



Micael António André Agostinho

**A inclusão da Hipnose Clínica no tratamento
por Exposição Prolongada da Perturbação de
Stresse Pós-Traumático**

Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em
Psicologia Clínica orientada pelo Prof. Doutor Carlos Manuel
Lopes Pires



2012



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

*Dedico este trabalho à minha esposa Filipa, ao meu filho Guilherme
e aos meus pais, António & Eulália Agostinho*

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, quero agradecer ao Prof. Doutor Carlos Lopes Pires por ter despertado em mim o gosto pela Psicologia Clínica e posteriormente o fascínio pela investigação. Muito obrigado por todo o apoio prestado desde o primeiro momento em que o projecto surgiu e por me ter acompanhado em todas as etapas ultrapassadas.

Quero agradecer com admiração a todos os participantes, vítimas de acontecimentos traumáticos, por toda a coragem, entrega e persistência demonstrada, com uma atenção especial aos ex. combatentes do Núcleo dos Combatentes de Leiria. Deixo uma palavra de agradecimento ao Tenente Coronel Mário Ley Garcia, Presidente do Núcleo dos Combatentes de Leiria, que acolheu a nossa iniciativa investigacional. Muito obrigado ao Sr. Joaquim Gaspar e a Sra. Maria Fernanda Simões, bem como todos os elementos da direcção igualmente da Liga dos Combatentes, pela simpatia, amabilidade e colaboração. Obrigado aos todos alunos da FPCEUC que participaram na validação do instrumento de avaliação, bem como ao Centro de Psicopedagogia da FPCEUC, que numa fase inicial da investigação se revelou muito importante. Um agradecimento especial à Dra. Maria Angeles Ludeña pela colaboração e esclarecimentos. Obrigado a todos os permitiram que este trabalho se pudesse concretizar. Ao meu pai, mãe e restante família por terem estado por perto quando eu precisei de vós. À minha esposa, Filipa, obrigado por tudo.

RESUMO

A Perturbação de Stresse Pós-Traumático tem uma longa história, embora tenha ganho destaque durante a primeira Guerra Mundial (Parrish, 2008), tendo o seu estudo sido mais aprofundado ao longo de várias décadas até à sua inclusão com a terminologia que hoje conhecemos no DSM III em 1980 (APA, 2000). A Perturbação de Stresse Pós-Traumático é uma perturbação da Ansiedade que frequentemente se segue a um evento traumático, envolvendo uma ameaça de morte ou um sério perigo, bem como uma ameaça à integridade física do próprio ou de outros (American Psychiatric Association, 2002). Dados apontam para que aproximadamente 60% das pessoas são expostas a pelo menos um acontecimento traumático ao longo da sua vida, sendo que destas, apenas 10% a 20% irão desenvolver uma perturbação (Kessler et al., 1995). Esta desordem apresenta uma prevalência de 4,8% no sexo masculino e 11,4% no sexo feminino em Portugal (Albuquerque et al., 2003). No que respeita ao tratamento, embora a farmacoterapia seja a mais disseminada, as terapias psicológicas empiricamente sustentadas são as mais eficazes e eficientes. De entre estas, a Exposição é a abordagem psicológica de primeira utilização no tratamento de pessoas com problemas resultantes de uma ou várias situações traumáticas (McLean & Foa, 2011). A presente investigação pretende estudar e comparar dois tipos de tratamentos activos: a Exposição Prolongada, (Foa, et al., 2007) e a Exposição Prolongada com hipnose, este com uma adaptação do Modelo Clínico de Integração Psicológica da Hipnose, (Pires & Ludeña, 2009). Para estes dois tratamentos foram constituídos dois grupos de participantes e um grupo de controlo (grupo em espera), todos eles constituídos por pessoas diagnosticadas previamente como tendo Stresse Pós-Traumático. Quanto ao tipo de acontecimento traumático, prevaleceram os relacionados com a guerra, havendo igualmente acidentes, catástrofes, mortes de familiares, entre outros. Os dois grupos de tratamentos activos foram comparados com um grupo de controlo em termos de eficácia e eficiência. A amostra clínica final é composta por 48 sujeitos (N=48), distribuídos pelos três grupos investigacionais, sendo estes homogéneos. Todos os participantes cumpriam inicialmente os critérios de diagnóstico para a Perturbação de Stresse Pós-Traumático do DSM-IV (APA, 2002), e para além desta, foram avaliadas as medidas ansiedade, depressão, acontecimentos de vida negativos e sugestibilidade, esta última, apenas para o grupo de exposição com hipnose. Os resultados evidenciam diferenças significativas na eficácia dos dois tratamentos activos, comparativamente ao grupo de controlo e com as respectivas linhas de base, havendo maior eficiência para o grupo de Exposição prolongada com hipnose (melhorias na 7ª semana Vs 10ª semanas para o grupo de exposição prolongada). Há igualmente melhorias significativas para as medidas de ansiedade e depressão em ambos os tratamentos activos. O grau de sugestibilidade não apresenta relação com as melhorias obtidas no grupo de exposição prolongada com hipnose. Esta investigação constitui uma evidência empírica de que a hipnose clínica

pode constituir um importante coadjuvante no tratamento da Perturbação de Stresse Pós-Traumático, tanto ao nível da eficácia, como também da eficiência.

ABSTRACT

The Posttraumatic Stress Disorder has a long history, although it has gained prominence during the first World War (Parrish, 2008). The study of this disorder has grown during several decades until its inclusion in the DSM III in 1980 (APA, 2002) with the terminology that we know today. The Posttraumatic Stress Disorder is an Anxiety Disorder that often follows a traumatic event involving a threat of death or a serious danger and a threat to the physical integrity of self or others (APA, 2002). Some data indicate that about 60% of people are exposed to at least one traumatic event during their life, but only 10% up to 20% will develop a disorder (Kessler et al., 1995). This disorder presents a prevalence of 4.8% in males and 11.4% among woman in Portugal (Albuquerque et al., 2003). In what concerns treatments, despite pharmacotherapy being more disseminated, the empirically validated psychological therapies are the more effective and efficient, among them, Exposure is the first psychological approach to use in the treatment of people suffering from one or more trauma situation (McLean & Foa, 2011). This research main aim is to study and compare two types of active treatments, Prolonged Exposure, (Foa, et al., 2007) and Prolonged Exposure with hypnosis, inclusion of hypnosis from the Model for psychological integration of hypnosis, (Pires & Ludeña, 2009). For those two treatments were created two groups of participants and also a third one, the control group (waiting list), all of the groups composed by diagnosed persons with Posttraumatic Stress Disorder. The main traumatic type event was those related to war, but there was also other traumatic events, accidents, disaster, death of family member, among others. Both treatment groups were compared to a control group in effectiveness and efficiency. The sample is composed by 48 subjects (N=48) divided in three almost homogeneous groups. All participants met diagnostic criteria from DSM-IV for Posttraumatic Stress Disorder (APA, 2002) and we also evaluated the measures for post-traumatic stress, anxiety, depression, the negative life events before 12 years old, and the suggestibility, only for the group of Prolonged Exposure with hypnosis. The results show significant differences on the effectiveness of the two active treatments compared with the control group, and respective baseline with greater efficiency to the Prolonged Exposure with hypnosis group (improvements at 7th week Vs 10th week for the prolonged exposure group). We found significant improvements to the measures of anxiety and depression in both active treatments. The suggestibility had no relation to the improvements of the prolonged exposure with hypnosis group. This research is an empirical evidence that hypnosis can be an important element in the Posttraumatic Stress Disorder treatment in effectiveness as well as efficiency.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
------------	---

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO – REVISÃO DA LITERATURA

Capítulo 1

A PERTURBAÇÃO DE STRESS PÓS-TRAUMÁTICO

1. Aspectos históricos	5
2. Definição; Diagnóstico e Avaliação	9
2.1. Avaliação – Algumas notas	13
2.2. Críticas ao estabelecimento do diagnóstico	15
3. O Stress Agudo	15
4. Dados epidemiológicos sobre PSPT	17
4.1. Prevalência portuguesa da PSPT	19
5. Factores de risco	21
5.1. Acontecimentos de vida negativos	24
6. Formas de apoio primário	24
7. Está o cérebro alterado?	25
8. Modelos, teorias e paradigmas sobre a PSPT	29
8.1. Teoria do comportamento	31
8.2. Teoria do processamento emocional	31
8.3. Teoria sócio-cognitiva	32
8.4. Teoria da aprendizagem	33
8.5. Teoria cognitiva	34
9. Comorbidade com outras perturbações emocionais	34
10. Dissociação	35
11. Intervenções precoces	36
12. Intervenções psicológicas	37
12.1. Formatos e tipos de exposição (breve referência)	40
13. Evidências empíricas sobre tratamentos psicológicos	40

13.1. Estudos que incluem a exposição	42
13.2. Estudos sobre exposição prolongada	43
13.3. Outros estudos sobre o tratamento da PSPT	45
14. Recomendações da International Society for Traumatic Stress Studies	48
15. Breve referência a outras abordagens terapêuticas	49
16. A Exposição	50
16.1. Estudos comparativos que envolvem variações da exposição	50
16.2. Limitações e dificuldades na implementação da exposição	52
17. Descrição de Modelo de Exposição Prolongada	53
18. Tratamentos farmacológicos	56
19. Outras abordagens terapêuticas	57

Capítulo 2

HIPNOSE CLÍNICA

1. História da hipnose	58
1.1. Demologia na gênese da hipnose	58
1.2. De Mesmer à hipnose no paradigma científico	59
1.3. Primeiros debates históricos sobre hipnose	62
2. A Hipnose no século XX	63
3. Hipnose contemporânea (Principais modelos e teorias)	64
3.1. Definição dos fenômenos hipnóticos	64
3.1.1. Profundidade hipnótica e automatismos	65
3.1.2. Susceptibilidade hipnótica	65
3.1.3. Hipnose, dissociação e fenômenos pós-traumáticos	66
3.1.4. Sobre o fenômeno hipnótico	66
3.2. Teoria Psicanalítica	67
3.3. Teorias Neodissociativas	68
3.3.1. Teoria DCT – Dissociated Control Theory	68
3.4. Teorias Socio-Cognitivas	69
3.4.1. Modelo de Sarbin & Coe – Teoria Socio-Psicológica de role-enactment	69

3.4.2. Modelo de Theodore & Barber – Teoria Cognitivo-Comportamental	70
3.4.3. Modelo de Spanos & Colaboradores – Teoria Sócio-Psicológica	70
3.4.4. Modelo da Expectativa de Resposta	71
3.4.5. Modelo de Lynn	71
3.4.6. Teoria do Set de Resposta	72
3.4.7. Cold Control Theory	72
3.4.8. The Discrepancy-Attribution Theory	73
3.5. Teorias Fenomenológicas e interactivas	73
3.5.1. Modelo de Orne, Sheran & Mc Conkey	73
4. A inclusão da Hipnose nas terapias Psicológicas	74
5. Modelo Clínico para a Integração Psicológica da Hipnose	75
5.1. MCIPH – Árvore de decisão	77
6. A Hipnose no tratamento da PSPT	78
6.1. A hipnose e a PSPT - Introdução	78
6.2. Tratamentos com base em evidências empíricas incluindo a hipnose	78
6.3. Indicações terapêuticas da hipnose no contexto da PSPT	80
6.4. Contraindicações do recurso à hipnose	80
6.5. Racional que sustenta o uso da hipnose no tratamento psicológico da PSPT	81

PARTE II – METODOLOGIA

1. METODOLOGIA EMPÍRICA	88
1.1. Enquadramento	88
1.2. Fases da investigação	89
1.2.1. 1ª Fase da investigação	89
1.2.2. 2ª Fase da investigação	90
1.2.3. 3ª Fase da investigação	90
1.2.4. 4ª Fase da investigação	91

1.2.5. 5ª Fase da investigação	92
1.2.6. Resumo das fases da investigação	93
1.3. Hipóteses investigacionais	94
1.4. Métodos de obtenção da amostra	95
1.4.1. Obtenção da amostra final	96
1.5. Metodologia (Esquema resumo da investigação)	97
1.6. Estudo Piloto	99
1.7. Métodos de recolha dos dados	99
1.8. Proposta de análise de dados	99
1.9. Aspectos éticos	99
2. Procedimento de tradução e validação do instrumento EAD-PSPT	100
2.1. Validação da Escala: EAD-PSPT	100
2.1.1. Metodologia do estudo de validação para a população portuguesa	102
2.1.2. Qualidades psicométricas da EAD-PSPT	102
2.1.3. Validade de contruto e validade convergente	102
2.1.4. Análise factorial	103
2.1.5. Re-teste	103
2.1.6. Obtenção da linha de corte	104
2.1.7. Principais normas de utilização	105
2.1.8. Resumo das normas de cotação	106
2.1.9. Conclusões	107
2.2. Instrumentos - Estudo de fiabilidade e validade	109
2.2.1. Escala de avaliação dos sintomas de ansiedade – ZUNG	109
2.2.2. Escala de avaliação dos sintomas de depressão – CES-D	109
2.2.3. Inventário de acontecimentos de vida negativos – IAVN	110
2.2.4. Escala de avaliação de sugestionabilidade – WSGC	111
3. A integração da hipnose no tratamento psicológico para a PSPT	113
3.1. Apresentação do nosso protocolo de Exposição Prolongada	113
3.1.1. Sessão 1	114
3.1.2. Sessão 2	115

3.1.3. Sessão 3	116
3.1.4. Sessão 4 e posteriores	117
3.2. Apresentação do protocolo de Exposição Prolongada com hipnose	118
3.2.1. Sessão 1	119
3.2.2. Sessão 2	120
3.2.3. Sessão 3 a 6	121
3.2.4. Apresentação de uma sessão de Exposição Prolongada com hipnose	122
3.2.5. Reacções mais comuns e dificuldades	125
3.3. Grupo de controlo	126
4. Resultados	
4. a) Análise de dados	127
b) Evidências estatísticas Vs efeitos clínicos	128
4.1. Resultados gerais descritivos	130
4.1.1. Participantes por grupo investigacional	130
4.1.2. Género dos participantes	131
4.1.3. Idade dos participantes	131
4.1.4. Ocupação dos participantes	132
4.1.5. Medicação dos participantes	133
4.1.6. Proveniência dos participantes	135
4.1.7. Tipo de trauma dos participantes	135
4.1.8. Severidade dos sintomas	137
4.1.9. Acontecimentos de vida negativos	137
4.1.10. Sugestionabilidade dos participantes	138
4.2. Resultados descritivos por grupo	139
4.3. Resultados	140
4.3.1. Avaliação dos efeitos de tratamento na sintomatologia pós-traumático (a 7 semanas)	140
4.3.2. Avaliação dos efeitos de tratamento na sintomatologia pós-traumático (a 10 semanas)	142
4.3.3. Avaliação da eficiência	144

4.3.3.1. Comparação entre grupos com base no critério B	144
4.3.3.2. Comparação entre grupos com base no critério C	145
4.3.3.2. Comparação entre grupos com base no critério D	147
4.3.4. Comparação entre grupos de tratamento referente à sintomatologia de ansiedade – ZUNG	148
4.3.5. Comparação entre grupos de tratamento referente à sintomatologia depressiva – CES-D	150
4.3.6.a) Resultados referentes ao grupo de espera após integração no período de tratamento activo	152
4.3.6.b) Dados sobre os sintomas de ansiedade e sintomas depressivos	154
4.3.7. Comparação dos resultados com base na sugestibilidade	155
 PARTE III – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES	
1. Discussão e interpretação dos resultados	157
1.1. Resultados gerais	157
1.2. Comparação com outros estudos empíricos	161
1.3. Dificuldades e limitações	162
1.4. Interpretação e contributo da investigação	164
 Referências Bibliográficas	 166
Anexos	196

INDICE DE FIGURAS

FIGURAS

1. Prevalência das ocorrências traumáticas e respectiva PSPT resultante	17
2. Áreas do cérebro envolvidas na PSPT	26
3. Mecanismo de resposta na situação de PSPT	28
4. Modelo explicativo da etiologia da PSPT	32
5. Modelo Clínico de Integração Psicológica da hipnose (Árvore de decisão)	77
6. Fases da investigação	93
7. Descrição esquemática do procedimento metodológico: constituição dos grupos e a fase de tratamento	97

INDICE DE TABELAS

TABELAS

1. Evolução da terminologia da PSPT	8
2. IAVN – valores médios e desvios padrão	111
3. Número de participantes	130
4. Distribuição da amostra por género	131
5. Distribuição da amostra por idade	132
6. Profissão no momento do trauma	133
7. Medicação dos participantes	134
7.1 Tipos de psicofármacos utilizados pelos participantes	134
8. Proveniência dos participantes	135
9. Tipo de acontecimento traumático	136
10. Grau de severidade dos sintomas	137
11. Grau de severidade dos sintomas de PSPT (linha de base) por grupo	137
12. Acontecimentos de vida negativos	137
13. Sugestionabilidade do grupo de exposição prolongada com hipnose	138
14. Principais resultados descritivos por grupo e valores para a homogeneidade inicial dos grupos	139
15. O efeito clínico de cada tratamento para a sintomatologia pós-traumática e a percentagem de melhorados por grupo	141
16. Comparação por grupos (PSPT) até à 7ª semana	141
17. Comparação por grupos (PSPT) até à 10ª semana	142
18. Valores obtidos por critério B	144
19. Valores obtidos por critério C	145
20. Valores obtidos por critério D	147
21. O efeito clínico de cada tratamento para a sintomatologia de ansiedade e a percentagem de melhorados por grupo	148

22. Comparação por grupos (ansiedade) até à 10ª semana	149
23. O efeito clínico de cada tratamento para a sintomatologia depressiva e a percentagem de melhorados por grupo	150
24. Comparação por grupos (depressão) até à 10ª semana	151
25. O efeito clínico de cada tratamento para a sintomatologia pós-traumática e a percentagem de melhorados por grupo (para os participantes que após o período de espera integraram o tratamento activo)	
26. Comparação entre grupos para os sujeitos do grupo de controlo que posteriormente integraram os grupos de EP+ H e EP (PSPT).	153

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICOS

1. Distribuição da amostra por grupos	130
2. Amostra total por género	131
3. Distribuição da idade dos participantes	132
4. Profissão no momento do trauma	133
5. Medicação dos participantes	134
6. Proveniência dos participantes	135
7. Tipo de acontecimento traumático	136
8. Severidade dos sintomas de PSPT	137
9. Sugestionabilidade	138
10. Evolução da sintomatologia pós-traumática até à 7ª semana	142
11. Evolução da sintomatologia pós-traumática até à 10ª semana	143
12. Comparação por grupos relativo ao critério B	145
13. Comparação por grupos relativo ao critério C	146
14. Comparação por grupos relativo ao critério D	148
15. Comparação por grupos relativo à ansiedade	149
16. Comparação por grupos relativo à depressão	151

INDICE DOS QUADROS

QUADROS

1. Critérios de diagnóstico do DSM-IV	10
2. Esquema metodológico da investigação (Resumo)	98

INDICE DOS ANEXOS

ANEXOS

A. Entrevista para o diagnóstico da PSPT	197
B. Escala de avaliação e diagnóstico da PSPT	206
C. Instrumento de avaliação da sintomatologia depressiva CES-D	211
D. Instrumento de avaliação da sintomatologia de ansiedade ZUNG	214
E. Inventário de acontecimentos de vida negativos IAVN	217
F. Escala de avaliação da sugestibilidade	219
G. Manual de apoio para vítimas de acontecimentos traumáticos	220

INTRODUÇÃO

A hipótese da realização de uma investigação de doutoramento surgiu no ano de 2007, dois anos após a conclusão da minha licenciatura em Psicologia, e após um período ao longo do qual tive a oportunidade de exercer clínica privada, sob a orientação do Prof. Carlos Lopes Pires.

Ao longo do referido período, tive a oportunidade de poder participar em projectos de pequenas dimensões nos quais estudámos variáveis como a ansiedade, a depressão, e a validação de instrumentos de aplicabilidade clínica.

O tema “Stresse Pós-Traumático” foi-me sugerido pelo meu orientador, o Prof. Carlos Lopes Pires, embora, à partida, existissem muitas dúvidas da nossa parte sobre qual a melhor forma de contribuir numa área com características muito específicas e de elevada sensibilidade em termos técnicos.

O fascínio pelos tratamentos psicológicos, nomeadamente pela busca de tratamentos eficazes era partilhado pelo Prof. Carlos Pires e por mim, uma vez que desde o meu primeiro ano de licenciatura desejei conhecer e saber mais sobre os métodos correctos e válidos de ajudar as pessoas com problemas emocionais.

Após algumas pesquisas, fizemos um primeiro balanço de quais seriam os tratamentos apropriados na área da Perturbação de Stresse Pós-Traumático, e nesta medida, pensámos que eventualmente poderíamos dar alguma contribuição.

Primeiramente, foi posta a hipótese de avaliar a eficácia da Exposição Prolongada (Foa, 2007), dado que este é presentemente o tratamento com maior apoio empírico. Mas, após algumas reflexões, pensámos que a avaliação da eficácia, deveria ser complementada por um protocolo de tratamento dirigido à obtenção de maior eficiência.

Diversos estudos avaliam a eficácia e comparam intervenções, contudo, não testam nenhum grupo de tratamento activo em busca da sua eficiência (Riggs, Shawn, Cahill & Foa, 2006).

O tema “hipnose” surgiu, numa primeira instância, como elemento que potencialmente permitiria suavizar e facilitar o confronto às memórias traumáticas (Cardeña, Maldonado, Van Der Hart, Spiegel, 1999 cit. por Foa, et al., 2000) realizadas ao longo da exposição prolongada, diminuindo assim o “drop out” ou seja, o número de desistências face ao tratamento. Contudo, e sobretudo mediante a implementação prática realizada pelo Prof. Carlos Pires do Modelo Clínico de Integração Psicológica da Hipnose (Pires & Ludeña, 2009), pareceu-nos que a tentativa de elaborar um protocolo mais eficiente seria viável.

Estas conclusões resultaram de várias tentativas e reflexões desde 2007, entre as quais hipotetizámos a utilização do Modelo de Valência de Hipnose (Capafons, 1999), que posteriormente se revelou inadequado enquanto abordagem face àquela que seleccionámos em 2008.

