



UC/FPCE — 2008

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicodependentes e não toxicodependentes

Bruno Ricardo Filipe Paixão (e-mail: brunorfpaixao@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde (área de Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas) sob a orientação do Professor Doutor Rui Alexandre Paquete Paixão

Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicodependentes e não toxicodependentes

Resumo: A literatura mostra existir uma forte relação entre toxicodependência e um maior risco de exposição traumática e o desenvolvimento de PTSD.

Neste estudo compararam-se dois grupos, um de sujeitos toxicodependentes e um de sujeitos não toxicodependentes, em relação a exposição a acontecimentos potencialmente traumáticos, exposição a um acontecimento traumático tal como definido no critério A da PTSD, prevalência de PTSD, sintomas de PTSD e psicopatologia. Num segundo momento, são exploradas as relações entre as variáveis relacionadas com a exposição traumática e PTSD, características sociodemográficas e psicopatologia no grupo toxicodependente.

Os resultados revelaram que o grupo toxicodependente apresentava, de uma forma geral, taxas mais elevadas de exposição traumática e PTSD, comparativamente com o grupo não toxicodependente. Sessenta por cento dos indivíduos toxicodependentes reportou ter experimentado um acontecimento traumático tal como definido no critério A da PTSD, 32.5% apresentavam os critérios para o diagnóstico corrente de PTSD e encontrou-se uma média de 7.38 sintomas de PTSD. No grupo toxicodependente, a exposição a um acontecimento traumático, tal como definido pelo critério A da PTSD, estava relacionado com taxas significativamente mais elevadas de psicopatologia, comparativamente com o grupo não toxicodependente, embora a maioria das médias dos grupos estivessem dentro dos valores normativos. No grupo toxicodependente não se registou impacto das características sociodemográficas sobre as variáveis relacionadas com exposição traumática e PTSD. Encontraram-se algumas correlações entre psicopatologia, exposição a acontecimentos potencialmente traumáticos e sintomas de PTSD.

Assim, este estudo sublinha a importância da avaliação da exposição a acontecimentos traumáticos, da presença PTSD, sintomas de PTSD e psicopatologia associada em pacientes toxicodependentes em tratamento, bem como a necessidade de realizar mais investigação neste âmbito.

Palavras-chave: acontecimentos traumáticos, PTSD, psicopatologia, toxicodependência.

Traumatic events and PTSD: comparative study between drug abusers and non abusers

Abstract: Research shows drug abuse to be strongly related to a higher risk of traumatic exposure and the development of PTSD.

This study compared two groups, one of drug abusers and one of non-abusers, regarding rates of exposure to potentially traumatic events, exposure to a PTSD criterion A event, prevalence of PTSD, PTSD symptoms and psychopathology. Secondly, focusing only on the drug abusers group, the associations between traumatic exposure and PTSD related variables, sociodemographic characteristics and psychopathology

were explored.

Results revealed the drug abusers group presented overall higher rates of traumatic exposure and PTSD compared to the non-abusers group. Sixty percent of the drug abusers group reported experiencing one PTSD criterion A traumatic event, 32.5% met criteria for current PTSD and a mean of 7.38 PTSD symptoms was found. Exposure to a PTSD criterion A event was related to significantly higher rates of psychopathology among drug abusers, compared to non-abusers, though most group means were within the normal range. In the drug abusers group, sociodemographic characteristics showed no impact on traumatic exposure and PTSD related variables. Some significant correlations between psychopathology, exposure to potentially traumatic events and PTSD symptoms were found.

Thus, this study highlights the importance of assessing traumatic exposure, PTSD, PTSD symptoms and related psychopathology in patients being treated for substance use disorders as well as the need for further research in this field.

Key Words: PTSD, psychopathology, drug abuse, traumatic events.

Agradecimentos

Uma tese, ou qualquer trabalho científico para o caso, resulta do esforço conjunto de várias pessoas e não da diligência de uma só. Como refere o autor John Donne: “nenhum homem é uma ilha, todo o homem faz parte do continente” (*Devotions Upon Emergent Occasions*, 1624). Assim, quero agradecer a todas as partes do meu continente que, de alguma forma, contribuíram para a realização da presente tese.

Aos meus pais e à minha família,

Aos meus amigos,

Aos meus professores,

Aos técnicos dos serviços de saúde que contactei,

E claro, às pessoas que pacientemente partilharam comigo as suas experiências,

Muito obrigado!

Índice

Introdução.....	01
I – Enquadramento Conceptual.....	01
1. Breve resenha histórica do conceito de PTSD.....	01
2. Algumas abordagens teóricas da PTSD.....	04
2.1. Abordagem psicodinâmica.....	04
2.2. Modelo do Processamento da Informação de Horowitz.....	05
3. Perturbação Pós-Stress Traumático (PTSD).....	06
3.1. Acontecimentos traumáticos.....	08
3.2. Estudos epidemiológicos da PTSD.....	12
4. PTSD e psicopatologia.....	14
5. PTSD e toxicodependência.....	15
5.1. Toxicodependência.....	15
5.2. Comorbilidade entre PTSD e Toxicodependência.....	16
5.3. Relações teóricas entre PTSD e Toxicodependência.....	18
II – Objectivos.....	19
III – Metodologia.....	21
1. Amostra.....	21
2. Instrumentos.....	23
2.1. Questionário sociodemográfico.....	23
2.2. Lista de Acontecimentos de Vida	23
2.3. Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático - Versão de Adultos.....	24
2.4. Brief Symptom Inventory.....	25
2.5. Mini-Mult.....	26
3. Procedimentos.....	27
IV – Resultados.....	27
1. Estudo I: Comparação entre grupos relativamente às variáveis associadas com exposição traumática, PTSD e psicopatologia.....	28
2. Estudo II: Análise do impacto das características sociodemográficas nas variáveis relacionadas com exposição traumática e PTSD, no grupo toxicodependente.....	32
3. 3. Estudo III: Análise da variação dos índices de psicopatologia em função das variáveis relacionadas com exposição traumática e PTSD, no grupo toxicodependente.....	33

V – Discussão.....	35
VI – Conclusões.....	40
Bibliografia.....	43
Anexos.....	49

Introdução

A investigação científica na área das perturbações da ansiedade e particularmente da PTSD tem aumentado significativamente nas últimas décadas (Boschen, 2008). Não obstante o volume de conhecimento reunido, a PTSD é, ainda hoje, uma categoria controversa, cuja validade, a vários níveis, está ainda em discussão (Rosen & Lilienfeld, 2008; McNally, 2003).

Vários estudos, em diferentes países, de entre os quais Portugal, têm demonstrado valores consideráveis de exposição traumática e presença de PTSD, quer na população geral, quer em populações específicas (Keane, Zimering & Kaloupek, 2000; Serra, 2003). A pesquisa aponta, também, para uma forte relação entre PTSD e outros tipos de psicopatologia associada, salientando-se a toxicoddependência, o que evidencia a necessidade de avaliar o fenómeno neste grupo particular (Jacobsen, Southwick, & Kosten, 2001).

Inserido nesta temática, o presente trabalho tem por objectivo analisar as relações entre variáveis ligadas a exposição traumática, PTSD e psicopatologia, tendo em conta dois grupos distintos, um grupo constituído por sujeitos toxicoddependentes e um grupo de comparação, constituído por sujeitos da população “normal”, não toxicoddependente. Estruturalmente, o trabalho encontra-se organizado em duas partes: a primeira é dedicada à contextualização conceptual dos fenómenos em estudo, compreendendo uma breve alusão à história e a algumas das abordagens teóricas da PTSD, passando pela definição actual do fenómeno, pela referência às relações entre PTSD e toxicoddependência e terminando com a apresentação dos objectivos específicos da investigação e hipóteses de trabalho; a segunda parte é inteiramente dedicada à apresentação do estudo empírico. Num primeiro momento, considerando comparativamente os dois grupos antes mencionados, procura-se explorar as diferenças quanto às variáveis exposição a acontecimentos potencialmente traumáticos, exposição a um acontecimento traumático extremo (tal como definido pelo critério A da PTSD), presença de diagnóstico de PTSD e sintomatologia de PTSD, seguindo-se a pesquisa da variação dos índices de psicopatologia em função de algumas destas variáveis. Num segundo momento, as variáveis relacionadas com exposição traumática e PTSD são estudadas no grupo toxicoddependente e são exploradas as associações que estas estabelecem com algumas variáveis sociodemográficas, bem como com os índices de psicopatologia já referidos.

I – Enquadramento conceptual (revisão da literatura)

1. Breve resenha histórica do conceito de PTSD

Desde a antiguidade que historiadores e escritores têm expresso o seu entendimento de que a exposição a acontecimentos terríveis e ameaçadores, tais como guerra, tortura, abuso físico e sexual, desastres naturais e acidentes, deixam uma impressão duradoura na mente, no corpo e na alma

Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicoddependentes e não toxicoddependentes

Bruno Ricardo Filipe Paixão (e-mail: brunorfpaixao@gmail.com)

do ser humano (Lasiuk & Hegadoren, 2006).

As primeiras referências clínicas ao trauma psicológico surgiram, no início do século XIX, com o advento do comboio e da sinistralidade a ele associada. Vítimas de acidentes neste meio de transporte exibiam sintomas que incluíam perturbações de sono, pesadelos acerca de colisões, intolerância a viajar de comboio e dor crónica. A este conjunto de sintomas chamou-se inicialmente *railway spine* ou *postconcussion syndrome* (Lasiuk & Hegadoren, 2006).

A constatação de que os sintomas associados ao *railway spine* existiam em sujeitos sem lesões físicas ou neurológicas evidentes, levou ao questionamento sobre a etiologia da perturbação. Enquanto uns insistiam na causalidade orgânica, outros, de entre os quais Oppenheim, que propôs o termo neurose traumática como substituto para o *railway spine*, sustentavam uma origem psicológica, baseada numa fragilidade constitucional (Lasiuk & Hegadoren, 2006).

Verificou-se, também, na altura, uma similaridade entre a sintomatologia do *railway spine* e a da histeria. Estudando a histeria, Pierre Janet, seguindo os trabalhos de Charcot, estabeleceu uma associação entre histeria, dissociação e acontecimentos passados perturbadores (*distressing past events*). Propôs que indivíduos psiquicamente traumatizados no passado revelavam incapacidade para integrar as memórias e as emoções associadas aos acontecimentos dolorosos, que permaneciam assim dissociadas da consciência. A vivência de *stress* na vida actual levaria a que estes indivíduos desenvolvessem crises sonambulícas, abulia e problemas dissociativos. Freud chegou a conclusões similares, postulando a origem da histeria em experiências sexuais prematuras. Ambos os autores desenvolveram um método de alívio dos sintomas da perturbação pela narrativa dos acontecimentos considerados traumáticos (Lasiuk & Hegadoren, 2006).

Em 1871, Da Costa, cirurgião do exército na guerra civil americana, de ascendência portuguesa, descreveu os sintomas cardíacos autonómicos (de excitação ou *arousal*) dos soldados expostos aos horrores da guerra. Sob a denominação de síndrome Da Costa, coração irritável ou síndrome de esforço, presumia-se que a perturbação fosse uma resposta estritamente biológica ao *stress* da batalha (Moreau & Zisook, 2003).

Durante a primeira guerra mundial, milhares de jovens soldados viram-se directamente confrontados com a possibilidade da sua morte e com a realidade da mutilação e morte dos companheiros. Muitos começaram a agir como “mulheres histéricas”, gritando e chorando descontroladamente, ficavam paralisados, mudos e não responsivos, perdiam a memória e a capacidade de sentir. O fenómeno foi denominado de *shell shock* pelo médico Charles Samuel Meyers em 1915 e a sua causa foi inicialmente atribuída a concussões cerebrais e à ruptura de pequenos vasos sanguíneos resultantes da explosão próxima de bombas (*shells*). Quando se verificou que os mesmos sintomas ocorriam em soldados não expostos directamente à batalha, Meyers distinguiu *shell concussion* (uma condição neurológica resultante de lesão) de *shell shock*, uma perturbação psiquiátrica advinda da exposição às condições extremas da guerra (Lasiuk & Hegadoren, 2006).

Em 1941, Abram Kardiner, psiquiatra de orientação psicanalítica, estabeleceu o termo neurose de guerra, síndrome que identificou em soldados que frequentemente desenvolviam amnésia para o acontecimento traumático enquanto se comportavam como se o estivessem a viver no momento. Esta combinação de amnésia e activação fisiológica era vista

Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicod dependentes e não toxicod dependentes

Bruno Ricardo Filipe Paixão (e-mail: brunorfpaihao@gmail.com)

como uma tentativa do sujeito para proteger a integridade do ego (Lasiuk & Hegadoren, 2006).

Com a segunda guerra mundial, embora se reconhecesse que alguns soldados fossem mais susceptíveis aos sintomas psicológicos decorrentes da experiência de batalha, constatou-se que todos eram vulneráveis: “todo o homem tem o seu ponto de ruptura” (“*every man has his breakin point*”). Confrontado com um trauma suficientemente severo, seria relativamente “natural” desenvolver uma reacção severa. Estas ideias ficaram patentes na categoria diagnóstica, precedente da PTSD, de *Gross stress reaction*, presente na DSM-I. No entanto, esta categoria seria substituída na DSM-II pela categoria *Transient emotional reaction*, de modo a enfatizar a natureza temporária da resposta psicológica ao trauma devastador (*overwhelming trauma*) (Lasiuk & Hegadoren, 2006).

Com o reconhecimento da importância da interacção complexa entre o indivíduo e o seu meio ambiente e sua relação com a doença psicológica e física, surgiu o conceito de *stress*, tal como o entendemos hoje. *Stress* é usualmente definido como o produto ou a circunstância que ameaça a homeostase do organismo e que requer um ajustamento para restabelecer o equilíbrio ou desenvolver uma nova organização cognitiva e emocional, de modo a acomodar a experiência destabilizadora (Cardeña, Butler, & Spiegel, 2003). Hans Selye (1936,1976, cit. in Cardeña, Butler, & Spiegel, 2003; Graziani & Swendsen, 2007; Paixão, 2002), numa perspectiva mais fisiológica, foi o primeiro a desenvolver uma teoria do *stress*, como Síndrome Geral de Adaptação. Este compreende um conjunto de mudanças, induzidas de forma não específica, ocorridas num sistema biológico (Cardeña, Butler, & Spiegel, 2003) e que se processa em três fases distintas: alarme, resistência e esgotamento (Graziani & Swendsen, 2007; Paixão, 2002). Para Selye, a resposta de *stress* consistiria, essencialmente, numa resposta cortical ao *stress* (Cardeña, Butler, & Spiegel, 2003). Selye descreveu ainda dois tipos de respostas de *stress*, uma resposta positiva e desenvolvimental (*eustress*), e uma resposta negativa, desagradável e inadequada (*distress*) que deixa o sujeito sem defesas e o empurra para o ataque ou para a fuga (Cardeña, Butler, & Spiegel, 2003; Graziani & Swendsen, 2007; Paixão, 2002). Estas noções, derivadas das ciências sociais e cognitivas foram sendo gradualmente introduzidas na pesquisa psicopatológica e levaram a mudanças paradigmáticas na doutrina psiquiátrica (Lasiuk & Hegadoren, 2006).

Posteriormente, estudos realizados independentemente, acerca da exposição a acontecimentos traumáticos, com vítimas do Holocausto, mas também com vítimas de violação, com crianças vítimas de maltrato e com veteranos do Vietname, geraram bolsas dispersas de conhecimento, acerca das consequências de tipos particulares de trauma. Foi apenas após a constatação dos sérios problemas psicológicos evidenciados pelos veteranos do Vietname, e devido à pressão que este grupo exerceu sobre as forças políticas do seu país, que os vários saberes reunidos convergiram e se integraram num todo. Assim, na terceira revisão da DSM, ambos os tipos de trauma, civil (relacionados com violação, maus-tratos, abuso infantil, etc.) e militar (experiências de guerra), foram reunidos no diagnóstico de PTSD (Lasiuk & Hegadoren, 2006).

2. Algumas abordagens teóricas da PTSD

2.1 Abordagem psicodinâmica

A noção de traumatismo psíquico é central na teoria psicodinâmica, tendo Freud apresentado várias teorizações da mesma ao longo da sua obra, distinguindo-se três períodos que podemos considerar principais (Bokanowsky, 2005; Tutté, 2004).

Num primeiro momento, Freud terá usado o conceito na compreensão etiológica da histeria, como já referido (Bokanowsky, 2005; Tutté, 2004). Num segundo momento, mais relevante para o presente trabalho, a concepção de traumatismo surgiu ligada a uma brecha ou deficiência no escudo protector contra os estímulos (Bokanowsky, 2005), ou aparelho para-excitatório, cuja função seria a de proteger o organismo dos estímulos exteriores que, pela sua intensidade, o poderiam destruir (Laplanche & Pontalis, 1979). Esta concepção é acompanhada da noção de compulsão à repetição, que, neste contexto, ilustrada por sonhos repetitivos consecutivos a traumatismos, se crê estar ligada a tentativas do ego para dominar e depois ab-reagir¹ as tensões excessivas, fruto desse mesmo traumatismo (Laplanche & Pontalis, 1979). Nesta tentativa de dominar a tensão emergente, a compulsão à repetição sobrepor-se-ia ao princípio do prazer, gerando estados de desprazer pela repetição da situação traumática (Laplanche & Pontalis, 1979). A manifestação clínica deste processo é ilustrada pela neurose traumática. No contexto da teoria psicanalítica, a neurose traumática refere-se a um quadro neurótico em que o aparecimento dos sintomas é consecutivo a um choque emotivo, geralmente ligado a uma situação em que o indivíduo sentiu a sua vida ameaçada: um traumatismo psíquico (Laplanche & Pontalis, 1979). De acordo ainda com os mesmos autores, um traumatismo psíquico é “um acontecimento da vida do indivíduo que se define pela sua intensidade, pela incapacidade em que se acha o indivíduo de lhe responder de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogénicos duradouros que provoca na organização psíquica. Em termos económicos, o traumatismo caracteriza-se por um afluxo de excitações que é excessivo, relativamente à tolerância do indivíduo e à sua capacidade de dominar e elaborar psiquicamente estas excitações” (p. 678). Na neurose traumática, este traumatismo manifesta-se no momento do choque por uma crise ansiosa paroxística que pode provocar estados de agitação, de entorpecimento ou de confusão mental. Posteriormente, o traumatismo toma parte determinante no próprio conteúdo do sintoma (ruminação do acontecimento traumatizante, pesadelo repetitivo, perturbações do sono, etc.), que aparece como uma tentativa repetida para “ligar” e ab-reagir o trauma; tal “fixação no trauma” é acompanhada de uma inibição mais ou menos generalizada da actividade do indivíduo (Laplanche & Pontalis, 1979). Ao referir-se à neurose traumática, Freud destaca a dimensão somática (um abalo do organismo que provoca um

¹ Ab-reacção: descarga emocional pela qual um indivíduo se liberta do afecto ligado à recordação traumática de um acontecimento traumático, permitindo-lhe assim não se tornar ou não continuar patogénico (Laplanche & Pontalis, 1979)

Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicod dependentes e não toxicod dependentes

Bruno Ricardo Filipe Paixão (e-mail: brunorfpaiiao@gmail.com)

afluxo de excitação) e psíquica (o pavor, enquanto estado que sobrevém quando se cai numa situação para a qual não se estava preparado) do traumatismo (Laplanche & Pontalis, 1979).

Numa fase final, Freud apontou para uma ligação entre traumatismo e narcisismo, advogando que experiências negativas muito precoces, normalmente associadas a experiências traumáticas relacionadas com impressões de natureza sexual e agressiva, embora possam ter um impacto positivo no desencadear do desenvolvimento, quando associadas a grande sofrimento e desamparo, podem resultar na desorganização do aparelho mental, pela promoção de processos de clivagem, passíveis de originar áreas inacessíveis da mente, danificando assim o ego primitivo pela criação de feridas narcísicas ou traumas (Bokanowsky, 2005; Tutté, 2004).

2.2 Modelo do Processamento da Informação de Horowitz

Segundo Horowitz (1979), um trauma ocorre quando um acontecimento externo excede a capacidade do ego para tolerar o afecto negativo associado a esse evento. De acordo com este autor, a mente humana usa modelos internos, denominados esquemas, constituídos por informação obtida na experiência passada, para interpretar o presente e as novas experiências que vão surgindo. Estes esquemas são revistos e reorganizados em função dessas novas experiências, permitindo assim gerar previsibilidade em relação a acontecimentos futuros. A este processo de integração e compatibilização entre as informações presentes nos esquemas e as informações que chegam da realidade, o autor chama *completion tendency*. O autor esclarece que um acontecimento traumático produz uma sobrecarga de informação, informação divergente daquela presente nos esquemas, que necessita ser processada, de modo a manter o equilíbrio emocional e o ajustamento comportamental do indivíduo. Os esquemas pessoais do indivíduo, as suas crenças e atitudes em relação a si próprio (auto-conceito) e ao mundo que o rodeia, têm de ser alterados para incorporarem a ocorrência do acontecimento extremo e seu significado, tarefa esta que é morosa e implica tempo. Enquanto as informações derivadas do acontecimento stressante não são processadas e integradas, mantêm-se armazenadas num tipo de memória que Horowitz (1979) denomina de memória activa, onde são frequentemente e intensamente representadas e naturalmente comparadas com as informações previamente existentes nos esquemas. A comparação e processamento desta informação de natureza tão discrepante com os esquemas prévios, evoca emoções dolorosas de medo, culpa, raiva ou mágoa. Horowitz (1979) postula a existência de controlos que guiam o processamento de informação. O autor conceptualiza a PTSD como uma perturbação caracterizada por fases de falha de controlo (*undercontrol*) e sobrecontrolo (*overcontrol*). Enquanto o subcontrolo leva à vivência de níveis excessivos de emoção e retraumatização, causando estados intrusivos, o sobrecontrolo interrompe o processo de processamento do evento, levando a pessoa a experimentar estados de negação.

No seu modelo da PTSD, Horowitz (1979) propõe que após o acontecimento traumático ocorre um período de indignação ou cólera

Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicodependentes e não toxicodependentes

Bruno Ricardo Filipe Paixão (e-mail: brunorfpaixao@gmail.com)

(*outcry*) que é seguido por fases de intrusão e negação. Horowitz (1979) realça que as fases de intrusão e negação não seguem um padrão claro, alternando entre si. A fase de negação caracteriza-se pelo evitamento do acontecimento traumático, pelo embotamento emocional e afectivo (*numbing*) e pela amnésia em relação às partes importantes do acontecimento traumático. Destacam-se os sintomas ao nível da percepção e atenção (estados de confusão, desatenção selectiva, incapacidade de apreciar o significado dos estímulos), ao nível da consciência (amnésia completa ou parcial), ao nível do processamento ideacional (perda do sentido da realidade, organização rígida do pensamento, constrição do processo associativo, recurso à fantasia para contrariar a realidade), ao nível emocional (embotamento), ao nível somático (sintomas de tensão-inibição) e ao nível da acção (desde a actividade frenética a comportamentos de retirada). A fase de intrusão caracteriza-se pela repetição intrusiva do acontecimento traumático (através de flashbacks, pesadelos e rumações) e por reacções de medo e ansiedade exagerados. Destacam-se os sintomas ao nível da percepção e atenção (hipervigilância, reacções de susto e perturbações do sono e do sonho), ao nível da consciência (comportamentos e pensamentos intrusivos como ilusões, pseudo-alucinações, pesadelos, rumações e repetições), ao nível do processamento ideacional (sobregeneralização, preocupação e dificuldades de concentração, confusão e desorganização), ao nível emocional (ataques de emocionalidade), ao nível somático (sintomas crónicos de preparação para respostas de luta, fuga ou de exaustão) e ao nível da acção (procura de situações ou pessoas perdidas, repetições compulsivas).

3. Perturbação Pós-Stress Traumático ² (PTSD)

A PTSD foi introduzida pela primeira vez no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III) da *American Psychiatric Association* (APA) em 1980, tendo os seus critérios sido alvo de revisão nas edições subsequentes: DSM-III-R (1987), DSM-IV (1994), e DSM-IV-TR (2000). A PTSD figura também, desde 1992 na Classificação Internacional das Doenças Mentais – 10^o Edição (CID-10), da Organização Mundial de Saúde (O.M.S.; Serra, 2003).

Sumariamente, a PTSD é um transtorno mediado pela ansiedade, caracterizado pela presença de sintomas específicos, que se seguem à exposição a um stressor traumático extremo, ou trauma psicológico (Serra, 2003). Tendo sido inicialmente reconhecido que a PTSD se desenvolvia

²Perturbação Pós-Stress Traumático é, actualmente, uma de entre várias nomenclaturas usadas para designar o quadro nosológico em questão, sendo esta a que figura na tradução portuguesa do DSM-IV-TR (APA, 2002). Em Portugal, as nomenclaturas Distúrbio de Stress Pós-Traumático (DSPT; Serra, 2003) e Perturbação Pós-Traumática do Stress (Albuquerque, Soares, Jesus & Alves, 2003) são também usadas. Na linguagem anglo-saxónica a designação é, segundo a preferência do autor, *Post-Traumatic Stress Disorder* ou *Posttraumatic Stress Disorder*, sendo frequentemente usada a sigla que daí deriva: PTSD (Serra, 2003), que, por facilidade do seu uso, é aplicada neste trabalho.

Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicod dependentes e não toxicod dependentes
Bruno Ricardo Filipe Paixão (e-mail: brunorfpaihao@gmail.com)

após a ocorrência de um único acontecimento traumático, actualmente admite-se que a perturbação surja também em consequência de múltiplos traumas repetidos ao longo da vida (Serra, 2003).

Os sintomas que caracterizam o quadro de PTSD dividem-se em três grupos principais: reexperiência do acontecimento traumático, evitamento persistente de estímulos associados com o trauma e hiperactivação fisiológica, persistente, que não se verificava antes do acontecimento desencadeador ter ocorrido. A presença dos sintomas faz-se sentir por mais de um mês e leva, por sua vez, a dificuldades de adaptação nas diferentes áreas da vida do sujeito (Alberto, 1999; Cardeña, Butler, & Spiegel, 2003; Keane, Zimering, & Kaloupek, 2000; Serra, 2003).

