international review, 56* (3), 417-427.
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em estudo, 8*, 75-84.