A nossa dissertação debruça-se sobre a avaliação da eficácia e eficiência de dois grupos de tratamentos activos (Exposição Prolongada com e sem hipnose), comparativamente a um grupo de controlo.

Inicialmente faremos uma apresentação da literatura sobre Stresse Pós-Traumático, na qual serão focados aspectos como a definição, avaliação, prevalência, vulnerabilidade e tratamentos sustentados empiricamente. Seguem-se os conteúdos literários sobre Hipnose Clínica, desde a história da hipnose à exploração dos paradigmas da hipnose contemporânea, definindo alguns aspectos relativos ao seu funcionamento. O Modelo Clínico de Intergração Psicologia da Hipnose (Pires & Ludeña, 2009) é também apresentado, havendo finalmente referência às investigações que envolveram a utilização da hipnose como coadjuvante de tratamentos psicológicos.

Segue-se a metodologia da investigação, na qual são apresentados todos os elementos de natureza empírica que a investigação envolve, bem como a apresentação dos instrumentos e medidas de avaliação, entre os quais, a tradução, e validação para a população portuguesa do instrumento Posttraumatic Stress Diagnostic Scale – PDS (Foa, 1995), agora “Escala de Avaliação e Diagnóstico para a Perturbação de Stresse Pós-Traumático - EADPSPT (Agostinho, 2011).

A apresentação dos resultados, a discussão e a interpretação dos mesmos finalizam a nossa dissertação, na qual procuramos contribuir para a disseminação da Exposição Prolongada (Foa, 2007) no meio clínico, tendo também como propósito o aumento da sua eficiência com recurso ao Modelo Clínico de Integração Psicológica da Hipnose (Pires & Ludeña, 2009).

Consideramos que todos os esforços desenvolvidos são relevantes e importantes, embora tenhamos consciência de que esta é apenas uma pequena contribuição para a Psicologia Clínica, e que muito mais nos resta ainda explorar.

CAPÍTULO 1

A PERTURBAÇÃO DE STRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

1. ASPECTOS HISTÓRICOS

As descrições sobre as reacções resultantes de eventos traumáticos remontam já ao século VI A.C.. Segundo uma descrição daquele que é considerado como o “Pai da História”, Herodotus, já no ano de 490 A.C., na “Batalha de Maratona”, que ficou célebre por dar nome a uma prova Olímpica, um soldado Atenense havia sofrido de cegueira permanente após assistir à morte de um outro soldado. Tais alterações resultariam da componente psicológica associada ao acontecimento (Swartz, 2005).

De facto, a história apresenta-nos diversas ocorrências e registos que ilustram as reacções de pessoas face a acontecimentos traumáticos. Por exemplo, um sobrevivente do denominado “Grande Incêncido de Londres”, em 1600, escreveu no seu “diário”, seis meses depois, *“é estranho pensar como ainda não consigo dormir uma noite sem ter medo do fogo”* (Saigh & Bremner, 1999; cit. por Monson & Friedman, 2006; Saigh, Green & Korol, 1996).

Pelo ano de 1859, o psiquiatra francês Paul Briquet (1796-1881) estudava a associação entre os sintomas de “histeria”, os problemas de “somatização”, as reacções emocionais intensas e a dissociação, como fenómenos traumáticos provenientes da infância (Friedman, Keane & Resick, 2007). Briquet iniciava então o estudo de uma área psicológica ainda pouco explorada, abrindo as portas para pesquisas que se vieram a revelar como de extrema importância para as bases de muitos paradigmas e investigações posteriores.

Em 1887, o neurologista Jean Martin Charcot (1825 – 1893) foi o pioneiro na resolução de questões relacionadas com trauma, memória e dissociação, tendo posteriormente tido diversos seguidores que se dividiram em dois grupos. Um dos grupos, que incluía Pierre Janet (1859 - 1947), abraçou o estudo da dissociação e memória traumática ainda no final do século XIX, ao passo que o outro grupo

composto por Gilles de La Tourette (1857-1904) e Babinski (1857-1932) focou a sua investigação na “sugestionabilidade associada à histeria” entre 1901 e 1909 (Friedman, Keane & Resick, 2007).

Com os contributos de Babinski, que posteriormente focou a sua intervenção na “estimulação eléctrica”, os problemas sintomáticos resultantes da Guerra passaram a ser considerados como questões de “força de vontade” ou “cansaço” (Friedman, Keane & Resick, 2007). Esta visão, ainda reducionista dos impactos do “trauma” nas pessoas permaneceram durante várias décadas, ainda que seja fácil compreender que houvesse na época uma associação estabelecida entre o impacto da Guerra, e toda a dureza que esta envolve, com um “cansaço” que impedia os combatentes de continuar.

Existem poucas referências à Perturbação de Stresse Pós-Traumático anteriores aos estudos efectuados com Veteranos de Guerra do Vietname. Na verdade, durante o século XIX, os médicos diagnosticavam “exaustão” como uma perturbação resultando do stresse causado pelas batalhas. Esta “exaustão” seria caracterizada pelo “decréscimo da actividade mental” resultante de um trauma que impedia o combatente de continuar a lutar. O único tratamento ou abordagem consistia em trazer o combatente para as traseiras da batalha e de seguida voltar a colocá-lo na linha da frente do combate. Este processo repetido conduzia mais tarde a um estado de fadiga global (Parrish, 2008).

Ainda durante o século XIX, havia na Inglaterra uma patologia conhecida como "railway spine" ou "histeria de transporte ferroviário", que na verdade, era semelhante àquilo que hoje está definido como a Perturbação de Stresse Pós-Traumático. Estas pessoas haviam sido expostas a acidentes ferroviários catastróficos, sofrendo de sintomas e perturbações de ordem emocional (Friedman, Keane & Resick, 2007).

Como dado interessante, em termos de evolução das publicações, em 1876 Mendez DaCosta publicou um documento de diagnóstico para combatentes veteranos da Guerra Civil denominado "Soldier's heart": os sintomas para o diagnóstico incluíam reactividade exacerbada, hiper-vigilância, e arritmias cardíacas. (Friedman, Keane & Resick, 2007; Parrish, 2008).

Já em 1896, Emil Kraepelin (1856–1926), utilizou o termo “Fright Neurosis” para descrever os sintomas que se seguiam a acidentes (Jablensky, 1985, cit. por Friedman, Keane & Resick, 2007). Como é perceptível, os sintomas eram então descritos como “uma neurose resultante do medo”.

Durante a Primeira Guerra Mundial, os termos utilizados para caracterizar os sintomas de stresse de guerra eram: “soldier’s heart” e “the effort syndrome”. Um artigo publicado nessa época afirmava que cerca de 60.000 soldados das forças britânicas haviam sido diagnosticados com o problema e 44.000 destes foram retirados porque não estariam em condições de continuar (Parrish, 2008).

As reacções às guerras foram entendidas como reacções somáticas e fisiológicas, que provocariam os seus principais efeitos no sistema cardiovascular. Segundo Hyams, Wignell & Roswell (1996, cit. por Monson & Friedman, 2006) os termos utilizados durante a Guerra Civil norte-americana seriam o “Síndrome do coração irritável”, “Soldier’s heart”, “The effort syndrome”, “Asthenia” e “Shell Shock”. Assim, a atribuição destas reacções a causas orgânicas envolveu algumas implicações práticas. Os soldados poderiam evitar o “estigma”, bem como a sensação de fracasso pessoal associados às suas dificuldades, e era evitada qualquer tipo de assistência psicológica ou de tratamento (Monson & Friedman, 2006).

Em 1915, o Alemão Herman Oppenheim, que se debruçou sobre a “neurose traumática”, apresentou a hipótese de que os problemas resultariam de uma alteração mínima a nível molecular que era provocada no S.N.C. (sistema nervoso central) após uma exposição a um acontecimento traumático (Monson & Friedman, 2006).

Abram Kardiner (1941), destacou-se durante a Segunda Grande Guerra. Começando por trabalhar com vítimas de traumas, Kardiner debruçou-se na formulação de teorias dinâmicas sobre os sintomas resultantes da Guerra (neuroses traumáticas), sendo que, para além disto, compreendeu existirem aspectos neurológicos e alterações permanentes nos combatentes (Friedman, Keane & Resick, 2007). Kardiner identificou ainda alterações como irritabilidade e resposta “startless”, reacções explosivas com agressividade e elevado estado de alerta, aprofundando as noções e trabalhos sobre dissociação e “flashbacks”, seguindo os trabalhos de Janet e

Freud, seus antecessores. Para além disto, desceveu os benefícios da psicoterapia, e a dificuldade dos pacientes em falar sobre os acontecimentos traumáticos (Friedman, Keane & Resick, 2007). Consideramos que estes dados foram de extrema importância para que viesse a existir uma abordagem etiológica e terapêutica focada no trauma.

Mais tarde, durante os anos 70 foi dada uma maior atenção às reacções provocadas por conflitos interpessoais tais como assaltos e violência sexual, bem como aos sintomas resultantes da participação em guerras, sendo que todos estes factores de natureza social culminaram num maior interesse em categorizar os sintomas que resultavam de situações traumáticas diversas. Foi desta forma que a American Psychiatric Association se debruçou no estudo de uma categoria comum para as diversas situações traumáticas, baseando-se nos sintomas resultantes, e não apenas na origem traumática, apesar de ter havido grande controvérsia até chegar-se a um entendimento (Friedman, Keane & Resick, 2007).

Como já referimos, o termo "shell shock" surgiu durante a Primeira Guerra Mundial, tendo sido seguido do termo "fadiga de combate" na Segunda Guerra Mundial. Estes termos foram usados para descrever os Veteranos que apresentaram stresse e ansiedade como o resultado de um trauma de combate. A designação oficial de "Posttraumatic Stress Disorder" só viria a acontecer em 1980, aquando da publicação da terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM -III). Eis a evolução da sua terminologia:

Ano	Referência	Nome da Perturbação
1952	DSM	Síndrome da resposta de stresse causada por stresse grave
1968	DSM-II	Transtorno situacional
1980	DSM-III	Perturbação de stresse Pós-traumático
1994	DSM-IV	Perturbação de Stresse Pós-Traumático
2013	DSM-V	Perturbação de Stresse Pós-Traumático

Tabela 1. Evolução da terminologia da Perturbação de Stresse Pós-Traumático (Friedman, Keane & Resick, 2007; Monson & Friedman, 2006).

Como foi referido anteriormente, a Perturbação de Stresse Pós-Traumático foi introduzida na terceira edição do Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-III) (Apa, 1980; cit por Apa, 2000; Wilson, Freidman & Lyndy, 2001), sendo que as edições anteriores referiam-se a termos como “Reacção Global ao Stresse” e “Distúrbio Situacional Transitório”, porém sem base empírica e sem critérios devidamente apresentados (Barlow, 1993).

Actualmente, e segundo o DSM-IV (APA, 2000), a Perturbação de Stresse Pós-Traumático compreende três grupos de sinais e sintomas, incluindo (1) o reexperienciar repetidamente o trauma (Critério B: ex. pesadelos e imagens recorrentes); (2) O evitamento de actividades associadas com o trauma e emoções predominantemente disfóricas (Critério C: ex. dificuldade em experienciar emoções positivas); e (3) O elevado estado de activação (Critério D: ex. irritabilidade, estado de reflexo exagerado). Esta perturbação apenas pode ser diagnosticada em pessoas que tenham experienciado um “evento traumático” (Critério A). Os sintomas deverão persistir pelo menos um mês (Critério E) e deverão estar na base de disforia ou diminuição das capacidades (Critério F) para que possa ser estabelecido diagnóstico (Agostinho, 2010; Agostinho & Santos, 2009).

2. DEFINIÇÃO, DIAGNÓSTICO E AVALIAÇÃO

A Perturbação de Stresse Pós-Traumático é uma perturbação da Ansiedade que frequentemente se segue a um evento traumático, envolvendo uma ameaça de morte ou um sério perigo, bem como uma ameaça à integridade física do próprio ou de outros (American Psychiatric Association, 2002). Acontecimentos adversos do quotidiano (divórcio, perda do emprego, insucesso num exame) não devem ser considerados como acontecimentos traumáticos, estes deverão ter uma natureza excepcional. Apenas cerca de 25% a 30% das pessoas que são confrontadas com um acontecimento traumático desenvolverão a desordem (NICE, 2005).

Quadro 1 - Critérios de diagnóstico de PSPT de acordo com DSM IV – TR (c.f. APA 2002, p. 408)

Perturbação de Stresse Pós Traumático

Critério A: Exposição a acontecimento traumático em que ambas as condições estejam presentes:

A pessoa experimentou, observou ou foi confrontada com acontecimento(s) que envolveu ameaça de morte, morte real ou ferimento grave à integridade física da própria ou de outros; desenvolve respostas de medo intenso, sentimentos de falta de ajuda ou horror.

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

- (1) lembranças perturbadoras intrusivas e recorrentes, do acontecimento que incluem imagens, pensamentos ou percepções.
- (2) sonhos perturbadores recorrentes acerca do acontecimento
- (3) actuar ou sentir como se o acontecimento traumático estivesse a repetir (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)
- (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 estímulos internos ou externos

Critério C: Evitamento persistente dos estímulos associados com o trauma e enbotamento da reactividade geral (ausente antes do trauma), indicada por três (ou mais) dos seguintes sintomas:

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

Critério D: Sintomas persistentes de **activação aumentada** (ausentes antes do trauma) indicados por dois (ou mais) dos seguintes:

- (1) dificuldade em adormecer ou em permanecer a dormir
- (2) irritabilidade, cólera
- (3) dificuldade de concentração
- (4) hipervigilância
- (5) resposta de alarme exagerada

Critério E : Duração dos sintomas B, C e D superior a 1 mês

Critério F: A perturbação interfere com o funcionamento do indivíduo nas diferentes áreas da sua vida

Especifica-se:

Aguda: duração dos sintomas inferior a 3 meses

Crónica: duração dos sintomas de 3 ou mais meses

Com início dilatado: se o início dos sintomas é 6 meses após o acontecimento

Quadro 1. Critérios de diagnóstico para a Perturbação de Stresse Pós-Traumático – DSM IV (APA, 2002).

Os critérios de diagnóstico que apresentamos estão a ser alvo de estudo, a par da preparação da nova edição do DSM, a ser editada em Maio de 2013, o DSM-V¹ (A quinta versão do Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais, da American Psychiatric Association), que propõe algumas alterações nos critérios para a Perturbação de Stresse Pós-Traumático (actualizado em Agosto de 2010), e que estarão em período experimental durante dois anos (APA, 2010).

Existem diversas situações que poderão ser associadas ao desenvolvimento da PSPT², como os desastres naturais (4%), bombas (34%), acidentes aéreos (29%) e situações de combate (28%), (Bryant, 2000 cit. por Agostinho & Santos, 2009). As situações devem envolver características altamente stressantes ou que possam ter um impacto emocional extramente significativo como acontece no caso dos acidentes de viação, nos assaltos, abusos físicos e/ ou sexuais entre outros (Johnson et al., 1996). A ameaça deverá ser evidente.

Logo após a experiência traumática, a pessoa poderá reexperienciar o trauma, e deste modo, ter sintomas associados. Entre outros, alguns dos sintomas são os chamados “flashbacks” ou imagens recorrentes do sucedido, a instabilidade e elevada activação emocional e fisiológica, os problemas de sono, os pesadelos (Barlow, 1993), bem como elevados níveis de agitação (Gregerson, 2007; NICE, 2005; cit por Agostinho & Santos, 2009; Yule & Gold, 1993).

¹ As propostas de alterações referentes à PSPT podem ser consultadas em <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=165>

² PSPT – Perturbação de Stresse Pós-Traumático

Habitualmente a pessoa victimizada recorre a esquemas comportamentais de evitamento da(s) situação(ões) inicialmente traumatizante(s) ou de contextos semelhantes. O evitamento é geralmente associado a uma tentativa de controlar ou proteger-se das emoções negativas e da excitabilidade associada à revivenciação da experiência (Barlow, 1993). Segundo Safran & Greenberg (1991), a emoção comporta a informação sobre o estado de preparação ou predisposição do “sistema” para agir de um certo modo, empurrando-o a agir numa determinada direcção. Este mecanismo de defesa inicial estará envolvido no desenvolvimento de uma perturbação se for mantido.

O desenvolvimento de uma Perturbação de Stresse Pós-Traumático não deve ser considerado como uma resposta normal a uma experiência traumática (Friedman, Keane & Resick, 2007; cit. por Agostinho & Santos, 2009), deverá antes ser visto como uma desordem que se poderá instalar de uma forma crónica, numa minoria das pessoas expostas a este tipo de situação, sobretudo naquelas que, por diversos motivos a desenvolver mais adiante, se esforçam no sentido de evitar as memórias associadas a tal(tais) acontecimento(s) (NICE, 2005). Os sintomas poderão surgir a par do acontecimento. Contudo, nos casos de pessoas que desenvolvem o distúrbio, menos de 15% vê os sintomas com o início “dilatado” (NICE, 2005). Apesar dos sintomas poderem surgir de forma “dilatada”, mesmo quando nos reportamos a anos de intervalo, estes sintomas são passíveis de tratamento (NICE, 2005).

Estratégias diversificadas de coping, e de outros tipos de ajuda psicossociais, impedirão a maioria das pessoas de desenvolver sérios problemas psicopatológicos (Andrews et al., 2003 cit. por Agostinho & Santos, 2009). A resiliência é a resposta mais comum às experiências traumáticas (NSW Institute for Psychiatry, 2000; cit. por Agostinho & Santos, 2009).

Como é sabido e reconhecido, existe uma elevada probabilidade de um ser humano ser exposto a elementos e situações potencialmente traumáticas. Contudo, a partir do estudo científico mais aprofundado nesta área, sobretudo após as definições propostas pelo DSM-III e posteriores, surgiram alguns pontos de discórdia, ou pelo menos de reflexão sobre uma mudança nos paradigmas teóricos e práticos

subjacentes. Contrariamente aos casos da Depressão, Esquizofrenia, e outras desordens, esta resultou, em termos históricos, de uma série de movimentos de pressão social, por exemplo a partir dos Veteranos de Guerra, bem como grupos de suporte feministas. Assim, mais do que resultante de uma evolução resultante de contributos académicos, científicos e clínicos, resultou da contribuição de fortes movimentos de natureza social e cultural (Friedman, Keane & Resick, 2007). A resposta a este movimento foi um profundo estudo da legitimidade do seu diagnóstico. O facto das pessoas diagnosticadas com PSPT apresentarem características e medidas clínicas significativamente variáveis, tal como acontece em pessoas deprimidas ou clinicamente ansiosas, reforçou da ideia de legitimidade de um diagnóstico para uma perturbação resultante de vivências traumáticas (Friedman, Keane & Resick, 2007).

Pensamos que os sintomas e critérios apresentados pelo DSM-IV são relativamente exequíveis em termos da avaliação instrumental. De resto, a escala PDS (EAD-PSPT) por nós validada para a população portuguesa (Agostinho, 2011) é um exemplo. A entrevista clínica e a própria noção de “perturbação” levam-nos a pensar que nos casos em que haja uma perda da qualidade de vida, então um diagnóstico de PSPT deve ser ponderado. Contudo, lembramos a diferença entre as exigências e parâmetros de um diagnóstico com a finalidade clínica e um diagnóstico que se estabelece em contexto investigacional.

2.1. AVALIAÇÃO (ALGUMAS NOTAS)

A crescente necessidade em seguir formatos terapêuticos baseados em evidências empíricas tem forçado o rigor, tanto de uma definição objectiva e criteriosa para a PSPT, como também para a criação de métodos válidos na avaliação da mesma. São muitos os motivos que podem originar uma avaliação do Stresse Pós-Traumático, dos quais, enunciamos a finalidade clínica, em que é relevante estabelecer um diagnóstico diferencial, a par da análise funcional. Outros tipos de avaliação poderão ter objectivos de natureza forense, epidemiológica e investigacional (Pratt, Brief, & Kean, 2006).

Medidas da “International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS)”, discutidas em 1995 (Keane, Solomon, Maser, & Gerrity, 1995b; cit por Pratt, Brief, & Kean, 2006) com a finalidade de diagnóstico preconiza as seguintes orientações:

1. As entrevistas estruturadas de diagnóstico fornecem informações clínicas valiosas. O terapeuta deve ter em consideração as suas qualidades psicométricas.
2. As entrevistas estruturadas de diagnóstico que fornecem informações pormenorizadas e a avaliação dos sintomas são as mais indicadas.
3. A magnitude e a frequência dos sintomas, a intensidade e duração do episódio devem ser avaliados. Os níveis de perigo, e a sua relação com a presença de sintomas são importantes e devem ser identificados.
4. As medidas que avaliam as componentes em torno do evento traumático e a severidade da reacção a esse evento são essenciais na avaliação.
5. Numa perspectiva de avaliação intercontinental, os instrumentos cuja fiabilidade e validade se baseiam em estudos que contêm informações específicas sobre género, raça e grupos étnicos são os preferidos, especialmente os que avaliaram homens e mulheres de diferentes culturas e raças.
6. Os instrumentos de auto-avaliação devem seguir as normas psicométricas para Instrumentos de Avaliação Educacionais e Psicológicos estabelecidos pela American Psychological Association.
7. Alguns acontecimentos traumáticos considerados são a presença em zona de guerra, agressão do tipo sexual, assaltos, acidentes, catástrofes naturais, morte repentina de um ente querido e as doenças.
8. A comissão também recomenda que a hipótese de comorbidade deverá ser avaliada, pois a resposta ao tratamento pode variar dependendo do presença de outros problemas emocionais.