São em seguida apresentados os critérios de diagnóstico para avaliação da PTSD, segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002, p. 467):

- A. A pessoa foi exposta a um acontecimento traumático em que ambas as condições estiveram presentes:
- 1) a pessoa experimentou, observou ou foi confrontada com um acontecimento ou acontecimentos que envolveram ameaça de morte, morte real ou ferimento grave, ou ameaça à integridade física do próprio ou de outros
 - 2) a resposta da pessoa envolve medo intenso, sentimento de falta de ajuda ou horror. **Nota:** em crianças isto pode ser expresso por comportamento agitado ou desorganizado.
- B. O acontecimento traumático é reexperienciado de modo persistente de 1 (ou mais) dos seguintes modos:
- 1) lembranças perturbadoras intrusivas e recorrentes, do acontecimento que incluem imagens, pensamentos ou percepções. **Nota:** em crianças muito novas podem ocorrer brincadeiras repetidas em que os temas ou aspectos do acontecimento traumático são expressos;
 - 2) sonhos perturbadores recorrentes acerca do acontecimento. **Nota:** em crianças podem existir sonhos assustadores sem conteúdo reconhecível;
 - 3) actuar ou sentir como se o acontecimento traumático estivesse a recorrer (inclui a sensação de estar a reviver a experiência, ilusões, alucinações e episódios de flashback dissociativos, incluindo os que ocorrem ao acordar ou quando intoxicado). **Nota:** em crianças podem ocorrer representações de papéis específicos do acontecimento traumático;
 - 4) mal-estar psicológico intenso com a exposição a estímulos internos que simbolizem ou se assemelhem a aspectos do acontecimento traumático.
 - 5) reactividade fisiológica quando exposto a pistas internas ou externas
- C. Evitamento persistente dos estímulos associados com o trauma e embotamento da reactividade geral (ausente antes do trauma), indicada por 3 (ou mais) dos seguintes itens:

- 1) esforços para evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas com o trauma;
 - 2) esforços para evitar actividades, lugares, ou pessoas que desencadeiam lembranças do trauma;
 - 3) incapacidade para lembrar aspectos importantes do trauma;
 - 4) interesse ou participação em actividades significativas fortemente diminuídos;
 - 5) sentir-se desligado ou estranho em relação aos outros;
 - 6) gama de afectos restringida (por exemplo, incapaz de gostar dos outros);
 - 7) expectativas encurtadas em relação ao futuro (por exemplo, não esperar ter uma carreira, casar, ter filhos ou um desenvolvimento normal de vida).
- D. Sintomas persistentes de aumento da activação (ausentes antes do trauma) indicados por 2 (ou mais) dos seguintes itens:
- 1) dificuldade em adormecer ou em permanecer a dormir;
 - 2) irritabilidade ou acessos de cólera;
 - 3) dificuldade de concentração;
 - 4) hipervigilância;
 - 5) resposta de alarme exagerada.
- E. Duração da perturbação (sintomas dos critérios B, C e D) superior a 1 mês.
- F. A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área importante.

Especificar se:

- **Aguda:** se a duração for inferior a 3 meses.
- **Crónica:** se a duração dos sintomas for igual ou superior a 3 meses.
Especificar se:
 - **com Início Dilatado:** se o início dos sintomas ocorrer pelo menos 6 meses depois do acontecimento stressor.

3.1 Acontecimentos traumáticos

A exposição a um acontecimento, ou stressor, traumático extremo, é um critério considerado central para a definição da PTSD, sendo esta uma das poucas perturbações em que um critério que não é um sintoma integra a sua estrutura (neste caso, um acontecimento causal de valor etiológico; Keane, Zimering, & Kaloupek, 2000).

Actualmente existe alguma discussão em torno da definição do que é um acontecimento traumático ou stressor extremo, tal como definido na DSM (Rosen & Lilienfeld, 2008). Aquando da inclusão do diagnóstico de PTSD na DSM-III, considerava-se que um acontecimento seria traumático se causasse sintomas significativos de sofrimento (*distress*) em praticamente

Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicodependentes e não toxicodependentes

Bruno Ricardo Filipe Paixão (e-mail: brunorfpaixao@gmail.com)

qualquer pessoa. Com a DSM-III-R, foi introduzido um elemento adicional – que o acontecimento traumático estaria fora do âmbito da experiência humana normal, isto é, que seria raro (Breslau & Kessler, 2001).

O reconhecimento de que a exposição a acontecimentos potencialmente traumáticos não é algo raro e incomum, levou à redefinição do critério A na DSM-IV, que passou a incluir duas partes. A primeira explicita um conjunto de acontecimentos passíveis de gerar PTSD (experienciados, testemunhados ou dos quais se tomou conhecimento, geralmente associados com morte, ameaça de morte ou ferimento, relativamente ao próprio ou a outros). A segunda parte postula que a vivência do acontecimento deve ser acompanhada de respostas intensas de medo, desespero ou horror – ou comportamento desorganizado em crianças – o que enfatiza a vivência subjectiva do acontecimento pelo sujeito e não tanto o acontecimento em si (Breslau & Kessler, 2001; Cardeña, Butler, & Spiegel, 2003). A reformulação ao longo das várias edições da DSM deste critério, e conseqüente alargamento da sua definição, implica que, actualmente, seja abrangido um maior leque de acontecimentos do que no passado (Axelrod, Grabowski, & Trehwella, 2007; Breslau & Kessler, 2001), fenómeno que McNally (2003) apelida de *conceptual bracket creep* e que o autor considera ser prejudicial para a validade de constructo da PTSD, pela sobreinclusão de eventos considerados traumáticos. Cardeña, Butler e Spiegel (2003), referem ainda que, embora a segunda parte da definição vá de encontro à importância da resposta subjectiva do sujeito, ela foi criada, em parte, por razões forenses (judiciais), mais do que científicas (McFarlane & de Girolano, 1996, *cit in* Cardeña, Butler, & Spiegel, 2003) e não leva em conta o facto de um indivíduo poder apresentar inicialmente respostas de embotamento (*numbing*) e dissociação e não de emoção intensa (Lindemann, 1944; Spiegel & Cardeña, 1991, *cit in* Cardeña, Butler, & Spiegel, 2003).

Adindo à discussão em torno da definição, numerosos estudos apontam também para o desenvolvimento de um conjunto completo sintomas de PTSD, na sequência de acontecimentos que não correspondem ao critério A, tais como problemas conjugais, divórcios, problemas financeiros e relacionados com o emprego, luto, parto, entre outros (Rosen & Lilienfeld, 2008). A este respeito, Serra (2003) salienta que, relativamente à necessidade patente nas diferentes classificações nosológicas (DSM e CID), de que o acontecimento responsável pelo desencadear da PTSD seja de carácter extremo, se deve ter em conta que o julgamento de gravidade extrema é feito, não em função do tipo de acontecimento em si, mas em função da avaliação, significado e impacto que este determina na pessoa (avaliado pelas respostas subjectivas do sujeito de medo, desespero ou horror, ao acontecimento), o que permite compreender a razão de algumas pessoas sentirem certos acontecimentos como traumáticos, mesmo que estes não correspondam àquilo que usualmente se define como traumático.

Mantendo presente as limitações da definição actual de acontecimento traumático e o facto de que uma resposta pós traumática resulta invariavelmente da interacção entre as características de um dado stressor e de um dado indivíduo (Cardeña, Butler, & Spiegel, 2003) analisam-se, em seguida, algumas das dimensões mais salientes do trauma.

Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicod dependentes e não toxicod dependentes

Bruno Ricardo Filipe Paixão (e-mail: brunorfpaihao@gmail.com)

De acordo com Serra (2003), os acontecimentos traumáticos, tal como definidos nas diferentes classificações nosológicas e literatura relevante, apresentam um conjunto de características comuns. Desta forma, acontecimentos traumáticos geralmente constituem-se como uma ameaça para a vida ou segurança da pessoa, de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica; podem ser de curta ou de longa duração; ultrapassam em intensidade as experiências comuns; geram no seu decurso medo, desespero ou horror intensos; são de uma natureza tal que a maioria das pessoas se sentiria perturbada numa situação idêntica; levam ao desenvolvimento de uma reacção de *stress* intenso, devido à percepção por parte do sujeito de não ter recursos (pessoais ou sociais) para lidar com a situação; variam no seu grau de gravidade com o contexto cultural do sujeito, com as mudanças impostas pelo acontecimento e com o grau de afectação que induz em objectivos considerados importantes para este; são perturbadores não só para a vítima, mas também para alguém que testemunhe o evento. Consideraram-se traumáticas situações em que o indivíduo toma conhecimento de morte violenta ou inesperada de alguém ou da ameaça de morte vivida por um familiar ou amigo íntimo. Finalmente, o acontecimento traumático leva à destruição no sujeito da compreensibilidade que este mantinha do meio ambiente e à perda do sentido de predictabilidade e controlabilidade das ocorrências, levando a sentimentos de vulnerabilidade e auto-estima empobrecida.

Tendo em conta as características das experiências traumáticas atrás referidas, o autor apresenta uma classificação, de entre várias possíveis, de acontecimentos traumáticos, que engloba as seguintes categorias: acidentes graves: englobam acidentes em transportes (e.g. colisão de automóvel), colapso de estruturas (e.g. pontes), explosões de gás ou acidentes industriais graves (e.g. fuga de resíduos tóxicos); desastres naturais: englobam, por exemplo, furacões, tornados, incêndios, inundações, tremores de terra ou explosões vulcânicas; agressão criminosa: neste tipo de acontecimentos incluem-se situações como agressões físicas graves (estrangulamento, esfaqueamento, tiro), atentados terroristas ou ameaça com arma e casos de violência interpessoal; exposição a situações de combate no decurso da vida militar: situações em que houve sentimento de ameaça de vida e/ou a contribuição para a morte de outrem; agressão sexual: inclui as situações de violação ou tentativa de violação; abuso sexual: abarca o incesto, estupro ou o contacto sexual com alguém mais velho; abuso físico ou negligência grave na infância: situações em que crianças foram expostas a maus-tratos físicos ou emocionais ou negligência; situações de rapto, prisioneiro de guerra, tortura ou deslocação forçada devido a condições de guerra; testemunhar ou tomar conhecimento de acontecimentos traumáticos: assistir a morte ou acidente grave, ou tomar conhecimento da morte de alguém próximo (Foa, Davidson, & Frances, 1999, *cit. in* Serra, 2003).

A exposição a acontecimentos traumáticos é frequente e, por vezes, o mesmo sujeito é exposto a mais que um acontecimento traumático ao longo da vida (Cardena, Butler, & Spiegel, 2003; Keane, Zimering, & Kaloupek, 2000; Serra, 2003). Estima-se que, nos E.U.A., 75% da população está exposta a, pelo menos, um acontecimento traumático ao longo da vida

Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicod dependentes e não toxicod dependentes

Bruno Ricardo Filipe Paixão (e-mail: brunorfpaixao@gmail.com)

(Green, 1995, *cit. in* Serra, 2003, Meichenbaum, 1994). Entre os acontecimentos mais prevalentes encontram-se a observação de maus-tratos ou de morte, o envolvimento num desastre natural e a vivência de um acidente ameaçador para a própria vida. Nas mulheres, encontra-se um grau de exposição mais elevado que nos homens a situações de violação, abuso sexual, negligência por parte dos pais e abuso físico na infância. No caso contrário, os homens parecem estar mais expostos que as mulheres a agressões físicas, experiência de combate, ameaça com armas e cativo ou raptado (Kessler, 1999, *cit. in* Serra, 2003).

Na população portuguesa, Albuquerque, Soares, Jesus e Alves (2003) encontraram valores de exposição a um acontecimento traumático ao longo da vida similares aos já referidos para a população norte-americana (75%), sendo a taxa de exposição a mais que um acontecimento traumático na ordem dos 43,5%. As situações traumáticas mais referidas foram “Morte violenta de familiar ou amigo” (29,3%), seguindo-se “Roubo ou assalto” (22,7%) e “Testemunha de acidente grave ou morte” (22,2%).

É de notar, no entanto, que, apesar dos valores consideráveis de exposição a acontecimentos traumáticos encontrados, nem todos os indivíduos desenvolvem PTSD após um acontecimento traumático (Keane, Zimering, & Kaloupek, 2000; Serra, 2003; Meichenbaum, 1994). Algumas pessoas confrontadas com acontecimentos traumáticos não desenvolvem qualquer sintomatologia. Outras desenvolvem perturbações depressivas, de ansiedade ou mesmo psicóticas. São também referidas mudanças negativas e permanentes ao nível da personalidade como consequência da vivência de acontecimentos traumáticos (Serra, 2003). Conversamente, tem sido proposto que a ocorrência de uma experiência traumática se pode constituir como factor de crescimento e amadurecimento psicológico (Serra, 2003).

A respeito dos quadros psicopatológicos que se podem gerar na sequência da vivência de um acontecimento traumático Serra (2003), seguindo a CID-10 (OMS, 1992), destaca as seguintes perturbações: Reacção aguda de *stress*, Transtornos do ajustamento, Reacção depressiva breve, Reacção depressiva prolongada, Reacção mista de ansiedade e depressão, Reacção com um transtorno predominante de outras emoções, Reacção com um transtorno predominante do comportamento, Reacção com um transtorno misto de emoções e de comportamento, Reacção com o domínio de outros sintomas específicos (e.g. Transtornos psicóticos), Outras reacções perante o *stress* grave, Reacção perante o *stress* grave, não especificada (e.g. Distúrbio de *stress* pós-traumático complexo).

Ainda neste contexto, é relevante referir que, actualmente, a investigação aponta que a PTSD abarca apenas uma faixa restrita da psicopatologia pós-traumática (van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday, & Spinazzola, 2005). A investigação mostra que histórias de vitimização interpessoal, vivência de múltiplos eventos traumáticos e exposição traumática prolongada estão ligados a uma constelação de sintomas que não são abordados na PTSD (Roth, Newman, Pelcovitz, van der Kolk, & Mandel, 1997). O grupo de sintomas identificado inclui alterações em seis áreas chave do funcionamento do sujeito, a saber: regulação afectiva e dos impulsos; atenção e estado de consciência; auto-percepção; relação com os

Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicod dependentes e não toxicod dependentes

Bruno Ricardo Filipe Paixão (e-mail: brunorfpaiiao@gmail.com)

outros; somatização; e sistemas de significado (Luxenberg, Spinazzola, & van der Kolk, 2001). A este conjunto de sintomas têm-se atribuído várias designações, tais como *Disorders of Extreme Stress not Otherwise Specified* (DESNOS; Pelcovitz et al., 1997) ou PTSD Complexa (*CPTSD*; Herman, 1992). Embora não reconhecida como entidade nosológica oficial, a constelação de sintomas foi incluída na DSM-IV (APA, 1994), na secção características associadas do diagnóstico de PTSD³. Reflectindo a mesma preocupação, a CID-10 (OMS, 1992) inclui a categoria Modificação duradoura da personalidade após uma experiência catastrófica (Luxenberg, Spinazzola, & van der Kolk, 2001).

3.2 Estudos epidemiológicos da PTSD

Vários estudos epidemiológicos, realizados em anos recentes, têm providenciado informações relativas à prevalência da PTSD, quer na população geral, quer em grupos específicos. Os resultados obtidos nesses estudos variam com factores como os critérios de diagnóstico usados, as características das amostras e o processo de avaliação (Creamer, Burgess, & McFarlane, 2001; Serra, 2003).

Alguns estudos conduzidos na população geral avaliaram a prevalência da PTSD *ao longo da vida*. Entre estes pode referir-se o *Epidemiologic Catchment Area (ECA) Program*, onde se encontraram valores relativamente baixos de prevalência desta entidade clínica, entre 1 e 1.3% (Helzer, Robins, & McEvoy, 1987; Davidson et al., 1991, *cit. in* Serra, 2003). Estudos posteriores, contudo, têm encontrado prevalências mais elevadas: num estudo com jovens adultos, Breslau, Davis, Andreski, & Peterson, 1991, *cit. in* Creamer, Burgess & McFarlane, 2001) encontraram valores de prevalência *ao longo da vida* de 11% em mulheres e 6% em homens. Similarmente, 12% dos respondentes, numa amostra representativa de mulheres nos EUA, mostraram ter um diagnóstico de PTSD ao longo da vida (Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders, & Best, 1993, *cit. in* Creamer, Burgess, & McFarlane, 2001). Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes e Nelson (1995), num estudo de larga escala, também conduzido nos EUA (o *National Comorbidity Survey - NCS*), numa amostra da população geral, encontraram uma prevalência de PTSD *ao longo da vida* de 7.8%, sendo a taxa no sexo feminino (10.4%) o dobro da registada no sexo masculino (5%). Estudos posteriores, em que foi apreciada a prevalência *actual* de PTSD, encontraram valores de 2.7% em mulheres e 1.2% em homens, numa amostra retirada da população canadiana (Stein, Walker, Hazen, & Forde, 1997) e 2.2% em mulheres e 1% em homens, numa amostra de jovens alemães (de idades compreendidas entre os 14 e os 24 anos; Perkonig, Kessler, Storz, & Wittchen, 2000, *cit. in* Creamer, Burgess, & McFarlane,

³ “modulação dos afectos deteriorada; comportamento impulsivo e autodestrutivo; sintomas dissociativos; queixas somáticas; sentimentos de ineficácia pessoal, culpa, desespero ou falta de esperança; sentimento de estar permanentemente diminuído; perda das crenças anteriormente sustidas; hostilidade; isolamento social; sentimento de ameaça constante; deficiência nos relacionamentos com os outros; ou uma alteração nas características prévias da personalidade” (APA, 1994, p. 437)

Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicod dependentes e não toxicod dependentes

Bruno Ricardo Filipe Paixão (e-mail: brunoripaixao@gmail.com)

2001). Num estudo realizado na Austrália, com o intento de obter informações comparáveis ao NCS americano, Creamer, Burgess e McFarlane (2001), encontraram uma prevalência de PTSD a 12 meses de 1.33%. Mais recentemente, em 2003, num estudo com uma amostra retirada da população mexicana, Norris e colaboradores (2003), deram conta de uma prevalência *ao longo da vida* de 11.2%. Em Portugal, o primeiro estudo epidemiológico sobre a PTSD na população adulta (com idade superior a 18 anos), foi conduzido por Albuquerque e colaboradores, também em 2003, evidenciando uma taxa de ocorrência de PTSD para a *totalidade da vida* de 7.87%, e uma taxa de ocorrência de PTSD *presente na data de resposta do questionário* de 5.3%.

Estudos com amostras de sujeitos que tiveram experiência militar, especialmente aqueles que enfrentaram situações de combate, têm revelado valores de PTSD relativamente elevados (Serra, 2003). Um dos estudos mais representativos, com recurso a uma amostra de veteranos da guerra do Vietname, o *National Vietnam Veterans' Readjustment Study* (NVVRS; Kulka et. al., 1990, cit. in Price, 2007), mostrou que, dos veteranos que estiveram no teatro de Guerra (Vietname, Laos ou Camboja), 15.2% dos homens e 8.5% das mulheres tinha, *na altura do estudo*, diagnóstico de PTSD e que 30% dos homens e 26.9% das mulheres tinha sofrido de PTSD pelo menos uma vez *ao longo da vida*.

Em Portugal, Maia, McIntyre, Pereira e Fernandes (2006), estimam que cerca de um milhão de soldados portugueses estiveram envolvidos em operações de combate em Angola, Moçambique e Guiné e encontraram, num estudo efectuado na Universidade do Minho com ex-combatentes da guerra colonial, não obstante algumas limitações metodológicas, que 39% dos sujeitos relatava sintomas suficientes para preencher o diagnóstico de PTSD, sendo que a média de sintomas relatados era de 6.9 (numa escala de 17).

Ainda relativamente à população portuguesa, num estudo realizado com vítimas de maltrato infantil, Alberto (1999), constatou que 23.33% dos sujeitos vítimas de maltrato apresentavam diagnóstico de PTSD, com uma média de total de sintomas na ordem dos 6.34, comparativamente a um grupo controlo, que não registou qualquer diagnóstico de PTSD e ausência de sintomatologia. Verificou, ainda, que sujeitos vítimas de maltrato com diagnóstico de PTSD apresentavam diferenças significativas em relação aqueles que não possuíam os critérios para a perturbação, revelando valores mais baixos de auto-conceito e valores mais altos de ansiedade, depressão e locus de controle externo.

Mais recentemente, um estudo com vítimas de acidentes de viação (Pires, 2005), permitiu concluir que a prevalência de PTSD nestes sujeitos não é rara. A autora encontrou que 54.8% dos participantes na primeira avaliação e 30.9% na segunda apresentavam sintomas compatíveis com o diagnóstico de PTSD. Cerca de 31% dos participantes que na primeira avaliação tinham sintomas da perturbação deixaram de os apresentar na segunda. Daqueles que inicialmente não apresentavam os sintomas de PTSD (45.2%) cerca de 7.1% passaram a apresentar esses sintomas na segunda avaliação.

No mesmo sentido, outro estudo avaliou o impacto psicológico da Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicod dependentes e não toxicod dependentes

exposição a eventos de morte e danos físicos numa amostra de 189 bombeiros (Moreira, 2005), verificando-se que 7.4% da amostra apresentava sintomas compatíveis com o diagnóstico de PTSD e que os sintomas perturbadores relacionados com o trauma continuavam a ser experienciados por percentagens significativas de sujeitos, independentemente do tempo decorrido desde a exposição ao acontecimento traumático e/ou à presença (ou não) de PTSD.

4. PTSD e psicopatologia

As taxas de comorbilidade na PTSD são elevadas. Estudos com veteranos do Vietname mostram que 99% daqueles com PTSD crónica possuíam os critérios de diagnóstico para, pelo menos, outra perturbação, comparativamente com, apenas, 41% daqueles sem PTSD. As perturbações co-mórbidas mais prevalentes encontradas foram abuso ou dependência de substâncias (75%), perturbação de ansiedade generalizada (44%) e depressão major (20%) (Kulka et al., 1990, *cit. in* Creamer, Burgess, & McFarlane, 2001). Num estudo com uma amostra de sujeitos não veteranos, 83% dos sujeitos com PTSD apresentavam comorbilidade com, pelo menos, outra perturbação psiquiátrica, comparativamente com, apenas, 44% dos sujeitos sem PTSD. As perturbações co-mórbidas mais comuns eram abuso ou dependência de substâncias (43%), depressão major (37%) e agorafobia (22%; Breslau et al., 1991, *cit. in* Creamer, Burgess, & McFarlane, 2001). Taxas de comorbilidade entre os 62% e os 92% foram também encontradas em estudos conduzidos na população geral (Shore, Vollmer, & Tatum, 1989; Davidson, Hughes, Blazer, & George, 1991, *cit. in* Kessler et al., 1995).

Num dos maiores estudos de comorbilidade realizado nos EUA, o já mencionado NCS, verificou-se que 88.3% dos homens e 79% das mulheres com um diagnóstico de PTSD ao longo da vida, apresentavam critérios para a presença de, pelo menos, uma outra perturbação psiquiátrica ao longo da vida. Entre as mais frequentes encontraram-se as perturbações afectivas, da ansiedade e o abuso de substâncias (Kessler et al., 1995).

Num estudo recente, com a população australiana (Creamer, Burgess, & McFarlane, 2001), verificou-se que cerca de 85% dos homens e 79% das mulheres com PTSD apresentavam os critérios para uma perturbação do Eixo I, nos 12 meses anteriores à avaliação e que mais de 60% dos homens e praticamente 50% das mulheres cumpriam os critérios para dois ou mais diagnósticos do mesmo Eixo I.

No que respeita à comorbilidade entre PTSD e perturbações do Eixo II, Perturbações da Personalidade (PP), um estudo com 107 veteranos de guerra, diagnosticados com PTSD, revelou que 79.4% dos sujeitos possuíam pelos menos um diagnóstico de PP (Bollinger, Riggs, Blake, & Ruzek, 2000). De entre os diagnósticos de PP mais frequentes destacam-se a PP Evitante (47.2%), a PP Paranóide (46.2%), a PP Obsessivo-Compulsiva (28.3%) e a PP Anti-social (15.1%). Por outro lado, um estudo com sujeitos previamente diagnosticados com diferentes PP, encontrou uma prevalência de PTSD *ao longo da vida*, para o total da amostra, na ordem dos 17.8%. A PTSD era mais comum nos sujeitos com PP Paranóide (29%) e PP

Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicod dependentes e não toxicod dependentes

Bruno Ricardo Filipe Paixão (e-mail: brunorfpaixao@gmail.com)

Borderline (25%), variando os restantes tipos de PP entre os 18% e os 14% de sujeitos com os dois diagnósticos (Golier et al., 2003).

Uma especial atenção tem sido dada à relação entre PTSD e Perturbação Borderline ou Estado Limite da Personalidade. Efectivamente, alguns estudos têm demonstrado que pacientes com PP Borderline apresentam mais antecedentes de trauma ao longo da vida (Golier et al., 2003), particularmente trauma infantil (abuso físico e sexual e testemunho de violência familiar; Herman, Perry, & van der Kolk, 1989), e taxas consideravelmente elevadas de co-ocorrência de PTSD, na ordem dos 55.9%⁴ (Zanarini et al., 1998).

Num estudo realizado com uma amostra com 4 grupos de PP (Yen et al., 2002), verificou-se que 36% dos sujeitos cumpriam os critérios para PTSD ao longo da vida. Desses, foram os sujeitos com PP Borderline que reportaram as taxas mais altas de PTSD (51%), comparativamente com todos os outros grupos de PP. Também foram os participantes com PP Borderline que relataram maior taxa de exposição traumática, com destaque para os traumas sexuais, incluindo abuso sexual infantil, o que vai de encontro à hipótese de existir uma relação específica entre abuso sexual infantil e PP Borderline. Foi ainda nas PP mais severas (PP esquizotípica e PP Borderline) que se encontraram mais tipos de exposição traumática e taxas mais elevadas de ataques físicos (na infância e na idade adulta), o que indica uma ligação entre a severidade da PP e a severidade da exposição traumática (traumas mais precoces, ligados à agressão, de natureza interpessoal e de tipos mais variados).

5. PTSD e Toxicodependência

5.1 Toxicodependência

A definição de toxicodependência é algo complexo e variável, uma vez que o termo é passível de várias abordagens (biológica, social, psicológica) e múltiplos pontos de vista (jurídico-legal, médico, psicossocial, sócio cultural; Nowlis, 1979).

Actualmente a *American Psychiatric Association*, apresenta no seu DSM-V-TR (2002) a categoria Perturbações Relacionadas com Substâncias, que se caracteriza por um conjunto de perturbações causadas pelos efeitos de substâncias, onde está contida a categoria Perturbações pela Utilização de Substâncias que inclui as categorias Abuso de substâncias e Dependência de

⁴ Algumas explicações são avançadas para as altas taxas de comorbilidade entre PTSD e PP Borderline. Gunderson and Sabo (1993, *cit. in* Axelrod, Morgan III, & Southwick, 2005) sugerem que indivíduos com PP Borderline, em virtude dos pobres recursos que apresentam para lidar com acontecimentos traumáticos, são mais vulneráveis ao desenvolvimento de PTSD. Herman e van der Kolk (1987, *cit. in* Axelrod, Morgan III, & Southwick, 2005) vêem a PP Borderline como uma perturbação relacionada com o stress, derivada de mudanças duradouras na personalidade causadas por experiências traumáticas na infância (e.g. abuso sexual infantil). Outra hipótese, avança que a PP Borderline se pode desenvolver como resposta à vivência dos sintomas de PTSD e não ao trauma em si (Southwick, Yehuda, & Giller, 1993, *cit. in* Axelrod, Morgan III, & Southwick, 2005).

Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicodependentes e não toxicodependentes

substâncias.

Abuso de substâncias é definido pela *American Psychological Association* (2007) como um padrão de uso de substâncias manifestado por consequências adversas, significativas e recorrentes, relacionadas com a ingestão repetida de uma substância. A Dependência de substâncias, por sua vez, é definida como um cluster de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, indicativos do uso continuado de uma substância, apesar dos problemas significativos associados a este uso continuado. Existe um padrão de ingestão repetida, que resulta em tolerância, sintomas de abstinência, em caso de suspensão do consumo, e uma tendência incontrolável (*uncontrollable drive*) para continuar a consumir. Caso se verifiquem as duas situações, o diagnóstico de dependência de substâncias prevalece (*American Psychological Association*, 2007).

5.2 Comorbilidade entre PTSD e Toxicodependência

Como já referido, indivíduos com PTSD revelam elevadas taxas de comorbilidade psiquiátrica. De entre as perturbações co-mórbidas mais comuns destacam-se as perturbações ligadas ao abuso e dependência de substâncias (drogas e álcool; Jacobsen, Southwick, & Kosten, 2001, Meisler, 1996). É de referir que a co-ocorrência de toxicodependência e PTSD se encontra associada a maiores taxas de co-morbilidade com perturbações do eixo I e II, mais problemas médicos e psicossociais, mais tratamentos para a toxicodependência (álcool e drogas) e recaídas para o consumo, comparativamente com pacientes toxicodependentes sem PTSD. Acrescenta-se que pacientes com PTSD e com uma perturbação de uso de substâncias tendem a sofrer de sintomas de PTSD mais severos, particularmente sintomas dos grupos evitamento e activação, comparados com sujeitos apenas com PTSD (Jacobsen, Southwick, & Kosten, 2001).

5.2.1 Estudos de prevalência de perturbações pelo uso de substâncias em pacientes em tratamento para a PTSD

Estudos com veteranos do Vietname em tratamento para a PTSD revelam que entre 60 a 80% dos indivíduos com este diagnóstico também possuem os critérios para perturbação actual de abuso de álcool e/ou drogas (Keane et al., 1988 *cit. in* Meisler, 1996). Kulka et al. (1990, *cit. in* Meisler, 1996), usando os dados do NVVRS, relataram que 73% dos veteranos do Vietname com PTSD possuíam os critérios para abuso ou dependência de álcool ao longo da vida. Numa amostra de pacientes de PTSD, Boudewyns et al. (1991, *cit. in* Meisler, 1996), encontraram que 91% dos sujeitos apresentava critérios para uma perturbação pelo uso de substâncias ao longo da vida. Fontana e colaboradores (1995, *cit. in* Meisler, 1996), num estudo de larga escala, também com veteranos, reportaram que 44% da sua amostra apresentava os critérios para abuso/dependência de álcool e 22% para abuso/dependência de drogas.

Estudando a população civil, Kessler e colaboradores (1995), no já referido NCS americano, encontraram que 52% dos homens e 28% das

Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicodependentes e não toxicodependentes

Bruno Ricardo Filipe Paixão (e-mail: brunorfpaihao@gmail.com)

mulheres com PTSD também possuíam os critérios para abuso ou dependência de álcool ao longo da vida. Para o abuso de drogas, os valores encontrados foram de 35% e 27%, respectivamente.

Em suma, os dados apontam consistentemente para uma elevada prevalência de perturbações pelo uso de substâncias em indivíduos com o diagnóstico de PTSD.

5.2.2 Estudos de prevalência de trauma e PTSD em pacientes toxicod dependentes em tratamento

Estes estudos incidiram principalmente em populações civis, ao contrário dos anteriores, que examinavam amostras de indivíduos expostos a situações de combate, tornando a sua comparação difícil.

Brown e colaboradores (1995, *cit. in* Meisler, 1996), num estudo com 84 sujeitos em tratamento para o abuso de substâncias encontraram que 43% das mulheres e 12% dos homens tinham PTSD, sendo que as mulheres apresentavam uma média de 2.1 traumas ao longo da vida, enquanto os homens apresentavam uma média de 1.1 traumas. Fullilove e colaboradores (1993, *cit. in* Meisler, 1996), num estudo apenas com mulheres toxicod dependentes, encontraram que estas relatavam uma média de cinco experiências traumáticas ao longo da vida e uma prevalência de PTSD na ordem dos 59%. Cottler (1992, *cit. in* Meisler, 1996), encontrou que sujeitos consumidores apresentam mais experiências traumáticas que não consumidores. Neste caso, os consumidores de substâncias “pesadas” (heroína e cocaína) eram aqueles que relatavam maior prevalência de traumas, manifestando 19% destes um diagnóstico positivo de PTSD.

Num estudo conduzido numa amostra de sujeitos afro-americanos tratados para a toxicod dependência (Johnson, Striley, & Cottler, 2006), verificou-se que mais de 40% destes indivíduos tinham experimentado um acontecimento traumático (de acordo com os critérios da DSM-III-R), de entre os quais 44% tinham desenvolvido PTSD.

Num estudo recente, levado a cabo no Reino Unido, que investigou a prevalência de PTSD co-mórbida numa população de pacientes toxicod dependentes em tratamento, 94% dos sujeitos relataram terem experimentado uma ou mais experiências traumáticas, 38.5% dos sujeitos apresentaram critérios para o diagnóstico actual de PTSD e 51.9% para PTSD ao longo da vida (Reynolds et al., 2005).

Em estudos com consumidores de substâncias específicas, nomeadamente cocaína e heroína, encontrou-se que, numa amostra de 122 cocainómanos, a média de acontecimentos traumáticos relatados era de 5.7 e que 20.5% dos sujeitos apresentava diagnóstico actual de PTSD (30.2% para as mulheres e 15.2% para os homens) (Najavits et al., 1998). Por sua vez, numa amostra de 615 heroinómanos (Mills, Lynskey, Teesson, Ross, & Darke, 2005), observou-se que, do total destes sujeitos, 92% (93% dos homens e 89% das mulheres) apresentavam exposição a acontecimentos traumáticos e 41% (61% dos homens e 37% das mulheres) possuíam critérios para o diagnóstico de PTSD ao longo da vida. Finalmente, num outro estudo mais actual e estatística e metodologicamente mais rigoroso

Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicod dependentes e não toxicod dependentes

Bruno Ricardo Filipe Paixão (e-mail: brunorfpaihao@gmail.com)

(Mills, Teesson, Ross, & Peters, 2006), realizado numa amostra representativa da população australiana, verificou-se a existência de relações entre as duas perturbações, isto é, uma alta taxa de co-morbilidade entre as perturbações pelo abuso de substâncias e PTSD, embora esta condição fosse encontrada apenas numa minoria da população. Constatou-se, ainda, que aproximadamente um terço dos sujeitos com PTSD apresentava uma perturbação pelo abuso de substâncias (sendo a mais comum o abuso ou dependência de álcool), enquanto que 5.9% dos sujeitos com uma perturbação pelo abuso de substâncias apresentava PTSD (Mills, Teesson, Ross, & Peters, 2006).

Fica assim realçada, pelos dados apresentados, a elevada prevalência de exposição traumática e PTSD na população toxicodependente.

5.3 Relações teóricas entre PTSD e toxicodependência

Reconhecendo a elevada comorbilidade entre PTSD e toxicodependência, três grandes hipóteses causais são avançadas para explicar esta relação (Chilcoat & Breslau, 1998). A primeira, designada hipótese da auto-medicação (*self-medication hypothesis*), propõe que o desenvolvimento da PTSD, na sequência de um acontecimento traumático, tem uma influência causal no desenvolvimento subsequente da toxicodependência. Admite-se que as substâncias psicoactivas sejam usadas com o intuito de aliviar o sofrimento gerado pelos sintomas de PTSD, especialmente os de hiperactivação e reexperiência (Chilcoat & Breslau, 1998). Esta é a hipótese que tem recebido mais apoio empírico, na medida em que a maior parte dos estudos revelam que a exposição a acontecimentos traumáticos e o aparecimento de sintomas de PTSD tendem a preceder, mais do que seguir, o desenvolvimento da toxicodependência (Stewart, Pihl, Conrod, & Dongier, 1998).

Duas explicações alternativas são apresentadas para fundamentar uma segunda hipótese, na qual o papel de agente causal é atribuído à toxicodependência (abuso ou dependência de drogas). A primeira destas, denominada hipótese de alto risco (*high-risk hypothesis*), prevê que o uso de drogas se enquadra numa constelação mais abrangente de comportamentos de alto risco associados à toxicodependência que, por sua vez, aumentam o risco de exposição a acontecimentos traumáticos, o que indirectamente leva à acrescida probabilidade de desenvolver PTSD (Chilcoat & Breslau, 1998; Stewart, Pihl, Conrod, & Dongier, 1998). Uma segunda explicação, denominada hipótese da susceptibilidade (*susceptibility hypothesis*), sugere que sujeitos toxicodependentes são mais susceptíveis de desenvolverem PTSD na sequência da exposição a um acontecimento traumático. Os mecanismos que se pensa poderem aumentar esta susceptibilidade vão desde falhas no desenvolvimento de estratégias de *coping* eficazes para lidar com o *stress* a mudanças nos sistemas neuroquímicos do cérebro devido ao abuso de drogas (Chilcoat & Breslau, 1998). Propõe-se, adicionalmente, que o abuso crónico de substâncias possa aumentar os níveis de ansiedade e activação, induzindo estados de hiperactivação nos quais o indivíduo pode ficar mais vulnerável ao desenvolvimento de PTSD, após exposição a um

Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicodependentes e não toxicodependentes

Bruno Ricardo Filipe Paixão (e-mail: brunorfpaixao@gmail.com)

acontecimento traumático (Stewart, Pihl, Conrod, & Dongier, 1998).

Finalmente, a terceira alternativa propõe que possa, de facto, não existir uma causalidade directa entre PTSD e perturbações pelo uso de substâncias e que ambas tenham origem num terceiro factor. Por exemplo, investigações mostram que a presença de problemas de conduta aumentam a probabilidade de toxicodependência, exposição a trauma e PTSD. Adicionalmente advoga-se a partilha de causas genéticas ou neurofisiológicas comuns na origem das duas perturbações (Chilcoat & Breslau, 1998).

Stewart, Pihl, Conrod e Dongier (1998), apresentam ainda outras duas possíveis explicações para a ligação entre PTSD e toxicodependência. Uma, explicita que o abuso de substâncias pode exacerbar ou prolongar os sintomas de PTSD, evitando a habituação às memórias traumáticas ou interferindo com o processo de elaboração da experiência traumática. Outra, dada a similaridade entre os sintomas de PTSD e os de abstinência (*withdrawal*), prevê que sujeitos com PTSD possam interpretar erroneamente sinais de abstinência como sinais de ansiedade, ou que estes lhes sirvam como estímulos evocadores da experiência traumática, resultando num incremento da activação fisiológica, motivando desta forma o continuado consumo de substâncias.

Estudos orientados para a análise das relações entre as duas perturbações, concluíram que sujeitos toxicodependentes em tratamento com PTSD apresentavam piores resultados quando não havia remissão da PTSD no decorrer do tratamento, do que aqueles em que a remissão ocorria (Reada, Brownb, & Kahler, 2004). Questionados sobre a relação entre as duas perturbações, sujeitos com duplo diagnóstico (PTSD e abuso e/ou dependência de substâncias), evidenciaram a crença de que as duas perturbações estavam funcionalmente ligadas e que se uma delas piorava ou melhorava a outra também piorava ou melhorava (Brown, Stout, & Gannon-Rowley, 1998).

Stewart, Pihl, Conrod e Dongier (1998), advertem que a pesquisa futura dificilmente suportará trajectos unidireccionais para explicar a elevada co-morbilidade entre PTSD e toxicodependência e esclarecem que, muito provavelmente, quando ambas as perturbações se estabelecem, um ciclo vicioso instala-se, onde uma perturbação serve para sustentar a outra.

II - Objectivos

Com o presente trabalho pretende-se, num primeiro momento, avaliar as diferenças, ao nível de um conjunto de variáveis relacionadas com exposição traumática e PTSD, entre dois grupos - um toxicodependente (n_t) e outro de comparação (n_c) - bem como analisar as diferenças ao nível da psicopatologia em função da exposição a um acontecimento traumático extremo e da presença de diagnóstico de PTSD. Num segundo momento, dirigindo a análise apenas ao grupo n_t , pretende-se explorar o impacto de algumas variáveis sociodemográficas sobre as variáveis associadas à exposição traumática e PTSD bem como as relações entre estas últimas e os

Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicodependentes e não toxicodependentes

Bruno Ricardo Filipe Paixão (e-mail: brunorfpaixao@gmail.com)

diferentes índices de psicopatologia.

As variáveis estudadas foram operacionalizadas do seguinte modo:

- A variável *exposição a acontecimentos de vida potencialmente traumáticos* foi operacionalizada considerando a pontuação total obtida na Lista de Acontecimentos de Vida (LAV)⁵.

A *variável exposição a um acontecimento traumático extremo* foi operacionalizada considerando o critério A da PTSD tal como definido pela DSM-IV-TR (APA, 2002). Este critério exigiu a análise das descrições dos acontecimentos evocados como mais graves ou mais perturbadores, a fim de determinar a sua elegibilidade a acontecimento traumático extremo. Esta análise resultou na criação de 3 categorias de acontecimentos: 1) Acontecimento traumático extremo (tal como definido pelo critério A da PTSD); 2) Soube da morte/*stress* continuado; e 3) Indefinido/informação insuficiente. Enquanto a primeira categoria engloba os acontecimentos que se enquadram na definição proposta pela DSM-IV-TR (APA, 2002) de stressor extremo, a segunda inclui aqueles acontecimentos que sendo traumáticos não cumprem os critérios. Tratam-se de situações de tomada de conhecimento da morte de outrem, porém sem ser de forma inesperada ou violenta, ou de situações de exposição prolongada a determinados stressores. A última engloba os acontecimentos que, pela escassez de informação, não puderam ser classificados em nenhuma das anteriores categorias ou numa categoria diferente mais específica. Considera-se que um sujeito foi exposto, ou que relatou um acontecimento traumático extremo, quando a descrição se inclui na primeira categoria definida.

A presença de *diagnóstico de PTSD* é inferida com base nos critérios da PTSD definidos pela DSM-VR-TR (APA, 2002) e verificados com a Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático (EARAT).

Finalmente, os índices de psicopatologia foram operacionalizados considerando o Brief Symptom Inventory (BSI) e a forma reduzida do *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (Mini-Mult).

Considerando os objectivos antes apresentados e a referida operacionalização das variáveis, o trabalho a seguir apresentado centra-se nas seguintes hipóteses:

H1: o grupo n_t e o grupo n_c diferem quanto às variáveis relacionadas com exposição traumática e PTSD (exposição a acontecimentos de vida potencialmente traumáticos, exposição a um acontecimento traumático extremo - tal como definido pelo critério A da PTSD -, presença de diagnóstico de PTSD e sintomatologia de PTSD);

H2: as variáveis exposição a um acontecimento traumático extremo (tal como definido pelo critério A da PTSD) e diagnóstico de PTSD associam-se a diferentes níveis de psicopatologia geral e da personalidade nos dois grupos em estudo;

H3: ao nível do grupo n_t , existe um impacto das variáveis sociodemográficas (género, idade, habilitações literárias e situação laboral

⁵ Os instrumentos aqui brevemente referidos serão apresentados mais extensamente no ponto 2 deste trabalho.

actual), nas variáveis relacionadas com exposição traumática e PTSD (exposição a acontecimentos de vida potencialmente traumáticos, exposição a um acontecimento traumático extremo, tal como definido pelo critério A da PTSD, presença de diagnóstico de PTSD e sintomatologia de PTSD);

H4: no grupo n_t os índices de psicopatologia variam em função das variáveis relacionadas com exposição traumática e PTSD (exposição a acontecimentos de vida potencialmente traumáticos, exposição a um acontecimento traumático extremo, tal como definido pelo critério A da PTSD, presença de diagnóstico de PTSD e sintomatologia de PTSD).

III - Metodologia

1. Amostra

A amostra em estudo é constituída na sua totalidade por 80 sujeitos ($N=80$) dividida em dois grupos: (1º) o grupo toxicodependente ($n_t=40$) é constituído por sujeitos recrutados por conveniência em diversas instituições de tratamento da toxicoddependência; (2º) o grupo de comparação ($n_c=40$) é constituído por sujeitos recrutados aleatoriamente na população geral, particularmente entre alunos universitários. A caracterização sociodemográfica dos grupos n_t e n_c , relativamente às variáveis género, idade, estado civil, habilitações literárias e situação laboral actual é apresentada nas tabelas 1 e 2, respectivamente.

Tabela 1. Características sociodemográficas do grupo toxicodependente ($n_t=40$)

		n	%
Género	Masculino	23	57.5
	Feminino	17	42.5
Idade	Mínimo	20	
	Máximo	62	
	Média	34.65	
	Desvio Padrão	8.46	
Estado Civil	Solteiro	22	55
	Casado/união de facto	12	30
	Viúvo	1	2.5
	Divorciado/Separado	5	12.5
Habilitações Literárias	Nunca foi à escola	0	0
	1ºciclo	3	7.5
	2ºciclo	6	15
	3ºciclo	15	37.5
	Secundário incompleto	6	15
	Secundário	8	20
	Ensino superior	2	5
Situação Laboral Actual	Outros		
	Estudante	3	7.5
	Empregado	17	42.5
	Desempregado	20	50
	Formação profissional	0	0

Outro	0	0
-------	---	---

Tabela 2. Características sociodemográficas do grupo de comparação (n_c=40)

		n	%
Género	Masculino	18	45
	Feminino	22	55
Idade	Mínimo	18	
	Máximo	46	
	Média	24.68	
	Desvio Padrão	5.27	
Estado Civil	Solteiro	37	92.5
	Casado/união de facto	3	7.5
	Viúvo	0	0
	Divorciado/Separado	0	0
Habilitações Literárias	Nunca foi à escola	0	0
	1ºciclo	0	0
	2ºciclo	0	0
	3ºciclo	0	0
	Secundário incompleto	0	0
	Secundário	3	7.5
	Ensino superior	37	92.5
Situação Laboral Actual	Estudante	29	72.5
	Empregado	8	20
	Desempregado	2	5
	Formação profissional	1	2.5
	Outro	0	0

Analisando os dados obtidos verifica-se que os grupos apresentam algumas diferenças em termos sociodemográficos. No que respeita ao género observa-se uma pequena inversão da predominância de um dos sexos em cada um dos grupos. Relativamente à idade, verifica-se uma certa discrepância entre os dois grupos, já que o grupo n_i apresenta uma média de idades 10 anos superior. Quanto ao estado civil, os solteiros são dominantes nos dois grupos, contudo o grupo n_i apresenta mais sujeitos distribuídos pelas restantes categorias, o que pode ser explicado pelo facto de o grupo n_c ser maioritariamente constituído por indivíduos mais novos. Relativamente às habilitações literárias, enquanto no grupo n_i o grau de ensino mais frequente é o 9º ano (equivalente ao 3º ciclo; 37.5%), no grupo n_c a larga maioria dos sujeitos frequenta o ensino superior (92.5%). Quanto ao estado laboral actual, a maioria dos sujeitos do grupo n_i encontra-se desempregado (20) ou empregado (17), contra aquilo que se observa no grupo n_c, constituído maioritariamente por sujeitos estudantes.

Relativamente ao grupo n_i, são apresentados na Tabela 3 os dados relativos ao consumo de substâncias. Verifica-se que, das categorias de drogas consumidas, a cocaína, a heroína e os derivados da cannabis representam, no seu conjunto, cerca de 60% dos consumos, sendo que 97.5% dos sujeitos referiu já ter consumido cocaína, 92.5% dos sujeitos referiu já

Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicod dependentes e não toxicod dependentes

Bruno Ricardo Filipe Paixão (e-mail: brunorfpaihao@gmail.com)

ter consumido heroína e uma igual percentagem referiu ter consumido algum derivado da cannabis. Constatou-se, também, que 97.5% dos sujeitos relataram ter consumido mais que um tipo de substância e que 47.5% tinham consumido mais de 5 substâncias diferentes (*cf.* Tabela 4, no anexo I). Relativamente ao último mês, 40% dos sujeitos consumiram uma ou várias destas substâncias, enquanto 60% se mantiveram abstinentes (ver tabela 5, no anexo I).

Quanto à idade de início dos consumos (*cf.* Tabela 6, no anexo I), verifica-se uma idade média de 16.25 anos (DP=4.695), sendo os cannabinóides a categoria de substâncias usadas inicialmente na maioria dos casos (80%), seguida da cocaína e da heroína com percentagens iguais (7.5%; *cf.* Tabela 7, no anexo I).

Tabela 3. Dados relativos aos consumos de substâncias psicoactivas no grupo n_i

	Percentagem de consumos	Percentagem de casos
Cannabinóides	19.9%	92.5%
Anfetaminas	5.4%	25.0%
Cocaína	21.0%	97.5%
Derivados da cocaína	4.8%	22.5%
Heroína	19.9%	92.5%
Outros opiáceos	2.2%	10.0%
Alucinogéneos	9.7%	45.0%
Inalantes/solventes	1.1%	5.0%
Outras drogas	7.5%	35.0%
Medicamentos (não receitados)	8.6%	40.0%

2. Instrumentos

2.1 Questionário sócio-demográfico

Os dados em estudo foram obtidos recorrendo a um questionário sociodemográfico construído para o efeito e aplicado no formato de entrevista estruturada. Este questionário centrou-se, numa primeira parte, nas seguintes variáveis: idade, género, habilitações literárias, estado civil, profissão e situação laboral. Numa segunda parte, foram recolhidas informações relativas à história de consumos de substâncias, história médica e psiquiátrica e, no caso específico do grupo n_i , foram também recolhidas informações relativas à caracterização do tratamento da toxic dependência em curso.

2.2 Lista de Acontecimentos de Vida

A Lista de Acontecimentos de Vida (LAV) resulta da tradução portuguesa, por Maia e Fernandes (comunicação pessoal, Dezembro de 2008), do instrumento original norte-americano, denominado *Life Events Checklist*, usado na avaliação da PTSD em concomitância com a *Clinician - Administered PTSD Scale (CAPS)* (Blake et al., 1990). A CAPS consiste numa entrevista estruturada de 30 itens que corresponde aos critérios para a PTSD definidos na DSM-IV, desenvolvida em 1990 no *National Center for*

Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxic dependentes e não toxic dependentes

Bruno Ricardo Filipe Paixão (e-mail: brunorfpaiiao@gmail.com)

Posttraumatic Stress Disorder (NCPTSD), que visa e permite estabelecer o diagnóstico de PTSD. Neste contexto a *Life Events Checklist* é usada como parte da avaliação do trauma (critério A da PTSD), com o objectivo de identificar stressores traumáticos experimentados pelo sujeito (Blake et al., 2007).

A LAV é constituída por 18 itens (apenas 17 no original) onde são apresentados alguns acontecimentos (e.g. incêndios, acidentes, violência, morte, entre outros). Cada um dos itens é avaliado numa escala de 5 pontos (“aconteceu-me”, “vi acontecer”, “soube que aconteceu”, “não tenho a certeza” e “não se aplica”). A lista é respondida pelo sujeito que para cada acontecimento deve indicar com uma cruz, em apenas uma caixa, até que ponto: (a) lhe aconteceu pessoalmente, (b) viu acontecer a outra pessoa, (c) soube que tinha acontecido a algum familiar ou amigo, (d) não tem a certeza e (e) não se aplica a si próprio. A cotação, segundo uma das autoras da tradução, realiza-se atribuindo 0 pontos se não se aplicar, 1 ponto se não tem a certeza, 2 pontos se soube que aconteceu, 3 pontos se viu acontecer e 4 pontos se lhe aconteceu. Assim, a escala permite obter um índice de exposição a acontecimentos potencialmente traumáticos que varia entre 0 e 72 pontos, o qual tem em conta não apenas o número de acontecimentos vividos, mas também o grau de exposição envolvido (Maia e Fernandes, comunicação pessoal, Dezembro de 2008).

Embora a LAV não tenha sido aferida para a população portuguesa, estudos psicométricos realizados noutros países demonstram que este instrumento apresenta uma adequada estabilidade temporal e boa validade de convergência, relacionando-se bem com outras medidas de exposição a situações traumáticas e sintomas de PTSD e/ou perturbação psicológica em geral (Bae, Kim, Koh, Kim, & Park, 2008; Gray, Litz, Hsu, & Lombardo, 2004).

Nas investigações portuguesas efectuadas com recurso ao instrumento (Maia et al., 2006; Pires, 2005), a lista foi usada como uma *checklist*, considerando que quanto maior a pontuação obtida pelo indivíduo, maior número de acontecimentos potencialmente traumáticos foram experimentados anteriormente por esse mesmo indivíduo.