(Adaptado de Pratt, Brief, & Kean, 2006)

2.2. CRÍTICAS AO ESTABELECIMENTO DO DIAGNÓSTICO

Um estudo publicado em Julho de 2008 no “ANZ Journal of Surgery” intitulado: “Predictors of Post-Traumatic Stress Disorder following Major Trauma”, cujo autoria pertence a Ian Harris e colaboradores, defende a ausência de consistência nos estudos sobre PSPT como resultado de falhas metodológicas e pobre definição dos critérios de diagnóstico (Harris, 2008). É impossível determinar se as entrevistas de auto-avaliação devidamente enquadradas no diagnóstico da Perturbação de Stresse Pós-Traumático são demasiadamente inclusivas, ou se a reactividade psicofisiológica é excessivamente exclusiva. Na verdade, nenhuma destas técnicas de diagnóstico permite por si só obter dados que ultrapassem as limitações de uma avaliação individual (Wilson & Keane, 1997).

Actualmente, a metodologia utilizada para incluir ou excluir uma pessoa no diagnóstico da Perturbação de Stresse Pós-traumática basea-se na comparação entre os sintomas individuais e os critérios definidos pelo DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002). Assim, a validade do diagnóstico está fortemente dependente da consistência interna e validade dos instrumentos de avaliação (Wilson & Keane, 1997).

Apesar de alguns autores defenderem a inclusão de medidas psicofisiológicas na obtenção do diagnóstico da PSPT (Pitman & Orr, 1993, cit. por Wilson & Keane, 1997) alguns estudos demonstram que 40% dos pacientes diagnosticados com PSPT não revelam reactividade fisiológica elevada (Prins et al., 1995, cit. por Wilson & Keane, 1997). Portanto este assunto continua a ser alvo de alguma polémica.

3. O STRESSE AGUDO

Contrariamente à PSPT, a Perturbação de Stress Agudo (PSA), uma nova categoria do DSM-IV, diz respeito aos sintomas que surgem a par da experiência traumática. Esta desordem caracteriza-se por sintomas resultantes de uma experiência igualmente traumática, mas neste caso, com reacções imediatas, tendo uma duração de apenas alguns dias ou semanas, menos de quatro (Barlow, 1993), não se

manifestando de uma forma tão significativa, e não possuindo, pois, uma natureza crónica (Pires, 2003).

A relação que poderá existir entre a PSPT e a PSA reside no facto de alguns autores colocarem a hipótese de existir uma relação entre o chamado estado de “dissociação” durante o período de trauma e o estabelecimento de uma desordem. Pensa-se que a dissociação durante ou após o momento do “trauma” poderá conduzir a uma consolidação das memórias traumáticas, e que estas irão inibir o processamento emocional e a resolução de experiências em causa (Bryant, 2005). Diversos estudos suportam esta ideia, (Bremner & Brett, 1997; Holen, 1993; Koopman, Classen & Spiegel, 1994; Marmar et al., 1994; McFarlane, 1986; Shalev, Orr & Pitman, 1993; Spiegel et al., 1996; cit. por Bryant, 2005).

Outros, revelam uma possível relação entre a “dissociação peri-traumática” e a Perturbação de Stresse Pós-Traumático. Contudo, a relação poderá não ser linear (Bryant, 2005; cit. por Agostinho & Santos, 2009). Assim, os mecanismos cognitivos, mais do que os sintomas apresentados, poderão ser medidas úteis na predição da PSPT, isto é, a capacidade que a pessoa possui para lidar com as suas memórias traumáticas poderá constituir um factor determinante numa eventual evolução para a perturbação. Alguns investigadores defendem que avaliações cognitivas três meses depois do trauma permitem efectuar uma previsão sobre a PSPT a 1 ano (Ehlers & Clark, 2000; cit. por Bryant 2005).

Relativamente aos factores “Pós-trauma” poderão revelar-se essenciais numa eventual resistência ao desenvolvimento de uma perturbação “crónica”, sendo que o suporte social (Andrews, et al., 2003; cit. por Agostinho & Santos, 2009) e as competências no manuseamento do stresse podem ser importantes para uma recuperação relativamente às experiências traumáticas (Andrews et al., 2003).

A principal diferença entre a PSA e a PSPT são os sintomas que no primeiro caso se referem ao período de dois dias a quatro semanas. A PSPT poderá ser diagnosticada após 4 semanas (Bryant, 2006).

4. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE A PSPT

Estudos epidemiológicos sugerem que entre 50% e 70% da população dos EUA já experienciou pelo menos uma forma de vitimização ou trauma ao longo da sua vida (Kessler et al., 1995; Kilpatric et al., 2003; Resnik et al., 1993; cit. por Amstadter, McCart & Ruggiero, 2007).

É importante referir que embora os estudos demonstrem haver aproximadamente 60% das pessoas que são expostas a pelo menos um acontecimento traumático ao longo da sua vida, apenas 10% a 20% irão desenvolver uma perturbação. Geralmente, a maioria das pessoas consegue recuperar (Kessler et al, 1995). Curiosamente, há uma diferença entre géneros no desenvolvimento da perturbação (Durand & Barlow, 2006), que nos indica que as pessoas do sexo feminino têm uma maior probabilidade de desenvolver a desordem se forem expostas a situações traumáticas, como é visível no gráfico que se segue.

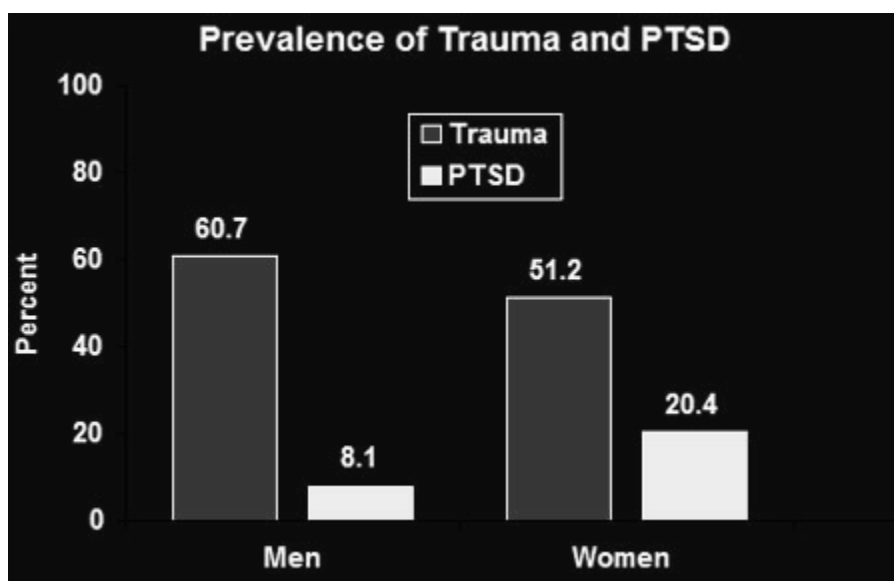


Fig. 1. Prevalência da ocorrência de acontecimentos traumáticos e respectiva transformação em Perturbação de Stresse Pós-Traumático (Kessler et al., 1995; cit. por Cahill, 2011).

Outros autores referenciam a recuperação rápida como um fenómeno com uma elevada prevalência (Amstadter, McCart & Ruggiero, 2007). Estima-se que a prevalência da PSPT varie entre 10% nas mulheres e 5% nos homens (Kessler, et al.

1995; cit. por Andrews et al., 2003). Experiências traumáticas podem seguir-se de expressão ou não - expressão emocional (Moore & Watson, 1999).

Dados apontam para 37,4 % de prevalência da PSPT nos Estados Unidos, no caso dos estados envolvidos em conflitos (De Jong et al., 2001; cit por De Vries & Olf, 2009), embora estes dados estejam longe da realidade europeia e também portuguesa como iremos ver mais adiante.

Num estudo epidemiológico de larga escala, realizado por Kessler e colaboradores (1995; cit por Resick, Monson & Riszvi, 2008), cuja amostra era composta por 5877 pessoas, das quais 2812 do sexo masculino e 3065 do sexo feminino, encontrou-se que 20,4 % das mulheres e 8,2 % dos homens poderiam desenvolver uma PSPT na sequência de uma exposição a um acontecimento traumático (Resick, Monson & Riszvi, 2008). Este estudo que avaliava 12 categorias de acontecimentos traumáticos revelou que a grande maioria das pessoas tinha já sido confrontada com um acontecimento traumático na sua vida.

Segundo um conjunto de estudos que envolveram seis países europeus “The cross-national European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (Alonso et al., 2004; cit. por De Vries & Olf, 2009) a prevalência da PSPT situa-se nos 1,9% da população. Segundo estes autores, a prevalência da experiência traumática na Holanda situou-se nos 80,7%, sendo que a prevalência para a PSPT situava-se nos 7,4%.

Como vimos anteriormente, a taxa de exposição a um acontecimento traumático ao longo da vida é de 50% a 70% nos E.U.A., com uma prevalência de 7,8% de PSPT. Em comparação, por exemplo na Algéria, a taxa de exposição a um acontecimento traumático é de 92% e a prevalência de 37,4% (De Jong et al. 2001; Kessler et al. 1995; cit. por Friedman, Keane & Resick, 2007), o que nos indica a importância de aspectos culturais, políticos e sociais.

Em referência, e reportando-nos à epidemiologia em catástrofes, e de ferimentos traumáticos ocorridos por acidente, as prevalências de PSPT são de 10% e 30% doze meses após o acontecimento (O’Donnell, Bryant, Creamer & Carty 2008; cit. por Freitas, Rodrigues & Maia, 2009). Por exemplo, segundo Neria et al. (2006) a prevalência da PSPT resultante directamente dos ataques do 11 de Setembro de 2001

é tanto maior quanto maior a proximidade física com a ocorrência dos acontecimentos.

Apesar do debate sobre as prevalências da PSPT na população mundial, pensa-se que as respectivas taxas não sofreram grandes alterações entre 1997 e 2007 (Brunet, Akerib & Birmes, 2007). A prevalência da PSPT entre os adultos norte-americanos é de 7,8% para homens e de 10,4% para as mulheres, duas vezes mais propensas que os homens, apenas 5% de probabilidade de desenvolver a PSPT em algum momento das suas vidas.

O “United States Department of Veterans Affairs” estima que 830.000 Veteranos de Guerra do Vietnam sofre sintomas de PSPT (Shurr et al, 2003). O “National Vietnam Veterans Study (NVVRS)” divulgou que 15,2% dos homens e 8,5% do sexo feminino dos Veteranos da Guerra do Vietname sofriam de PSPT ao longo do estudo. A prevalência da perturbação ao longo da vida foi de 30,9% para o sexo masculino e 26,9% para o sexo feminino (Kulka et al. 1990a; Kulka et al. 1990b)

Num novo estudo do “NVVRS”, que permitiu analisar os dados do “Vietnam Veterans Matsunaga Project”, Schnurr e colaboradores (2003), revelaram-que, ao contrário da análise inicial dos dados NVVRS, a grande maioria dos veteranos do Vietname sofria de sintomas de PSPT, embora não cumprindo totalmente os critérios para o seu diagnóstico. Quatro em cada cinco relataram sintomas recentes quando entrevistados 20 a 25 anos depois da Guerra do Vietname.

4.1. PREVALÊNCIA PORTUGUESA DA PSPT

Um estudo português revelou que 64% dos socorristas de emergência pré-hospitalar apresentam sintomas da PSPT (Marcelino & Figueiras, 2007). Num estudo sobre a Perturbação de Stresse Pós-traumático em vítimas de acidentes rodoviários, os resultados sugerem que 54.8% dos participantes na primeira avaliação e 30.9% na segunda apresentam sintomas compatíveis com o diagnóstico da perturbação. Cerca de 31% dos participantes, que na primeira avaliação tinham sintomas da perturbação, deixaram de os apresentar na segunda. Daqueles que inicialmente não apresentam os

sintomas de PTSD (45.2%) cerca de 7.1% passaram a apresentar esses sintomas na segunda avaliação (Pires, 2005).

Dos estudos de Albuquerque, Soares, Jesus e Alves (2003) salientamos em particular, resultados que indicam que 11,6% dos sujeitos do sexo masculino que integraram a amostra composta por 750 sujeitos, foram expostos a situações de guerra e/ou de combate armado, sendo que neste grupo 9,9% apresentavam critérios de diagnóstico da PSPT. Por outro lado, Maia, McIntyre, Pereira e Fernandes (2006) estudaram uma amostra de 341 ex. combatentes e determinaram que 39% destes apresentava sintomas suficientes para que lhes fosse atribuído o diagnóstico de PSPT com base no DSM-IV. Um outro estudo, com uma amostra de 114 pessoas (ex. combatentes da Guerra Colonial Portuguesa), 27,2% dos sujeitos inquiridos apresentavam os critérios de diagnóstico para a PSPT (Carvalho & Regadas, 2010).

No sentido de apurar a epidemiologia da PSPT em Portugal, tratando-se na verdade do primeiro estudo epidemiológico sobre a Perturbação de Stresse Pós-traumático na população adulta em Portugal, foram obtidos resultados interessantes. Este estudo é particularmente relevante dada a proporção de população exposta a acontecimentos traumáticos, 800 000 homens que participaram durante 14 anos (de 1961 a 1975) na Guerra Colonial Portuguesa (Albuquerque, Soares, Jesus & Alves, 2003). Globalmente a taxa de prevalência de PTSD foi de 7,87% (205/2606), com uma diferença estatisticamente significativa entre sexos: 4,8% no sexo masculino e 11,4% no sexo feminino (Albuquerque, Soares, Jesus & Alves, 2003). Cerca de 75% da população adulta portuguesa esteve exposta a pelo menos uma situação traumática e 43,5% a mais do que uma. (Albuquerque, Soares, Jesus & Alves, 2003).

Na amostra estudada, 11,6% indivíduos do sexo masculino haviam sido expostos a situações de guerra/combate e 9,9% destes desenvolveram PTSD. A situação traumática referida por um maior número de inquiridos foi a morte violenta de um familiar ou amigo (29,3%), seguindo-se roubo ou assalto (22,7%) e testemunha de acidente grave ou morte (22,2%) (Albuquerque, Soares, Jesus & Alves, 2003). A prevalência de Perturbação de Stress Pós-Traumático, globalmente e por géneros, foi semelhante àquela verificada em outros países desenvolvidos; inferior ao esperado,

dada a extensão da população exposta a combate/guerra (Albuquerque, Soares, Jesus & Alves, 2003). Partindo do pressuposto que pelo menos metade da população americana é exposta a ocorrências traumáticas, e que este número é superior em países em conflito, isto significa que os cuidados de saúde poderiam tomar este dado em conta nas suas avaliações e posteriores seguimentos clínicos (Friedman, Keane & Resick, 2007).

5. FACTORES DE RISCO

A maior parte das pessoas confrontadas com situações traumáticas não desenvolve uma PSPT sobretudo devido a características relacionadas com a “resiliência” como elemento protector (Friedman, Keane & Resick, 2007). Em termos estatísticos, ser-se do sexo feminino aumenta a probabilidade de desenvolver uma PSPT, contudo, este facto potencia também a resposta favorável a um eventual tratamento (Friedman, Keane & Resick, 2007).

O comportamento emocional é frequentemente caracterizado por “emotional blunting”, um corte com as respostas emocionais e “emotional flooding”, descontrolo das saídas emocionais e respostas desadequadas, desmesuradas em contextos sociais diversos, sendo também possível uma oscilação entre ambos (Courtois, 1988; Herman, 1992; Foy, 1992; Litz, 1992; Van Der Kolt, 1987; Horowitz, 1985 cit. por Moore & Watson, 1999).

Os pacientes poderão não reconhecer, enquadrar, interpretar ou aceitar adequadamente as suas emoções e sentimentos sobre o trauma. A forma como as pessoas bloqueiam a sua expressividade emocional depende das características do trauma, expectativas sobre o acontecimento, duração, envolvimento e características individuais tais como “coping resources” e experiências anteriores (Moore & Watson, 1999). Esforços para inibir sentimentos sobre o trauma podem, eventualmente inibir a adaptação a longo termo, sendo que este mesmo evitamento poderá estar na base de

uma ausência correctiva no tipo de informação armazenada na memória emocional (Foa & Cahill, 2001).

Nos casos em que o acontecimento traumático envolve a morte de entes queridos, a resolução do “luto” pode demorar mais do que as pessoas podem esperar, e não envolve necessariamente conseguir-se dar um significado ao que aconteceu. Por exemplo, 72% das vítimas de acidentes de viação não tinham encontrado um significado depois de 4 a 7 anos; Viúvos(as) demoravam 10 anos a atingir o nível de satisfação e 20 anos a controlar níveis de depressão comparados com o grupo de controlo (Wortman, Kessler, Bolger e House, 1991, cit. por Moore & Watson, 1999). Em contrapartida pode-se dar o caso de pessoas com excelentes estratégias de coping não manifestarem sintomas de Stresse Pós-Traumático (Greenberg, 1995 cit. por Moore & Watson, 1999).

Uma meta-análise revelou que a dissociação peri-traumática constituía o melhor elemento predictor da PSPT (Ozer, Best, Lipsey Weiss, 2003; cit por Freitas, Rodrigues, & Maia, 2009). Variáveis cognitivas, tais como o “sentimento de ameaça de morte” foram os melhores preditores após 3 e 6 meses sobre o acidente (Jeavons, Greenwood & Horne, 2000; cit. por Freitas, Rodrigues, & Maia, 2009). William & Poijula, (2002) definem alguns factores pré-trauma, peri-trauma e pós-trauma que parecem estar associados ao desenvolvimento de uma perturbação.

Factores pré-trauma:

- Condições de vida severamente adversas
- Depressão ou ansiedade com impacto ao nível da bioquímica cerebral
- Estratégias de coping ineficazes
- Instabilidade familiar, incluindo historial de desordens psiquiátricas, separações ou violência familiar
- Abuso de substâncias precoce
- Problemas com diversas formas de autoridade
- Ausência de suporte social

- Perdas sucessivas de entes queridos ou posses
- Género feminino
- Idade inferior a 25 anos (Friedman, 2000, cit por William & Poijula, 2002)
- Genética (Meichenbaum, 1994, cit. por William & Poijula, 2002)

Factores peri-trauma:

- Proximidade geográfica
- Significado do acontecimento
- Idade
- Intensidade duração e frequência dos acontecimentos
- Tipo de participação no acontecimento

Factores pós-trauma:

- Ausência de suporte adequado
- Negligência pessoal ou vitimização
- Atitude passiva
- Ausência de um significado para o sofrimento
- Elevada activação fisiológica e evitamento dos sintomas (Friedman, 2000, cit por William & Poijula, 2002)

O suporte social constitui um elemento moderador e inibidor do desenvolvimento da PSPT (Varela & Leal, 2008; cit por Freitas, Rodrigues, & Maia, 2009). Quanto menor é a qualidade do suporte social, maiores serão os índices de PSPT, ansiedade e depressão (Freitas, Rodrigues, & Maia, 2009).

5.1 ACONTECIMENTOS DE VIDA NEGATIVOS E PSPT

Os acontecimentos de vida negativos ocorridos durante a infância poderão estar associados ao desenvolvimento de problemas emocionais ao longo da vida. Assim, e com base num estudo efectuado por Brás & Cruz (2008), os acontecimentos de vida negativos e o padrão de vinculação “preocupado” explicam 20,7% da variância da ideação suicida. Os AVN explicam 15,1% da mesma variância (Brás & Cruz, 2008). Tanto os acontecimentos de vida negativos como a própria narrativa (linguística e verbal) condicionam e estão associadas à sintomatologia depressiva (Sousa & Cruz, 2008). Nesta investigação procuraremos apurar a relação entre os acontecimentos de vida anteriores à idade de 12 anos e respectivo grau de sintomatologia pós-traumática apresentada no momento da avaliação.

6. FORMAS DE APOIO PRIMÁRIO

O tratamento da PSPT só pode ocorrer se a perturbação for identificada. Nalguns casos, por exemplo após uma grande catástrofe, uma modalidade específica de intervenção para as pessoas em risco pode ser considerada. Para a grande maioria das pessoas com PSPT, as oportunidades de identificação vêm como parte das intervenções de saúde de rotina, por exemplo, na sequência de um assalto ou um acidente para o qual um tratamento médico é necessário, ou quando uma pessoa revela indícios de violência doméstica ou uma eventual história de abuso sexual (NICE, 2005).

As famílias e os cuidadores têm um papel central no apoio às pessoas com PSPT. No entanto, dependendo da natureza do trauma e suas consequências, muitas famílias também beneficiarão de apoio para si. Os profissionais de saúde devem estar conscientes do impacto da PSPT em toda a família (NICE, 2005). Segundo um estudo português realizado com ex. combatentes e os seus familiares, a média da duração dos seus casamentos era de 35 anos, sendo que 40,9% das esposas participantes referia

estar exposta a reacções emocionais dos maridos, tendo estas repercussões na vida familiar. Para além disso, 68,2% dos ex. combatentes eram reformados e 42,4% das esposas trabalhavam (Oliveira & Pinto, 2010). Já um estudo realizado por Pires et al. (2006) havia demonstrado a elevada ansiedade e depressão no ex. combatentes e seus familiares.

O suporte social pode desempenhar um papel importante na promoção da recuperação de uma pessoa com PSPT, especialmente imediatamente após o trauma. Os profissionais de saúde devem estar cientes disso e deverão ser defensores deste tipo de apoio quando as pessoas apresentam os sintomas (NICE, 2005).

7. ESTÁ O CÉREBRO ALTERADO?

Os sintomas de reactividade provenientes da exposição a um acontecimento traumático podem ocorrer quando a este está associada uma resposta de adrenalina muito elevada, criando profundos “padrões” neurológicos no cérebro (Perry, 2000). Estes “padrões” podem persistir por muito tempo após o acontecimento que desencadeou a resposta de medo (Perry, 2000). Segundo Rosen (2004), quanto maior for a magnitude do acontecimento traumático, maior será também o número de sintomas apresentados.

Um exemplo da diferença neurológica que ocorre após um evento traumático é a baixa secreção de cortisol, contraposta à elevada presença de catecolaminas na urina, como norepinefrina e cortisol (Yehuda, 2001). Esta relação é superior nos indivíduos não diagnosticados. Contudo, este facto é contrário à norma resultante numa situação de “fight or flight”, em que ambos, catecolaminas e cortisol são elevados após a exposição ao elemento ameaçador. Os níveis de catecolaminas cerebrais são baixos, e o “factor libertador” de corticotropina (CRF), é elevado. Esta combinação sugere uma eventual anormalidade no eixo “hipotálamo-pituitária-adrenal” (HPA), (Cohen, 1998).