2.3 Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático - versão de adultos (EARAT):

A Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático - versão de adultos (EARAT) foi construída com o objectivo de efectuar o diagnóstico de PTSD considerando os sintomas estabelecidos pelos critérios de diagnóstico do DSM-IV (1994) de forma sistematizada, explícita e discriminada.

A escala compõe-se de duas partes: a primeira, de cariz mais descritivo e qualitativo, procura caracterizar o acontecimento traumático, registar algumas respostas do sujeito ao acontecimento e aferir o tempo de intervalo entre a ocorrência do acontecimento e a avaliação; a segunda é constituída por 17 itens de resposta dicotómica (Sim/Não), que se repartem por três agrupamentos correspondentes aos três grupos de sintomas definidos pelos critérios da perturbação: *Revivência do Acontecimento (ou cluster de*

Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicodependentes e não toxicodependentes

revivência), que avalia a revivência do acontecimento traumático e inclui cinco itens (grupo B dos critérios de diagnóstico, segundo o DSM-IV); *Resposta ao Acontecimento (ou cluster de evitamento)*, que avalia respostas de evitamento / entorpecimento, e engloba sete itens (grupo C dos critérios de diagnóstico do DSM-IV); e *Respostas Prolongadas (ou cluster de activação)*, corresponde à activação fisiológica e contempla cinco itens (grupo D dos critérios de diagnóstico do DSM-IV).

Os estudos de validação inicial desta escala (na sua versão para adolescentes) foram desenvolvidos num quadro de trauma de guerra, numa amostra de 150 adolescentes e os resultados mostraram que esta apresenta fidelidade adequada (*Alpha de Cronbach* .79, para a escala global e .72, .54, e .52, para as subescalas) e boa validade de conteúdo (a análise factorial apresenta sobreposição considerável com as dimensões avaliadas pelas três subescalas, apesar destas não serem derivadas factorialmente; McIntyre & Ventura, 1996). Num outro estudo realizado com 90 adolescentes vítimas de maltrato, encontrou-se um coeficiente de *Alpha de Cronbach* de .71, para a escala global e valores de .57, .33 e .25 para as subescalas. A análise factorial resultou numa estrutura de seis factores capazes de explicar 60.3% da variância total. Contudo, a estrutura assim obtida, por não se considerar adequada, foi substituída por uma solução forçada a quatro factores, com uma variância explicada de 47.7% (Alberto, 1999).

A escala pode ser administrada sob a forma de auto ou hetero-relato. A cotação permite obter o diagnóstico de PTSD tal como definido pelos critérios da DSM-IV, caso o sujeito identifique o acontecimento traumático e responda afirmativamente a, pelo menos, uma questão do agrupamento “revivência do acontecimento”, três questões do agrupamento “resposta ao acontecimento (evitamento)” e duas questões do agrupamento “respostas prolongadas (activação)”. O instrumento permite ainda avaliar o total de sintomas de PTSD, numa escala de 0 a 17 pontos, resultante da soma das pontuações obtidas em cada uma das subescalas, correspondentes aos três clusters de sintomas já referidos: revivência (0-5 pontos), evitamento (0-7 pontos) e activação (0-5 pontos).

2.4 Brief Symptom Inventory

O Brief Symptom Inventory (BSI) (Derogatis, 1982, *cit. in* Canavarro, 1999), é um inventário de sintomas de auto-relato, constituído por 53 itens, que reflecte as nove dimensões sintomáticas primárias do SCL-90-R, nomeadamente: Somatização (7 itens); Obsessões-Compulsões (6 itens); Sensibilidade Interpessoal (4 itens); Depressão (6 itens); Ansiedade (6 itens); Hostilidade (5 itens); Ansiedade Fóbica (5 itens); Ideação Paranóide (5 itens) e Psicoticismo (5 itens). Os restantes 4 itens não pertencem a nenhuma destas dimensões, tendo sido mantidos por se referirem a sintomatologia considerada relevante.

O inventário permite obter pontuações para as nove escalas referidas bem como obter três índices globais de perturbação (Índice Geral de Sintomas, Total de Sintomas Positivos e Índice de Sintomas Positivos) sendo estes últimos avaliações sumárias de perturbação emocional.

Os estudos psicométricos revelam boa fidelidade com valores de alfa

Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicodependentes e não toxicodependentes

Bruno Ricardo Filipe Paixão (e-mail: brunorfpaixao@gmail.com)

calculados para a consistência interna que variam entre os .71 e os .85 (Canavarro, 1999). Quanto à validade da versão portuguesa deste instrumento, os estudos revelam uma boa validade discriminativa com um *Lambda de Wilks* de .17 (Canavarro, 1999).

2.5 Mini-Mult

O Mini-Mult é uma das três *short form*⁶ mais estudadas do *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), teste desenvolvido nos anos 30 e publicado em 1942, por S. Hathaway e C. McKinley (*cit. in* Butcher & Hostetler, 1990). O Mini-Mult contém 71 itens e integra três escalas de validade e oito escalas clínicas (em vez das 10 do MMPI original, já que são excluídas a Escala Masculinidade/Feminilidade - Mf e a Escala Introversão/Extroversão - Si; a descrição das escalas pode ser consultada na Tabela 8, no anexo I).

O teste foi construído por Kincannon (1968, *cit. in* Butcher & Hostetler, 1990; Lopes, 1985), através de um processo de redução realizado a partir de uma análise de *clusters* (Lopes, 1985). Note-se, ainda, que para aumentar a eficácia, Kincannon incluiu itens que eram pontuados no maior número de escalas do MMPI (Butcher & Hostetler, 1990; Lopes, 1985).

A escolha do teste prendeu-se com vários factores, principalmente o facto de ser um teste breve e acessível, o que facilita a sua aplicação na população toxicodependente. Secundariamente, por ser uma versão encurtada de um teste de reconhecida validade em diferentes domínios da avaliação [entre outros, o psiquiátrico, o forense e, também, o das toxicodependências (Manita, 2002)].

A validação do teste foi efectuada por comparação das notas obtidas nas escalas da forma completa da MMPI, com as notas obtidas nas escalas abreviadas do Mini-Mult (Lopes, 1985). As correlações variaram entre .80 e .93, sendo o valor médio encontrado de .87 (Lopes, 1985). Foram ainda comparados os valores de fidedignidade teste-reteste entre a forma completa do MMPI e o Mini-Mult, administrados separadamente, para estabelecer a sua equivalência. Embora tenha sido notada alguma perda de fidedignidade (9% em média), esta foi considerada menor que a esperada (Lopes, 1985).

Aos participantes é pedido que respondam Verdadeiro ou Falso a cada afirmação, não demorando muito tempo entre uma e outra e cumprindo a ordenação dos itens. Após a cotação das respostas é obtida uma nota bruta para cada uma das escalas. Usando folhas de cotação criadas pelo autor e recorrendo a uma tabela de conversão, que permite transformar os valores brutos obtidos no Mini-Mult, em valores brutos do MMPI, é possível achar

⁶ Butcher e Hostetler (1990) usam o termo *short form* para descrever conjuntos de escalas que foram reduzidas em extensão a partir do MMPI original. Uma versão encurtada é um grupo de itens que se pensa ser um substituto válido para as pontuações nas escalas completas, embora possa possuir apenas quatro ou cinco itens das escalas originais. Os autores distinguem a versão encurtada das formas abreviadas (onde os itens das escalas se aplicam na sua totalidade, mas apenas algumas escalas são aplicadas) e da administração de teste adaptativa ou administração “à medida” (*tailored testing*; que consiste na administração de itens contingente às respostas prévias do sujeito a outros itens).

os respectivos valores T, para as diferentes escalas, sendo a média 50 e o desvio-padrão 10. Notas T acima de 70 são consideradas indicadoras de patologia (Lopes, 1985).

3. Procedimentos

Como já referido os dados da presente investigação são relativos a dois grupos populacionais distintos. Os dados do grupo n_i foram recolhidos em instituições de tratamento para a toxicodependência⁷, de diferentes modalidades, após obtenção da autorização dos responsáveis de cada uma das quatro instituições contactadas. Os dados do grupo n_c foram recolhidos aleatoriamente na população geral, na maioria alunos universitários.

O protocolo de administração dos instrumentos para os dois grupos implicou: 1) a explicitação dos objectivos da investigação e obtenção do consentimento informado, 2) a administração, por entrevista, do questionário sociodemográfico e 3) a avaliação das variáveis relacionadas com a exposição traumática e PTSD, que seguiu a metodologia usada em investigações similares (Kessler et al., 1995; Albuquerque et al., 2003). Assim, recorrendo à LAV, o sujeito foi, primeiro, questionado sobre o grau de exposição a 18 categorias de acontecimentos potencialmente traumáticos, orientando-o assim para a recordação deste tipo de acontecimentos. Numa segunda fase, foi pedido ao sujeito que, dos acontecimentos assinalados, escolhesse o mais grave ou o mais perturbador. Nesta fase, foi empregue o EARAT para obter a descrição do evento e efectuar a avaliação de sintomatologia de PTSD, relativa ao evento escolhido, independentemente do facto de o acontecimento preencher ou não os requisitos definidos no critério A da PTSD, isto é, independentemente de se tratar de um stressor extremo.

Finalmente, foram administrados os instrumentos relacionados com a avaliação psicopatológica, nomeadamente o BSI e o Mini-Mult.

IV - Resultados

Relativamente às técnicas estatísticas empregues, no estudo das diferenças entre grupos, nas variáveis contínuas, usou-se o teste t de Student, ou o seu equivalente não paramétrico, o U de Mann-Whitney, isto considerando o número de sujeitos em causa. Para o estudo da relação entre variáveis, optou-se pelo Coeficiente de correlação de Pearson, o Rho de Spearman e o Qui-quadrado, de acordo com os níveis das variáveis em apreço. No caso de variáveis com mais de três níveis aplicou-se ainda o teste Kruskal-Wallis (Pestana & Gageiro, 2003).

Para a realização do tratamento estatístico recorreu-se ao SPSS 16 para o Windows.

⁷ A recolha dos dados relativos a este grupo foi realizada em quatro instituições ligadas ao tratamento da toxicodependência, nomeadamente na Equipa de Tratamento de Coimbra, na Unidade de Desintoxicação de Coimbra, na Comunidade Terapêutica Lua Nova e na Comunidade Terapêutica Arco-Íris.

Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicodependentes e não toxicodependentes

Bruno Ricardo Filipe Paixão (e-mail: brunorfpaiiao@gmail.com)

No entanto, e antes de avançar para a análise das hipóteses em estudo, considera-se importante apresentar os dados descritivos relativos à amostra global respeitantes às variáveis em estudo⁸.

Assim, para o total da amostra verifica-se que, quanto à exposição a acontecimentos de vida potencialmente traumáticos, os sujeitos apresentam uma pontuação média no LAV de 29.05 (DP=12.853). Analisando a distribuição das frequências dos acontecimentos reportados, verifica-se que a categoria mais frequente é “Acidente num transporte” (48.8%), seguido de “Agressão física” (43.8%), “Experiência traumática” e “Outro acontecimento ou experiência extremamente stressante” (ambas com 41.3%). Todas estas categorias se incluem no nível de exposição mais alto: “Aconteceu-me”. No nível de exposição “Vi Acontecer” destaca-se a categoria “Fogo ou explosão” (40%) e no nível “Soube que Aconteceu” é a categoria “Acidente grave de trabalho, em casa ou em actividade recreativa”, a mais frequente (30%).

Constata-se também que, dos 80 sujeitos, 56.2% (n=45) apresentam exposição a um acontecimento traumático extremo (tal como definido pelo critério A da PTSD) e que 18.8% (n=15) manifestam a presença de diagnóstico de PTSD. Finalmente, no total da amostra, a média de sintomas de PTSD é de 5.66 (DP=4.378).

1. Estudo I: Comparação entre grupos relativamente às variáveis relacionadas com exposição traumática, PTSD e psicopatologia

H1: o grupo toxicodependente e o grupo de comparação diferem quanto às variáveis relacionadas com exposição traumática e PTSD (exposição a acontecimentos de vida potencialmente traumáticos, exposição a um acontecimento traumático extremo - tal como definido pelo critério A da PTSD -, presença de diagnóstico de PTSD e sintomatologia de PTSD)

Relativamente à exposição a acontecimentos de vida potencialmente traumáticos, verifica-se que o grupo n_t apresenta uma média superior e estatisticamente significativa [$t(78) = 3.757$, $p = .000$] na pontuação total da LAV (Tabela 14).

Tabela 14. Comparação entre grupos das pontuações totais obtidas na LAV

	Grupo n_t	Grupo n_c	t (p)
	M (DP)	M (DP)	
Pontuação total na LAV	34.05 (13.032)	24.08 (10.649)	3.757 (.000)

Analisando os dados relativos à exposição a acontecimentos de vida potencialmente traumáticos em ambos os grupos, independentemente do grau de exposição (cf. Tabela 15, no anexo I), observa-se que o grupo n_t apresenta maiores percentagens em praticamente todas as categorias. A categoria mais frequentemente assinalada neste grupo é mesmo “Experiência

⁸ Todos os resultados relativos à amostra total podem ser consultados nas tabelas 9 a 13, no anexo I.

traumática” (90%), seguida das categorias “Acidente num transporte”, “Agressão física” e “Sofrimento humano intenso” (todas com 85%). Já no grupo n_c , a categoria mais frequentemente apontada foi “Acidente num transporte” (87.5%), seguida de “Experiência traumática” (82.5%), “Doença ou ferimento que ameaçou a vida” (77.5%) e, com iguais percentagens, “Agressão física” e “Sofrimento humano intenso” (67.5%).

Tendo em conta os diferentes níveis de exposição (*cf.* Tabela 16, no anexo I), verificamos que, no grupo n_t , a categoria “Agressão física” (62.5%) se destaca no nível de exposição “Aconteceu-me”. No que respeita à observação de acontecimentos, “Fogo ou explosão” é a categoria de acontecimentos mais frequente (35%). “Acidente grave de trabalho, em casa ou em actividade recreativa” e “Doença ou ferimento que ameaçou a vida”, são as duas categorias de acontecimentos mais frequentes no nível de exposição “Soube que Aconteceu” (ambas com 25%).

A mesma análise ao grupo n_c (*cf.* Tabela 17, no anexo I) revela que, para o nível “Aconteceu-me”, “Acidente num transporte” (40%) e “Outro acontecimento ou experiência extremamente stressante” (40%), são as duas categorias mais relatadas. No nível seguinte, “Vi Acontecer”, é a categoria “Fogo ou explosão” (45%) a mais frequente. No nível “Soube que aconteceu” destaca-se a categoria “Ameaça com arma” (32.5%).

Quanto à variável exposição a um acontecimento traumático extremo (Critério A da PTSD), a análise dos dados descritivos (Tabela 18) mostra que, do grupo n_t , 60% ($n=24$) dos sujeitos relataram a exposição a um acontecimento traumático extremo, enquanto que no grupo n_c a percentagem foi de 52.5% ($n=21$), não se revelando as diferenças entre as percentagens estatisticamente significativas.

Tabela 18. Comparação entre grupos da percentagem de sujeitos expostos a um acontecimento traumático extremo

		Grupo n_t	Grupo n_c	χ^2
		n (%)	n (%)	
Exposição a acontecimento traumático extremo	Sim	24 (60%)	21 (52.5%)	$\chi^2(1, N=80)=.457$, $p=.499$
	Não	16 (40%)	19 (47.5%)	

No grupo n_t , 25% dos acontecimentos classificados como traumáticos extremos, independentemente do grau de exposição, pertencem à categoria “Assistir a morte inesperada e repentina de alguém próximo”, 16.7% à categoria “Agressão física” e 12.5% à categoria “Ameaça com arma”, sendo estas as três categorias mais frequentes (*cf.* Tabela 19, no Anexo I). No grupo n_c (*cf.* Tabela 19, no Anexo I), regista-se que, dos acontecimentos considerados como traumáticos extremos, 33% se incluem na categoria “Acidente num transporte”, 14.3% na categoria “Experiência traumática” e outros 14.3% na categoria “Assistir a morte inesperada e repentina de alguém próximo”, correspondendo estas às três categorias mais frequentes.

Quanto ao nível de exposição relativo aos acontecimentos considerados traumáticos extremos, verifica-se que, nos dois grupos, n_t e n_c , na maioria dos casos (50% e 47.6% respectivamente) se trata de um

Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicodependentes e não toxicodependentes

Bruno Ricardo Filipe Paixão (e-mail: brunorfpaixao@gmail.com)

acontecimento experimentado pelo próprio (cf. Tabela 20, no Anexo I).

No que diz respeito à presença de diagnóstico de PTSD, tal como avaliado pelo EARAT, constata-se que 32.5% (n=13) dos sujeitos do grupo n_t apresentam todos os critérios de diagnóstico para PTSD, comparativamente com, apenas, 5% (n=2) dos sujeitos do grupo n_c , sendo esta diferença entre percentagens estatisticamente significativa (Tabela 21).

Tabela 21. Comparação entre grupos das percentagens de sujeitos com diagnóstico de PTSD

		Grupo n_t		Grupo n_c	χ^2
		n (%)	n (%)	n (%)	
Diagnóstico de PTSD	Com PTSD	13 (32.5%)	2 (5%)	38 (95%)	$\chi^2(1, N=80)=9.928$, p= .002
	Sem PTSD	27 (67.5%)			

Relativamente ao diagnóstico de PTSD, encontrou-se ainda que 5 sujeitos do grupo n_t e 2 do grupo n_c possuíam os critérios de PTSD compatíveis com diagnóstico de PTSD apenas ao nível da sintomatologia, isto é, tinham o mínimo exigido de sintomas nos três clusters, na ausência de um acontecimento considerado traumático extremo.

As categorias de acontecimentos mais identificadas pelos sujeitos toxicodependentes diagnosticados com PTSD (cf. Tabela 22, no Anexo I) foram “Agressão física” (15.4%), “Ameaça com arma” (15.4%), “Assistir a morte repentina e violenta” (15.4%) e “Assistir a morte inesperada e repentina de alguém próximo” (15.4%). No caso do grupo n_c as duas categorias referidas foram “Agressão física” e “Doença ou ferimento que ameaçou a vida”.

No que respeita ao grau de exposição envolvido, no grupo toxicodependente, em 53.8% dos casos trata-se de um acontecimento vivido pelo próprio, enquanto no grupo n_c se trata, nos dois casos, de um acontecimento observado (cf. Tabela 23, no Anexo I).

Finalmente, no respeitante à sintomatologia de PTSD (Tabela 24), tal como avaliada pelo EARAT, é possível apurar que o grupo n_t apresenta médias superiores e estatisticamente significativas, comparativamente ao grupo n_c , tanto para o total de sintomas de PTSD [t(78), 5.060, p= .000], como para os três clusters de sintomas, correspondentes aos três critérios da PTSD, nomeadamente critério B, revivência [t(78), 3.783, p= .000], critério C, evitamento [t(78), 4.760, p= .000] e critério D, activação [t(78), 4.166, P= .000].

Tabela 24. Comparação entre grupos ao nível da sintomatologia de PTSD, total e clusters

	Grupo n_t		Grupo n_c		t (p)
	M	(DP)	M	(DP)	
Total de sintomas de PTSD	7.83	4.390	3.50	3.154	5.060 (.000)
Cluster revivência	2.65	1.718	1.35	1.331	3.783 (.000)
Cluster evitamento	2.70	1.698	1.13	1.223	4.760 (.000)
Cluster activação	2.48	1.694	1.03	1.405	4.166 (.000)

No grupo n_t o cluster evitamento é aquele que apresenta uma média de sintomas superior (2.7). Por sua vez o grupo n_c pontua mais alto no cluster revivência (1.35).

H2: as variáveis exposição a um acontecimento traumático extremo (tal como definido pelo critério A da PTSD) e diagnóstico de PTSD associam-se a diferentes níveis de psicopatologia geral e da personalidade nos dois grupos em estudo

Compararam-se previamente os dois grupos quanto às diferenças de base ao nível dos indicadores de psicopatologia. Constatou-se que, no que concerne ao índice de psicopatologia geral, o grupo n_t apresenta médias superiores e estatisticamente significativas em todas as dimensões e em todos os índices globais do BSI, relativamente ao grupo n_c (cf. Tabela 25, no Anexo I). Contudo, comparando os valores médios obtidos em cada um dos grupos com as respectivas normas de referência para a população portuguesa⁹ averigua-se que todos os valores estão dentro da média.

Quanto à psicopatologia da personalidade, considerando apenas os sujeitos com perfis válidos¹⁰ nos dois grupos, a análise dos dados revela que o grupo n_t apresenta médias superiores e estatisticamente significativas em todas as escalas do instrumento (cf. Tabela 27, no Anexo I). Os resultados médios obtidos no grupo n_c mostram que nenhuma das escalas clínicas se eleva acima de uma pontuação T de 70. Já no grupo n_t duas escalas elevam-se acima do ponto de corte: Psicopatia (M=72.79) e Esquizofrenia (M=78.61).

Na comparação feita entre os dois grupos, relativamente à variável *exposição a um acontecimento traumático extremo, tal como definido pelo critério A da PTSD* (cf. Tabela 28, no Anexo I), verifica-se que sujeitos toxicodependentes que relataram a exposição a um acontecimento traumático extremo (n=24), apresentam *Mean Ranks* significativamente superiores em todas as dimensões e índices globais do BSI, em relação aos sujeitos do grupo n_c na mesma condição (n=21). No entanto, comparando os valores médios obtidos em cada um dos grupos com as respectivas normas de referência para a população portuguesa¹¹ constata-se que todos os valores estão dentro da média.

Quanto à psicopatologia da personalidade (cf. Tabela 29, no Anexo I),

⁹ Grupo n_t comparado com as normas para população com perturbação emocional e grupo n_c com as normas para população geral (Canavaro, 1999; os valores podem ser consultados na Tabela 26).

¹⁰ A validade dos perfis foi analisada tendo em conta as configurações das 3 escalas de validade (L, F e K) e os valores de corte em cada uma das escalas (Freidman, Webb, & Lewak, 1989; Greene, 1991). Relativamente à escala L, por não existir referência a um ponto de corte claro, para o instrumento original, optou-se por considerar inválidos perfis com notas brutas acima de 10, equivalente a uma pontuação T acima de 70 (ponto de corte que corresponde a 2 desvios padrão acima da média).

¹¹ Grupo n_t comparado com as normas para população com perturbação emocional e grupo n_c com as normas para população geral (Canavaro, 1999; os valores podem ser consultados na Tabela 26).

Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicodependentes e não toxicodependentes

considerando apenas os sujeitos com perfis válidos, observa-se que sujeitos do grupo n_i que relataram a exposição a um acontecimento traumático extremo ($n=20$) apresentam *Mean Ranks* significativamente superiores nas escalas: Depressão [$U(35)= 88, p=.038$], Psicopatia [$U(35)= 46, p=.001$], Paranóia [$U(35)= 51.5, p=.001$], Psicastenia [$U(35)= 77, p=.015$], Esquizofrenia [$U(35)= 48.5, p=.001$] e Hipomania [$U(35)= 83, p=.025$], comparativamente com os sujeitos do grupo n_c na mesma condição ($n=15$).

No que respeita à presença de *diagnóstico de PTSD*, considerando os sujeitos da amostra que cumprem os critérios para a perturbação ($n=15$), verifica-se que não existem diferenças significativas, ao nível das dimensões e índices globais medidos pelo BSI, entre os dois grupos (*cf.* Tabela 30, no Anexo I). Estes resultados são, contudo, estatisticamente irrelevantes pois comparam-se treze sujeitos do grupo n_i com apenas dois do grupo n_c . Já no que ao Mini-Mult diz respeito, não foi possível realizar a análise.

2. Estudo II: Análise do impacto das características sociodemográficas nas variáveis associadas com exposição traumática e PTSD, no grupo toxicodependente

H3: ao nível do grupo n_i , existe um impacto das variáveis sociodemográficas (género, idade, habilitações literárias e situação laboral), nas variáveis relacionadas com exposição traumática e PTSD (exposição a acontecimentos de vida potencialmente traumáticos, exposição a um acontecimento traumático extremo, tal como definido pelo critério A da PTSD, presença de diagnóstico de PTSD e sintomatologia de PTSD)

Os estudos conduzidos relativamente à variável género revelam que, quanto à *exposição a acontecimentos de vida potencialmente traumáticos*, não se verificam diferenças significativas entre os dois géneros nas pontuações médias obtidas na LAV (*cf.* Tabela 31, no Anexo I). Quanto à *exposição a um acontecimento traumático tal como definido no critério A da PTSD*, constata-se que, de todos os sujeitos do grupo n_i expostos ($n=24$), 13 pertencem ao sexo masculino (54.2%) e 11 ao sexo feminino (45.8%), porém as diferenças não se revelam estatisticamente significativas (*cf.* Tabela 32, no Anexo I). No que toca à *presença de diagnóstico de PTSD*, observa-se que, de todos os sujeitos do grupo que cumprem os critérios para diagnóstico de PTSD ($n=13$), 7 pertencem ao sexo masculino (53.8%) e 6 ao sexo feminino (46.2%). Assim, também aqui as diferenças não se revelam significativas (*cf.* Tabela 33, no Anexo I). No que concerne à *sintomatologia de PTSD*, verifica-se que não existem diferenças significativas entre os dois géneros, no que respeita aos valores médios obtidos quer no número total de sintomas de PTSD, quer no número de sintomas por cluster (*cf.* Tabela 34, no Anexo I).

Analisando o impacto da variável idade, observa-se que esta não se correlaciona significativamente com o índice de exposição a acontecimentos de vida potencialmente traumáticos, obtido na LAV (*cf.* Tabela 35, no Anexo I). De modo similar, não se encontra uma associação significativa da variável idade quer com a *exposição a um acontecimento traumático tal*

Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicodependentes e não toxicodependentes

Bruno Ricardo Filipe Paixão (e-mail: brunorfpaixao@gmail.com)

como definido pelo critério A da PTSD (cf. Tabela 36, no Anexo I), quer com a presença de diagnóstico de PTSD (cf. Tabela 37, no Anexo I). Ao nível da *sintomatologia de PTSD*, também não se encontram correlações significativas com o número total de sintomas de PTSD ou com o número de sintomas por cluster (cf. Tabela 38, no Anexo I).

Tendo em conta as habilitações literárias, verificou-se que esta não se correlaciona significativamente com o índice de *exposição a acontecimentos de vida potencialmente traumáticos*, obtido na LAV (cf. Tabela 39, no Anexo I). Devido a limitações estatísticas¹², não foi possível analisar a associação da variável habilitações literárias com a *exposição a um acontecimento traumático tal como definido pelo critério A da PTSD* (cf. Tabela 40, no Anexo I), e com a *presença de diagnóstico de PTSD* (cf. Tabela 41, no Anexo I). No tocante à *sintomatologia de PTSD*, não se registam quaisquer correlações significativas, quer com o número total de sintomas de PTSD, quer com o número de sintomas por cluster (cf. Tabela 42, no Anexo I)

No respeitante à situação laboral actual, não se registam diferenças entre estes diferentes níveis e as variáveis relacionadas com exposição traumática e PTSD (cf. Tabela 43, no Anexo I).

3. Estudo III: Análise da variação dos índices de psicopatologia em função das variáveis relacionadas com exposição traumática e PTSD, no grupo toxicodependente

H4: no grupo n_t os índices de psicopatologia variam em função das variáveis relacionadas com exposição traumática e PTSD (exposição a acontecimentos de vida potencialmente traumáticos, exposição a um acontecimento traumático extremo, tal como definido pelo critério A da PTSD, presença de diagnóstico de PTSD e sintomatologia de PTSD)

Exposição a acontecimentos de vida potencialmente traumáticos

Quanto ao índice de psicopatologia geral (cf. Tabela 44, no Anexo I), no grupo n_t verifica-se a existência de apenas uma correlação entre a variável *exposição a acontecimentos de vida potencialmente traumáticos* e a dimensão hostilidade do BSI [$r(40) = .361, p < .05$].

Relativamente à psicopatologia da personalidade, considerando apenas os sujeitos com perfis válidos ($n=33$), é possível observar que a variável *exposição a acontecimentos de vida potencialmente traumáticos* não se correlaciona significativamente com nenhuma das escalas clínicas do Mini-Mult (cf. Tabela 45, no Anexo I).

Exposição a um acontecimento traumático tal como definido no critério A da PTSD

No grupo n_t não se verifica impacto da variável *exposição a um*

¹² O teste calculado, qui-quadrado, viola o pressuposto que exige que não mais do que 20% das células tenham uma frequência esperada menor que 5 unidades, o que se deve ao reduzido número de sujeitos em análise (Pestana e Gageiro, 2003)

Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicodependentes e não toxicodependentes

Bruno Ricardo Filipe Paixão (e-mail: brunorfpaixao@gmail.com)

acontecimento traumático, tal como definidos no critério A da PTSD, em nenhuma das dimensões ou índices globais do BSI (cf. Tabela 46, no Anexo I). Também no Mini-Mult, considerando apenas os sujeitos com perfis válidos no grupo (n=33), não se verifica impacto da variável em nenhuma das escalas clínicas (cf. Tabela 47, no Anexo I).

Presença de diagnóstico de PTSD

Analisando os dados obtidos verificou-se não haver impacto da variável *diagnóstico de PTSD* em qualquer uma das dimensões ou índices globais do BSI no grupo n_t (cf. Tabela 48, no Anexo I).

Relativamente à psicopatologia da personalidade, tendo em conta apenas os sujeitos com perfis válidos, a análise dos dados obtidos revelou não haver impacto da variável *diagnóstico de PTSD* em qualquer uma das escalas do Mini-Mult (cf. Tabela 49, no Anexo I).

Sintomatologia de PTSD

No respeitante à psicopatologia geral (cf. Tabela 50, no Anexo I), no grupo n_t , um maior número de sintomas de PTSD relaciona-se significativamente com pontuações mais elevadas nas dimensões: Ansiedade [r(40)= .347, p< .05], Ansiedade Fóbica [r(40)= .314, p< .05] e Ideação Paranóide [r(40)= .415, p< .001] e nos índices globais: Índice Geral de Sintomas [r(40)= .349, p< .05] e Total de Sintomas Positivos [r(40)= .455, p< .001].

Relativamente à psicopatologia da personalidade (cf. Tabela 51, no Anexo I), no grupo n_t e considerando apenas os perfis do Mini-Mult válidos, um maior número de sintomas de PTSD liga-se a valores mais elevados nas escalas: Paranóia [r(33)= .407, p< .05], Psicastenia [r(33)= .380, p< .001] e Esquizofrenia [r(33)= .497, p< .001].

Relações entre a sintomatologia de PTSD ao nível dos clusters e o BSI (cf. Tabela 52, no Anexo I)

No grupo n_t o total de sintomas de revivência do acontecimento traumático apresenta uma correlação significativa com o Índice total de sintomas positivos [r(40)= .360, p<.05]. Do mesmo modo, o total de sintomas de evitamento correlaciona-se com as dimensões Ansiedade [r(40)=.376, p<.05], Hostilidade [r(40)= .326, p<.05], Ideação Paranóide [r(40)= .348, p<.05], e com os índices globais: Índice geral de sintomas [r(40)= .324, p<.05] e Total de sintomas positivos [r(40)= .394, p<.05].

No grupo n_t , ainda, o total de sintomas relativos ao cluster de ativação correlaciona-se com as dimensões Obsessões-Compulsões [r(40)= .327, p<.05], Depressão [r(40)= .333, p<.05], Ansiedade [r(40)= .350, p<.05], Ansiedade Fóbica [r(40)=.336, p<.05] e Ideação Paranóide [r(40)= .459, p<.001], e com os índices globais: Índice geral de sintomas [r(40)= .379, p<.05] e Total de sintomas positivos [r(40)= .420, p<.001].

Relações entre a sintomatologia de PTSD ao nível dos clusters e o Mini-Mult (cf. Tabela 53, no Anexo I)

No grupo n_t , o total de sintomas de revivência e o total de sintomas de Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicod dependentes e não toxicod dependentes

evitamento correlacionam-se significativamente com a escala Esquizofrenia, com $[r(33)= .369, p<.05]$ e $[r(33)= .378, p<.05]$ respectivamente. No mesmo grupo, o total de sintomas do cluster ativação correlaciona-se com as escalas Paranóia $[r(33)= .578, p<.001]$, Psicastenia $[r(33)= .425, p<.05]$, Esquizofrenia $[r(33)= .532, p<.05]$ e Hipomania $[r(33)= .404, p<.05]$.

V - Discussão

A comparação entre os dois grupos revela que na amostra estudada os sujeitos toxicodependentes apresentam um índice consideravelmente mais elevado de exposição a situações potencialmente traumáticas, tal como medido pela pontuação da LAV. Estes resultados são compatíveis com as hipóteses que associam a toxicodependência à PTSD e que postulam que os sujeitos toxicodependentes se envolvem em mais situações de risco, aumentando assim a probabilidade de se confrontarem com acontecimentos traumáticos e, deste modo, virem a desenvolver PTSD (Chilcoat & Breslau, 1998; Stewart, Pihl, Conrod, & Dongier, 1998).

Independentemente do grau de exposição, verifica-se que o grupo toxicodependente apresenta maiores percentagens de confrontação com várias categorias de acontecimentos passíveis de serem considerados traumáticos de uma forma global, obtendo valores inferiores em apenas algumas categorias de acontecimentos. Ao discriminar o grau de exposição evidencia-se uma diferença relevante, já que, no grau de maior proximidade, “Aconteceu-me”, o grupo n_t parece ter sido mais confrontado com acontecimentos ligados à violência interpessoal (“Agressão física”), enquanto que no grupo n_c as experiências vividas pelo próprio estão mais ligadas a acidentes com transportes ou outras experiências stressantes.

Não existindo muitos estudos com o instrumento usado, os resultados obtidos são difíceis de balizar. Contudo, num estudo em que a LAV foi empregue (Pires, 2005), o valor do índice de exposição a acontecimentos potencialmente traumáticos, obtido por uma amostra de sujeitos vítimas de acidente de viação, no período precedente ao acidente, foi de 22.69 (DP =8.73). Neste estudo, o valor atingido pelo grupo n_c é relativamente próximo 24.08 (DP=10.649), enquanto, como já constatado, o valor obtido no grupo n_t é claramente superior 34.05 (DP=13.032).

Na sequência do rastreio da exposição a acontecimentos potencialmente traumáticos, pediu-se aos sujeitos que descrevessem aquele que consideravam o mais grave ou mais perturbador. Essa descrição foi depois confrontada com a definição de acontecimento traumático extremo, patente no critério A da PTSD da DSM-IV-TR (APA, 2002). Nos dois grupos verifica-se uma elevada taxa de acontecimentos relatados que se enquadram na definição proposta, sendo que o grupo n_t é aquele que apresenta uma maior percentagem de acontecimentos (60%) comparativamente com o grupo n_c (52.5%). Estes dados vão no mesmo sentido dos referidos na literatura da especialidade, que apontam para valores mais elevados de exposição traumática em sujeitos toxicodependentes (Najavits, 2005). No entanto, a diferença nas

Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicodependentes e não toxicodependentes

Bruno Ricardo Filipe Paixão (e-mail: brunorfpaihao@gmail.com)

percentagens encontradas neste estudo não revelam significância estatística. Os valores encontrados são inferiores aos reportados em vários estudos epidemiológicos realizados na população geral, que evidenciam valores a rondar os 75% (Meichenbaum, 1994, Serra, 2003). É de referir, no entanto, que os valores variam consoante os procedimentos e instrumentos usados, bem como com as definições de acontecimento traumático extremo que lhes subjazem. Assim, estas diferenças podem ser atribuíveis a questões metodológicas.

Os tipos de acontecimentos considerados traumáticos extremos mais relatados diferem nos dois grupos, com o grupo n_t a evocar mais acontecimentos ligados à morte de alguém próximo e à violência (“Agressão física” e “Ameaça com arma”), repetindo de algum modo a tendência já evidenciada na exposição a acontecimentos potencialmente traumáticos. No grupo n_c a categoria mais saliente é, de facto, aquela relacionada com acidentes em transportes. Ambas as experiências mais relatadas nos dois grupos são referidas na literatura como frequentemente associadas a trauma, nomeadamente os acidentes de viação e a morte de alguém próximo (Albuquerque et al., 2003, Kessler et al., 1995, Serra, 2003).

Quanto à prevalência de PTSD, as diferenças entre os dois grupos são acentuadas, com o grupo n_t a evidenciar uma prevalência do diagnóstico significativamente superior. O grupo n_c regista um valor (5%) coincidente com obtido para a população portuguesa (Albuquerque et al., 2003), relativamente à presença do diagnóstico no momento da avaliação (5.3%). Outros estudos apresentam valores para a população geral entre os 1% e os 14% (Meichenbaum, 1994, Serra, 2003), e a DSM-IV-TR (APA, 2002) aponta para uma prevalência na casa dos 8%, pelo que se pode afirmar que a percentagem obtida nesta amostra está dentro do intervalo de valores verificados noutros estudos.

No grupo n_t o valor de prevalência de PTSD encontrado é de 32.5%, um valor realmente elevado e claramente superior ao da população normal. Tendo em conta os estudos realizados na população toxicodependente, em que as taxas de PTSD variam entre 11% e 60% para o diagnóstico corrente e entre 30% e 75% para o diagnóstico ao longo da vida (Najavits, 2005), pode-se afirmar que este é um valor congruente com a pesquisa realizada na área. De facto, o valor encontrado está muito próximo do referido por Reynolds e colaboradores (2005), onde 38.5% dos sujeitos toxicodependentes estudados apresentavam um diagnóstico de PTSD no momento da avaliação.

É relevante referir que 7 sujeitos (5 do grupo n_t e 2 do grupo n_c), apresentam, ao nível da sintomatologia avaliada pelo EARAT, os critérios necessários para a presença de diagnóstico de PTSD, ou seja, manifestam pelo menos um sintoma do agrupamento revivência, três do agrupamento evitamento e dois do agrupamento activação. Contudo, os acontecimentos relatados por estes sujeitos não correspondem ao critério A da PTSD. Estes casos estão previstos na DSM-IV-TR (APA, 2002), onde esta possibilidade é considerada. Sujeitos com uma constelação de sintomas compatível com o diagnóstico de PTSD que não tenham sido expostos a acontecimentos traumáticos extremos podem ser diagnosticados com uma Perturbação da Adaptação. Este dado vai também de encontro a alguns estudos que

Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicodependentes e não toxicodependentes

Bruno Ricardo Filipe Paixão (e-mail: brunorfpaiiao@gmail.com)

evidenciam a possibilidade dos sujeitos desenvolverem todo um conjunto de sintomas de PTSD face a acontecimentos que não são considerados traumáticos (Rosen & Lilienfeld, 2008).

Quanto aos acontecimentos identificados como geradores de PTSD, o grupo n_t refere predominantemente categorias associadas com a violência interpessoal (“Agressão física”, “Ameaça com arma”) e com a morte de outrem (“Assistir a morte repentina e violenta” e “Assistir a morte inesperada e repentina de alguém próximo”). No caso do grupo n_c as duas categorias referidas são “Agressão física” e “Doença ou ferimento que ameaçou a vida”. Comparativamente, no estudo levado a cabo na população portuguesa (Albuquerque et al., 2003) a situação que mais contribuiu para o total de casos de PTSD foi “Morte violenta de familiar ou amigo”, enquanto que no estudo realizado nos EUA (Kessler et al., 1995) a categoria mais frequentemente associada ao diagnóstico foi “Violação”.

No que toca à sintomatologia de PTSD, observa-se que, na amostra em apreço, os valores são bastante discrepantes entre os dois grupos, com o grupo n_t a evidenciar valores duas vezes superiores no total de sintomas e em praticamente todos os clusters. As diferenças verificadas são estatisticamente significativas.

Num estudo conduzido numa amostra de jovens da população universitária e em formação profissional Maia e colaboradores (2006) obtiveram, usando o EARAT, uma média total de sintomas de 3.46 (DP = 3,71), valor bastante próximo do que se observa no grupo n_c do presente estudo (3.50). Quanto ao grupo n_t o valor médio para o total de sintomas é de 7.83, o que se afigura como um valor relativamente alto quando comparado com valores obtidos noutros estudos portugueses, com populações expostas a acontecimentos traumáticos, como vítimas de maltrato (6.34; Alberto, 1999) e combatentes da Guerra colonial, (6.9; Maia et al., 2006).

Constata-se, ainda, que os dois grupos revelam tendências diferentes no desenvolvimento de sintomatologia da PTSD. O grupo n_t apresenta mais sintomas no cluster de sintomas de evitamento. Este cluster refere-se ao evitamento de pensamentos, sentimentos, conversas e actividades associadas ao trauma, bem como a dificuldades em recordar aspectos significativos da experiência. Inclui, ainda, a tendência para um funcionamento social mais retraído, dificuldades em se relacionar com outros e expressão emocional restringida (APA, 2002). Este dado, embora a interpretação seja limitada pelas dificuldades metodológicas do presente estudo, parece ser concordante com uma das hipóteses que liga a PTSD à toxicod dependência e que postula que sujeitos toxicod dependentes procuram, através do uso da droga, auto-mediar-se, no sentido de evitar sobretudo sintomas de revivência dolorosa de acontecimentos traumáticos e sintomas de hiperactivação (Chilcoat & Breslau, 1998; Stewart, Pihl, Conrod, & Dongier, 1998). Contudo, sabendo que uma das características da toxicod dependência, referida no referencial dinâmico é, de facto, o coarctar da função imaginária e por conseguinte do pensamento, através do uso de drogas, numa tentativa de proteger um ego fragilizado (Farate, 2001), este tipo de sintomatologia poderá ser apenas uma manifestação da patologia que subjaz à toxicod dependência destes indivíduos.

No grupo n_c , são efectivamente os sintomas de revivência que

Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicod dependentes e não toxicod dependentes

Bruno Ricardo Filipe Paixão (e-mail: brunorfpaiiao@gmail.com)

predominam, relacionados com memórias intrusivas e recorrentes, sonhos ou pesadelos, bem como *flashbacks* de acontecimentos ou a vivência de *distress* acentuado quando confrontado com pistas relacionadas com acontecimentos traumáticos (APA, 2002).

No que se refere à psicopatologia geral e da personalidade, seria de esperar que os dois grupos diferissem à partida. Efectivamente, no BSI, o grupo n_t apresenta consistentemente pontuações significativamente mais elevadas, contudo, ambos os grupos registam valores dentro das normas de referência, pelo que, na verdade, não apresentam valores indicadores de presença efectiva de psicopatologia. No caso do Mini-Mult, mais uma vez, o grupo n_t destaca-se, com valores significativamente mais altos em todas as escalas. É também no grupo n_t que se registam valores acima do ponto de corte, em duas escalas, evidenciando que, em média, o grupo n_t apresenta valores patológicos nas escalas Psicopatia e Esquizofrenia.

Um dos estudos deste trabalho procurou verificar até que ponto a vivência de acontecimentos traumáticos, correspondentes ao critério A da PTSD, influenciaria os índices de psicopatologia nos dois grupos. Verificasse que sujeitos do grupo n_t , vítimas deste tipo de acontecimentos, revelam valores de psicopatologia significativamente superiores aos sujeitos do grupo n_c , quer no BSI, quer no Mini-Mult. Assim, no grupo n_t a vivência de acontecimentos traumáticos extremos parece ter uma relação com a presença de mais sintomas psicopatológicos (ainda que dentro de valores normativos) e com valores mais altos em dimensões desviantes da personalidade do que aquilo que se observa no grupo n_c . Tendo em conta que o grupo n_t à partida apresenta maior psicopatologia os resultados devem ser lidos de forma cuidadosa.

Ao nível da presença de diagnóstico de PTSD a relação atrás observada não se verifica. A literatura aponta para o facto de um duplo diagnóstico de PTSD e toxicod dependência estar associado a valores mais expressivos de dificuldades psicológicas, médicas e psicossociais (Najavits, 2005). Contudo, provavelmente em virtude do reduzido número de sujeitos em comparação (13 do grupo n_t vs 2 do grupo n_c), estas relações não se verificam de forma clara.

No estudo do impacto das variáveis sociodemográficas realizado no grupo n_t , considerando a variável sociodemográfica género registou-se que os homens relatam mais acontecimentos traumáticos extremos e maior percentagem de diagnóstico de PTSD. Contudo as percentagens não diferem significativamente. Numa revisão sobre a literatura relevante, Tolin e Foa (2006), referem que as mulheres têm menor probabilidade de experienciar acontecimentos traumáticos, mas maior probabilidade de desenvolver PTSD. No estudo realizado por Albuquerque e colaboradores (2003), na população portuguesa, estes autores encontraram uma diferença estatisticamente significativa nas percentagens de PTSD em função do género: 4,8% no sexo masculino e 11,4% no sexo feminino. No entanto, no estudo com toxicod dependentes conduzido por Reynolds e colaboradores (2005), as diferenças entre géneros, no que respeita à presença de PTSD, não foram significativas. Estes resultados são semelhantes aos agora obtidos.

Ao nível das restantes variáveis sociodemográficas estudadas (idade, Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicod dependentes e não toxicod dependentes

habilitações literárias e situação laboral) não se registou impacto significativo sobre as variáveis relacionadas com exposição traumática e PTSD no grupo n_t .

Na análise da variação dos índices de psicopatologia em função das variáveis relacionadas com exposição traumática e PTSD, realizada no grupo n_t , verifica-se que, relativamente à exposição a acontecimentos potencialmente traumáticos, a única relação significativa que se observa é com a dimensão Hostilidade do BSI, que engloba pensamentos, emoções e comportamentos característicos do afecto negativo associado à cólera (Canavarro, 1999). Contudo, e uma vez que estes resultados são derivados de estudos correlacionais não é possível retirar daqui qualquer tipo de inferência determinística. No entanto, pode-se sempre considerar que sujeitos toxicodependentes mais expostos a acontecimentos potencialmente traumáticos manifestam as suas dificuldades psicológicas através de comportamentos agressivos, algo que é referido na literatura como uma frequência do agido na expressão do sofrimento por parte destes sujeitos (Farate, 2001). Por outro lado, pode-se também pressupor que é a existência de tendências agressivas, do tipo impulsivo, que levam à maior exposição a acontecimentos adversos, o que iria de encontro à hipótese de alto risco que associa a toxicodependência à PTSD (Chilcoat & Breslau, 1998; Stewart, Pihl, Conrod, & Dongier, 1998).

No estudo das duas variáveis que neste trabalho assumem um papel de destaque, o relato de acontecimentos traumáticos extremos e o diagnóstico de PTSD, não se encontram quaisquer relações com os índices de psicopatologia. Tal, muito provavelmente, deve-se a limitações metodológicas, especialmente o reduzido número de sujeitos do grupo n_t envolvidos nas análises (apenas 24 sujeitos expostos a um acontecimento correspondente ao critério A e somente 13 sujeitos com diagnóstico de PTSD).

A título indicativo, é relevante referir que, num estudo com uma amostra toxicodependente, Reynolds e colaboradores (2005), usando também o BSI, não encontraram diferenças, de um modo global, entre sujeitos toxicodependentes com e sem PTSD, nos grupos e índices globais do instrumento, excepção feita à dimensão psicoticismo e índice total de sintomas positivo, o que, de acordo com os autores, apenas sugere um maior grau de psicopatologia nos sujeitos com PTSD.

Ao nível da sintomatologia de PTSD, também por se incluírem todos os sujeitos na análise, os resultados mostram a existência de relações entre as diferentes variáveis. Ao nível da psicopatologia geral verifica-se que, de forma global, um maior número de sintomas de PTSD surge ligado a pontuações mais elevadas em várias dimensões e índices globais do BSI. As dimensões que se destacam são: Ansiedade, Ansiedade Fóbica e Ideação Paranoide. Ao nível dos clusters, verifica-se que o cluster que surge associado a níveis mais altos de psicopatologia, isto é, a pontuações mais elevadas num maior número de dimensões e índices globais, é o cluster activação, seguido do de evitamento e, com apenas uma correlação significativa, o cluster de revivência.

Deve-se realçar que, ao nível de todas as dimensões e índices globais, o Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicodependentes e não toxicodependentes

grupo n_t apresenta valores dentro das normas, pelo que, embora sujeitos com mais sintomas de PTSD apresentem valores mais elevados de sintomas de psicopatologia, nenhuma dimensão ou índice atinge valores psicopatológicos.

Ao nível da personalidade, um maior número de sintomas de PTSD relaciona-se com níveis mais elevados nas escalas Paranóia, Psicastenia e Esquizofrenia. Num estudo realizado com sujeitos expostos a combate, usando a versão completa do MMPI (Schnurr, Friedman, & Rosenburg, 1993), verificou-se que as escalas que melhor predizem sintomas de PTSD são a Hipocondria, a Masculinidade-feminilidade (que não consta do Mini-Mult) e a Paranóia.

Ao nível específico dos clusters verifica-se que os dois primeiros - revivência e evitamento - apenas se relacionam com a Esquizofrenia. O terceiro cluster - activação - parece relacionar-se com mais escalas: Paranóia, Psicastenia, Esquizofrenia e Hipomania. Destas dimensões, apenas a Esquizofrenia atinge um valor indicativo de psicopatologia. Assim, neste grupo de sujeitos toxicodependentes, um maior número de sintomas de PTSD parece estar relacionado com características psicóticas da personalidade, designadamente perturbações do pensamento, da percepção, do afecto, dificuldade de controlo dos impulsos e alterações da sociabilidade.

De um modo global, pode-se afirmar que sujeitos com mais sintomas de PTSD apresentam índices mais elevados de psicopatologia geral e ao nível da personalidade, sendo que o cluster de activação é aquele que se relaciona com um grau de perturbação mais elevado. Mais uma vez, tendo em conta a natureza correlacional dos estudos efectuados, é necessário acautelar que não é possível retirar daqui qualquer tipo de inferência determinística.

VI - Conclusões

Da presente investigação destacam-se os resultados contrastantes provenientes da confrontação entre os grupos n_t e n_c . O primeiro grupo revelou índices consistentemente superiores em todas as variáveis ligadas à exposição traumática e à PTSD (não significativos apenas na exposição a um acontecimento traumático extremo).

É de realçar que, não obstante tratar-se de uma amostra reduzida, o facto de 32.5% do grupo n_t (13 sujeitos em 40) apresentar um diagnóstico compatível com PTSD não é um dado de todo negligenciável, mais ainda porque surge em consonância com os resultados obtidos noutras investigações (Reynolds et al., 2005). A média de sintomas de PTSD de 7.83 encontrada neste mesmo grupo, mais elevada do que a registada em estudos efectuados com o EARAT em grupos de risco, é também de levar em conta, já que se trata de um conjunto de sintomas com grande impacto no ajustamento psicológico do indivíduo e que podem interferir em varias áreas do seu funcionamento, mesmo que este não esteja diagnosticado com PTSD.

Globalmente, os resultados alcançados nesta parte do trabalho apontam no sentido de uma considerável associação entre PTSD e

toxicodependência.

O facto de 7 sujeitos, na amostra total, terem uma constelação de sintomas compatível com o diagnóstico de PTSD, na ausência do relato de um acontecimento que cumpra os requisitos da definição de acontecimento traumático extremo, é também um achado que revela a atenção que se deve prestar às consequências da exposição a acontecimentos adversos que se mostrem não ser tão salientes ou tão “traumáticos” à partida.

Ao nível da psicopatologia associada às variáveis relativas à exposição traumática e ao diagnóstico de PTSD, os resultados não são conclusivos, apontando para diferenças no sentido dos sujeitos do grupo n_t expostos a um acontecimento traumático extremo apresentarem índices mais elevados que os do grupo n_c na mesma situação, embora esta leitura tenha de ser cuidadosa, uma vez que os grupos diferem significativamente nos índices de psicopatologia à partida. O mesmo não foi possível concluir em relação aos sujeitos com diagnóstico de PTSD dos dois grupos em comparação, em virtude do reduzido número de sujeitos em análise.

O estudo específico do grupo n_t , não evidenciou a existência de um impacto significativo das variáveis sociodemográficas analisadas sobre as variáveis relacionadas com exposição traumática e PTSD.