Pensa-se que a supressão de cortisol resultará de uma anormalidade do eixo HPA, provavelmente associada à inibição do feedback negativo de cortisol, por seu turno resultante de um aumento da sensibilidade dos receptores de glucocorticóides (Yehuda, 2002). Alguns investigadores têm associado a resposta ao stresse na PSPT com longos prazos de exposição a elevados níveis de norepinefrina e baixos níveis de cortisol. Traduzindo essa reacção em termos práticos, obtemos uma explicação “fisiopatológica” para a PSPT proveniente de uma aprendizagem adaptativa de resposta ao medo, que se sustenta no eixo de hipersensibilidade, HPA (Yehuda, 2002).

Assim, os baixos níveis de cortisol poderão predispor certos indivíduos à PSPT. Um estudo demonstrou que os soldados suecos que serviam na Bósnia e Herzegovina com baixos níveis de cortisol anteriores à guerra, tinham maior risco de desenvolver sintomas de PSPT após situação de combate, comparativamente aos soldados com níveis considerados normais. Estes dados apontam o cortisol como responsável no restabelecimento da homeostase após a resposta de stresse. Acredita-se que a experiencia traumática é mais prolongada nas pessoas com menores níveis de cortisol, criando condições para a instalação da desordem. Estes dados são no entanto controversos, por exemplo, uma revisão dos estudos existentes não sustenta uma relação clara entre os níveis de cortisol e a PSPT. De facto, apenas uma minoria dos estudos terá encontrado uma diminuição prévia à exposição a trauma dos níveis de cortisol, sendo que alguns identificaram até um aumento (Aardal-Ericksson, Ericksson & Thoerell, 2001).

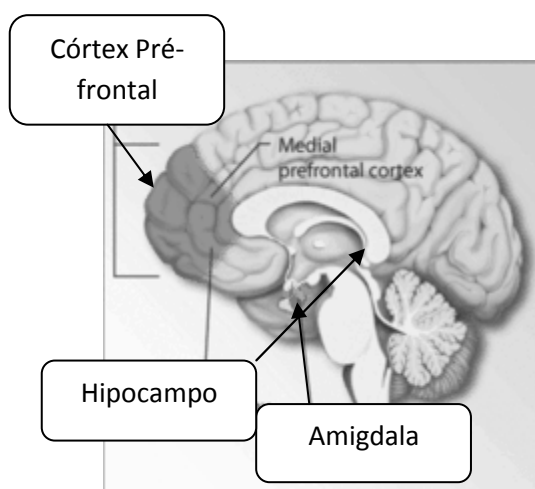


Fig. 2. Áreas do cérebro envolvidas na Perturbação de Stresse Pós-Traumático (Shin, Rauch & Pitman, 2006).

Existem três áreas do cérebro cuja função poderá estar alterada na PSPT. Assim, têm sido identificadas as zonas do córtex pré-frontal, a amígdala e o hipocampo (Shin, Rauch & Pitman, 2006). Muitas pesquisas que suportam esta afirmação baseiam-se na observação de vítimas de PSPT. Por exemplo, um estudo prospectivo do “Vietnam Head Injury Study” demonstrou que lesões no córtex pré-frontal podem tornar-se protectoras no desenvolvimento de uma posterior PSPT (NIMH, 2011). Um estudo realizado por Gurvits et al. (Yehuda et al., 1995b; cit. por Yehuda et al., 1998) com veteranos da Guerra do Vietname diagnosticados com PSPT mostrou uma redução de 20% no volume de seu hipocampo, quando comparados com os Veteranos de guerra que não sofreram nenhum sintoma. Estudos efectuados com sobreviventes do Holocausto e com PSPT demonstraram que estes apresentavam menor taxa de cortisol excretada comparativamente aos sobreviventes não diagnosticados e pessoas que haviam sido expostas ao Holocausto (Yehuda et al, 1995b; cit. por Yehuda et al. 1998).

Os estudos de neuroimagem em humanos têm revelado os aspectos morfológicos e funcionais da PSPT. Pacientes com um histórico de exposição a situações potencialmente traumáticas, e diagnosticadas com a PSPT revelam um funcionamento anormal das funções noradrenérgicas, sendo que existe uma clara relação entre o sistema noradrenérgico e a ansiedade. Neste casos há um aumento significativo da epinefrina e norepinefrina, neurotransmissores adrenérgicos (Bremner, Krystal, Southwick & Charney, 1996; Peebles, 2008).

A obtenção de informações a partir de técnicas e estudos de “neuroimagens”, demonstram uma diminuição da função media pré-frontal do córtex na PSPT. Outras evidências incluem a diminuição da função do hipocampo, um aumento da função cingulado posterior e aumento da função da amígdala. Estudos têm demonstrado alterações na estrutura (menor volume) do hipocampo na PSPT (Bremner, 2002). Problemáticas ao nível da memória declarativa verbal suportam a ideia de uma eventual disfunção dessa mesma área cerebral. Estudos de neuroimagem funcional dos circuitos neuronais revelam disfunção do córtex medio pré-frontal na PSPT com outras áreas envolvidas incluindo o hipocampo (Bremner, 2002).

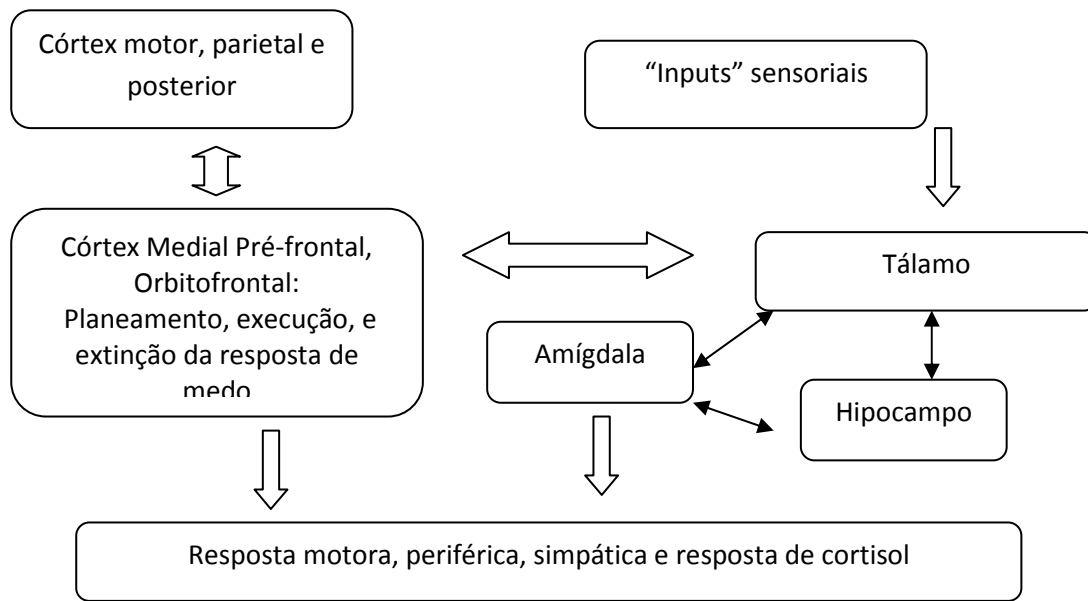


Fig. 3. Mecanismo de resposta numa situação de stresse do tipo traumático. Diagrama da relação e áreas do cérebro envolvidas, incluindo o hipocampo, a amígdala e o córtex médio pré-frontal (Bremner, 2002).

Em resumo, os dados sugerem que existem padrões de activação em determinadas áreas funcionais do cérebro. Assim, a activação do córtex pré-frontal médio poderá estar na base de respostas emocionais generalizadas. As respostas específicas poderão resultar de processos associados às alterações provocadas sobre a amígdala (Stein & Paulus, 2009).

Há de facto dados que evidenciam que várias áreas do cérebro podem ser activadas, desactivando outras no contexto da PSPT. Todavia, são necessárias mais investigações para estabelecer relações de causa-efeito, e perceber as relações que se estabelecem entre os estímulos considerados “desencadeadores de stresse” e o fenómeno que resulta, ou seja, a própria perturbação (Liberzon et al., 1999).

8. TEORIAS E PARADIGMAS SOBRE A PSPT - INTRODUÇÃO

Os principais modelos etiológicos da PSPT provêm de perspectivas diversas. Tais modelos assentam na Psicologia, Biologia e factores de natureza social. De facto, a elevada comorbidade entre este distúrbio e outras psicopatologias reduz a hipótese de apenas um dos modelos referidos ser totalmente explicativo. Ao invés, é requerida uma perspectiva integradora, biopsicossocial que possa suportar uma explicação etiológica acerca da referida perturbação (Andrews et al., cit. por Agostinho, 2010). Existem contudo estudos que evidenciam a existência de factores de vulnerabilidade, e que se distribuem por três categorias, pré-trauma, peri-trauma e pós-trauma (Andrews et al., cit. por Agostinho, 2010).

Alguns dos factores de vulnerabilidade para o desenvolvimento de uma PSPT são o baixo nível educacional (Andrews et al., 2003; Kessler, Sonuga, Bromberg, Hugues & Nelson, 2003; cit. por Gregerson, 2007), o baixo nível de rendimentos, e a pré-existência de uma tendência para a ansiedade ou para a sintomatologia depressiva (Andrews et al., 2003). Alguns dos factores de “protecção” ao desenvolvimento da PSPT são conseguir ultrapassar o passado e as experiências traumáticas que este envolve, a preocupação “social” existente na envolvência, o suporte e a compreensão por parte de quem efectua o serviço de recuperação e acompanhamento (Gregerson, 2007).

Janoff-Bulman (1992) sugere que, por norma, as pessoas têm três tipos de crenças que poderão estar na base do desenvolvimento de sintomatologia pós-traumática. Primeiro, que o mundo é um lugar benévolo, onde as pessoas são de confiança e onde os azares são raros. Segundo, que os acontecimentos na vida têm um significado, e que os acontecimentos poderão estar relacionados com o comportamento da pessoa, que as pessoas recebem o que merecem, ou pelo menos, não mais do que o seu nível de dificuldade. Terceiro, que a pessoa é valiosa, e relativamente invulnerável a acontecimentos negativos devido a questões de decência pessoal, julgamentos ou alguma boa sorte. Os acontecimentos traumáticos tendem a “pôr em causa” estas crenças, provocando os já conhecidos sintomas (Moore &

Watson, 1999). Passaremos de seguida a apresentar as principais teorias e modelos que explicam a natureza desta perturbação.

8.1. TEORIA DO COMPORTAMENTO

Segundo a perspectiva comportamental, e apesar de ser considerado que os sintomas traumáticos são causados numa fase inicial pelo trauma, muitos dos sintomas podem também caracterizar-se como tentativas para manusear o stresse. Estas tentativas responderiam a contingências específicas e, posteriormente, tornar-se-iam autónomas em termos de funcionamento. Deste modo, os comportamentos de evitamento, bem como os comportamentos desadaptativos são um modo de controlo operante. Pensamentos, emoções e aspectos de natureza fisiológica serviriam de estímulos desencadeantes, mas também poderiam surgir como consequências (Rothbaum, Meadows, Resik & Foy; cit. por Foa, Keane & Friedman, 2000).

8.2. TEORIA DO PROCESSAMENTO EMOCIONAL

A teoria do processamento emocional (Foa & Kozak, 1986) apresenta a PSPT como uma consequência do desenvolvimento de uma estrutura de medo relativa ao evento traumático (Foa, Steketee & Rothbaum, 1989, cit. por Foa, Keane & Friedman, 2000).

Tal como qualquer outra estrutura emocional, esta inclui representações sobre o estímulo, a resposta, bem como o seu significado. Qualquer informação relacionável com o trauma, activa a estrutura de medo criada (Lang, 1977, 1979). Pensa-se que a estrutura em causa inclui um grande número de estímulos e deste modo, é muito facilmente acedida e conseqüentemente activada.

Esta teoria defende que as intervenções de sucesso envolvem processos correctivos na essência do processamento emocional. Em primeiro lugar, que esta

estrutura deve ser activada, e em segundo lugar que novos elementos e informações devem ser fornecidos a fim de corrigir o registo inicial. (Rothbaum, Meadows, Resik & Foy; cit. por Foa, Keane & Friedman, 2000).

Segundo estudos de Foa & Rothbaum (1998; cit por por Foa, Keane & Friedman, 2000) existem diversos mecanismos essenciais para a modificação e desenvolvimento da PSPT:

- 1- A repetição imaginada do trauma promove habituação e reduz a ansiedade inicialmente associada ao trauma, criando uma nova memória e corrigindo a ideia de que a ansiedade será inalterável salvo se o evitamento ocorrer.
- 2- O processo de confrontação deliberada com as memórias traumáticas bloqueia o reforço negativo associado à redução do medo que se segue ao evitamento cognitivo bem como pensamentos e emoções.
- 3- O acto de revivenciar o trauma num contexto terapêutico, permite ao consulente adquirir a ideia de que revivenciar o trauma não é perigoso, de que é seguro.
- 4- Revivenciar o trauma de forma repetida permite que o consulente diferencie os acontecimento de outros “não traumáticos” impedindo assim uma generalização do medo ao mundo em geral, ou a um “eu” incompetente.
- 5- O acto de revivenciar o acontecimento traumático ajuda a pessoa a passar de um sentimento de incompetência a um sentimento de determinação, auto-controlo, mestria e coragem.
- 6- O acto de revivenciar o acontecimento traumático repetido oferece a oportunidade de focar detalhes de avaliações negativas e modificá-las (Rothbaum, Meadows, Resik & Foy; cit. por Foa, Keane & Friedman, 2000).

MODELO EXPLICATIVO DA ETIOLOGIA DA PERTURBAÇÃO DE STRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

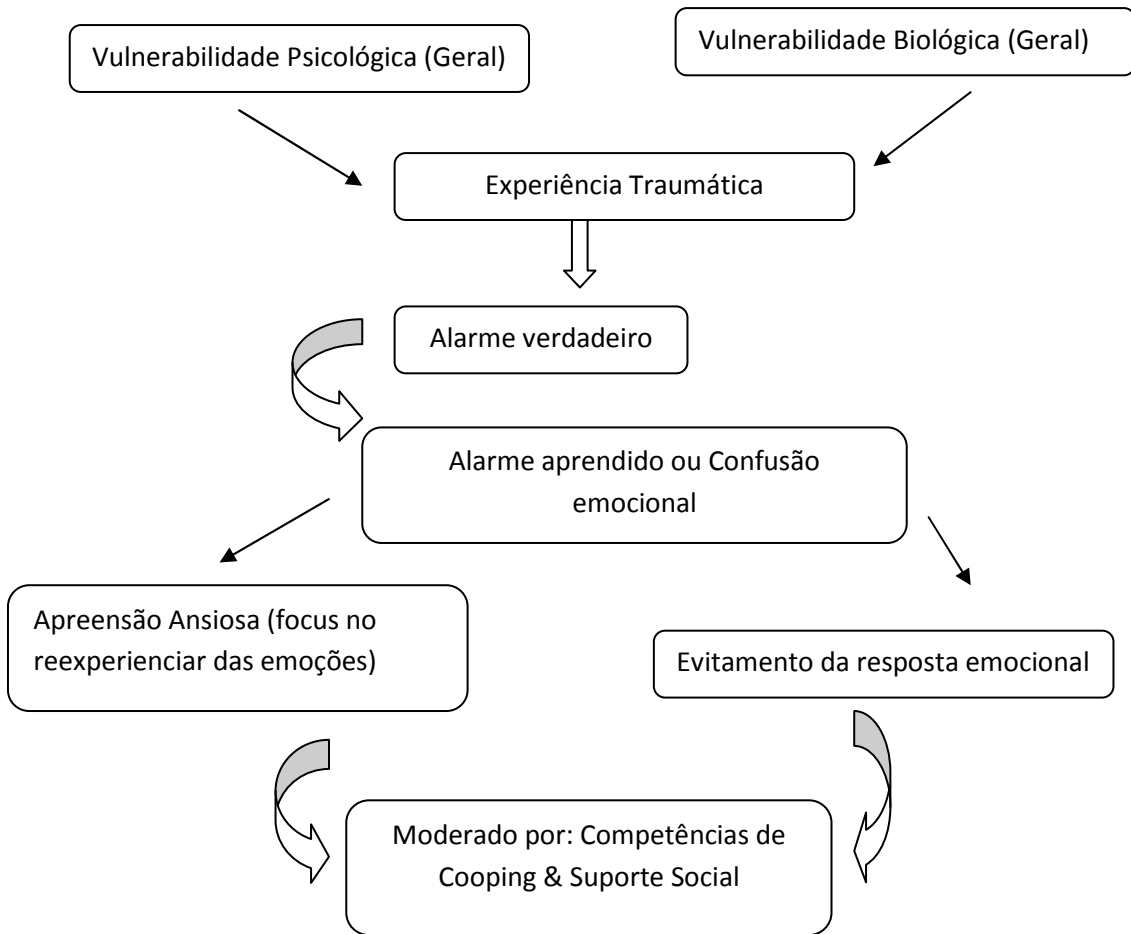


Fig. 4. Modelo Explicativo da Etiologia da Perturbação de Stresse Pós-Traumático (Keane & Barlow 2002).

8.3. TEORIA SOCIO-COGNITIVA

Brewin et al., (1996, cit. por Foa, Keane & Friedman, 2000) apresentam um modelo de intervenção que tem em conta as duas teorias referidas anteriormente. A sua resolução passaria por resolver as respostas emocionais primárias (Teoria do processamento emocional) recorrendo à exposição, e posteriormente trabalhar o significado do acontecimento (Teoria Socio-Cognitiva) na tentativa de modificar

crenças e expectativas disfuncionalmente instaladas (Rothbaum, Meadows, Resick & Foy; cit. por Foa, Keane & Friedman, 2000).

Apesar de também realçar a importância do processamento da informação, esta teoria focaliza os aspectos relacionados com o sistema das crenças e o seu ajuste necessário a uma eventual “reconciliação” com o evento traumático, dando lugar a novas crenças e expectativas. Os conceitos de “memórias activadas pelo contexto” e “memórias verbalmente acessíveis” que retratam as duas grandes dimensões da perturbação são deste modo consideradas muito importantes no desenvolvimento e manutenção da desordem (Brewin, Dagleish & Joseph, 1996; cit. por Resick, Monson & Risvi, 2008). Deste modo, a teoria divide as expressões emocionais em primárias (medo, tristeza, revolta) e secundárias (culpa e vergonha). A ênfase da intervenção deverá situar-se numa reelaboração sobre o mundo e o “eu”, mais do que sobre o medo. As novas informações deverão ser alteradas, assimiladas e acomodadas para este mecanismo poder ser eficaz. Deve referir-se o facto de ser difícil implementar este processo terapêutico preconizado por esta teoria devido ao forte impacto emocional que existe face ao trauma (Resick, Monson & Risvi, 2008).

8.4. TEORIAS DA APRENDIZAGEM

A teoria dos dois factores de Mowrer & Mowrer de 1960 surge como uma das primeiras teorias explicativas da PSPT. Esta teoria defende que o condicionamento clássico (factor 1) e operante (factor 2), estão na base do desenvolvimento e manutenção do medo. Segundo esta teoria, o medo é adquirido através do condicionamento clássico, no qual um estímulo inicialmente neutro é emparelhado com um estímulo aversivo, e deste modo, o estímulo neutro passa a provocar uma resposta de medo (Friedman, Keane & Resick, 2007; Resick, Monson & Risvi, 2008). A segunda parte da aprendizagem disfuncional está relacionada com o evitamento de situações potencialmente assustadoras (condicionamento operante), correspondendo a um agravamento do condicionamento de medo (Foa, Steketee & Rothbaum, 1989, cit. por Antony, Ledley & Heimberg, 2005).

8.5. TEORIA COGNITIVA

A Teoria Cognitiva de Ehlers & Clark (2008), propõe que as pessoas que desenvolvem a PSPT possuem tendencialmente fracos recursos ao nível da memória autobiográfica. Dadas algumas características particulares ao nível cognitivo, que condicionam, à partida, a integração da(s) memória(s) traumática(s), a forte associação emocional entre a ocorrência traumática e os sintomas sentidos promovem a generalização da a resposta de medo. Assim, na prática, os recursos cognitivos disponíveis corresponderem na realidade apenas a “tentativas de fuga”, dando-se lugar a um aumento progressivo dos sintomas (Resick, Monson & Risvi, 2008).

9. COMORBIDADE DA PSPT COM OUTRAS PERTURBAÇÕES EMOCIONAIS

A Perturbação de Stresse Pós-Traumático está frequentemente associada a outras desordens psicológicas (Andrews et al., 2003; Beck & Coffey, 2007; cit. por Agostinho & Santos, 2009). Diversos estudos epidemiológicos demonstram e suportam a existência de um elevado número de problemas psicológicos associados à presença de sintomatologia de Stresse Pós-Traumático, entre eles, os distúrbios de humor, dado que 53% dos pacientes diagnosticados com PSPT recebem o diagnóstico de depressão (Blanchard, Hickling, Taylor, & Loos, 1995; cit. por Beck & Coffey, 2007). Outros dados sugerem que um número situado entre os 20% e os 60% dos adultos com PSPT também cumprem os critérios de diagnóstico para a depressão (Kessler et al., 1995; cit. por Amstadter, McCart & Ruggiero, 2007), desordem de pânico (Falsetti, Resnick, Dansky, Lydiard, & Kilpatrick, 1995; cit. por Amstadter, McCart & Ruggiero, 2007) e desordem de Abuso de substâncias (Dansky, Saladin, Brady, Kilpatrick, & Resnik, 1995; cit. por Amstadter, McCart & Ruggiero, 2007).