Ao nível da psicopatologia, salientam-se as relações encontradas entre exposição a acontecimentos potencialmente traumáticos e a dimensão Hostilidade do BSI, e as relações entre sintomatologia de PTSD e vários índices indicadores de perturbação emocional e da personalidade, ou seja, a constatação de que no grupo analisado, um número mais alto de sintomas de PTSD surge associado a maiores índices de psicopatologia de uma forma global, sendo que o cluster de activação é aquele que se relaciona com um grau de perturbação mais elevado. No entanto, mais uma vez, estes dados devem ser interpretados cuidadosamente, uma vez que os valores obtidos, na quase totalidade dos índices de psicopatologia, se encontram dentro dos valores normativos.

É importante referir que são várias as limitações deste estudo. Assim, no que toca aos instrumentos usados, por exemplo, verificam-se algumas fragilidades: a LAV, embora apresente boas qualidades psicométricas em estudos realizados com outras populações, não foi avaliada para população portuguesa, o que torna a validade e a fiabilidade desta medida questionável. A falta de dados normativos, por outro lado, limita definitivamente a interpretação dos resultados assim obtidos. Por outro lado, ainda, tratando-se de uma *checklist* de categorias de acontecimentos de vida potencialmente traumáticos, não permite uma clara discriminação dos acontecimentos que dão azo a uma resposta positiva por parte do sujeito, isto é, a mesma categoria apresenta uma enorme variabilidade de acontecimentos. Assim, pela sua abrangência, o mesmo acontecimento pode ser assinalado em várias categorias. Constatou-se ainda que, ao contrário do instrumento original, que inclui 17 itens, a versão disponibilizada pela autora inclui um item adicional, “Experiência traumática”. A inclusão deste item generalista, embora semelhante na sua inespecificidade ao último item do instrumento, “Outra experiência extremamente stressante”, provocou algumas dificuldades, pois

Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicodependentes e não toxicodependentes

Bruno Ricardo Filipe Paixão (e-mail: brunorfpaixao@gmail.com)

alguns sujeitos consideraram que os acontecimentos subsequentes teriam também de ser, na sua opinião, traumáticos, quando na verdade tal não era requerido. O uso de entrevistas estruturadas pode colmatar algumas destas falhas, porém, serão necessariamente mais morosas, o que, no contexto do presente trabalho, seria ainda mais limitador.

Quanto ao EARAT, versão de adultos, mais uma vez se constata que não existem dados normativos e psicométricos para a população adulta portuguesa. Estudos com versões do instrumento para populações mais jovens revelam, todavia, que se trata de um instrumento com boas qualidades psicométricas. Alguns estudos já efectuados em populações específicas, como bombeiros, soldados e estudantes, permitem, de alguma forma, situar as pontuações obtidas no instrumento, providenciando alguma base de comparação. Relativamente à primeira parte do instrumento, respeitante à descrição do acontecimento, verifica-se que é algo parca, já que apenas pede uma curta descrição do acontecimento o que resulta em pouca informação, o que acaba por ter impacto na decisão sobre os acontecimentos que são considerados, ou não, como traumáticos extremos. Esta parte, também não tem em conta acontecimentos sobre os quais apenas se teve conhecimento, contemplando apenas o experienciar ou assistir a acontecimentos, o que exclui uma categoria importante de acontecimentos actualmente reconhecida pela DSM-IV-TR (APA, 2002) na definição de acontecimento traumático. No presente estudo, para ultrapassar essa limitação, aceitou-se o relato de acontecimentos dos quais o sujeito tomou conhecimento, aplicando de igual modo para estes acontecimentos o resto das questões estipuladas nas duas outras categorias. Outra limitação do EARAT, prende-se com o facto de este não possuir itens que permitam avaliar a resposta emocional ao acontecimento, correspondente à segunda parte da definição do critério A da PTSD. No que respeita à sintomatologia, o EARAT avalia a presença de sintomas de PTSD apenas com base numa resposta dicotómica, o que, sendo vantajoso em termos de investigação, torna a avaliação pouco rigorosa. De facto, perante estas limitações, os dados relativos à ocorrência de PTSD devem ser lidos como indicadores de PTSD e não como um diagnóstico preciso de PTSD, que apenas se obteria com alguma segurança mediante uma avaliação mais completa.

Finalmente, o Mini-Mult revela também ausência de estudos psicométricos para a população portuguesa. Sendo esta uma versão reduzida do MMPI original, não obstante a sua relevância no contexto das toxicodependências, é um instrumento ultrapassado pela sua versão revista, o MMPI-2. As normas usadas são também algo datadas, pelo que a interpretação dos resultados é sempre restrita.

É importante realçar que os instrumentos foram escolhidos tendo em conta não apenas as qualidades psicométricas mas, também, as modalidades de administração, nomeadamente a brevidade da sua passagem, dado o tipo de dificuldades usualmente colocadas pela população toxicodependente.

Ao nível da amostra, reconhece-se que esta é reduzida, o que limita as possibilidades de análise estatística dos dados. Por um lado, algumas relações que se poderiam encontrar acabam por não se revelar pelo circunscrito número de sujeitos em comparação, por outro lado, das relações

Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicodependentes e não toxicodependentes

Bruno Ricardo Filipe Paixão (e-mail: brunorfpaixao@gmail.com)

que se verificam, algumas são de valor reduzido.

Não obstante as limitações aludidas, podem-se derivar algumas implicações significativas dos resultados obtidos. Destacamos a associação entre exposição a acontecimentos traumáticos e presença de PTSD na população toxicodependente estudada, o que necessitando de maior aprofundamento, não deixa de constituir um indicador clínico importante a ser seguido pelos serviços de saúde ligados ao tratamento desta população. Sujeitos toxicodependentes com PTSD poderão, assim, necessitar de tratamento adicional e específico para os seus sintomas. Por outro lado, será importante também ter em atenção, no contexto do tratamento de sujeitos com PTSD, os aspectos ligados ao abuso e dependência de drogas.

Quanto a direcções futuras, um passo inicial seria a aferição de instrumentos sólidos na área da PTSD. Apenas com instrumentos válidos e fidedignos, e com valores de referência que permitam contextualizar os dados obtidos, é possível realizar investigações que produzam resultados rigorosos. No contexto da toxicodependência seria importante realizar estudos com amostras consideravelmente maiores e diversificadas. Poderia ser interessante também estudar a exposição a acontecimentos traumáticos e a presença de sintomatologia e diagnóstico de PTSD tendo em conta, por exemplo, os efeitos de diferentes tipos de drogas de abuso e de dependência incluindo o álcool. Finalmente, torna-se importante avaliar as taxas de comorbilidade psicopatológica associadas à PTSD na população toxicodependente, com recurso a instrumentos mais sólidos e completos, como entrevistas clínicas estruturadas, em estudos de larga escala.

Bibliografia

- Alberto, I. (1999). *Avaliação da Perturbação Pós-Stress Traumático (PTSD) e suas consequências psicológicas em crianças e adolescentes vítimas de maltrato*. Tese de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P. M., & Alves, C. (2003). Perturbação pós-traumática do stress (PTSD): Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 309-320.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed.). Washington (DC): American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - texto revisto. (4ª ed)*. Lisboa: Climepsi.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (3rd ed). Washington (DC): American Psychiatric Association.
- American Psychological Association (2007). *APA Dictionary of Psychology*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Axelrod, B. N., Grabowski, J., & Trehwella, L. (2007). Evaluation of traumatic events as defined by the DSM-IV-TR criteria. *International*

- Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 11(4), 263-267.
- Axelrod, S. R., Morgan III, C. A., & Southwick, S. M. (2005). Symptoms of posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder in veterans of operation desert storm. *The American Journal of Psychiatry*, 162(2), 270-275.
- Bae, H., Kim, D., Koh, H., Kim, Y., & Park, S. J. (2008). Psychometric properties of the life events checklist-korean version. *Psychiatry Invest*, 5, 163-167.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D.G., Klauminzer, G., Charney, D. S., & Keane, T.M. (1990). A clinical rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1. *The Behavior Therapist*, 18, 187-188.
- Blake, Weathers, Nagy, Kaloupek, Charney, & Keane (2007). *Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)*. Retirado em 20 de Janeiro de 2008, de: http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/assmnts/clinicianadministered_ptsd_scale_caps.html.
- Bokanowsky, T. (2005). Variations on the concept of traumatism: Traumatism, traumatic and trauma. *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 251-265.
- Bollinger, A. R., Riggs, D. S., Blake, D. D., & Ruzek, J. I. (2000). Prevalence of personality disorders among combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 13(2), 255-270.
- Boschen, M. J. (2008). The growth of PTSD in anxiety disorder research. *Psychiatry Research*, no prelo.
- Breslau, N. & Kessler, R. C. (2001). The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: An empirical investigation. *Biological Psychiatry*, 50, 699-704.
- Brown, P. J., Stout, R. L., & Gannon-Rowley, J. (1998). Substance use disorder-ptsd comorbidity: Patients' perceptions of symptom interplay and treatment issues. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(5), 445-448.
- Butcher, J. N., & Hostetler, K. (1990). Abbreviating MMPI item administration: What can be learned from the MMPI for the MMPI-2?. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 12(1), 12-21.
- Canavarro, M. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos - B.S.I.. In Simões, M., Gonçalves, M. & Almeida L. (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. II) (pp. 96-109), Braga: SHO.
- Cardena, E., Butler, L., & Spiegel, D. (2003). Stress Disorders. In I. Weiner (Ed.), *Handbook of Psychology* (pp. 229-249). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Chilcoat, H. D. & Breslau, N. (1998). Investigations of causal pathways between PTSD and drug use disorders. *Addictive Behaviors*, 23(6), 827-840.
- Creamer, M., Burgess, P., & McFarlane, A.C. (2001) Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine*, 31, 1237-1247.

- Farate, C. (2001). O acto do consumo e o gesto que consome. Coimbra: Quarteto Editora.
- Foa, E. B. & Tolin, D. F. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *American Psychological Association*, 6(132), 959-992.
- Freidman, A. F., Webb, J. T., & Lewak, R. (1989). *Psychological assessment with MMPI*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Golier, J.A., Yehuda, R., Bierer, L.M., Mitropoulou, V., New, A.S., Schmeidler, J., et al. (2003). The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 2018- 2024.
- Gray, M.J., Litz, B.T., Hsu, J.L., & Lombardo, T.W. (2004). Psychometric properties of the Life Events Checklist. *Assessment*, 11, 330-341.
- Graziani, P., & Swendsen, J. (2007). *O stress: emoções e estratégias de adaptação*. Lisboa: Climepsi.
- Greene, R. L. (1991). *The MMPI-2/MMPI: An interpretative manual*. Massachusetts: Allyn and Bacon.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.
- Herman, J.L., Perry, J.C., van der Kolk, B.A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 146, 490-495.
- Horowitz, M. (1979). Psychological response to serious life events. In V. Hamilton & D. M. Warburton (Eds.), *Human stress and cognition: An information processing approach* (pp. 235-263). New York: John Wiley & Sons.
- Jacobsen, L. K., Southwick, S. M., & Kosten, T. R. (2001). Substance Use Disorders in Patients With Posttraumatic Stress Disorder: A Review of the Literature. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 1184-1190.
- Johnson, S. D., Striley, C., & Cottler, L. B. (2006). The association of substance use disorders with trauma exposure and PTSD among African American drug users. *Addictive Behaviors*, 31, 2063-2073.
- Keane, T. M., Zimering, R. T., & Kaloupek, D. G. (2000). Posttraumatic stress disorder. In M. Hersen & A. S. Bellack (Eds.). *Psychopathology in adulthood* (2ª ed.) (pp. 208-231). Boston: Allyn and Bacon.
- Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. -B. (1979). *Vocabulário da Psicanálise* (5ªed., Pedro Tamen, Trad.). Lisboa: Moraes Editores. (Trabalho original publicado em 1967).
- Lasiuk, G. C., & Hegadoren, K. M. (2006). Posttraumatic stress disorder part I: Historical development of the concept. *Perspectives in Psychiatric Care*, 42(1), 13-20.
- Lopes, J. S. (1985). *Análise multidimensional comparada das timopatias*
Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicodependentes e não toxicodependentes
Bruno Ricardo Filipe Paixão (e-mail: brunorfpaixao@gmail.com)

- tardias e outras timopatias*. Tese de mestrado, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.
- Luxenberg, T., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. A. (2001). Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS) diagnosis, part I: Assessment. *Directions in Psychiatry, 21*, 373-393.
- Maia, A. C., McIntyre, T., Pereira, G., & Fernandes, E. (2006). Por baixo das pústulas da guerra: reflexões sobre um estudo com ex-combatentes da guerra colonial. In M. Gama (Ed.). *A Guerra Colonial (1961-1974)* (pp. 11-28). Braga: Centro de Estudos Lusíadas.
- Maia, A., Guimarães, C., Magalhães, E., Capitão, L., Campos, M., & Capela, S. (2006). *Experiências adversas e funcionamento actual: Um estudo com jovens portugueses*. Trabalho apresentado no VI Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Retirado em 23, de Janeiro de 2008, de: <http://repositorium.sdum.uminho.pt>.
- Manita, C. (2002). Avaliação psicológica no domínio das toxicodependências: Das estruturas aos processos. *Toxicodependências, 8* (3), 11-25.
- McNally, R. J. (2003). Progress and controversy in the study of posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Psychology, 28*, 229-252.
- Meichenbaum, D. (1994). *Treating Post-Traumatic Disorder: A Handbook and Practice Manual for Therapy*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Meisler, A. W. (1996). Trauma, PTSD, and substance abuse. *PTSD Research Quarterly, 7*(4), 1-8.
- Mills, K. L., Lynskey, M., Teesson, M., Ross, J., & Darke, S. (2005). Post-traumatic stress disorder among people with heroin dependence in the Australian treatment outcome study (ATOS): Prevalence and correlates. *Drug and Alcohol Dependence, 77*, 243-249.
- Mills, L. K., Teesson, M., Ross, J., & Peters, L. (2006). Trauma, PTSD, and substance use disorders: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *The American Journal of Psychiatry, 163*, 651-658.
- Moreau, C., & Zisook, S. (2003). Rationale for a posttraumatic stress spectrum disorder. *FOCUS, 1*(3), 265-272.
- Moreira, S. (2005). Bombeiros e episódios de emergência pré-hospitalar: Impacto da exposição a acontecimentos traumáticos. Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia da Universidade do Minho, Braga.
- Najavits et al. (1998). Cocaine dependence with and without PTSD among subjects in the National Institute on Drug abuse cocaine collaborative study. *The American Journal of Psychiatry, 155*(2), 214-219.
- Najavits, L.M. (2005). Theoretical perspective on posttraumatic stress disorder and substance use disorder. *Australian Psychologist, 40*(2), 118-126.
- Norris, F. H., Murphy, A. D., Baker, C. K., Perilla, J. L., Rodriguez, F. G., & Rodriguez, J. J. (2003). Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder in Mexico. *Journal of Abnormal Psychology, 112*(4), 646-656.
- Nowlis, H. (1989). *A verdade sobre as Drogas*. Lisboa : Ed. Gabinete de Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicodependentes e não toxicodependentes

- Planeamento e Coordenação do Combate à Droga.
- Organização Mundial da Saúde (1992). *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: 10ª revisão*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Paixão, R. (2002). *Stress e Psicoterapias Dinâmicas*. Retirado em 2, de Dezembro, de 2007, de: <http://www1.fpce.uc.pt/pessoais/rpaixao/reservada/8.htm>.
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B. A., Roth S., Mandel F. S., Kaplan S., & Resick R. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress, 10*, 3-16.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pires, T. (2005). *Perturbação de stress pós-traumático em vítimas de acidentes rodoviários*. Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia da Universidade do Minho, Braga.
- Price, J. L. (2007). *Findings from the National Vietnam Veterans' Readjustment Study*. Retirado em 20 de Janeiro de 2008, de http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/fact_shts/fs_nvvr.html.
- Reada, J. P., Brownb, P. J., & Kahler, C. W. (2004). Substance use and posttraumatic stress disorders: Symptom interplay and effects on outcome. *Addictive Behaviors, 29*, 1665–1672.
- Reynolds, M. Mezey, G., Chapman, M., Wheeler, M., Drummond, C., & Baldacchino, A. (2005). Co-morbid post-traumatic stress disorder in a substance misusing clinical population. *Drug and Alcohol Dependence, 77*, 251 – 258.
- Rosen, G. M., & Lilienfeld, S. O. (2008). Posttraumatic stress disorder: An empirical evaluation of core assumptions. *Clinical Psychology Review, 28*, 837–868.
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., van der Kolk, B., & Mandel, F.S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV Field Trial for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress 10*, 539-556.
- Schnurr, P. P., Friedman, M. J., & Rosenburg, S. D. (1993) Premilitary MMPI scores as predictors of combat-related PTSD. *The American Journal of Psychiatry, 150*, 479-483.
- Serra, A. V. (2003). *O Distúrbio de Stress Pós-Traumático*. Coimbra: Vale & Vale Editores, Lda.
- Stein, M., Walker, J., Hazen, A., & Forde, D. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: Findings from a community survey. *American Journal of Psychiatry, 154*, 1114–1119.
- Stewart, S. H., Pihl, R. O., Conrod, P. J. & Dongier, M. (1998). Functional associations among trauma, PTSD, and substance-related disorders. *Addictive Behaviors, 23*(6), 797–812.
- Tutté, J. C. (2004). The concept of psychical trauma: A bridge in interdisciplinary space. *International Journal of Psychoanalysis, 84*, 897-921.
- van der Kolk, B. A., Roth S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicodependentes e não toxicodependentes
Bruno Ricardo Filipe Paixão (e-mail: brunorfpaixao@gmail.com)

- (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress, 18*(5), 389–399.
- Yen, S., Shea, M.T., Battle, C.L., Johnson, D.M., Zlotnick, C., Dolan-Sewell, R., et al. (2002). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Journal of Nervous Mental Disease, 190*, 510-518.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Dubo, E.D., Sickel, A.E., Trikha, A., Levin, A., et al. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry, 155*, 1733-1739.

Anexos

Anexo I – Tabelas

Tabela 4. Dados relativos aos consumos de diferentes tipos de substâncias no grupo n_t (n=40)

	n	%
Consumiu apenas um tipo de substâncias	1	2.5
Consumiu entre 2 e 4 tipos de substâncias	18	45.0
Consumiu mais de 5 tipos de substâncias	21	52.5
Total	40	100.0

Tabela 5. Dados relativos aos consumos de qualquer tipo de substância no último mês no grupo n_t (n=40)

	n	%
Não teve consumos no último mês	24	60.0
Teve consumos no último mês	16	40.0
Total	40	100.0

Tabela 6. Dados relativos à idade do primeiro consumo de substâncias no grupo n_t (n=40)

	Mínimo	Máximo	M	DP
Idade aquando do consumo da primeira substância (em anos)	11	35	16.25	4.695

Tabela 7. Dados relativos à categoria da primeira substância consumida (excluindo álcool) no grupo n_t (n=40)

	n	%
Cannabinóides	32	80.0
Cocaína	3	7.5
Heroína	3	7.5
Outros opiáceos	1	2.5
Comprimidos/medicamentos	1	2.5
Total	40	100.0

Tabela 8. Descrição das oito escalas clínicas do Mini-Mult

Escalas Clínicas	Características
Escala Hs – Hipocondria	Mede a preocupação do indivíduo com o funcionamento somático. A elevação dos resultados não tem diagnóstico unívoco e sinaliza características de personalidade relativamente estáveis e resistentes à mudança.
Escala D – Depressão	Integra itens relativos à sintomatologia depressiva (humor depressivo, desmoralização, tristeza, perda da auto-estima, insatisfação geral e falta de esperança). É um bom indicador do grau de desconforto e insatisfação psicológica do sujeito em relação a si próprio e ao meio em que vive.
Escala Hy – Histeria	Compreende itens relativos ao carácter histérico e a sintomas de conversão somática. A elevação nesta escala assinala a presença de características dos dois tipos e pode ocorrer em pessoas que geralmente mantêm uma fachada de ajustamento superior e só em situações de stress manifestam vulnerabilidade e desenvolvem sintomas de conversão.
Escala Pd – Psicopatia	Desenvolvida para identificar a personalidade psicopática, caracterizada por ausência de respostas emocionais profundas, dificuldade em aprender com experiência, egocentrismo, desprezo pelas normas e costumes sociais, podendo atingir comportamentos anti-sociais.
Escala Pa – Paranóia	Desenvolvida para detectar características paranóicas (ideias de referência, sentimentos de perseguição, conceito de si grandioso, hipersensibilidade interpessoal e rigidez psicológica). Permite identificar estas características em dois tipos de perturbação, perturbação caracterial (Carácter Paranóico) e perturbação grave da personalidade (Psicose Paranóica ou Delírio Paranóide).
Escala Pt – Psicastenia	Validada com indivíduos caracterizados por grande fadiga física e intelectual, dúvidas sistemáticas e excessivas, medos injustificados, obsessões e compulsões e grandes níveis de ansiedade.
Escala Sc – Esquizofrenia	Validada com grupo de sujeitos muito heterogéneo que apresentavam em comum características psicóticas, designadamente, perturbações do pensamento, da percepção, do afecto, dificuldade de controlo dos impulsos e alterações da sociabilidade. Em sujeitos normais, uma elevação surge em personalidades muito criativas e imaginativas, ou em sujeitos muito individualistas, imaturos, com interesses específicos pouco desenvolvidos, dificuldades sexuais, problemas de identidade e dificuldades de pensamento e comunicação.
Escala Ma – Hipomania	Desenvolvida para identificar sintomas hipomaniacos aos quais está subjacente uma hiperactividade do pensamento e da acção. Este quadro caracteriza-se por instabilidade e labilidade do humor, euforia, excitação psicomotora, auto-conceito grandioso, egocentricidade, impulsividade e facilidade de passagem ao acto.

Tabela 9. Pontuação total na LAV na amostra total (N=80)

	Amostra total
	M (DP)
Pontuação total no LAV	29.05 (12.853)

Tabela 10. Resultados relativos à exposição a acontecimentos de vida potencialmente traumáticos (LAV) na amostra total (N=80)

	Aconteceu -me	Vi acontecer	Soube que aconteceu
	%	%	%
1. Experiência traumática (por exemplo, ferimentos graves, ou outra experiência que tenha ameaçado seriamente a sua vida ou a de outros)	41.3	30.0	15.0
2. Desastre natural (por exemplo, inundação, tremor de terra)	10.0	11.3	17.5
3. Fogo ou explosão	8.8	40.0	13.8
4. Acidente num transporte (acidente de motociclo, de carro, de barco, de comboio, de avião)	48.8	21.3	16.3
5. Acidente grave de trabalho, em casa ou em actividade recreativa.	16.3	12.5	30.0
6. Exposição a substâncias tóxicas (produtos químicos, radiações)	6.3	2.5	11.3
7. Agressão física (por exemplo, ser atacado, batido, esbofeteado, pontapeado, etc)	43.8	26.3	6.3
8. Ameaça com arma (ser baleado, apunhalado, ameaçado com faca, pistola, bomba)	26.3	7.5	23.8
9. Agressão sexual (violação, tentativa de violação, ser obrigado a uma actividade sexual pelo uso da força ou ameaça)	6.3	1.3	17.5
10. Outra experiência ou contacto sexual não desejado ou desagradável	11.3	1.3	17.5
11. Combate ou exposição a zona de guerra (como militar ou civil)	7.5	1.3	15.0
12. Captura (ser raptado, ser refém, prisioneiro de guerra)	5.0	1.3	7.5
13. Doença ou ferimento que ameaçou a vida	21.3	26.3	26.3
14. Sofrimento humano intenso	32.5	30.0	13.8
15. Assistir a morte repentina, violenta (por exemplo homicídio, suicídio)	20.0	0.0	16.3
16. Assistir a morte inesperada e repentina de alguém próximo (por exemplo homicídio, suicídio)	26.3	0.0	22.5
17. Causar ferimento, dor ou morte de alguém	21.3	7.5	6.3
18. Outro acontecimento ou experiência extremamente stressante	41.3	5.0	12.5

Tabela 11. Percentagem de sujeitos expostos a um acontecimento traumático extremo na amostra total (N=80)

		Amostra total
		n (%)
Exposição a acontecimento traumático extremo	Sim	45 (56.2%)
	Não	35 (43.8%)

Tabela 12. Percentagem de sujeitos com diagnóstico de PTSD na amostra total (N=80)

		Amostra total
		n (%)
Diagnóstico de PTSD	Com PTSD	15 (18.8%)
	Sem PTSD	65 (81.2%)

Tabela 13. Total de sintomas de PTSD na amostra total (N=80)

		Amostra total
		M (DP)
Total de sintomas de PTSD		5.66 (4.378)

Tabela 15. Resultados relativos à exposição a acontecimentos de vida potencialmente traumáticos (LAV) em ambos os grupos, independentemente do grau de exposição (N=80)

	Grupo n _t	Grupo n _c
	%	%
1. Experiência traumática (por exemplo, ferimentos graves, ou outra experiência que tenha ameaçado seriamente a sua vida ou a de outros)	90	82,5
2. Desastre natural (por exemplo, inundação, tremor de terra)	42,5	35
3. Fogo ou explosão	65	60
4. Acidente num transporte (acidente de motociclo, de carro, de barco, de comboio, de avião)	85	87,5
5. Acidente grave de trabalho, em casa ou em actividade recreativa.	70	47,5
6. Exposição a substâncias tóxicas (produtos químicos, radiações)	27,5	12,5
7. Agressão física (por exemplo, ser atacado, batido, esbofeteadado, pontapeado, etc.)	85	67,5
8. Ameaça com arma (ser baleado, apunhalado, ameaçado com faca, pistola, bomba)	67,5	47,5
9. Agressão sexual (violação, tentativa de violação, ser obrigado a uma actividade sexual pelo uso da força ou ameaça)	32,5	17,5
10. Outra experiência ou contacto sexual não desejado ou desagradável	35	25
11. Combate ou exposição a zona de guerra (como militar ou civil)	32,5	15
12. Captura (ser raptado, ser refém, prisioneiro de guerra)	17,5	10
13. Doença ou ferimento que ameaçou a vida	70	77,5
14. Sofrimento humano intenso	85	67,5
15. Assistir a morte repentina, violenta (por exemplo homicídio, suicídio)	55	27,5
16. Assistir a morte inesperada e repentina de alguém próximo (por exemplo homicídio, suicídio)	55	42,5
17. Causar ferimento, dor ou morte de alguém	42,5	27,5
18. Outro acontecimento ou experiência extremamente stressante	55	62,5

Tabela 16. Resultados relativos a exposição a acontecimentos de vida potencialmente traumáticos (LAV) no grupo n_r (n=40)

	Aconteceu	Vi	Soube que
	-me	acontecer	aconteceu
	%	%	%
1. Experiência traumática (por exemplo, ferimentos graves, ou outra experiência que tenha ameaçado seriamente a sua vida ou a de outros)	47.5	30	12.5
2. Desastre natural (por exemplo, inundação, tremor de terra)	15	15	12.5
3. Fogo ou explosão	15	35	15
4. Acidente num transporte (acidente de motociclo, de carro, de barco, de comboio, de avião)	57.5	17.5	10
5. Acidente grave de trabalho, em casa ou em actividade recreativa.	25	20	25
6. Exposição a substâncias tóxicas (produtos químicos, radiações)	10	2.5	15
7. Agressão física (por exemplo, ser atacado, batido, esbofetado, pontapeado, etc)	62.5	22.5	0
8. Ameaça com arma (ser baleado, apunhalado, ameaçado com faca, pistola, bomba)	42.5	10	15
9. Agressão sexual (violação, tentativa de violação, ser obrigado a uma actividade sexual pelo uso da força ou ameaça)	12.5	2.5	17.5
10. Outra experiência ou contacto sexual não desejado ou desagradável	17.5	2.5	15
11. Combate ou exposição a zona de guerra (como militar ou civil)	15	0	17.5
12. Captura (ser raptado, ser refém, prisioneiro de guerra)	7.5	2.5	7.5
13. Doença ou ferimento que ameaçou a vida	30	15	25
14. Sofrimento humano intenso	57.5	17.5	10
15. Assistir a morte repentina, violenta (por exemplo homicídio, suicídio)	35	0	20
16. Assistir a morte inesperada e repentina de alguém próximo (por exemplo homicídio, suicídio)	35	0	20
17. Causar ferimento, dor ou morte de alguém	37.5	5	0
18. Outro acontecimento ou experiência extremamente stressante	42.5	5	7.5

Tabela 17. Resultados relativos à exposição a acontecimentos de vida potencialmente traumáticos (LAV) no grupo n_c (n=40)

	Aconteceu	Vi	Soube que
	-me	acontecer	aconteceu
	%	%	%
1. Experiência traumática (por exemplo, ferimentos graves, ou outra experiência que tenha ameaçado seriamente a sua vida ou a de outros)	35	30	17.5
2. Desastre natural (por exemplo, inundação, tremor de terra)	5	7.5	22.5
3. Fogo ou explosão	2.5	45	12.5
4. Acidente num transporte (acidente de motociclo, de carro, de barco, de comboio, de avião)	40	25	22.5
5. Acidente grave de trabalho, em casa ou em actividade recreativa.	7.5	5	35
6. Exposição a substâncias tóxicas (produtos químicos, radiações)	2.5	2.5	7.5
7. Agressão física (por exemplo, ser atacado, batido, esbofeteado, pontapeado, etc)	25	30	12.5
8. Ameaça com arma (ser baleado, apunhalado, ameaçado com faca, pistola, bomba)	10	5	32.5
9. Agressão sexual (violação, tentativa de violação, ser obrigado a uma actividade sexual pelo uso da força ou ameaça)	0	0	17.5
10. Outra experiência ou contacto sexual não desejado ou desagradável	5	0	20
11. Combate ou exposição a zona de guerra (como militar ou civil)	0	2.5	12.5
12. Captura (ser raptado, ser refém, prisioneiro de guerra)	2.5	0	7.5
13. Doença ou ferimento que ameaçou a vida	12.5	37.5	27.5
14. Sofrimento humano intenso	7.5	42.5	17.5
15. Assistir a morte repentina, violenta (por exemplo homicídio, suicídio)	7.5	0	20
16. Assistir a morte inesperada e repentina de alguém próximo (por exemplo homicídio, suicídio)	17.5	0	25
17. Causar ferimento, dor ou morte de alguém	5	10	12.5
18. Outro acontecimento ou experiência extremamente stressante	40	5	17.5

Tabela 19. Percentagem de acontecimentos traumáticos extremos relatados por categoria, nos dois grupos, independentemente do grau de exposição (N=80)

	Grupo n _t		Grupo n _c	
	n	%	n	%
1. Experiência traumática (por exemplo, ferimentos graves, ou outra experiência que tenha ameaçado seriamente a sua vida ou a de outros)			3	14.3
2. Desastre natural (por exemplo, inundação, tremor de terra)			1	4.8
3. Fogo ou explosão	1	4.2		
4. Acidente num transporte (acidente de motociclo, de carro, de barco, de comboio, de avião)	2	8.3	7	33.3
5. Acidente grave de trabalho, em casa ou em actividade recreativa.	2	8.3		
6. Exposição a substâncias tóxicas (produtos químicos, radiações)				
7. Agressão física (por exemplo, ser atacado, batido, esbofeteado, pontapeado, etc)	4	16.7	2	9.5
8. Ameaça com arma (ser baleado, apunhalado, ameaçado com faca, pistola, bomba)	3	12.5	1	4.8
9. Agressão sexual (violação, tentativa de violação, ser obrigado a uma actividade sexual pelo uso da força ou ameaça)	1	4.2		
10. Outra experiência ou contacto sexual não desejado ou desagradável				
11. Combate ou exposição a zona de guerra (como militar ou civil)				
12. Captura (ser raptado, ser refém, prisioneiro de guerra)	1	4.2		
13. Doença ou ferimento que ameaçou a vida			2	9.5
14. Sofrimento humano intenso				
15. Assistir a morte repentina, violenta (por exemplo homicídio, suicídio)	2	8.3		
16. Assistir a morte inesperada e repentina de alguém próximo (por exemplo homicídio, suicídio)	6	25.0	3	14.3
17. Causar ferimento, dor ou morte de alguém	2	8.3		
18. Outro acontecimento ou experiência extremamente stressante			2	9.5
Total	24	100	21	100

Tabela 20. Nível de exposição aos acontecimentos traumáticos extremos, nos dois grupos (N=80)

Grupo da amostra	Tipo de exposição	n	%
Grupo n _t	Aconteceu	12	50.0
	Assistiu	6	25.0
	Soube	6	25.0
	Total	24	100.0
Grupo n _c	Aconteceu	10	47.6
	Assistiu	9	42.9
	Soube	2	9.5
	Total	21	100.0

Tabela 22. Percentagem de acontecimentos traumáticos extremos identificados pelos sujeitos com diagnóstico de PTSD, por categoria, nos dois grupos, independentemente do grau de exposição (N=80)

	Grupo n _t		Grupo n _c	
	n	%	n	%
1. Experiência traumática (por exemplo, ferimentos graves, ou outra experiência que tenha ameaçado seriamente a sua vida ou a de outros)				
2. Desastre natural (por exemplo, inundação, tremor de terra)				
3. Fogo ou explosão	1	7.7		
4. Acidente num transporte (acidente de motociclo, de carro, de barco, de comboio, de avião)	1	7.7		
5. Acidente grave de trabalho, em casa ou em actividade recreativa.	1	7.7		
6. Exposição a substâncias tóxicas (produtos químicos, radiações)				
7. Agressão física (por exemplo, ser atacado, batido, esbofetado, pontapeado, etc)	2	15.4	1	50
8. Ameaça com arma (ser baleado, apunhalado, ameaçado com faca, pistola, bomba)	2	15.4		
9. Agressão sexual (violação, tentativa de violação, ser obrigado a uma actividade sexual pelo uso da força ou ameaça)	1	7.7		
10. Outra experiência ou contacto sexual não desejado ou desagradável				
11. Combate ou exposição a zona de guerra (como militar ou civil)				
12. Captura (ser raptado, ser refém, prisioneiro de guerra)	1	7.7		
13. Doença ou ferimento que ameaçou a vida			1	50
14. Sofrimento humano intenso				
15. Assistir a morte repentina, violenta (por exemplo homicídio, suicídio)	2	15.4		
16. Assistir a morte inesperada e repentina de alguém próximo (por exemplo homicídio, suicídio)	2	15.4		
17. Causar ferimento, dor ou morte de alguém				
18. Outro acontecimento ou experiência extremamente stressante				
Total	13	100	2	100

Tabela 23. Nível de exposição aos acontecimentos traumáticos extremos em sujeitos com diagnóstico de PTSD, nos dois grupos (N=80)

Grupo da amostra	Tipo de exposição	n	%
Grupo n _t	Aconteceu	7	53.8
	Assistiu	3	23.1
	Soube	3	23.1
	Total	13	100.0
Grupo n _c	Aconteceu	0	0
	Assistiu	2	100.0
	Soube	0	0
	Total	2	100.0

Tabela 25. Diferenças entre os dois grupos nas dimensões e índices do BSI (N=80)

Dimensões e índices do BSI	Grupo da amostra	n	M	DP	t	p
Somatização	Grupo n _t	40	.92134	.762719	4.947	.000
	Grupo n _c	40	.27506	.317573		
Obsessões-Compulsões	Grupo n _t	40	1.46664	.646252	3.509	.001
	Grupo n _c	40	.98751	.572864		
Sensibilidade Interpessoal	Grupo n _t	40	1.35000	.800240	3.863	.000
	Grupo n _c	40	.73750	.604338		
Depressão	Grupo n _t	40	1.30831	.861066	3.581	.001
	Grupo n _c	40	.72493	.565603		
Ansiedade	Grupo n _t	40	1.25837	.753901	4.363	.000
	Grupo n _c	40	.62495	.523960		
Hostilidade	Grupo n _t	40	1.30500	.854535	3.808	.000
	Grupo n _c	40	.68500	.574479		
Ansiedade Fóbica	Grupo n _t	40	.49500	.558363	2.737	.008
	Grupo n _c	40	.22000	.303146		
Ideação Paranóide	Grupo n _t	40	1.58500	.800497	6.582	.000
	Grupo n _c	40	.63500	.438850		
Psicoticismo	Grupo n _t	40	1.26500	.813208	5.452	.000
	Grupo n _c	40	.45500	.470651		
Índice Geral de Sintomas	Grupo n _t	40	1.23727	.618045	5.524	.000
	Grupo n _c	40	.60185	.383693		
Total de sintomas positivos	Grupo n _t	40	33.47500	12.182349	3.984	.000
	Grupo n _c	40	22.67500	12.066881		
Índice de Sintomas Positivos	Grupo n _t	40	1.88460	.481541	4.435	.000
	Grupo n _c	40	1.39591	.503724		

Tabela 26. Estatística descritiva para as pontuações do BSI

	Ind. pop. geral		Ind. pert.emoc.	
	Média	DP	Média	DP
Somatização	0.573	0.916	1.355	1.004
Obsessões-Compulsões	1.290	0.878	1.924	0.925
Sensibilidade Interpessoal	0.958	0.727	1.597	1.033
Depressão	0.893	0.722	1.828	1.051
Ansiedade	0.942	0.766	1.753	0.940
Hostilidade	0.894	0.784	1.411	0.904
Ansiedade Fóbica	0.418	0.663	1.020	0.929
Ideação Paranóide	1.063	0.789	1.532	0.850
Psicoticismo	0.668	0.614	1.403	0.825
IGS	0.835	0.480	1.430	0.705
TSP	26.993	11.724	37.349	12.166
ISP	1.561	0.385	2.111	0.595

(fonte: Canavarro, M.C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos- B.S.I.. In M. R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Eds) *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*, vol.II, Braga: APPORT)

Acidentes traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicodependentes e não toxicodependentes
Bruno Ricardo Filipe Paixão (e-mail: brunoripaixao@gmail.com)

Tabela 27. Diferenças entre os dois grupos nas escalas clínica do Mini-Mult (n=64)

Dimensões e índices do BSI	Grupo da amostra	n	M	DP	t	p
Hipocondria	Grupo n _t	33	62.36	10.842	2.516	.014
	Grupo n _c	31	56.16	8.684		
Depressão	Grupo n _t	33	64.21	15.262	2.427	.018
	Grupo n _c	31	56.10	10.989		
Histeria	Grupo n _t	33	65.18	9.964	3.114	.003
	Grupo n _c	31	57.68	9.268		
Psicopatia	Grupo n _t	33	72.79	9.263	4.260	.000
	Grupo n _c	31	64.10	6.779		
Paranóia	Grupo n _t	33	65.45	12.050	4.124	.000
	Grupo n _c	31	53.42	11.248		
Psicastenia	Grupo n _t	33	59.91	10.405	2.069	.043
	Grupo n _c	31	54.77	9.383		
Esquizofrenia	Grupo n _t	33	78.61	13.548	4.676	.000
	Grupo n _c	31	63.87	11.500		
Hipomania	Grupo n _t	33	59.27	10.435	3.703	.000
	Grupo n _c	31	49.90	9.762		

Tabela 28. Diferenças entre os dois grupos nas dimensões e índices do BSI em sujeitos expostos a um acontecimento traumático extremo (n=45)

Dimensões e índices do BSI	Grupo da amostra	n	Mean Rank	U	p
Somatização	Grupo n _t	24	28,83	112,000	,001
	Grupo n _c	21	16,33		
Obsessões-Compulsões	Grupo n _t	24	27,46	145,000	,015
	Grupo n _c	21	17,90		
Sensibilidade Interpessoal	Grupo n _t	24	28,42	122,000	,003
	Grupo n _c	21	16,81		
Depressão	Grupo n _t	24	28,25	126,000	,004
	Grupo n _c	21	17,00		
Ansiedade	Grupo n _t	24	28,46	121,000	,003
	Grupo n _c	21	16,76		
Hostilidade	Grupo n _t	24	28,56	118,500	,002
	Grupo n _c	21	16,64		
Ansiedade Fóbica	Grupo n _t	24	27,54	143,000	,009
	Grupo n _c	21	17,81		
Ideação Paranóide	Grupo n _t	24	29,85	87,500	,000
	Grupo n _c	21	15,17		
Psicoticismo	Grupo n _t	24	30,25	78,000	,000
	Grupo n _c	21	14,71		
Índice Geral de Sintomas	Grupo n _t	24	29,92	86,000	,000
	Grupo n _c	21	15,10		
Total de sintomas positivos	Grupo n _t	24	28,88	111,000	,001
	Grupo n _c	21	16,29		
Índice de Sintomas Positivos	Grupo n _t	24	29,88	87,000	,000
	Grupo n _c	21	15,14		

Tabela 29. Diferenças entre os dois grupos nas escalas clínicas do Mini-Mult, em sujeitos expostos a acontecimento traumático extremo (n=35)

Escalas do Mini-Mult	Grupo da amostra	n	Mean Rank	U	p
Hipocondria	Grupo n _t	20	19.78	114.500	.236
	Grupo n _c	15	15.63		
Depressão	Grupo n _t	20	21.10	88.000	.038
	Grupo n _c	15	13.87		
Histeria	Grupo n _t	20	20.88	92.500	.055
	Grupo n _c	15	14.17		
Psicopatia	Grupo n _t	20	23.20	46.000	.001
	Grupo n _c	15	11.07		
Paranóia	Grupo n _t	20	22.93	51.500	.001
	Grupo n _c	15	11.43		
Psicastenia	Grupo n _t	20	21.65	77.000	.015
	Grupo n _c	15	13.13		
Esquizofrenia	Grupo n _t	20	23.08	48.500	.001
	Grupo n _c	15	11.23		
Hipomania	Grupo n _t	20	21.35	83.000	.025
	Grupo n _c	15	13.53		

Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicod dependentes e não toxicod dependentes
 Bruno Ricardo Filipe Paixão (e-mail: brunorfpai xao@gmail.com)

Tabela 30. Diferenças entre os dois grupos nas dimensões e índices do BSI, em sujeitos com diagnóstico de PTSD (n=15)

Dimensões e índices do BSI	Grupo da amostra	n	Mean Rank	U	p
Somatização	Grupo n _t	13	8.77	3	0.088
	Grupo n _c	2	3.00		
Obsessões-Compulsões	Grupo n _t	13	7.96	12.5	0.932
	Grupo n _c	2	8.25		
Sensibilidade Interpessoal	Grupo n _t	13	8.65	4.5	0.137
	Grupo n _c	2	3.75		
Depressão	Grupo n _t	13	8.50	6.5	0.265
	Grupo n _c	2	4.75		
Ansiedade	Grupo n _t	13	8.69	4	0.114
	Grupo n _c	2	3.50		
Hostilidade	Grupo n _t	13	8.69	4	0.125
	Grupo n _c	2	3.50		
Ansiedade Fóbica	Grupo n _t	13	7.81	10.5	0.666
	Grupo n _c	2	9.25		
Ideação Paranóide	Grupo n _t	13	8.58	5.5	0.188
	Grupo n _c	2	4.25		
Psicoticismo	Grupo n _t	13	8.42	7.5	0.347
	Grupo n _c	2	5.25		
Índice Geral de Sintomas	Grupo n _t	13	8.85	2	0.062
	Grupo n _c	2	2.50		
Total de sintomas positivos	Grupo n _t	13	8.31	9	0.495
	Grupo n _c	2	6.00		
Índice de Sintomas Positivos	Grupo n _t	13	8.77	3	0.089
	Grupo n _c	2	3.00		

Tabela 31. Diferenças de género na pontuação total do LAV, no grupo n_t (n=40)

	Género	n	M	DP	t	p
Pontuação total LAV	M	23	33.04	12.676	-.563	.577
	F	17	35.41	13.771		

Tabela 32. Diferenças de género relativamente à exposição a um acontecimento traumático, no grupo n_t (n=24)

Género	n	%	χ^2
M	13	54.2	$\chi^2(1, N=40)=.273, p=$.601
F	11	45.8	
Total	24	100.0	

Tabela 33. Diferenças de género relativamente à presença ou ausência de diagnóstico de PTSD, no grupo n_t (n=13)

Género	n	%	χ^2
M	7	53.8	$\chi^2(1, N=40)=.105, p=$.746
F	6	46.2	
Total	13	100.0	

Tabela 34. Diferenças de género no total e nos três clusters de sintomas de PTSD, no grupo n_t (n=40)

	Género	n	M	DP	t	p
Total de sintomas de PTSD	M	23	7.87	4.808	.074	.942
	F	17	7.76	3.898		
Cluster revivência	M	23	2.83	1.696	.750	.458
	F	17	2.41	1.770		
Cluster evitamento	M	23	2.61	1.901	-.409	.685
	F	17	2.82	1.425		
Cluster activação	M	23	2.43	1.854	-.172	.864
	F	17	2.53	1.505		

Tabela 35. Correlação entre a variável idade e a pontuação total na LAV, no grupo n_i (n=40)

	Teste	Pontuação total no LAV
Idade	Pearson Correlation	.011
	Sig. (2-tailed)	.948

Tabela 36. Relação entre idade e exposição a um acontecimento traumático, no grupo n_i (n=40)

	Acontecimento critério A	n	Mean Rank	U	p
Idade	NÃO	16	23.78	139.500	.146
	SIM	24	18.31		

Tabela 37. Relação entre idade e diagnóstico de PTSD, no grupo n_i (n=40)

	Diagnóstico de PTSD	n	Mean Rank	U	p
Idade	Sem PTSD	27	21.39	151.500	.487
	Com PTSD	13	18.65		

Tabela 38. Correlação entre a variável idade e o total e os três clusters de sintomas de PTSD, no grupo n_i (n=40)

	Teste	Total de sintomas de PTSD	Revivência	Evitamento	Activação
Idade	Pearson Correlation	-.055	-.106	-.018	-.019
	Sig. (2-tailed)	.734	.517	.911	.910

Tabela 39. Correlação entre a variável habilitações literárias e a pontuação total no LAV, no grupo n_t (n=40)

	Teste	Pontuação total no LAV
Habilitações literárias	Correlation Coefficient	.076
	Sig. (2-tailed)	.642

Tabela 40. Relação entre a variável habilitações literárias e a exposição a acontecimento traumático extremo no grupo n_t (n=40)

Habilitações literárias	Exposição a acontecimento traumático extremo (critério A da PTSD)		X ²
	SIM	NÃO	
1º ciclo (antiga 4ª classe)	2	1	χ ² (2, N=40)= 2.083 ^a , p= .837
2º ciclo (6º ano)	2	4	
3º ciclo (9º ano)	6	9	
Secundário incompleto	3	3	
secundário ou equivalente (12º ano)	2	6	
Curso Ensino Superior	1	1	

a. 10 cells (83.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .80.

Tabela 41. Relação entre a variável habilitações literárias e o diagnóstico de PTSD no grupo n_t (n=40)

Habilitações literárias	Diagnóstico de PTSD		X ²
	Sem PTSD	Com PTSD	
1º ciclo (antiga 4ª classe)	2	1	χ ² (2, N=40)= 2.127 ^a , p= .831
2º ciclo (6º ano)	3	3	
3º ciclo (9º ano)	11	4	
Secundário incompleto	4	2	
secundário ou equivalente (12º ano)	5	3	
Curso Ensino Superior	2	0	

a. 10 cells (83.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .80.

Tabela 42. Correlação entre a variável habilitações literárias, o total e os três clusters de sintomas de PTSD, no grupo n_t (n=40)

	Teste	Total de sintomas de PTSD	Revivência	Evitamento	Activação
Habilitações literárias	Correlation Coefficient	-.156	-.120	-.088	-.218
	Sig. (2-tailed)	.338	.462	.591	.178

Tabela 43. Diferenças na pontuação do LAV, exposição a um acontecimento traumático extremo, diagnóstico de PTSD e sintomatologia de PTSD (total e nos clusters) em função da situação laboral actual, no grupo n_i (n=40)

	Situação Laboral	n	Mean Rank	χ^2
Pontuação total LAV	estudante	3	13,67	$\chi^2(2, N=40)=2.731, p= .255$
	empregado (tempo inteiro ou parcial)	17	23,71	
	desempregado/procura emprego	20	18,80	
	Total	40		
Exposição a acontecimento traumático extremo (critério A da PTSD)	estudante	3	15,17	$\chi^2(2, N=40)=2.023, p= .364$
	empregado (tempo inteiro ou parcial)	17	19,09	
	desempregado/procura emprego	20	22,50	
	Total	40		
Diagnóstico PTSD	estudante	3	20,67	$\chi^2(2, N=40)=0.115, p= .944$
	empregado (tempo inteiro ou parcial)	17	21,06	
	desempregado/procura emprego	20	20,00	
	Total	40		
Total de sintomas de PTSD	estudante	3	29,50	$\chi^2(2, N=40)=2.197, p= .333$
	empregado (tempo inteiro ou parcial)	17	20,82	
	desempregado/procura emprego	20	18,88	
	Total	40		
Revivência	estudante	3	34,67	$\chi^2(2, N=40)=4.916, p= .086$
	empregado (tempo inteiro ou parcial)	17	19,38	
	desempregado/procura emprego	20	19,33	
	Total	40		
Evitamento	estudante	3	21,33	$\chi^2(2, N=40)=0.086, p= .958$
	empregado (tempo inteiro ou parcial)	17	20,97	
	desempregado/procura emprego	20	19,98	
	Total	40		
Activação	estudante	3	30,67	$\chi^2(2, N=40)=3.600, p= .165$
	empregado (tempo inteiro ou parcial)	17	21,79	
	desempregado/procura emprego	20	17,88	
	Total	40		

Tabela 44. Correlações entre pontuação total da LAV e as dimensões e índices do BSI, no grupo n_t (n=40)

Dimensões e índices do BSI	Teste	Pontuação total LAV
Somatização	Pearson Correlation	.054
	Sig. (2-tailed)	.741
Obsessões-Compulsões	Pearson Correlation	.263
	Sig. (2-tailed)	.102
Sensibilidade Interpessoal	Pearson Correlation	.051
	Sig. (2-tailed)	.757
Depressão	Pearson Correlation	.013
	Sig. (2-tailed)	.937
Ansiedade	Pearson Correlation	.176
	Sig. (2-tailed)	.276
Hostilidade	Pearson Correlation	.361*
	Sig. (2-tailed)	.022
Ansiedade Fóbica	Pearson Correlation	-.060
	Sig. (2-tailed)	.714
Ideação Paranóide	Pearson Correlation	.142
	Sig. (2-tailed)	.383
Psicoticismo	Pearson Correlation	.224
	Sig. (2-tailed)	.165
Índice Geral de Sintomas	Pearson Correlation	.156
	Sig. (2-tailed)	.338
Total de sintomas positivos	Pearson Correlation	.068
	Sig. (2-tailed)	.678
Índice de Sintomas Positivos	Pearson Correlation	.228
	Sig. (2-tailed)	.158

*. p< 0.05 (2-tailed)

** . p< 0.01 (2-tailed)

Tabela 45. Correlações entre pontuação total da LAV e as escalas clínicas do Mini-Mult no grupo n_t (n=33)

Escalas do Mini-Mult	Teste	Pontuação total LAV
Hipocondria	Pearson Correlation	.159
	Sig. (2-tailed)	.377
Depressão	Pearson Correlation	-.026
	Sig. (2-tailed)	.887
Histeria	Pearson Correlation	.158
	Sig. (2-tailed)	.380
Psicopatia	Pearson Correlation	.148
	Sig. (2-tailed)	.412
Paranóia	Pearson Correlation	.064
	Sig. (2-tailed)	.725
Psicastenia	Pearson Correlation	.074
	Sig. (2-tailed)	.683
Esquizofrenia	Pearson Correlation	.149
	Sig. (2-tailed)	.408
Hipomania	Pearson Correlation	.198
	Sig. (2-tailed)	.270

*. p< 0.05 (2-tailed)

** . p< 0.01 (2-tailed)

Tabela 46. Diferenças nas dimensões e índices do BSI em função da presença ou ausência de relato de acontecimento traumático extremo, no grupo n₁ (n=40)