Os dados de Andrews et al. (2003), apontam para uma comorbidade entre 20% e 30% nos indivíduos com PSPT crónico e uma outra perturbação da ansiedade, tais como a desordem de pânico, e a fobia social. O “National Comorbidity Survey” revelou que 88% dos homens e 79% das mulheres dignosticados com PSPT crónico cumpriam também os critérios de pelo menos uma desordem psiquiátrica (Andrews et al., 2003). A comorbidade da PSPT com as desordens de ansiedade varia entre os 7% e os 31% , dependendo da especificidade da desordem em questão (Kessler et. Al, 1995, cit. por Beck & Coffey, 2007). Uma meta-análise reviu 31 estudos e concluiu que há uma correlação moderada entre a PSPT com os problemas de relacionamentos (.38); agressão (.42) e agressão psicológica (.36) (The National Center for PTSD, 2011).

Quando uma pessoa apresenta os sintomas e critérios de diagnóstico da PSPT, associado, por exemplo, à sintomatologia depressiva, então a PSPT deverá ser tida em conta em primeiro lugar no tratamento (NICE, 2005).

10. A DISSOCIAÇÃO

É uma experiência em que a pessoa é cognitivo - emocionalmente removida das circunstâncias e não dispõe de memórias da ocorrência. Diversos estudos demonstram que a probabilidade de re-experienciar stresse é elevada em pessoas que foram vítimas de uma situação altamente stressante (Breslau, Davis, Andreski & Paterson, 1991; Kilpatrick, Sanders, Veromen, Best & Von, 1987; cit. por Cloitre e Rosenberg, 2006). A investigação recente tem reunido dados a favor do papel da dissociação no desenvolvimento das perturbações psicológicas relacionadas com o trauma (van der Kolk, van der Hart & Marmar, 1996; Marmar, Weiss, Meltzer, Ronfeldt & Foreman, 1996; Shalev, 1996; cit. por Sendas, 2010). Após o trauma existem pequenas impressões sensoriais e afectivas (imagens, cheiros, sons, e percepções diversas) do trauma que, após algum tempo se vão transformando em memórias explícitas (Van der Kolk & Fisher, 1993).

A hiperactividade fisiológica parece ser uma condição para que ocorra a dissociação (Rauch et al. 1995 cit. por Van Der Kolk, Hart & Burbridge, 1995). A falta de integração faz com que a experiência seja “guardada” como elemento “somato-sensorial” do trauma (Van der Kolk & Fisher, in press, cit. por Van Der Kolk, Hart & Burbridge, 1995), que torna à consciência e reactiva padrões de resposta na forma de “sensações físicas, imagens, flashbacks e pesadelos, ruminções obsessivas e comportamentos associados ao trauma (Van Der Kolk, Hart & Burbridge, 1995; Van Der Kolk & Van Der Hart, 1991). Tanto nos animais como nos humanos, dois padrões de resposta têm sido descritos mediante a maior ou menor profundidade de uma ameaça, são eles a hiperactivação fisiológica e a dissociação (Perry et al., 1995; Perry, 1999, cit. por Perry, 2000), havendo uma interacção entre ambos. A resposta predominante aparenta ser “dissociação” em bebés e crianças pequenas e a “hiperactividade fisiológica” ao longo do desenvolvimento (Perry, 2000).

11. INTERVENÇÕES PRECOSES

Um determinado número de pessoas passíveis de desenvolver a PSPT pode vir a recuperar da sintomatologia apresentada com intervenções limitadas ou praticamente inexistentes. No entanto, sem um tratamento eficaz, muitas pessoas podem desenvolver problemas crónicos ao longo de muitos anos da sua vida. A gravidade da resposta inicial ao acontecimento traumático é um bom indicador da necessidade de intervenção precoce, sendo que um eventual tratamento não deve ser suspenso em tais circunstâncias (NICE, 2005). As intervenções psicológicas breves (por exemplo de 5 sessões) podem ser eficazes se forem iniciadas dentro do primeiro mês após o evento traumático. Além do primeiro mês, a duração do tratamento é semelhante à PSPT (NICE, 2005).

12. AS INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS

O local privilegiado para a aplicação imediata das intervenções Cognitivo-Comportamentais é o hospital, pois é aí que os sobreviventes dos traumas podem ser encontrados (Ruzek & Cordova; cit. por Ruzek, 2006). Todas as pessoas que sofrem de PSA ou PSPT deverão beneficiar de um tratamento psicológico focado no trauma (ex: Terapia cognitivo-comportamental ou Terapia de dessensibilização por Movimento Ocular - EMDR). Este tratamento poderá ser útil seja qual for o tempo desde a ocorrência do trauma (NICE, 2005).

Diversos Tratamentos psicológicos foram encontrados como sendo eficazes para a PSPT (Van Etten & Taylor, 1988; Bradley et al., 2005; Bisson et al 2007; ESTSS³, 2010). Os tratamentos psicológicos que se têm se mostrado mais eficazes no tratamento da PSPT são aqueles que incidem sobre a memória traumática, especialmente a memória “episódica” do acontecimento. A maioria das sustentações empíricas diz respeito às psicoterapias centradas no trauma como a terapia cognitivo-comportamental ou a terapia EMDR (ESTSS, 2010) . A literatura sobre os tratamentos para a PSPT refere-se sobretudo à perturbação na sua vertente crónica, isto é, cujos sintomas acontecem por um período superior a 3 meses. O tratamento pode incluir diferentes fases, como a preparação e estabilização para tratamento de trauma e melhoria do funcionamento emocional, comportamental e social (ESTSS, 2010).

A duração do Tratamento Psicológico varia, em geral, entre 8 a 12 sessões. Quando o acontecimento traumático é “explorado” durante a sessão de tratamento, sessões mais longas do que o habitual são geralmente necessárias (por exemplo de 90 minutos). O tratamento deve ser regular e contínuo (habitualmente pelo menos uma vez por semana) e deverá ser realizado pelo mesmo terapeuta (NICE, 2005).

Algumas terapias têm sido alvo de estudos no contexto da PSPT. Entre elas, a Exposição Prolongada (EP), o Treino de Inoculação ao Stresse (SIT), a Reestruturação Cognitiva (CR), a Terapia de Processamento Cognitivo (CPT) e a Dessensibilização por Movimento Ocular (EMDR) (Antony, Ledley & Heimberg, 2005).

³ ESTSS - European Society for Traumatic Stress Studies

Os tratamentos em estudo pela “Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological of Division 12 - Clinical Psychology of the American Psychological Association (APA)” são os seguintes⁴:

- Tratamento Cognitivo-Comportamental
- Treino de inoculação do Stresse
- Abordagem Psicodinâmica
- Tratamentos combinados
- Exposição Prolongada
- Terapia EMDR

(Chambless, 1998; cit. por Agostinho & Santos, 2009)

Segundo o “*Guidelines Treatment*” de 2009 da *International Society for Traumatic Stress Studies*, poderemos encontrar os seguintes formatos de tratamento cognitivo-comportamental no contexto da PSPT:

1- TRATAMENTO POR EXPOSIÇÃO: Consiste na confrontação com pensamentos e imagens (ou estímulos reais) relativos à ocorrência traumática, tanto na forma imaginada, como ao vivo (Shekhar, 2011). 2- DESSENSIBILIZAÇÃO SISTEMÁTICA: Consiste na associação progressiva entre a exposição a elementos ansiogénicos relativos à ocorrência traumática e o relaxamento respiratório e/ou muscular. 3- TREINO DE INOCULAÇÃO AO STRESSE: Consiste em aprender a manuseamento da ansiedade através de passos, tais como psicoeducação, treino de relaxamento, treino respiratório, *role playing*, modelamento e paragem do pensamento. 4- TREINO DE BIOFEEDBACK: Consiste na aprendizagem de relaxamento a partir dos valores obtidos por meios electrofisiológicos. 5- TERAPIA COGNITIVA: Consiste na re-interpretação da(s) ocorrência(s) traumática(s). 6- TERAPIA DO PROCESSAMENTO COGNITIVO: Consiste na exposição narrada e escrita da(s) ocorrência(s) traumática(s), e a sua repetição através

⁴ A ordem apresentada é aleatória

da leitura. 7- TERAPIA COMPORTAMENTAL DIALÉTICA: Consiste no treino das relações interpessoais e na auto-regulação do estado do humor. 8- TERAPIA DA ACEITAÇÃO E COMPROMETIMENTO: Consiste numa progressiva aceitação da(s) ocorrência(s) traumática(s), bem como num comprometimento em viver a vida mediante os seus valores pessoais. Todos estes formatos de tratamento estão empiricamente validados (Foa, Keane, Freidman, Cohen, 2009).

Foa & Jaycox (1999), referem seis mecanismos que aparentam ser relevantes na melhoria da sintomatologia pós-traumática:

1- Bloquear eventuais futuros “reforços negativos” de evitamento cognitivo ou através de outros pensamentos e emoções associados ao trauma.

2- Ajudar a pessoa a perceber que, embora seja incómodo e difícil, relembrar o trauma não é algo perigoso.

3- Promover a habituação às memórias traumáticas e a conseqüente diminuição da ansiedade. Correção de pensamentos disfuncionais segundo os quais a ansiedade não desaparecerá a não ser tentando “escapar”.

4- Ajudar a pessoa a diferenciar o acontecimento traumático de outros semelhantes, e assim perceber o trauma como um acontecimento específico mais do que a ideia geral de que “o mundo é um lugar perigoso” e o sentimento de incompetência e incapacidade associados.

5- Modificar a percepção sobre os sintomas, segundo a qual é uma evidência que no futuro será incompetente e incapaz de lidar com o problema, munindo a pessoa de indicações de mestria pessoal e coragem. Por outras palavras, as pessoas deverão aprender que os sintomas podem ser manuseados e tolerados, e que a sua presença não é sinónimo de loucura ou perda de controlo. Como resultado, as pessoas passam a considerar-se sobreviventes de um acontecimento traumático e não vítimas, implicando passar de uma atitude passiva a uma atitude activa para com o problema.

6- Ajudar a pessoa a avaliar correctamente aspectos pessoais de relação com o acontecimento traumático. Por exemplo uma pessoa sentir-se culpada por não ter sido

mais resistente numa situação de assalto, e vir a perceber que se tivesse resistido, poderia ter agravado a situação, tendo agido o melhor que pôde.

12.1. FORMATOS E TIPOS DE EXPOSIÇÃO

Podem mencionar-se a Dessensibilização Sistemática (Hierarquia de situações ansiogénicas que poderá ter início em ambos os sentidos da pirâmide); Exposição Directa (ao vivo); a Exposição Imaginada (a pessoa descreve o processo do trauma, por exemplo narrando a sucessão de acontecimentos num período de tempo de 45 a 60 minutos); a Exposição imaginada (guiada pelo terapeuta). Estes formatos incluem psicoeducação e relaxamento (Rothbaum, Meadows, Resik & Foy; cit. por Foa, Keane & Friedman, 2000).

13. EVIDÊNCIA EMPÍRICA SOBRE OS TRATAMENTOS PSICOLÓGICOS

Em termos de eficácia comprovada, a Terapia Cognitivo-Comportamental (dessensibilização sistemática, relaxamento, biofeedback, treino de processamento cognitivo, treino de inoculação de stresse, treino de assertividade, exposição, combinação de treino de inoculação de stresse e exposição, combinação de exposição, relaxamento e terapia cognitiva) e a terapia EMDR (Shapiro, 1989, 1995) são eficazes, sendo que as abordagens humanistas ou psicodinâmicas não apresentam dados que sustentem conclusões fidedignas (Iribarren, Prolo, Neagos, Chiapelli, 2005). Há no entanto registos de investigações que demonstraram resultados negativos destas últimas abordagens após follow up na década de 90 (Johnson et al., 1996).

Dados do The National Center for PTSD (2006) demonstram que houve um enorme apoio financeiro na investigação, por exemplo mais de 3 milhões de dólares para a divisão das ciências do comportamento, e 800 mil dólares para a divisão das neurociências. Relembramos que estas são apenas duas das diversas divisões de um

centro nacional para o estudo da PSPT, sendo que os fundos e financiamentos retratam o tipo de suporte que é possível garantir nas suas investigações. A evidência empírica sobre a utilização da exposição prolongada continuam a crescer a bom ritmo (Cigrang et al., 2005; Keen et al, 1989; cit. por Shnurr et al., 2007).

Dados do NICE, 2005, referem que os tratamentos farmacológicos não devem ser a primeira abordagem de recurso no contexto da DSPT , no que diz respeito ao tratamento focalizado no trauma. No contexto da Intervenção próxima do evento traumático, neste momento, não existem dados conclusivos que sustentem a utilização de qualquer fármaco como benéfico no tratamento de sintomas específicos.

Dados das linhas orientadoras de 2010 do Tennessee Department of Mental Health and Development Disabilities (TDMHHDD apontam a Exposição Prolongada e a Reestruturação Cognitiva como tratamentos eficazes e recomendados para os Veteranos de Guerra (Hamblen, Shurr, Rosemberg & Eftekhari; cit. por TDMHHDD, 2010).

Nos últimos 15 anos diversos estudos demonstraram que a terapia Cognitivo-Comportamental é eficaz na redução de sintomas de PSPT, colocando este modelo de tratamento no topo das terapias empiricamente válidas para a PSPT, considerando abordagens de tratamentos psicossociais contando com 72 revisões de intervenções psicológicas (Foa & Meadows, 1997; Foa & Rothbaum, 1998; Harvey, Bryant, & Tarrier, 2003).

Os programas Cognitivo-Comportamentais estudados incluem a exposição prolongada, o treino de inoculação de stresse, a terapia cognitiva, e a dessensibilização por movimento ocular. Há mais estudos a demonstrar a eficácia da exposição prolongada do que qualquer outro tratamento para a PSPT (Foa & Rothbaum, 1998; Rothbaum, Meadows, Resick, & Foy, 2000), sendo que se mostrou eficaz no tratamento de uma grande variedade de traumas. Quando directamente comparada, a exposição prolongada produz resultados igualmente satisfatórios ou melhores do que qualquer outras abordagem referida anteriormente nos programas Cognitivo-Comportamentais.

13.1. ESTUDOS QUE INCLUEM EXPOSIÇÃO

De todas as variações dos tratamento por exposição, a Exposição Prolongada (EP) demonstrou ser a mais eficaz. Tal como a exposição prolongada, outros formatos de tratamento por exposição incluem o confronto por imaginação com memórias traumáticas e a exposição “ao vivo”. É o caso dos estudos de Marks, Lovell, Noshirvani, Livanou, & Thrasher (1998). Contudo, alguns desses programas assentam somente na exposição imaginada da memória traumática (Bryant et al., 2003a; Cloitre, Koenen, Cohen, & Han, 2002; Tarrier et al., 1999). Mesmo nos programas que incluem ambas as formas de exposição (imaginada e ao vivo), existem diferenças específicas na aplicação das técnicas. Por exemplo, na exposição prolongada são utilizadas ambas as técnicas desde início do tratamento, por oposição a Marks, et al. (1998) que introduziram a exposição imaginada na primeira metade e a exposição ao vivo nas últimas sessões. Por fim, os programas de tratamento que recorrem à exposição diferem no sentido de outras componentes incluídas no programa de tratamento.

Por exemplo, Foa et. al. (1999), limitou a exposição prolongada à psicoeducação, ao treino do controlo da respiração, e à discussão da experiência de exposição chamada: “Processing”. Em comparação, Blanchard et al. (2003) combinou a exposição com psicoeducação, relaxamento muscular progressivo, monitorização de pensamentos, terapia cognitiva e estratégias de activação comportamental.

Variantes da exposição, quer por si, quer em combinação com outras abordagens resultantes das terapias cognitivo-comportamentais foram eficazes no tratamento de vítimas de violação (Foa et al., 1991, 1999, 2002a; Resick, Nishith, Weaver, Astin, & Feuer, 2002; Rothbaum, 2002) e agressão física (Foa et al., 1999, 2002a); violência doméstica (Kubany, Hill, & Owens, 2003; Kubany et al., 2004); crianças vítimas de abuso sexual (Cloitre et al., 2002; Echeburua, Corral, Zubizarreta, & Sarasua 1997; Foa et al., 2002a); sobreviventes de acidentes rodoviários, masculinos e femininos (Blanchard et al., 2003; Fecteau & Nicki, 1999); refugiados (Otto et al., 2003; Paunovik & Ost, 2001); amostras mistas de vítimas de traumas (Bryant et al., 2003a; Marks et al., 1998; Power et al., 2002; Tarrier et al., 1999; Taylor et al., 2003).

13.2. ESTUDOS SOBRE EXPOSIÇÃO PROLONGADA

Houve uma grande proliferação quanto ao uso de Exposição Prolongada após os atentados do 11 de Setembro de 2001, Guerras no Iraque e Afeganistão, Furacão Katrina, Terramoto no Haiti, sendo que a PSPT afecta 7,7 milhões de Americanos (Kessler, Chin, Dewler & Walter, 2005 cit. por Liu & Dililo, 2010). Actualmente testam-se técnicas para aumentar a eficiência da Exposição Prolongada. (Mc Lean & Foa, 2011). Anteriormente, a eficácia da exposição prolongada já foi estudada em seis ensaios clínicos separados. No primeiro destes, Foa et al. (1991) comparou vários grupos de sobreviventes de violação distribuídos por diferentes grupos de condições a) exposição prolongada b) lista de espera (controlo), c) aconselhamento e suporte e d) estratégias de manuseamento da ansiedade (Meichenbaum, 1977; Veronen & Kilpatrick, 1983). No final das nove sessões de tratamento, as mulheres que participaram nos grupos de exposição prolongada e manuseamento da ansiedade demonstraram melhorias significativas, contrariamente aos outros dois grupos (controlo e aconselhamento). Contudo, a exposição prolongada continuou a evidenciar melhorias no período de *follow up*, de tal maneira que se tornou superior aos outros grupos nos sintomas de PSPT, depressão e ansiedade.

Foa et al. (1999), estendeu a sua pesquisa examinando os efeitos da exposição prolongada, isolada; manuseamento da ansiedade, isolada; combinação da exposição prolongada com manuseamento da ansiedade e grupo de controlo. Os três grupos de tratamentos activos produziram melhorias significativas quando comparadas com o grupo de controlo. Contrariamente às expectativas, não se encontrou evidência de que a exposição prolongada combinada com manuseamento da ansiedade produzia maior eficácia. Por outro lado, este estudo não replicou a superioridade do manuseamento da ansiedade no final do tratamento encontrado noutros estudos anteriores. Ao invés, a exposição prolongada foi superior ao manuseamento da ansiedade nalgumas medições, se bem que noutras não tenham sido encontradas diferenças significativas.

Num terceiro estudo examinando a eficácia da exposição prolongada, Foa e colaboradores (2002a) compararam a exposição prolongada (EP) isolada com um

programa que incluía reestruturação cognitiva (RC) e um grupo de controlo. Os investigadores colocaram a hipótese de que a reestruturação cognitiva seria o ingrediente mais importante do tratamento (manuseamento da ansiedade) e que o enfoque nessa mesma competência e reduzindo a complexidade de tratamentos combinados poderia tornar o tratamento da PSPT mais eficaz. Os resultados indicam que a EP e a EP com RC são muito eficazes e igualmente eficazes na redução dos sintomas pós-traumáticos, depressão e ansiedade, comparados com o grupo de controlo. Tal como num estudo anterior, a exposição prolongada combinada com outra abordagens não se verificou superior à exposição prolongada isoladamente. Os ganhos obtidos graças ao tratamento foram mantidos ao longo do *follow-up*.

Resultados semelhantes foram apresentados por Paunovic & Ost (2001), que também comparam os mesmos tipos de tratamentos e encontraram resultados de eficácia para ambos, mas sem evidência de que a combinação potenciase os efeitos da exposição prolongada isoladamente.

Resick et al. (2002), compararam a exposição prolongada com a terapia por processamento cognitivo, um formato terapêutico especialmente desenvolvido para sobreviventes de violação (Resick & Scnicke, 1992) e um grupo de controlo. Adicionalmente à Terapia por Processamento Cognitivo (TPC), este programa incluía componentes de exposição de escrita e leitura repetida da narrativa do trauma. Resick et al. (2002) concluíram que ambos os formatos do tratamento são superiores ao grupo de controlo para os sintomas de PSPT e depressão, e que esses ganhos foram mantidos num *follow up* de 9 meses. Não se encontraram diferenças significativas entre os grupos nestas medições, mas a TPC demonstrou ligeira vantagem face à exposição prolongada na variável “culpa”.

Rothbaum (2002), comparou um grupo de sobreviventes de violação tratados com exposição prolongada, um grupo de controlo e um grupo tratado com a terapia EMDR. Os resultados indicam que ambos os grupos de tratamentos activos são superiores ao grupo de controlo para os sintomas de PSPT, depressão e ansiedade e que os tratamentos activos não apresentavam diferenças na fase pós-tratamento.

Contudo, o grupo de exposição prolongada foi superior ao grupo EMDR no follow up de seis meses em diversas medidas.

Na verdade, os estudos que comparam a eficácia dos diversos tratamentos empiricamente validados, indicam que são altamente eficazes no tratamento da PSPT, na ansiedade e na depressão (Zayfert & Becker, 2007; Richards & Lauterbach, 2007). Quando directamente comparados, a exposição prolongada foi superior ao relaxamento, manuseamento da ansiedade, à terapia cognitiva e à EMDR, apesar de como dissemos também se revelarem eficazes. Os tratamentos combinados envolvendo a exposição prolongada com outras variantes não se revelaram significativamente mais eficazes do que a exposição prolongada isoladamente (Riggs, Cahill & Foa, 2006). Segundo Dubosky (2008), há vantagem clara da Exposição Prolongada face à Reestruturação Cognitiva no tratamento da PSPT.

13.3. OUTROS ESTUDOS SOBRE O TRATAMENTO DA PSPT

Até à data de 2006, haviam sido realizado 17 estudos empíricos sobre a Terapia Cognitivo-Comportamental como tratamento da PSPT com adultos, demonstrando resultados promissores, mas obviamente requerendo muitas mais investigações (Foy & Larson, 2006). As abordagens farmacológicas têm a vantagem de acessibilidade, apesar da sua eficácia ser mais baixa. Contudo, presentemente, não existe nenhum estudo (devidamente delineado) que compare as duas abordagens nos seus ensaios clínicos (Stein et al, 2004). Relativamente às intervenções psicológicas próximas do evento traumático (PSA e fases iniciais da PSPT), isto é entre 1 a 6 meses seguinte ao incidente traumático, o tratamento psicológico Cognitivo-Comportamental, revelou-se eficaz (NICE, 2005) para a prevenção do desenvolvimento de uma PSPT crónica, quando comparada com o grupo de controlo e também para evitar recaídas no período de *follow up* entre 9 a 13 meses, sendo visível nas avaliações clínicas (ansiedade e qualidade de vida).