Dimensões e índices do BSI	Acontecimento critério A	n	Mean Rank	U	p
Somatização	NÃO	16	23.84	138.500	.138
	SIM	24	18.27		
Obsessões-Compulsões	NÃO	16	21.56	175.000	.638
	SIM	24	19.79		
Sensibilidade Interpessoal	NÃO	16	23.25	148.000	.220
	SIM	24	18.67		
Depressão	NÃO	16	22.63	158.000	.347
	SIM	24	19.08		
Ansiedade	NÃO	16	21.81	171.000	.560
	SIM	24	19.63		
Hostilidade	NÃO	16	21.34	178.500	.708
	SIM	24	19.94		
Ansiedade Fóbica	NÃO	16	21.28	179.500	.725
	SIM	24	19.98		
Ideação Paranóide	NÃO	16	20.72	188.500	.922
	SIM	24	20.35		
Psicoticismo	NÃO	16	20.25	188.000	.912
	SIM	24	20.67		
Índice Geral de Sintomas	NÃO	16	22.78	155.500	.314
	SIM	24	18.98		
Total de sintomas positivos	NÃO	16	23.06	151.000	.257
	SIM	24	18.79		
Índice de Sintomas Positivos	NÃO	16	22.50	160.000	.377
	SIM	24	19.17		

Tabela 47. Diferenças nas escalas clínicas do Mini-Mult em função da presença ou ausência de relato de acontecimento traumático extremo, no grupo n₁ (n=33)

Escalas do Mini-Mult	Acontecimento critério A	n	Mean Rank	U	p
Hipocondria	NÃO	13	19.27	100.500	.276
	SIM	20	15.53		
Depressão	NÃO	13	19.08	103.000	.317
	SIM	20	15.65		
Histeria	NÃO	13	17.96	117.500	.643
	SIM	20	16.38		
Psicopatia	NÃO	13	16.65	125.500	.868
	SIM	20	17.23		
Paranóia	NÃO	13	16.46	123.000	.794
	SIM	20	17.35		
Psicastenia	NÃO	13	17.15	128.000	.941
	SIM	20	16.90		
Esquizofrenia	NÃO	13	18.58	109.500	.449
	SIM	20	15.98		
Hipomania	NÃO	13	18.69	108.000	.415
	SIM	20	15.90		

Tabela 48. Diferenças nas dimensões e índices do BSI em função da presença ou ausência de diagnóstico de PTSD, no grupo n_i (n=40)

Dimensões e índices do BSI	Diagnóstico de PTSD	n	Mean Rank	U	p
Somatização	Sem PTSD	27	19.33	144.000	.361
	Com PTSD	13	22.92		
Obsessões-Compulsões	Sem PTSD	27	19.76	155.500	.562
	Com PTSD	13	22.04		
Sensibilidade Interpessoal	Sem PTSD	27	20.00	162.000	.694
	Com PTSD	13	21.54		
Depressão	Sem PTSD	27	19.78	156.000	.573
	Com PTSD	13	22.00		
Ansiedade	Sem PTSD	27	18.31	116.500	.087
	Com PTSD	13	25.04		
Hostilidade	Sem PTSD	27	18.22	114.000	.075
	Com PTSD	13	25.23		
Ansiedade Fóbica	Sem PTSD	27	20.15	166.000	.780
	Com PTSD	13	21.23		
Ideação Paranóide	Sem PTSD	27	18.93	133.000	.216
	Com PTSD	13	23.77		
Psicoticismo	Sem PTSD	27	19.74	155.000	.552
	Com PTSD	13	22.08		
Índice Geral de Sintomas	Sem PTSD	27	19.50	148.500	.436
	Com PTSD	13	22.58		
Total de sintomas positivos	Sem PTSD	27	19.89	159.000	.633
	Com PTSD	13	21.77		
Índice de Sintomas Positivos	Sem PTSD	27	19.24	141.500	.326
	Com PTSD	13	23.12		

Tabela 49. Diferenças nas escalas clínicas do Mini-Mult em função da presença ou ausência de diagnóstico de PTSD, no grupo n, (n=33)

Escalas do Mini-Mult	Diagnóstico de PTSD	n	Mean Rank	U	p
Hipocondria	Sem PTSD	24	16.27	90.500	.478
	Com PTSD	9	18.94		
Depressão	Sem PTSD	24	17.40	98.500	.700
	Com PTSD	9	15.94		
Histeria	Sem PTSD	24	15.75	78.000	.223
	Com PTSD	9	20.33		
Psicopatia	Sem PTSD	24	15.96	83.000	.309
	Com PTSD	9	19.78		
Paranóia	Sem PTSD	24	15.79	79.000	.236
	Com PTSD	9	20.22		
Psicastenia	Sem PTSD	24	16.52	96.500	.642
	Com PTSD	9	18.28		
Esquizofrenia	Sem PTSD	24	16.08	86.000	.373
	Com PTSD	9	19.44		
Hipomania	Sem PTSD	24	16.75	102.000	.807
	Com PTSD	9	17.67		

Tabela 50. Correlações entre o total de sintomas de PTSD e as dimensões e índices do BSI no grupo n_t (n=40)

Dimensões e índices do BSI	Teste	Total de sintomas de PTSD
Somatização	Pearson Correlation	.153
	Sig. (2-tailed)	.345
Obsessões-Compulsões	Pearson Correlation	.283
	Sig. (2-tailed)	.077
Sensibilidade Interpessoal	Pearson Correlation	.288
	Sig. (2-tailed)	.072
Depressão	Pearson Correlation	.269
	Sig. (2-tailed)	.093
Ansiedade	Pearson Correlation	.347*
	Sig. (2-tailed)	.028
Hostilidade	Pearson Correlation	.282
	Sig. (2-tailed)	.077
Ansiedade Fóbica	Pearson Correlation	.314*
	Sig. (2-tailed)	.048
Ideação Paranóide	Pearson Correlation	.415**
	Sig. (2-tailed)	.008
Psicoticismo	Pearson Correlation	.245
	Sig. (2-tailed)	.128
Índice Geral de Sintomas	Pearson Correlation	.349*
	Sig. (2-tailed)	.027
Total de sintomas positivos	Pearson Correlation	.455**
	Sig. (2-tailed)	.003
Índice de Sintomas Positivos	Pearson Correlation	.154
	Sig. (2-tailed)	.343

*. $p < 0.05$ (2-tailed)

** . $p < 0.01$ (2-tailed)

Tabela 51. Correlações entre o total de sintomas de PTSD e as escalas clínicas do Mini-Mult no grupo n_i (n=33)

Escalas do Mini-Mult	Teste	Total de sintomas de PTSD
Hipocondria	Pearson Correlation	.191
	Sig. (2-tailed)	.288
Depressão	Pearson Correlation	.172
	Sig. (2-tailed)	.338
Histeria	Pearson Correlation	.206
	Sig. (2-tailed)	.250
Psicopatia	Pearson Correlation	.339
	Sig. (2-tailed)	.053
Paranóia	Pearson Correlation	.407[*]
	Sig. (2-tailed)	.019
Psicastenia	Pearson Correlation	.380[*]
	Sig. (2-tailed)	.029
Esquizofrenia	Pearson Correlation	.497^{**}
	Sig. (2-tailed)	.003
Hipomania	Pearson Correlation	.307
	Sig. (2-tailed)	.082

*. $p < 0.05$ (2-tailed)

** . $p < 0.01$ (2-tailed)

Tabela 52. Correlações entre os três clusters de sintomas de PTSD e as dimensões e índices do BSI, no grupo n_t (n=40)

Dimensões e índices do BSI	Teste	Revivência	Evitamento	Activação
Somatização	Pearson Correlation	.029	.148	.220
	Sig. (2-tailed)	.860	.361	.173
Obsessões-Compulsões	Pearson Correlation	.182	.221	.327*
	Sig. (2-tailed)	.262	.172	.039
Sensibilidade Interpessoal	Pearson Correlation	.245	.207	.290
	Sig. (2-tailed)	.127	.201	.069
Depressão	Pearson Correlation	.107	.255	.333*
	Sig. (2-tailed)	.513	.112	.035
Ansiedade	Pearson Correlation	.171	.376*	.350*
	Sig. (2-tailed)	.293	.017	.027
Hostilidade	Pearson Correlation	.214	.326*	.188
	Sig. (2-tailed)	.184	.040	.246
Ansiedade Fóbica	Pearson Correlation	.191	.285	.336*
	Sig. (2-tailed)	.239	.075	.034
Ideação Paranóide	Pearson Correlation	.265	.348*	.459**
	Sig. (2-tailed)	.099	.028	.003
Psicoticismo	Pearson Correlation	.119	.256	.256
	Sig. (2-tailed)	.463	.111	.111
Índice Geral de Sintomas	Pearson Correlation	.198	.324*	.379*
	Sig. (2-tailed)	.220	.041	.016
Total de sintomas positivos	Pearson Correlation	.360*	.394*	.420**
	Sig. (2-tailed)	.023	.012	.007
Índice de Sintomas Positivos	Pearson Correlation	.000	.145	.254
	Sig. (2-tailed)	.999	.372	.114

*. p< 0.05 (2-tailed)

** . p< 0.01 (2-tailed)

Tabela 53. Correlações entre os três clusters de sintomas de PTSD e as escalas clínicas do Mini-Mult, no grupo n_t (n=33)

Escalas do Mini-Mult	Teste	Revivência	Evitamento	Activação
Hipocondria	Pearson Correlation	.291	.098	.104
	Sig. (2-tailed)	.101	.587	.565
Depressão	Pearson Correlation	.294	.028	.121
	Sig. (2-tailed)	.097	.876	.501
Histeria	Pearson Correlation	.240	.125	.167
	Sig. (2-tailed)	.178	.488	.354
Psicopatia	Pearson Correlation	.241	.326	.309
	Sig. (2-tailed)	.176	.064	.080
Paranóia	Pearson Correlation	.214	.253	.578**
	Sig. (2-tailed)	.232	.155	.000
Psicastenia	Pearson Correlation	.320	.234	.425*
	Sig. (2-tailed)	.069	.190	.014
Esquizofrenia	Pearson Correlation	.369*	.378*	.532**
	Sig. (2-tailed)	.035	.030	.001
Hipomania	Pearson Correlation	.235	.150	.404*
	Sig. (2-tailed)	.187	.406	.020

*. $p < 0.05$ (2-tailed)

** . $p < 0.01$ (2-tailed)

Anexo II - Instrumentos**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO**

Eu, _____
compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação,
inserida na investigação que Bruno Ricardo Filipe Paixão está a realizar no
âmbito do curso de Mestrado Integrado em Psicologia, tomei conhecimento
dos objectivos, métodos e benefícios previstos com esta investigação, tendo-
me, ainda, sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que achei
necessárias.

_____, _____ de _____ de _____
(Localidade) (Dia) (Mês) (Ano)

L A V

(Tradução de Ângela da Costa Maia e Eugénia Fernandes a partir da CAPS, Blake et al, 1990)

Abaixo encontra uma lista de acontecimentos que às vezes acontece. Para cada acontecimento indique com uma cruz, em uma ou mais do que uma caixa, até que ponto: (a) lhe aconteceu pessoalmente, (b) viu acontecer a outra pessoa, (c) soube que tinha acontecido a algum familiar ou amigo, (d) não tem a certeza, (e) não se aplica a si próprio. Nas suas respostas tenha em consideração toda a sua vida (desde a infância até este momento).

Acontecimento	Aconteceu -me	Vi acontecer	Soube que aconteceu	Não tenho a certeza	Não se aplica
1. Experiência traumática (por exemplo, ferimentos graves, ou outra experiência que tenha ameaçado seriamente a sua vida ou a de outros)					
2. Desastre natural (por exemplo, inundação, tremor de terra)					
3. Fogo ou explosão					
4. Acidente num transporte (acidente de motociclo, de carro, de barco, de comboio, de avião)					
5. Acidente grave de trabalho, em casa ou em actividade recreativa.					
6. Exposição a substâncias tóxicas (produtos químicos, radiações)					
7. Agressão física (por exemplo, ser atacado, batido, esbofetado, pontapeado, etc)					
8. Ameaça com arma (ser baleado, apunhalado, ameaçado com faca, pistola, bomba)					
9. Agressão sexual (violação, tentativa de violação, ser obrigado a uma actividade sexual pelo uso da força ou ameaça)					
10. Outra experiência ou contacto sexual não desejado ou desagradável					
11. Combate ou exposição a zona de guerra (como militar ou civil)					
12. Captura (ser raptado, ser refém, prisioneiro de guerra)					
13. Doença ou ferimento que ameaçou a vida					
14. Sofrimento humano intenso					
15. Assistir a morte repentina, violenta (por exemplo homicídio, suicídio)					
16. Assistir a morte inesperada e repentina de alguém próximo (por exemplo homicídio, suicídio)					
17. Causar ferimento, dor ou morte de alguém					
18. Outro acontecimento ou experiência extremamente stressante					

**ESCALA DE AVALIAÇÃO DA RESPOSTA AO
ACONTECIMENTO TRAUMÁTICO
(Versão para adultos)***

Teresa McIntyre, Ph.D., Margarida Ventura, Licenciada
Universidade do Minho, 1996*

INSTRUÇÕES

As pessoas respondem a acontecimentos traumáticos de forma variada.

Neste questionário encontram-se perguntas e afirmações que têm por objectivo descrever as respostas a esse tipo de acontecimentos.

Não há respostas certas ou erradas, só maneiras diferentes de reagir a um acontecimento traumático. Responda com cuidado e verdade a todas as perguntas.

I - ACONTECIMENTO

A) 1- Já alguma vez teve uma experiência traumática? (Como por exemplo, combate, assalto, ferimentos graves, cheias, incêndios ou outras experiências que tenham ameaçado seriamente a sua vida ou a de outros?)

SIM _____

NÃO _____

2. Descreva essa experiência:

3. Quando é que isso aconteceu?
ANO _____ MÊS _____

a) Até 6 meses ____

b) Há mais de 6 meses _____

4. Depois desse acontecimento sente que mudou?

SIM _____

NÃO _____

Como?

5. Quanto tempo depois do acontecimento é que começou a sentir-te assim?

a) Até 6 meses depois _____

b) Mais de 6 meses depois ____

6. Actualmente ainda se sente assim?

SIM _____

NÃO _____

7. Se não se sente assim actualmente, quando é que deixou de se sentir assim?

8. Sente-se mal por não ter podido parar o que estava a acontecer?

SIM_____ NÃO_____

B) 1. Já observou alguém que estava a ser seriamente ferida ou morta como resultado de um acidente ou violência física?

SIM_____ NÃO_____

2. Descreva essa experiência:

3. Quando é que isso aconteceu?

ANO_____MÊS_____

a) Até 6 meses_____

b) Mais de 6 meses_____

4. Depois desse acontecimento sente que mudou?

SIM_____ NÃO_____

Como?

5. Quanto tempo depois desse acontecimento é que começou a sentir-se assim?

a) Até 6 meses_____

b) Mais de 6 meses_____

6. Actualmente ainda se sente assim?.

SIM_____ NÃO_____

7. Se não se sente assim actualmente, quando é que deixou de se sentir assim?

8. Sente-se mal por não ter podido parar o que estava a acontecer?

SIM_____ NÃO_____

II

Assinale com uma cruz no SIM se as afirmações abaixo são verdadeiras acerca de si presentemente. No caso de não corresponderem ao que sente actualmente, assinale o NÃO:

1- Tenho tido muitos sonhos maus ou pesadelos repetidos acerca dessa experiência:

SIM___ NÃO___

2- Tenho tido pensamentos desagradáveis acerca dessa experiência mesmo quando não os quero ter (contra a minha vontade):

SIM___ NÃO___

3- Às vezes sinto que essa experiência traumática vai acontecer outra vez:

SIM___ NÃO___

4- Fico muito nervoso(a) ou estranho(a) quando vejo ou ouço alguma coisa parecida com essa experiência ou que me faz lembrar dela:

SIM___ NÃO___

5. O meu corpo começa a transpirar e a tremer, e o meu coração bate mais

depressa quando tenho uma experiência parecida com a experiência traumática:

SIM___ NÃO___

6. Tenho tentado não ter pensamentos ou sentir coisas dessa experiência:

SIM___ NÃO___

7. Tenho tentado não fazer coisas que me fazem lembrar essa experiência:

SIM___ NÃO___

8. Não me consigo lembrar de coisas importantes dessa experiência:

SIM___ NÃO___

9. Desde que tive essa experiência tenho sentido menos vontade de estar com

os amigos, jogar ou fazer coisas que gostava de fazer anteriormente:

SIM___ NÃO___

10. Desde essa experiência tenho-me sentido estranho e diferente dos meus

amigos, como se não me importasse com eles:

Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicod dependentes e não toxicod dependentes
Bruno Ricardo Filipe Paixão (e-mail: brunorfpaixao@gmail.com)

SIM___ NÃO___

11. Por vezes, sinto-me tão triste e tão só que não consigo falar nem chorar:

SIM___ NÃO___

12. Tenho-me sentido incapaz de pensar no futuro:

SIM___ NÃO___

13. Tenho dificuldade em adormecer ou manter-me a dormir:

SIM___ NÃO___

14. Sinto irritação ou sentimentos de raiva que não consigo controlar:

SIM___ NÃO___

15. Não consigo prestar atenção, distraio-me com facilidade:

SIM___ NÃO___

16. Estou sempre alerta com medo de que aconteça alguma coisa:

SIM___ NÃO___

17. Sinto-me muito nervoso(a) ou fico assustado(a) com barulhos fortes ou inesperados:

SIM___ NÃO___

BSI					
L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995					
A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.					
Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>				
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>				
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>				
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>				
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>				
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>				
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>				
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>				
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>				
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>				
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>				
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>				
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>				
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>				
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>				
16. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>				
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>				
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>				
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>				
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>				
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>				
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>				
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	<input type="checkbox"/>				
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>				
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>				
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>				

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
27. Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>				
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="checkbox"/>				
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>				
30. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>				
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>				
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>				
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>				
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>				
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="checkbox"/>				
36. Ter dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/>				
37. Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>				
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>				
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>				
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>				
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="checkbox"/>				
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>				
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>				
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<input type="checkbox"/>				
45. Ter ataques de terror ou pânico	<input type="checkbox"/>				
46. Entrar facilmente em discussão	<input type="checkbox"/>				
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	<input type="checkbox"/>				
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>				
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="checkbox"/>				
50. Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>				
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="checkbox"/>				
52. Ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>				
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="checkbox"/>				

MINI-MULT QUESTIONÁRIO

Nestas folhas encontram-se várias frases. Peço-lhe que responda VERDADEIRO ou FALSO a cada uma delas.

Se a sua resposta for VERDADEIRO faça um círculo à volta da palavra VERDADEIRO.

Se a sua resposta for FALSO faça um círculo à volta da palavra FALSO.

Não demore muito tempo entre uma pergunta e a seguinte e dê todas as respostas por ordem.

1. Tenho bom apetite.	VERDADEIRO	FALSO
2. Quase sempre acordo bem disposto(a).	VERDADEIRO	FALSO
3. A minha vida de todos os dias está cheia de coisas que me interessam.	VERDADEIRO	FALSO
4. Trabalho num estado de grande tensão nervosa.	VERDADEIRO	FALSO
5. Às vezes penso em coisas demasiado indecentes para poder falar delas.	VERDADEIRO	FALSO
6. Raramente tenho prisão de ventre.	VERDADEIRO	FALSO
7. Há alturas em que desejo muito sair de casa.	VERDADEIRO	FALSO
8. Algumas vezes tenho crises de riso ou de choro que não consigo impedir.	VERDADEIRO	FALSO
9. Sofro de náuseas e vômitos.	VERDADEIRO	FALSO
10. Parece que ninguém me compreende.	VERDADEIRO	FALSO
11. Às vezes apetece-me praguejar.	VERDADEIRO	FALSO
12. Tenho pesadelos quase todas as noites.	VERDADEIRO	FALSO
13. Tenho dificuldade em fixar a atenção quando trabalho ou quando estou ocupado(a).	VERDADEIRO	FALSO
14. Tenho passado por coisas muito especiais ou esquisitas.	VERDADEIRO	FALSO
15. Se os outros tivessem querido, concerteza eu teria sido mais forte.	VERDADEIRO	FALSO
16. Numa certa altura da minha vida/infância aconteceu-me roubar pequenas coisas.	VERDADEIRO	FALSO
17. Tenho tido períodos (dias, semanas ou meses) durante os quais nada pude fazer bem feito, porque não conseguia tomar atenção a nada.	VERDADEIRO	FALSO
18. O meu sono é agitado e/ou incómodo.	VERDADEIRO	FALSO
19. Quando estou ao pé de outras pessoas sinto-me contrariado porque ouço coisas esquisitas.	VERDADEIRO	FALSO
20. A maior parte das pessoas que me conhecem gostam de mim.	VERDADEIRO	FALSO
21. Muitas vezes sou obrigado(a) a receber ordens de pessoas que sabem menos do que eu.	VERDADEIRO	FALSO
22. Gostava de ser tão feliz como os outros parecem ser.	VERDADEIRO	FALSO
23. Acho que muitas pessoas aumentam as suas desgraças só para receberem simpatia e ajuda dos outros.	VERDADEIRO	FALSO
24. Às vezes fico furioso(a).	VERDADEIRO	FALSO
25. Acho que tenho pouca confiança em mim.	VERDADEIRO	FALSO
26. Nunca reparei que os meus músculos estremeçam ou	VERDADEIRO	FALSO

Acontecimentos traumáticos e PTSD: estudo comparativo entre sujeitos toxicodependentes e não toxicodependentes

Bruno Ricardo Filipe Paixão (e-mail: brunorfpaixao@gmail.com)

tremam duma maneira incómoda ou estranha.		
27. A maior parte das vezes tenho a impressão de que fiz qualquer coisa mal ou desastrada.	VERDADEIRO	FALSO
28. Sinto-me quase sempre feliz.	VERDADEIRO	FALSO
29. Há pessoas que são tão autoritárias que tenho vontade de fazer o contrário do que elas me dizem, mesmo que eu tenha a certeza que elas têm razão.	VERDADEIRO	FALSO
30. Tenho a impressão de que os outros tentam prejudicar-me.	VERDADEIRO	FALSO
31. Acho que as pessoas são capazes de usar meios pouco honestos para ganhar qualquer coisa ou qualquer vantagem em vez de perderem.	VERDADEIRO	FALSO
32. Tenho muitas vezes problemas com o meu estômago ou com os meus intestinos.	VERDADEIRO	FALSO
33. Muitas vezes não percebo porque sou brusco(a) ou rabugento(a).	VERDADEIRO	FALSO
34. Às vezes os meus pensamentos andam tão depressa que não consigo contá-los.	VERDADEIRO	FALSO
35. Estou convencido(a) de que tenho na minha casa uma vida familiar tão agradável como a maior parte das pessoas que conheço.	VERDADEIRO	FALSO
36. Às vezes sinto que não sirvo para nada.	VERDADEIRO	FALSO
37. Nos últimos anos tenho gozado, geralmente, de boa saúde.	VERDADEIRO	FALSO
38. Há alturas em que faço coisas sem saber mais tarde o que fiz realmente.	VERDADEIRO	FALSO
39. Acho que muitas vezes tenho sido castigado(a) sem razão.	VERDADEIRO	FALSO
40. Nunca me senti tão bem como agora.	VERDADEIRO	FALSO
41. Não me importo com o que os outros pensam de mim.	VERDADEIRO	FALSO
42. Acho que tenho boa memória.	VERDADEIRO	FALSO
43. Para mim é difícil começar uma conversa quando encontro pessoas que não conheço.	VERDADEIRO	FALSO
44. Muitas vezes sinto um estado de fraqueza geral.	VERDADEIRO	FALSO
45. Raramente tenho dores de cabeça.	VERDADEIRO	FALSO
46. Não acho difícil conservar o equilíbrio quando ando.	VERDADEIRO	FALSO
47. Não gosto de toda a gente que conheço.	VERDADEIRO	FALSO
48. Há pessoas que tentam aproveitar-se das minhas ideias e dos meus pensamentos.	VERDADEIRO	FALSO
49. Gostava de não ser envergonhado(a).	VERDADEIRO	FALSO
50. Estou convencido(a) de que os meus pecados não podem ser perdoados.	VERDADEIRO	FALSO
51. Preocupo-me muitas vezes com coisas que não são muito importantes.	VERDADEIRO	FALSO
52. Os meus pais muitas vezes criticam as pessoas com quem me dou.	VERDADEIRO	FALSO
53. Às vezes acontece-me dizer um pouco mal dos outros.	VERDADEIRO	FALSO
54. Há momentos em que tenho a impressão de que o meu espírito trabalha melhor do que é costume.	VERDADEIRO	FALSO

55. Quase nunca senti palpitações e raramente me falta o fôlego.	VERDADEIRO	FALSO
56. Fico furioso(a) com facilidade, mas esqueço-me depressa.	VERDADEIRO	FALSO
57. Tenho alturas em que estou tão nervoso(a) que sou incapaz de estar sentado(a) numa cadeira.	VERDADEIRO	FALSO
58. Os meus pais e os meus amigos acham que eu tenho mais defeitos do que realmente tenho.	VERDADEIRO	FALSO
59. Ninguém se preocupa com o que pode acontecer aos outros.	VERDADEIRO	FALSO
60. Não censuro uma pessoa que se aproveita de outra se essa outra deixar.	VERDADEIRO	FALSO
61. Há alturas em que me sinto cheio(a) de energia.	VERDADEIRO	FALSO
62. A minha vista não tem enfraquecido.	VERDADEIRO	FALSO
63 Raramente sinto barulhos ou zumbidos nos ouvidos.	VERDADEIRO	FALSO
64. Numa ou em várias alturas da minha vida senti que alguém tentava hipnotizar-me.	VERDADEIRO	FALSO
65. Às vezes sinto-me cheio(a) de energia sem nenhuma razão especial.	VERDADEIRO	FALSO
66. Mesmo quando estou ao pé de outras pessoas, sinto-me só a maior parte do tempo.	VERDADEIRO	FALSO
67. Julgo que quase toda a gente é capaz de mentir para se livrar de uma situação desagradável.	VERDADEIRO	FALSO
68. Sou mais sensível do que a maioria das pessoas.	VERDADEIRO	FALSO
69. Às vezes o meu espírito trabalha mais devagar do que o costume.	VERDADEIRO	FALSO
70. As pessoas desiludem-me muitas vezes.	VERDADEIRO	FALSO
71. Tenho abusado de bebidas alcoólicas.	VERDADEIRO	FALSO