Uma meta-análise realizada pelo National Institute for Clinical Excellence (NICE) em 2005 conduziu às seguintes conclusões:

1- O Tratamento Cognitivo-Comportamental (cujos programas são compostos por uma ou mais das seguintes técnicas: Exposição, Terapia Cognitiva e Treino em manuseamento do stresse) mostrou benefícios clinicamente significativos, comparativamente ao grupo de controlo, no que diz respeito aos sintomas de PSPT. Existe evidência limitada de que este tratamento também se revela eficaz ao nível dos sintomas depressivos e ansiedade (16 ensaios clínicos com $n = 857$ sujeitos comparando o tratamento Cognitivo-Comportamental com o grupo de controlo).

2- A eficácia da Terapia EMDR também ficou demonstrada, apesar de inferior à Cognitivo-Comportamental (5 ensaios clínicos, $n= 169$).

3- O Treino de Inoculação de Stresse e relaxamento, demonstrou evidência de benefícios (embora com algumas limitações), quando comparados com grupos de controlo, mas não quando comparados com outras formas de tratamento, talvez devido a alguma sobreposição com o Cognitivo-Comportamental. Os ensaios clínicos que comparam Tratamento Cognitivo-Comportamental com EMDR e treino de relaxamento, favorecem claramente a primeira abordagem (Vaughan 1994; Carlson 1998; Marks 1998; cit. por Taylor, 2003).

4- Outros tipos de abordagens, não directivos como é o caso dos tratamentos psicodinâmicos cujo objecto de trabalho é outro, que não o “trauma” ou o suporte emocional, não demonstraram benefícios clinicamente significativos, tanto ao nível dos sintomas, como também nos níveis de depressão e ansiedade.

Podem ainda mencionar-se trinta e oito ensaios clínicos numa meta-análise de 2007 (Bisson, et al. cit. por ESTSS, 2010). Em estudo, a terapia Cognitivo-Comportamental focada no trauma, a terapia EMDR, o manuseamento do stresse, e grupo de controlo. Segundo estes estudos, não houve nenhuma diferença de eficácia entre a Terapia cognitivo-comportamental focada no trauma e a terapia EMDR, sendo que estas foram ambas superiores ao treino de manuseamento e gestão do stress. A principal conclusão desta meta-análise foi que a primeira linha de tratamento

psicológico para a PSPT deve ser centrada no trauma quer através do Tratamento Cognitivo-Comportamental quer pela terapia EMDR.

Um estudo de Seidler & Wagner (2006; cit. por ESTSS, 2010) sugere que no tratamento da PSPT, ambos os métodos de tratamento referidos anteriormente tendem a ser igualmente eficazes. Sugerem que pesquisas futuras não se devem restringir à busca de eficiência e eficácia, mas também tentar estabelecer quais os pacientes que são mais susceptíveis de beneficiar de um método ou do outro.

Segundo os dados obtidos pela TASK FORCE da APA (DeAngelis, 2008), o Tratamento de Exposição e o Treino de Inoculação de Stresse revelam ser abordagens eficazes e eficientes no tratamento da Perturbação de Stresse Pós-Traumático. O tratamento combinado (Tratamento Cognitivo-Comportamental + Inoculação de Stresse + Exposição) revela ser eficaz, contudo poderá ser menos eficientes dada a sua complexidade e maior dificuldade de implementação. A Terapia EMDR pode revelar-se uma abordagem útil, dada a sua eficácia e relativa facilidade de implementação. O Tratamento Cognitivo Comportamental é eficaz na prevenção do desencadeamento de uma Perturbação de Stresse Pós-Traumática crónica, e como tratamento de casos de Perturbação Aguda de Stresse. Em Outubro de 2007, um Instituto de Medicina, do qual desconhecemos o nome, concluiu que apenas os tratamentos psicológicos por exposição, e a Terapia por Processamento Cognitivo revelavam condições suficiente para serem recomendados como tratamentos psicológicos eficazes para a Perturbação de Stresse Pós-Traumático (DeAngelis, 2008). Para além de considerar uma lista de drogas que requerem uma investigação mais aprofundada, o painel de avaliação acrescentou que algumas “psicoterapias” também poderiam carecer de melhor avaliação no contexto da PSPT, tais como a Terapia EMDR, a Reestruturação Cognitiva o Treino em Competências de Coping e a Terapia de Grupo (DeAngelis, 2008).

14. RECOMENDAÇÕES DA “*GUIDELINES TREATMENT*” DE 2009 DA INTERNATIONAL SOCIETY FOR TRAUMATIC STRESS STUDIES BASEADAS EM EVIDÊNCIA EMPÍRICA

Os tratamentos Cognitivo-Comportamentais que envolvem exposição (imaginada e ao vivo), Terapia Cognitiva, Treino de Inoculação de Stress ou outras combinações que incorporem algum tipo de exposição com terapia cognitiva formal, são recomendados como tratamentos de primeira linha no tratamento da PSPT, devido à demonstração empírica de eficácia (Follete & Rusek, 2006). O treino de biofeedback e o treino de assertividade não podem ser recomendados como tratamentos de primeira linha, contudo, poderão ser úteis como intervenções auxiliares para problemas específicos em certas pessoas com PSPT. A terapia comportamental dialética poderá ser útil (anterior à exposição), nos casos em que a pessoa tenha dificuldade em lidar com uma aproximação por exposição aos conteúdos traumáticos. Ainda assim, não existe evidência empírica suficiente que sustente este tipo de intervenção.

A terapia da aceitação e comprometimento também não pode ser recomendada como tratamento de primeira linha, sendo que se sugere como auxiliar em algum tipo de pessoas com PSPT. O tratamento Cognitivo-Comportamental deve ser relativamente curto, 8 a 12 sessões entre 60 e 120 min, uma a duas vezes por semana. Na verdade, algumas pessoas podem responder bem num menor número de tratamentos, enquanto outras exigem mais sessões. É ponto assente que o tratamento não deve ser “avaliado” apenas pelo número de sessões, mas sim pela combinação entre o progresso da pessoa, e pelo estado dos seus sintomas. Dados recentes sugerem que tecnologias novas, como a “realidade virtual” podem ser uma mais-valia para as abordagens expositivas (Foa, Keane, Freidman, Cohen, 2009).

Embora seja abundante, a literatura vai demonstrando a eficácia das intervenções cognitivas no tratamento da PSPT, alguns autores referem que esses mesmos estudos não esclarecem o “funcionamento” nas teorias cognitivas e que os seus mecanismos devem ser explorados noutros estudos (Shiperd, Street & Resick, 2006). Há evidência de que as cognições têm um papel importante na manutenção da

cronicidade da PSPT, muitas vezes, culpa e vergonha. Estas, associam-se à comorbidade da Depressão e têm fraca sustentabilidade racional. Assim, a terapia cognitiva focada na culpa revela aspectos promissores (Kubany e Malston, 2006). Por exemplo, no caso da PSPT com presença de “luto”, deverão ser focadas as experiências cognitivas sobre a morte. Um ampliação de competências de *coping* associadas a uma forte estimulação para a realização de actividades e objectivos pessoais são recomendadas (Shear & Frank, 2006).

15. BREVE REFERÊNCIA A OUTRAS ABORDAGENS

O “tratamento dialético comportamental” serve para estabilizar o paciente antes da exposição, sendo também usada na Desordem Estado-limite de personalidade, frequentemente também com historial de trauma. É um tratamento com várias etapas que inclui o controlo do comportamento, controlo das reacções emocionais, respeito pessoal e resolução de problemas, bem como aplicação da alegria, liberdade e realização pessoal (Wagner & Linham, 2006). A Terapia da aceitação e comprometimento tem como objectivo reduzir o evitamento e encorajar o progresso comportamental, tendo como base os valores da pessoa. Partindo da construção de uma história positiva, incluem-se os momentos bons e maus, havendo uma aceitação dos acontecimentos redireccionados com um fim. “Viver com uma história, e não viver condizido pela história” (Walser & Hayer, 2006). Este formato de tratamento poderá revelar-se interessante, tendo por base a aceitação do acontecimento enquanto vivência pessoal, e como já foi referido, facilitando a preparação para o tratamento de exposição.

16. A EXPOSIÇÃO

16.1. ESTUDOS COMPARATIVOS ENVOLVENDO VARIAÇÕES DA EXPOSIÇÃO

Taylor et al. (2003), recorreram a uma versão de exposição de oito sessões (variantes de Marks et al., 1998), sendo as quatro primeiras sessões de exposição imaginada e as quatro seguintes exposição ao vivo, comparados com terapia EMDR e um grupo de relaxamento. Os três grupos revelaram melhorias significativas na redução de sintomas de PSPT no final do tratamento, embora havendo uma diferença significativa entre o grupo de exposição com o grupo de relaxamento.

Power et al. (2002), recorreram ao mesmo formato de tratamento, adicionando-lhe reestruturação cognitiva para 10 sessões. Ambos os grupos em tratamento activo reduziram a sintomatologia de PSPT, ansiedade, depressão e funcionamento global, sendo ambos superiores ao grupo de controlo que sofreu fracas alterações. Obtiveram-se algumas diferenças entre os dois grupos activos de tratamento, sendo que a terapia EMDR, mesmo envolvendo um menor número de sessões, alcançou uma maior redução da sintomatologia depressiva.

Devilley & Spence (1999), compararam nove sessões de intervenção cognitivo-comportamental (envolvendo manuseamento da ansiedade, exposição prolongada, e terapia cognitiva) com a terapia EMDR. Ambos os tratamentos se revelaram eficazes no período pós-tratamento, contudo, a terapia cognitivo-comportamental revelou-se mais forte no *follow-up* de três meses.

Lee, Gavriel, Drummond, Richards & Greenwald (2002), compararam a combinação entre a exposição imaginada ao vivo, mais SIT, com a terapia EMDR. Todos os participantes cumpriram um período de 6 semanas de espera antes da fase activa de tratamento. O período de espera revelou poucas alterações nos sintomas de PSPT, a que se lhe seguiram reduções significativas após a conclusão de cada uma dos tratamentos. Não foram identificadas diferenças entre os grupos no pós-tratamento. Todavia, houve uma ligeira vantagem para a terapia EMDR no período de *follow-up* comparadas com a “não vantagem” da inclusão da SIT na terapia por exposição.

Um outro estudo de Echeburura et al. (1997), procurou comparar diferentes grupos de sobreviventes a partir de seis sessões de exposição gradual e reestruturação cognitiva, com um grupo de relaxamento progressivo de Bernstein & Borkovec (1973). Apesar de melhorias significativas em ambos os grupos para as medidas de PSPT, medo, depressão, essas melhorias foram superiores no grupo de exposição, que se mantiveram nos períodos de 3, 6 e 12 meses de follow-up.

Tarrier et al. (1999), estudaram e compararam a exposição (somente com exposição imaginada) com a terapia cognitiva para um período de 4 semanas de tratamento. Ambos os grupos demonstraram melhorias significativas para a sintomatologia de PSPT, depressão e ansiedade do período pré-tratamento ao período pós-tratamento, melhorias que se mantiveram no período de follow up. Não houve diferenças entre os grupos em qualquer momento.

Bryant, Moulds, Guthrie, Dang & Nixon (2003b), compararam oito sessões de exposição imaginada, quer isoladamente, quer combinadas com a reestruturação cognitiva, ou com aconselhamento. Ambos os formatos de tratamento, que incluíam exposição, se traduziram superiores ao aconselhamento em qualquer momento da investigação para as medidas de PSPT, ansiedade, depressão e pensamentos associados ao trauma. Ligeiramente superiores foram os resultados obtidos no grupo de exposição mais reestruturação cognitiva quando comparada com a exposição isoladamente, relativamente às medidas de PSPT, quanto aos sintomas no pós-tratamento e *follow up*, e quanto às cognições apenas após o *follow up*.

Cloitre et al. (2002), estudaram a eficácia de um tratamento que, sequencialmente, combinava o treino em competências de regulação interpessoal (STAIR) seguido de exposição imaginada para o tratamento da PSPT. A amostra era constituída por grupos de mulheres que haviam sido abusadas quando crianças. Comparativamente ao grupo de controlo, o tratamento combinado foi altamente eficaz na redução de sintomatologia de PSPT, depressão e ansiedade, melhorando ainda o relacionamento interpessoal. Estes autores lançaram a hipótese de que o treino (STAIR) facilitaria a capacidade em participar e beneficiar das componentes do tratamento da exposição.

Fecteau & Nicki (1999), estudaram 4 sessões de terapia Cognitivo-Comportamental que incluíam: psicoeducação, treino respiratório, exposição imaginada e ao vivo e reestruturação cognitiva para pessoas que haviam sofrido acidentes rodoviários. Comparativamente ao grupo de controlo, este breve programa resultou em reduções significativas nos sintomas de PSPT, ansiedade, depressão e reactividade cardíaca face a imagens dos seus acidentes.

Blanchard et al. (2003), avaliaram um programa combinando a exposição ao vivo e imaginada comparada com um grupo de terapia de suporte e um grupo de controlo incluindo como sujeitos pessoas com trauma (associado a acidentes rodoviários). No pós-tratamento o grupo de exposição foi superior ao grupo de terapia de suporte e ao grupo de espera para as medidas de PSPT, depressão e ansiedade. No *follow-up* a 3 meses, essas diferenças mantiveram-se.

Kubany e colaboradores (2003, 2004), recorreram à terapia cognitiva focada na culpa em combinação com exposição, para casos de violência doméstica. Este formato revelou-se de elevada eficácia na redução de sintomas de PSPT, depressão, culpa, e melhorando a auto-estima (Kubany et al., 2004).

Um estudo que comparou a Exposição Prolongada e a Exposição Prolongada com Reestruturação Cognitiva focada no presente, não encontrou diferenças significativas entre os grupos, havendo uma melhoria comparativamente ao grupo de controlo em ambos (Foa et. al. 2005 cit. por Resick, Monson & Risvi, 2008).

16.2. LIMITAÇÕES E DIFICULDADES DA IMPLEMENTAÇÃO DA EXPOSIÇÃO

A relutância da generalidade das pessoas face ao confronto com as memórias traumáticas e à intolerância aos níveis elevados de ansiedade e aumento dos sintomas que acompanham a exposição parecem ser os principais obstáculos de um tratamento por exposição. Nem todas as pessoas são candidatas ao tratamento por exposição. Existe evidência de que as pessoas cuja primeira emoção seja a “culpa” ou a “revolta” não beneficiam do mesmo modo da exposição como aqueles que sofrem por exemplo

de ansiedade. (Rothbaum, Meadows, Resik & Foy; cit. por Foa, Keane & Friedman, 2000; American Psychiatric Association, 2009).

17. DESCRIÇÃO DO MODELO DE TRATAMENTO “EXPOSIÇÃO PROLONGADA”

A Exposição é a abordagem comportamental de primeira utilização no tratamento de pessoas com problemas resultantes de um ou vários traumas (Mc Lean & Foa, 2011; Foa & Rothbaum, cit. por Kohlenberg, Tsai & Kohenberg, 2006; Keane et al., 1989). As barreiras à disseminação da Exposição prolongada impedem que as pessoas tenham acesso ao tratamento (Mc Lean & Foa, 2011). A Exposição Prolongada é descrita em detalhes em Foa & Rothbaum (1998), de modo que iremos fazer uma descrição sumária do seu protocolo. A Exposição Prolongada está concebida para um formato de tratamento individual, composto habitualmente por 9 a 12 sessões, cada uma das quais com uma duração de cerca de 90 minutos. O tratamento incorpora quatro fases principais:

- 1- Psicoeducação sobre trauma, e reacções ao trauma
- 2- Treino respiratório
- 3- Exposição ao vivo (relacionada com aspectos evitados)
- 4- Exposição imaginada (que consiste em repetidamente narrar o acontecimento traumático)

No fim de cada sessão de exposição imaginada, o paciente e o terapeuta fazem um balanço dos pensamentos e sentimentos que surgiram durante todo o processo de exposição. Para além disto, o paciente é convidado a monitorizar o seu estado emocional em casa e a realizar exercícios de exposição ao vivo, bem como a realizar uma audição das gravações feitas em consulta sobre o material sobre o qual inicie o exercício de exposição. A sessão que dá início ao protocolo terapêutico é dedicada à apresentação das suas bases, sendo também, desde logo, apresentado um modelo que

sustenta a manutenção da sintomatologia pós-traumática (Foa & Riggs, 1993; Rothbaum, 1998; cit. por Riggs, Cahill & Foa, 2006).

A recolha de informações sobre a experiência traumática é feita com base numa entrevista, na qual são explorados os detalhes da(s) ocorrência(s).

Tal como nas consultas seguintes do protocolo, também no final da primeira definem-se as tarefas a realizar em casa. Neste caso, o paciente é instruído a praticar o relaxamento respiratório (10 minutos, três vezes ao dia e ler as informações sobre o racional do tratamento⁵).

Na segunda sessão, são essencialmente abordadas duas componentes do tratamento. Por um lado as questões em torno das reacções comuns ao trauma, e por outro lado, uma primeira apresentação da exposição ao vivo, e da sua importância nesta fase. É então realizada uma hierarquia que contém os elementos ansiogénicos do paciente, sendo este encorajado a expor-se de um modo vivido, mas sempre de maneira gradual.

As tarefas de casa nesta segunda sessão consistem na leitura da informação sobre as reacções comuns ao trauma, ouvir a gravação da sessão (quando possível), continuar com os exercícios respiratórios e realizar um ou mais exercícios de exposição ao vivo, partindo do início da hierarquia estabelecida. De um modo geral, a exposição nesta sessão envolve o enfrentamento de situações ou objectos causadores de ansiedade, mas não devem sobrecarregar o paciente, isto é, ultrapassar itens moderadamente ansiogénicos para o mesmo. O psicólogo deverá instruir o paciente neste processo.

A terceira sessão de tratamento inclui a apresentação da exposição imaginada, na qual é pedido ao paciente que, após fechar os olhos se situe na memória traumática (apenas uma, se se tratar de várias) e que comece a descrever os acontecimentos no “presente” como se estivesse a acontecer nesse preciso momento. Este processo deverá acontecer por 45 minutos (Bryant, 2006). Se o paciente terminar a sua descrição promenorizada antes do tempo, que é o mais comum, deverá voltar ao início

⁵ Este material é fornecido ao paciente

da narração do acontecimento. Após este processo, a que se dá o nome de processamento emocional, o psicólogo deverá conduzir o paciente numa exploração dos seus pensamentos e emoções sobre o processo de exposição. Nesta altura deve tentar-se acalmar a ansiedade e emoções resultantes do processo de exposição. Em casa o paciente deverá continuar com a exposição ao vivo mediante a hierarquia, ouvir a gravação da sessão imaginando o trauma tão vividamente quanto possível e continuar com os exercícios respiratórios.

Com excepção da última sessão, todas as outras têm um formato semelhante à sessão descrita anteriormente. Em primeiro lugar efectua-se uma análise dos trabalhos de casa, seguidos de um exercício de exposição prolongada de 30 a 45 minutos. Após esta repetição é feito um processamento emocional das reacções e pensamentos ocorridos, e novamente instruções para os trabalhos a efectuar em casa.

A partir da 6ª ou 7ª sessão os pacientes são convidados a concentrar o exercício de exposição nos momentos mais angustiantes ou mais ansiogénicos do seu trauma. Estes, são chamados “pontos quentes” e são aqueles que, por norma, mais complicações acarretam no processamento emocional. A exposição deverá repetir-se durante 30 a 45 minutos e o paciente deve ser conduzido a sentir e detalhar o acontecimento no modo mais pormenorizado possível.

O formato da última sessão é semelhante ao das sessões anteriores, com excepção no exercício de exposição que é ligeiramente mais curto (20 a 30 minutos), sendo também focada nesta sessão a questão da evolução do paciente, tanto ao nível emocional, como na superação de aspectos da hierarquia vivida e outros aspectos da sua vida pessoal. Poderá ser analisada a posição “actual” na hierarquia dos elementos ansiogénicos.

Deverão ser dadas instruções sobre o modo de agir em situações que promovam a ansiedade, o stresse, bem como sobre técnicas e comportamentos específicos para lhes fazer frente.

(Retirado de: Riggs, Cahill & Foa, 2006)

18. TRATAMENTOS FARMACOLÓGICOS

Segundo as “*Guidelines Treatments*” de 2009 da International Society for Traumatic Stress Studies, e apesar de alguns fármacos serem qualificados de “A”, a sua eficácia global, não é tão grande como aquela atingida a partir das abordagens psicológicas empiricamente sustentadas. Para além disso, a descontinuidade da medicação é frequentemente seguida por recaída. Um outro aspecto importante é que muitos fármacos têm efeitos secundários indesejáveis. Ainda assim, em muitos casos, esta abordagem acaba por ser a opção possível, quer por desconhecimento, quer por crenças e expectativas por parte da pessoa (Foa, Keane, Freidman, Cohen, 2009).

A base de evidências para o tratamento da PSPT a partir dos psicofármacos é muito limitada (Hertzman & Adler, 2010). Existem evidências de benefícios clinicamente significativos para a amitriptilina, a mirtazapina e a fenelzina. Para a paroxetina existiram benefícios estatísticos, mas não clínicos. No entanto, esta droga também tem sido incluído na lista de medicamentos recomendados. Este é o único medicamento na lista de recomendações no produto do Reino Unido com licença para a PSPT (NICE, 2005). Existe também a forte evidência de que os antipsicóticos atípicos são eficazes e que as benzodiazepinas não resultam (Foa, Keane, Freidman, Cohen, 2009).

A última década tem-se demonstrado particularmente vantajosa no sentido de apurar quais as técnicas que mais garantiam apresentam no tratamento da PSPT. Contudo, como a literatura evidencia, há uma elevada comorbidade entre a PSPT com outras desordens, sendo que em muitas investigações empíricas se parte do pressuposto de que devem ser testadas abordagens terapêuticas de um modo isolado, e que a medicação deve ser excluída a fim de se poder testar esta ou aquela intervenção psicológica.

19. OUTRAS ABORDAGENS TERAPÊUTICAS

Muitos dos estudos realizados a fim de comparar a eficácia e eficiência dos tratamentos revelam “empates técnicos” nos seus resultados (Monson, & Friedman, 2006), sendo por vezes difícil justificar de um modo sustentado os resultados obtidos com as desordens comorbitantes. Apela-se assim a uma abertura científica para eventuais estudos que possam incluir várias vertentes terapêuticas, com diversos propósitos terapêuticos (Foa, Rothbaum & Furr, 2003; cit. por Monson & Friedman, 2006). Existe contudo quem defenda que os tratamentos para a PSPT, por si só, podem revelar-se primeiramente eficazes na PSPT, bem como nas desordens comorbitantes (Cahill, Rauch, Hembree, & Foa, 2003; cit. por Monson & Friedman, 2006).

Barlow et al., (2004) propuseram recentemente uma terapia de “largo espectro” para a generalidade dos transtornos emocionais, justamente partindo do pressuposto de que existe um “fundo” comum a todas elas. Também num outro estudo foram recolhidos dados que suportam a existência de eficácia terapêutica para um tratamento utilizado num grupo de participantes com diferentes diagnósticos, todos eles incluídos nas desordens de ansiedade (Norton & Hope, 2005).

A análise funcional do comportamento, isto é, a consideração do comportamento como algo descritível e aplicável a uma série de condicionantes e contextos, poderá representar uma nova dinâmica de estudo na intervenção (Follete & Naugle, 2006), dado que, como sabemos, as pessoas podem trazer consigo uma série de emoções divergentes da perturbação em causa, ou também associar acontecimentos novos à evolução do tratamento. A relação entre todas as variáveis é no entanto difícil de objectivar, ainda que, o terapeuta deva realizar esforços no sentido de conseguir avaliar e distinguir tais respostas emocionais e enquadrá-las no seu domínio.

CAPÍTULO 2 - HIPNOSE CLÍNICA

1. HISTÓRIA DA HIPNOSE

1.1 DEMOLOGIA NA GÉNESE DA HIPNOSE

O ser humano, bem como as suas práticas e hábitos, é indissociável da condição histórica, social e cultural em que se insere, estando as suas crenças fortemente ligadas a estes aspectos. A história da Hipnose é em si mesma repleta de variações e oscilações de natureza cultural e, posteriormente, científica. Práticas realizadas nos templos dedicados a Asclépio (o deus grego da medicina) em VI a.C. são descritas em documentos históricos como incluindo fenómenos que, nos nossos dias, seriam denominados de hipnóticos (Alexander & Selesnick, 1966; Gravitz, 1991; Hawkins & Nestoros, 1997; cit. por Melikan & Carvalho, 2009).

No período do Renascimento, muitas pessoas eram diagnosticadas como tendo “histeria”, acreditando-se que estariam possuídas pelo Demónio. A associação de uma forma “sobrenatural” a sintomas de histeria levantou um problema que consistia na identificação e distinção “correcta” nos diagnósticos diferenciais para a “Histeria” Vs “Posse Demoníaca”. Assim, numa primeira abordagem, os médicos acreditavam que se o tratamento médico não resultasse, então o caso deveria ser remetido para um “médico da alma” (Lynn & Kirsch, 2006). Alguns autores referem existirem algumas semelhanças entre o exorcismo efectuado por Gassner no sec. XVIII e a prática da hipnose do nossos dias (Ellenberger, 1970; cit. por Lynn & Kirsch, 2006). Assim, na idade média, aquilo que não fosse entendido pela ciência pertencia ao isoterismo ou ao domínio da fé. Os rituais de exorcismo levados a cabo por Johann Joseph Gassner (1727-1779) são relevantes dado que os praticava, incluindo a si mesmo para as suas dores de cabeça e vertigens (Middlefort, 2005).

1.2. DE MESMER À HIPNOSE CIENTÍFICA

Franz Anton Mesmer (1734-1815), um médico austríaco foi contemporâneo do fenómeno descrito anteriormente, destacando-se pela criação da noção de “magnetismo animal” (Melikan & Carvalho, 2009). Pouco entusiasmado com as técnicas de medicina que exercia, Mesmer introduziu um novo tratamento que englobava maior “intimidade, comunicação e contacto”: O magnetismo animal (Kaufmann, 1980).

Baseando-se em Paracelso, que falava da existência de uma fluído universal na base da força da gravidade, do magnetismo, da electricidade, e que este influenciaria também o estado de saúde, Mesmer transpôs alguns destes princípios para a prática da Medicina. Assim, uma pessoa doente teria perdido o seu magnetismo, e só depois de o recuperar poderia melhorar. Uma descrição muito simples do seu método consistia num conjunto de “passes” com recurso a uma vara metálica em redor da pessoa doente, induzindo-a a ter convulsões e posteriormente a um estado de transe. Deste modo, a pessoa voltaria a estar magnetizada e conseqüentemente curada. Este método, tornado público, tornou-se popular na alta sociedade (Arias, 2003).

Segundo Mesmer, os desequilíbrios do fluido magnético do corpo estariam na base do aparecimento de doenças, e o restabelecimento do “equilíbrio” magnético devolveria a saúde. A este processo de restabelecimento de “fluido magnético” foi dado o nome de “mesmerismo” (Lynn & Kirsch, 2006). Para tal, Mesmer tocava ao de leve com as suas mãos (ou mesmo sem chegar a fazer contacto físico) nas zonas afectadas, a fim de facilitar a circulação do fluido ao longo do corpo (esses movimentos com as mãos eram denominados “passes magnéticos”). Os procedimentos provocavam frequentemente um estado transitório de crise (com convulsões) considerado crucial para o sucesso terapêutico (Melikan & Carvalho, 2009).

Mesmer ganhou uma enorme popularidade e sucesso e acabou por ter problemas com a comunidade médica austríaca, vindo mudar-se para Paris onde abriu uma clínica. O seu sucesso foi igualmente muito grande, e para quem não podia pagar

os seus altos honorários magnetizou uma árvore a fim de lhes permitir o acesso a tratamento. Em França teve um grande impacto e aceitação, tendo ao longo do tempo ocorrido algumas mudanças, isto é, como substituição da vara metálica, Mesmer recorria apenas às suas mãos. Tais feitos levaram à criação de uma investigação a fim de avaliar a credibilidade dos procedimentos de Mesmer (Arias, 2003).

Este fenómeno ganhou uma tal dimensão que, em 1784, o Rei Luís XIV criou duas comissões reais para que fossem estudadas tais práticas (Lynn & Lilienfeld, 2002; Nash, 2002; cit. por Lynn & Kirsch, 2006). Uma das comissões, conhecida como a “Comissão de Franklin” era composta por Benjamin Franklin, Antoine-Laurent de Lavoisier e Joseph-Ignace Guillotin e desenvolveu uma série de experiências com uma “árvore magnetizada” ou com a “magnetização à distância” concluindo-se que os efeitos do mesmerismo seriam unicamente devidos à imaginação e crenças das pessoas tratadas (Arias, 2003). Esta foi a primeira prova da existência de uma variável psicológica muito estudada, as expectativas. Estas conclusões estiveram na base do descrédito do mesmerismo. Em consequência, Mesmer foi desacreditado pela comunidade científica, tendo-se retirado (Ellenberg, 1970; Forrest, 1999; Gauld, 1992; cit. por Melikan & Carvalho, 2009).

Houve no entanto uma figura de destaque, o Marquês de Puységur (1751-1825), discípulo de Mesmer, proveniente de uma família da nobreza francesa. Puysegúr praticava o magnetismo com o seus camponeses, sendo que estes acreditavam que a grande árvore que existia naquele local teria propriedades curativas. Puysegúr observou que aquela árvore colocava as pessoas que a procuravam num estado de “sonolência”. Curiosamente, um dos seus camponeses, Victor Race foi tratado de forma individual por sofrer de dores pulmonares que se agravaram deixando-o acamado. Quando “magnetizado”, Race entrava numa espécie de sonolência que lhe provocava descanso e ausência de dor, provocando também algumas alterações na sua personalidade. No final Race não se recordava do que se havia passado. Deste modo, Puysegúr confirmou algumas suspeitas que indicavam que o “magnetismo” poderia ter efeito amnésicos, e que não era necessário ter convulsões para realizar o

tratamento passando a denominar este fenômeno como sonambulismo magnético (Laurence & Perry, 1988).

O Abade Faria (1756-1819), destacou-se também na história da hipnose. Começando por estudar o magnetismo animal, iniciou também as suas demonstrações públicas, embora limitado pelas suas dificuldades com a língua francesa. O Abade Faria considerou a importância das sugestões, tanto durante o sono lúcido como fora dele, sendo que realçou o valor das crenças e expectativas sobre o magnetismo para que este pudesse ter efeito. Segundo ele, aquilo que era chamado de magnetismo seria na verdade a capacidade de promover a concentração através do poder da sugestão. Vinte e cinco por cento das suas cinco mil sugestões realizadas tiveram um fenômeno significativo (hipnose) (Edmonston, 1986).

Alexandre Beltrand (1795-1831), Joseph Deleluze (1753-1835) e Hénin de Cuvillers (1755-1841), deram também uma visão psicológica ao magnetismo, com destaque para Beltrand que atribuiu as causas do sonambulismo à imaginação e como resposta às sugestões. Cuvillers por seu turno descrevia o mesmerismo como o resultado da combinação entre sugestões e crenças. As investigações em torno do magnetismo permitiram que fosse incorporado na da medicina oficial. Três médicos de origem britânica Jonh Elliotson (1791-1868), James Esdaile (1808-1859) e James Braid (1795-1860) viveram na mesma época, embora não se tivessem conhecido e realizaram avanços importantes no campo da anestesia em cirurgia (Hughes, 2008).

O médico escocês James Braid “ressuscitou” a hipnose que havia sofrido uma série de ameaças do mundo científico, rejeitando numa primeira fase a teoria de Mesmer, mas substituindo-a, na sua explicação por um fenômeno denominado “neurohypnosis” que se transformou mais tarde em “hipnose” apenas (Lynn & Kirsch, 2006). Foram portanto as ideias de James Braid e esta nova noção de “relação entre o pensamento, sugestões e ocorrências ao nível motor” que influenciaram posteriormente o neurologista francês Jean Martin Charcot. Charcot defendia uma linha teórica que explicava a hipnose em termos fisio-patológicos, conhecida como a Escola de Salpêtrière (Melikan & Carvalho, 2009). Assim, a hipnose seria uma “forma”

de provocar fenómenos histéricos. Alguns reconhecidos seguidores da Escola de Salpêtrière foram Babinski, Janet e Freud (Ellenberger, 1970).

1.3. PRIMEIROS DEBATES HISTÓRICOS SOBRE HIPNOSE

Contrariamente à noção de Hipnose apresentada pela Escola de Salpêtrière, a Escola de Nancy cujos fundadores foram Auguste Liebeault (1823-1904) e Hippolyte Bernheim (1840-1919) rejeitou por completo a ideia de Hipnose como resultado de condições fisio-patológicas. Segundo a Escola de Nancy, os fenómenos hipnóticos não seriam o resultado de histeria ou uma outra patologia, mas sim possíveis de realizar e concretizar com pessoas ditas “normais”. A partir das definições provenientes da escola de Nancy, a hipnose e os fenómenos hipnóticos podiam ser explicados como resultando da sugestão (Forrest, 1999; Gaul, 1992; cit. por Melikan & Carvalho, 2009). Estes dados permitiram caminhar em direcção à “terapia sugestiva” ou expor-se a utilidade clínica da “sugestão”. Alguns trabalhos realizados na área da sugestão foram os de Binet (1900), Eysenck y Furneaux (1945), Benton y Bandura (1953), Stukat (1958) Ghreorghiu (1988), (Pintar & Lynn, 2008).

Ainda no século XIX, os trabalhos investigacionais no campo da hipnose que se seguriam foram sobretudo nas áreas da dissociação e estudo da personalidade múltipla através de James (1842-1910) nos EUA, Gurney (1847-1888) e Myers (1843-1902) na Inglaterra, Binet (1857-1911) em França e Dessoir (1867-1947) na Alemanha, bem como no estudo dos processos de comportamento voluntários e involuntários através de Jastrow (1863-1944) e sobre sugestibilidade, Hull (1884-1952) (Pintar & Lynn, 2008).

2. A HIPNOSE NO SÉCULO XX

O início o século não foi favorável à expansão da hipnose enquanto instrumento terapêutico, sobretudo devido à evolução de outras técnicas de cariz terapêutico como a psicanálise, a psicologia analítica e a psicologia individual (Melikan & Carvalho, 2009). Autores como Freud chegaram mesmo a rejeitar o seu uso (Lynn & Kirsch, 2006).

Contudo, dois autores distinguiram-se por continuar a prática de estudos experimentais em torno da Hipnose. Foram eles Clark Hull e P.C. Young, permitindo que esta continuasse a sua ascensão no mundo científico (Lynn & Kirsch, 2006). Assim, embora com uma perspectiva divergente, um dos seguidores de Clark Hull com o nome de Milton H. Erickson, tornou-se um dos mais influentes e inovadores praticantes da Hipnose em contexto clínico, ainda que diversas assunções anunciadas pelo autor fossem desconfirmadas pelos dados investigacionais (Green et al. 1990; Orne, 1959; Young & Cooper, 1972; cit. por Lynn & Kirsch, 2006). Erickson trouxe inovações técnicas como “reframing” e “intervenções paradoxais” caracterizando-se como um dos verdadeiros pioneiros pelo fascínio pela Hipnose enquanto metodologia com fins terapêuticos, servindo de base para um grande número de pesquisas que se lhe seguiram (Lynn & Kirsch, 2006). Já Emile Coué (1857-1926) destacou-se por procurar atingir a cura pelo “optimismo”, sobretudo através da “auto-sugestão”. Segundo este princípio, a auto-repetição de sugestões (palavras ou imagens) pode produzir efeitos de condicionamento internos que potenciam a obtenção de resultados (Hughes, 2008).

Com a evolução da investigação, a hipnose passou então a ser considerada sob três perspectivas diferentes, a perspectiva Tradicional, a Ericksoniana e a Cognitivo-Comportamental. A procura de uma resposta à verdadeira natureza e explicação do fenómeno hipnótico evidenciou diversas teorias que podemos agrupar em teorias Dissociativas, Interaccionistas e Cognitivas, que serão abordadas no capítulo seguinte.

3. HIPNOSE CONTEMPORÂNEA – PRINCIPAIS MODELOS E TEORIAS

3.1. DEFINIÇÃO DOS FENÓMENOS HIPNÓTICOS

Apesar de ter vindo a ser descrito há já alguns séculos, só por volta do século XIX começaram a emergir os primeiros indícios do desenvolvimento da Hipnose Clínica e Experimental (Ellenberger, 1970 Cardeña, Maldonado, Van der Hart, Spiegel, cit. por Foa, Keane & Friedman, 2000). No contexto específico da PSPT, a Hipnose serviria para inverter alguns dos sintomas mais comuns sobretudo associados aos traumas pós-guerra. As induções hipnóticas envolvem um tipo de comunicação que de algum modo permitam que a pessoa se concentre nas experiências e comportamentos propostos pelo terapeuta (Yager, 2009). O “fenómeno hipnótico” diz respeito a alterações comportamentais, cognitivas e perceptivas que ocorrem após uma indução hipnótica entre os quais, segundo pessoas “hipnotizadas” se destaca: a) Predisposição para a sugestionabilidade b) Diminuição da consciência, associada à absorção das experiências sugeridas c) Experiências pouco comuns tais como alterações na percepção do tempo, alterações na imagem corporal, e experiências dissociativas nas quais as pessoas se sentem a “despegar-se” do meio envolvente (Yager, 2009). Por seu lado o “fenómeno quase-hipnótico” é relativo às alterações do tipo hipnótico que ocorrem espontaneamente fora do contexto de uma indução hipnótica. Estes fenómenos podem ocorrer em diferentes contextos da vida. Alterações perceptivas, elevada sugestionabilidade, atenção contínua num estímulo são exemplos deste tipo de fenómeno, que curiosamente é semelhante a alguns tipos de reacções pós-trauma descritos sobretudo no caso de pessoas com elevada sugestionabilidade (Yager, 2009).

3.1.1. PROFUNDIDADE HIPNÓTICA E AUTOMATISMOS

Segundo Bargh (1994, cit. por Kirsch & Lynn, 1999), existem quatro critérios convencionais para a “definição” de automatismos cognitivos e comportamentais:

- a) Não é consciente
- b) Não é controlado (não pode ser previsto ou parado)
- c) Não é intencional (o esforço volitivo não é necessário para o seu início)
- d) É eficiente (não “envolve” os recursos e mecanismos da atenção).

Um elevado número de teóricos têm suportado a ideia de que os comportamentos intencionais podem ser controlados de um modo “automático” (Bargh, 1994; Bargh & Gollwitzer, 1994; Noman & Shallice, 1986; cit. por Kirsch & Lynn, 1999).

3.1.2. SUSCEPTIBILIDADE HIPNÓTICA

Estudos de Hilgard (1965, cit. por Foa, Keane & Friedman, 2000) referem que 25% da população é muito hipnotizável; 50% moderadamente hipnotizável e 25% tem uma baixa sugestionabilidade. Estes dados são discutíveis, sobretudo se tivermos em conta que a sugestionabilidade é treinável, tal como qualquer outra variável psicológica. Contudo, alguns investigadores acreditam que a idade pode influenciar os índices de sugestionabilidade, sobretudo até a idade adulta, atingindo o seu pico por volta dos 12 anos (Cardeña, Maldonado, Van der Hart, Spiegel, cit. por Foa, Keane & Friedman, 2000).

3.1.3. HIPNOSE, DISSOCIAÇÃO E FENÓMENOS PÓS-TRAUMÁTICOS

O fenómeno dissociativo, envolvendo alterações da percepção e do “eu”, mudanças em torno da vontade, memória, emoção e identidade” (Butler, Duran, Jasiukaitis, Koopman, & Spiegel, 1996; Cardeña, 1997; Cardeña, Maldonado, Van der Hart, Spiegel, cit. por Foa, Keane & Friedman, 2000) tem sido fortemente associado à experiência traumática, sendo que alguns autores defendem que este fenómeno pode ocorrer a par da experiência traumática. Alguns dados indicam que a dissociação ocorrida em torno do evento traumático é um preditor do posterior desenvolvimento da PSPT (Cardeña, Maldonado, Van der Hart, Spiegel, cit. por Foa, Keane & Friedman, 2000). Para além disto, existe evidência de que pessoas com a PSPT são altamente hipnotizáveis (Ross, 1941; Cardeña, Maldonado, Van der Hart, Spiegel, cit. por Foa, Keane & Friedman, 2000) e que a “habilidade hipnótica” poderá ser um factor de predisposição para desenvolvimento da PSPT (Lynn & Cardeña, 2007; cit. por Wichramasekera, 2007).

3.1.3. SOBRE O FENÓMENO HIPNÓTICO

A “Hipnose” é definida pela Divisão 30 da APA (American Psychological Association) como um conjunto de procedimentos através dos quais um profissional de saúde ou investigador sugere a um consulente, paciente, ou participante em investigação, mudanças ao nível das sensações, percepções, pensamentos ou comportamentos. Apesar da existência de uma definição, alguns autores referem que a Hipnose e a sua definição variam consoante o país, a época, sendo indevidamente interpretada por leigos (Capafons, 2002, cit. por Capafons, 2004). A Hipnose terá tido diferentes rituais e formas de apresentar sugestões (Kirsch, 1993, cit. por Capafons, 2004). A Hipnose poderá envolver um estado de concentração e atenção, envolvendo uma relativa suspensão da consciência associada a uma grande sensibilidade às sugestões. (Spiegel & Cardeña, 1990; Spiegel, 1994; cit. por Cardeña, 2000)

Apresentamos uma versão de definição dos fenómenos hipnóticos:

“Hypnosis occurs when our critical judgment is bypassed, and that happens when we are experiencing an intense emotion, and it seems not to matter which emotion is being activated. Hypnosis also occurs when we are confused, and it occurs when we are in the presence of authority, whether that authority is one mother, a teacher, a doctor, or someone else. In these situations, we can internalize a concept or a suggestion, making it part of our life, doing so without using rational judgment as to its advisability and probably without conscious awareness of doing so. Trance is only one set of hypnotic phenomena” (Yager, 2009).

3.2. TEORIA PSICANALÍTICA

A teoria psicanalítica da Hipnose distingue-se da teoria psicanalítica original pelo facto de considerar em menor grau os instintos sexuais e a agressividade (instintiva) reforçando o valor de elementos como a imaginação, a fantasia e outras expressões primárias de pensamento durante a utilização da Hipnose (Lynn & Kirsch, 2006). Mais do que se focar na matéria que eventualmente poderia estar na base do sofrimento emocional, através da hipnose são procuradas formas de explorar a componente emocional, sensações e experiências significativas conduzidas pela experiência hipnótica.

Alguns estudos suportam a ideia de que a Hipnose aumenta o processo de pensamento primário (Mare, Lynn, Kvaal, Segal & Sivec; 1994; cit. por Lynn & Kirsch, 2006), contudo continua a não estar totalmente claro se este aumento se deve às sugestões de fechar os olhos, relaxamento, atenção focada na imaginação ou às características únicas da Hipnose (Lynn, & Kirsch, 2006).

3.3. TEORIAS NEODISSOCIATIVAS

A Teoria Neodissociativa de E. R. Hilgard assenta, na sua base, na ideia de que existem divisões da consciência humana. Segundo este autor, existem múltiplas estruturas e sistemas cognitivos organizados sob uma hierarquia. Neste contexto, o “Ego Executivo” tem como principais funções planear e monitorizar as funções da personalidade. Durante o processo de Hipnose, alguns sistemas de controlo são desactivados e temporariamente dissociados do “controlo consciente”. Será esta a explicação para o aumento de experiências “subjectivas” de acontecimentos involuntários que tendem a acompanhar a resposta hipnótica (Lynn & Kirsch, 2006). Para Hilgard, a dissociação não estaria relacionada com patologia (Melikan & Carvalho, 2009). Esta teoria propõe que os fenómenos hipnóticos são produzidos através de dissociação dentro dos sistemas de Elevado Nível de Controlo (*high level control systems*). Supõe-se que a indução hipnótica separa o funcionamento do sistema de controlo executivo (ECS) em diferentes partes. Parte do ECS funciona normalmente, mas não consegue representar-se a si mesmo no conhecimento consciente, devido à existência de uma “barreira amnésica.” As sugestões hipnóticas actuam no ECS dissociado e a pessoa apenas tem conhecimento dos resultados das sugestões, e não do processo que leva a que ocorram. Hilgard baseou-se nas suas experiências sobre o “observador escondido”, fenómeno em que uma parte da mente da pessoa experimenta sugestões hipnóticas de analgesia , e pode ser levada a fazer registos sobre a “verdadeira” dor experimentada (Hilgard, 1991).

3.3.1. TEORIA DCT – DISSOCIATED CONTROL THEORY

Esta teoria aplica o modelo de Norman & Shallice do controlo executivo para explicar a resposta hipnótica. Quando pessoas altamente hipnotizáveis são hipnotizadas, a DCT propõe que o SAS (Sistemas de elevado nível de controlo) se torna funcionalmente dissociado do CS (isto é, os dois níveis deixam de funcionar juntos de

modo efectivo). Com o sistema de elevado nível de controlo parcialmente desligado, a pessoa torna-se mais dependente dos processos automáticos baseados no CS. Estímulos contextuais assim como a influência do hipnotizador, influenciam a contenção do sistema monotirização, determinando a experiência hipnótica (Woody & Bowers, 1994).

3.4. TEORIAS SOCIOCOGNITIVAS

3.4.1. MODELO DE SARBIN & COE (1991) – TEORIA SÓCIO PSICOLÓGICA DE ROLE-ENACTMENT

Este modelo vem confrontar a ideia de Hipnose como um “estado”, recorrendo-se a conceitos de “metáforas e narrativas” no qual a pessoa em Hipnose irá como que representar um papel, embora isto não signifique que este comportamento corresponda a um “fingimento” ou a algo intencional. Segundo Coe & Sarbin (1991; cit. por Lynn e Kirsch, 2006) se o terapeuta induzir a pessoa num papel determinado, com objectivos determinados, e monitorizando as experiências e expectativas da pessoa ao longo do processo de Hipnose, então será possível atingir os fins terapêuticos.

3.4.2. MODELO DE THEODORE X. BARBER (1969) – TEORIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Barber desenvolveu investigações no sentido de demonstrar que as expectativas as e motivações são aspectos determinantes da resposta hipnótica (Lynn, & Kirsch, 2006). Barber (1985; cit. por Lynn & Kirsch, 2006) evidenciou alguns pontos que sustentam que a Hipnose pode aumentar a “qualidade” da intervenção terapêutica que passamos de seguida a apresentar:

- a) Criação de expectativas e motivação que servem como “auto-realização de profecias”.
- b) Dar a ideia ao paciente de que o terapeuta que faz uso de técnicas hipnóticas é melhor treinado ou terá melhor competência.
- c) Permitir ao terapeuta falar com o paciente de um modo que seria impossível na conversação comum.

Para além disto, Barber ainda contribuiu com a noção de que alguns dos efeitos obtidos em hipnose poderão ir para além das funções primárias do pensamento, isto é, que as capacidades de imaginação e/ou de dissociação de uma minoria das pessoas permite-lhes obter resultados favoráveis à sua melhoria (Wilson & Barber, 1981, 1983; cit. por Lynn & Kirsch, 2006).

3.4.3. MODELO DE SPANOS & COLABORADORES (1981; 1986; 1989) – TEORIA SÓCIO-PSICOLÓGICA

Spanos & Colaboradores (Spanos, 1981, 1986; Spanos & Chaves, 1989; cit. por Lynn & Kirsch, 2006), têm focado a sua pesquisa nos processos psicológicos sociais como as expectativas, as atribuições, as crenças e atitudes, as interpretações da comunicação em hipnose e o próprio comportamento. Segundo estes autores, as experiências resultantes das GDFs (“Goal-directed fantasy”), reforçam a assimilação de aspectos involuntários que sucedem em Hipnose. Por exemplo, na sugestão de que o braço que se vai tornando mais e mais leve... e que irá subir, está implícito que esta experiência não requer o esforço da pessoa. A pessoa pode ser levada a imaginar que o braço é puxado por um balão cheio de hélio que está fixo a um cordel no seu pulso (Lynn & Sherman, 2000; cit. por Lynn & Kirsch 2006), ou por exemplo que uma bola de basquete está a ser enchida directamente por debaixo da sua mão fazendo-a subir. Assim, a forma como o paciente interpreta as sugestões pode directamente influenciar como irá responder à sugestão. Também segundo estes investigadores, o grau de sugestionabilidade parece não estar directamente relacionado com o potencial

hipnótico (Gorassini & Spanos, 1999; cit. por Lynn & Kirsch, 2006) que se revela, por exemplo depois de algum treino.

3.4.4. MODELO DE EXPECTATIVA DE RESPOSTA DE KIRSCH

Segundo o Modelo de Kirsch, as expectativas podem estar na base de respostas involuntárias, sendo que existe correlação entre as crenças, as expectativas e a responsividade à Hipnose (Kirsch, 1985, 1991, 1994; cit. por Lynn & Kirsch, 2006). A resposta hipnótica é portanto vista como uma resposta não-hipnótica que é apoiada ou activada pela “expectativa” de resposta à hipnose. Assim, segundo este modelo ao invés de tentar inverter expectativas, o terapeuta deverá explorá-las a fim de potenciar a experiência hipnótica (Lynn & Kirsch, 2006).

3.4.5. MODELO INTEGRATIVO DE LYNN

Lynn e Colaboradores (Lynn & Sivec, 1992; cit. por Lynn & Kirsch, 2006), apresentam um modelo integrativo a fim de explicar o sucesso das intervenções envolvendo Hipnose, considerando esta capacidade como um acto criativo de agentes de resolução de problemas, que são activados e que podem ter proveniências diversas tais como o contexto situacional, as variáveis pessoais e fontes de relação interpessoal. A importância de factores como o afecto, factores relacionais (Frauman & Lynn, 1985; Lynn et al. 1991; cit. por Lynn & Kirsch, 2006) o contexto em que ocorre a experiência hipnótica e as expectativas (Lynn, Nash, Rhue, Frauman, & Sweeney, 1984; cit. por Lynn & Kirsch, 2006) são determinantes para o resultado desta. Assim, a interpretação das sugestões, a comunicação e as acções realizadas, as fantasias e motivações não conscientes, no seu conjunto, “retiram” peso à capacidade de análise crítica e consciência e favorecem o comportamento hipnótico (Lynn & Kirsch, 2006).

3.4.6. TEORIA DO “SET” DE RESPOSTA DE KIRSCH & LYNN

A teoria do “Set” de Resposta (Kirsch & Lynn, 1998, 1999; Lynn, 1997; cit. por Lynn & Kirsch, 2006), evidencia o facto de a maioria da actividade humana ser, na verdade, não planeada e automática. O comportamento, enquanto acção é portanto resultado de um determinado “set” ou preparação que inclui determinadas intenções ou expectativas e contextos. Assim, quando a pessoa escreve, tem a intenção de escrever, mas há um conjunto de automatismos que são postos em acção e as letras das palavras “surgem” como que de um modo não programado, embora saibamos que este automatismo foi também ele criado. Por outro lado, segundo este modelo a pessoa experiencia aquilo que “espera” experienciar (embora possa não ter conhecimento disso) como auto-realização de profecias. Neste contexto, também a cultura desempenha um papel importante, pois “informa” a pessoa de que eventuais acontecimentos “estranhos para o sujeito” ou, na verdade, involuntários, podem ser resultado de algo transcendental muitas vezes atribuidos a fenómenos hipnóticos (Lynn & Kirsch, 2006).

3.4.7. COLD CONTROL THEORY

Esta teoria considera a distinção entre *controlo* e *consciência*, no sentido da teoria do pensamento de ordem elevada de Rosenthal's (2002) HOT (higher order thought). De acordo com Rosenthal somos conscientes de estados tendo pensamentos sobre esses estados. Um pensamento sobre estar num estado mental (“estou a ver um gato preto”) é um pensamento de segunda ordem (SOT), na medida em que é sobre um estado mental. Pensamentos de terceira ordem (TOTs) são também possíveis, na medida em que nos tornemos conscientes de ter um SOT (“tenho consciencia de que o gato que estou a ver é preto”). A teoria do cold control sobre hipnose afirma que uma resposta eficaz a sugestões hipnóticas pode ser conseguida pela formação de uma

intenção para realizar uma acção ou uma actividade cognitiva requeridas, sem formar a HOTS sobre a intenção de tal acção ou actividade cognitiva que normalmente acompanham a sua realização (Dienes & Perner, 2007).

3.4.8. THE DISCREPANCY-ATTRIBUTION THEORY

Esta teoria começa por fazer uma distinção entre produção e avaliação: por exemplo, ver um gato nesta sala (alucinação positiva). A maioria dos investigadores concorda que o estado mental de ver um gato, que não está na sala, e ver um gato, que realmente está na sala, é muito similar. De acordo com esta teoria, o que distingue um acontecimento hipnótico de um não hipnótico, é o processo atribucional. No caso de hipnose a imagem é atribuída à realidade, ao mundo exterior, enquanto no outro caso é atribuído à imaginação (e, assim sendo, sentido como *não real*). O processo de criar uma imagem é a *produção*, e o fazer sentido dessa imagem produzida é a *avaliação* (Barnier, Dienes & Michell, 2008).

3.5. TEORIAS FENOMENOLÓGICAS INTERACTIVAS

3.5.1. MODELOS DE ORNE, SHEEHAN E MCCONKEY

Tal como nas teorias Sociocognitivas, também as teorias Fenomenológicas interactivas consideram a existência de múltiplos factores e variáveis na compreensão dos fenómenos hipnóticos. Contudo, esta última assenta em maior grau nas diferenças entre o comportamento em hipnose e o comportamento de vigília. Orne (1959), Sheehan (1991) e McConkey (1991), referenciados em Lynn & Kirsch (2006), apresentam modelos que se debruçaram sobre esta temática. Orne destaca-se por tentar estudar as mudanças ao nível cognitivo que ocorrem durante a hipnose. Sheehan demonstrou que as pessoas muito hipnotizáveis conseguem ampliar a sua motivação e comprometimento cognitivo em encontrar respostas às sugestões, o que

não acontece quando não estão em hipnose. Já McConkey procurou tipificar a variabilidade das respostas hipnóticas, afirmando que a elevada susceptibilidade hipnótica se deve à habilidade para processar todas informações que são consistentes e inconsistentes com a sugestão, no sentido de facilitar a crença na realidade da sugestão ou acontecimento sugerido (Lynn & Kirsch, 2006), isto é, a capacidade de potenciar a sugestão numa realidade “pessoal” internamente vivenciada.

4. A INCLUSÃO DA HIPNOSE NAS TERAPIAS PSICOLÓGICAS

As dificuldades na implementação de técnicas e estratégias terapêuticas empiricamente sustentadas, bem como a diferença entre a prática clínica com fins investigacionais e a prática clínica corrente são dois pontos essenciais na sustentação do recurso às técnicas de hipnose em tratamentos psicológicos (Ludeña & Pires, 2009). Assim, sobretudo ao nível da motivação para o tratamento, bem como para criar, à partida, uma perspectiva positiva do futuro, a hipnose poderá ser um precioso coadjuvante (Ludeña & Pires, 2009).

Um eventual benefício da hipnose poderá ser o de predispor os pacientes a uma colaboração terapêutica (Montgomery & Schnur, 2004; cit. por Ludeña & Pires, 2009), o que em segundo plano poderá concretizar-se num tratamento mais curto, dado poder levar os pacientes a anuir mais facilmente a tratamentos que, pela sua natureza, são desagradáveis potencialmente provocadores de comportamentos de esquiva (que levam à desistência do tratamento ou, pelo menos, à colocação de resistência ao mesmo) (Braffman & Kirsch, 1999; cit. por Ludeña & Pires, 2009).

Smith et al (1980; cit. por Robertson, 2007) realizaram uma meta-análise de 475 estudos controlados, envolvendo milhares de participantes. Nestes, os tratamentos envolvendo a hipnose foram uma das quatro “tipologias” identificadas como mais eficazes (Robertson, 2007). Durante a década de noventa, uma meta-análise envolvendo 18 estudos controlados, e 577 participantes, evidenciou que 70% dos participantes revelaram melhorias superiores (face à não utilização da Hipnose)

quando a hipnose é acrescentada ao tratamento Cognitivo-Comportamental com Hipnose (Roberston, 2007; Kirsch, Capafons, Cardeña & Amigó, 1999).

Um artigo publicado por David Wark de 2008, avaliando 18 investigações, nas quais são identificadas 32 desordens nas quais a hipnose pode ser considerada no seu tratamento, revelou eficácia em 6 casos (dor resultante de cancro, angústia resultante de cirurgia, dor resultante de cirurgia em adultos, dor resultante de cirurgia em crianças e redução do peso) e específico para dois casos: Ansiedade a ataques de asma e Enxaqueca (Robertson, 2009).

5. MODELO CLÍNICO PARA A INTEGRAÇÃO PSICOLÓGICA DA HIPNOSE (MCIPH)

Segundo os autores deste modelo (Pires & Ludeña, 2009), o recurso à Hipnose partindo da prática clínica psicológica, assenta em 4 constatações:

- a) O progressivo aumento do interesse pelo estudo da Hipnose por parte dos psicólogos ligados à prática clínica e investigação.
- b) A investigação permitiu compreender que a hipnose pertence ao campo “epistemológico” da Psicologia.
- c) Continua a existir uma procura da hipnose como se fosse um fenómeno “estranho” à Psicologia.
- d) O facto de ainda não ter sido criado um modelo de integração clínica da hipnose partindo desta para o distúrbio (e não o inverso, que é mais comum).

O Modelo Clínico de Integração Psicológica da Hipnose (MCIPH) sustenta-se em pressupostos teóricos que passamos a descrever:

A Psicologia dispõe actualmente de procedimentos terapêuticos validados empiricamente (Terapias Empiricamente Sustentadas – TES), e usualmente utilizado após um diagnóstico ou processo de avaliação. Contudo, o diagnóstico de acordo com

as dimensões e critérios propostos pelos sistemas de diagnóstico, nem sempre é possível, dada a natureza humana, sendo que, nalguns casos não é possível, sequer, a integração em nenhuma categoria de diagnóstico. Por estes motivos, o profissional deve ser criativo ao ponto de resolver o problema apresentado recorrendo aos seus conhecimentos psicológicos, sendo que a hipnose poderá ser um elemento muito atractivo neste contexto (Pires & Ludeña, 2009). Apresentamos na página seguinte o MCIPH, e a sua estrutura em árvore de decisão.

5.1. MCIPH – ÁRVORE DE DECISÃO

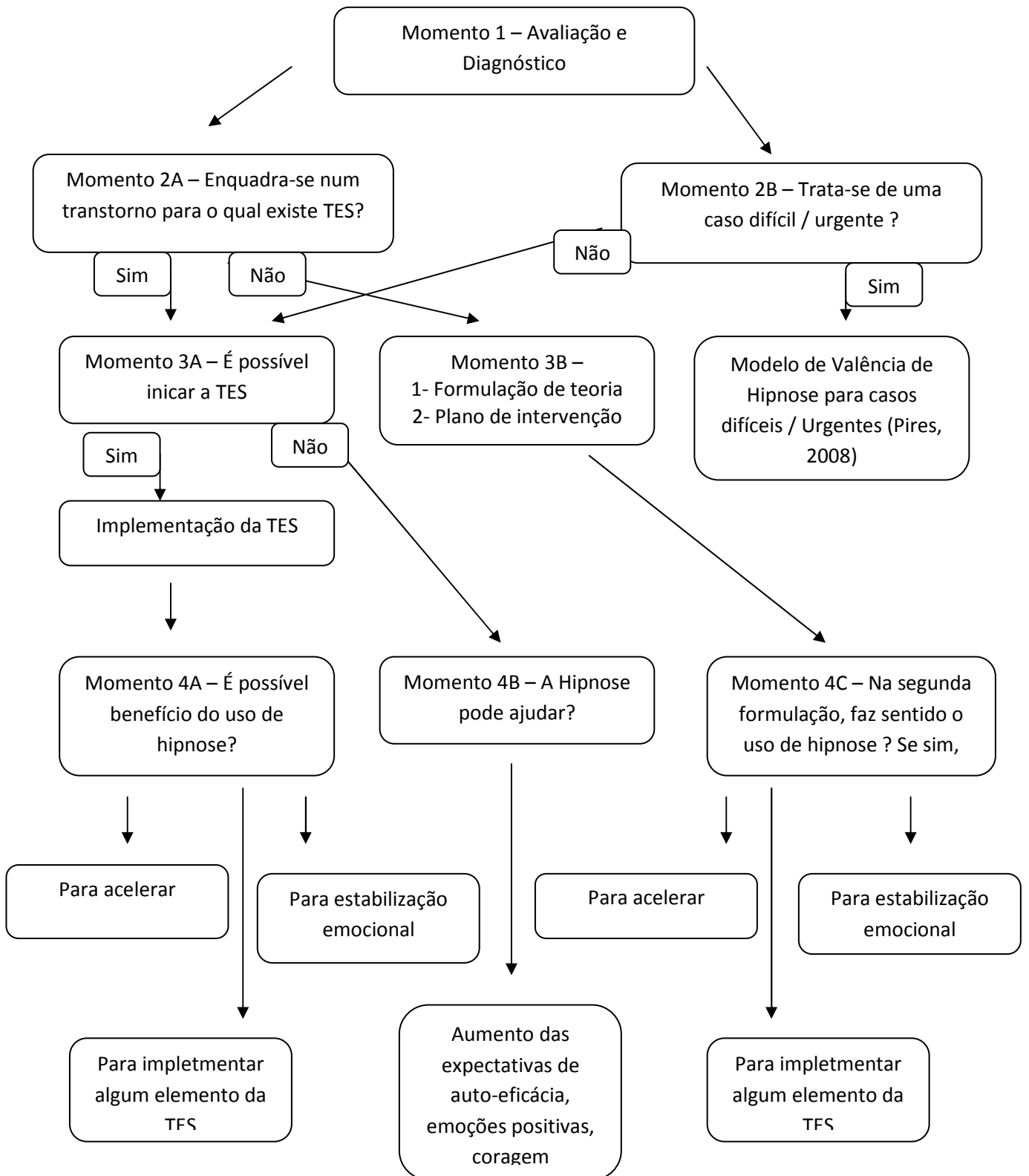


Fig. 5. Modelo Clínico de Integração Psicológica da Hipnose (Pires & Ludeña, 2009).

6. A HIPNOSE NO TRATAMENTO DA PSPT

6.1. A HIPNOSE E A PSPT - INTRODUÇÃO

No campo da sintomatologia pós-traumática, as técnicas de hipnose têm sido usadas sobretudo no contexto de “Shell Shock” (Trauma das bombas), Fadiga de Guerra, e mais recentemente no contexto do “Perturbação de Stresse Pós-Traumática”, na Perturbação de Agudo de Stresse e também no tratamento de sintomas dissociativos (Brende, 1985; Spiegel & Spiegel, 1987; cit. por Cardeña, 2000). Há razões suficientes, teóricas e experimentais, que sustentam o uso da hipnose como coadjuvante no tratamento da PSPT (Yapko, 1995), sendo esta uma forma que permite trabalhar as memórias traumáticas (Cardeña, Maldonado, Hart, Spiegel, cit. por Foa, Keane, Friedman & Cohen, 2009).

6.2. TRATAMENTO COM BASE EM EVIDÊNCIA EMPÍRICA INCLUINDO A HIPNOSE

Segundo as “*Guidelines Treatments*” de 2009 da *International Society for Traumatic Stress Studies*, a literatura existente para diversos tipos de sintomatologia pós-traumática demonstra que a hipnose permite um decréscimo significativo nos sintomas de intrusão e evitamento, e isto em menor número de sessões comparativamente aos outros tratamentos. Os recentes estudos que coadjuvaram a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e a hipnose, demonstraram um efeito terapêutico maior no reexperienciar dos sintomas que a TCC por si só no final do tratamento, apesar do estudo de follow-up a 3 anos não revelar diferenças significativas (Foa, Keane, Freidman & Cohen, 2009).

Segundo as mesmas “*Guidelines*”, o tratamento envolvendo a hipnose pode facilmente ser introduzido em qualquer fase do tratamento, incluindo na exposição,

bem como no manuseamento de técnicas envolvendo o controlo da activação. São sugeridas 3 fases:

- 1- Numa fase inicial, a hipnose pode ser usada para estabilizar a pessoa através do relaxamento. Sugestões específicas de coragem, força e segurança parecem constituir um elemento importante como preparação para uma confrontação com as memórias traumáticas. Esta fase constitui um momento muito importante na relação terapeuta-paciente, que pode potenciar de forma positiva os resultados do que se lhe segue.
- 2- Numa segunda fase, na qual se trabalham memórias, a hipnose poderá ajudar a explorar, integrar, e resolver memórias traumáticas. Neste contexto, a pessoa pode aprender técnicas de reestruturação das suas memórias, como por exemplo um ecrã com dois cenários representando diferentes aspectos da memória traumática.
- 3- Finalmente numa terceira fase, aspectos associados a estratégias de coping mais adaptativas como mudar de forma intencional o mecanismo da atenção, a auto-integração, criação de imagens adaptativas, novas actividades e outros (Foa, Keane, Freidman & Cohen, 2009).

Espera-se que a hipnose fomente/facilite sete tarefas importantes para ultrapassar a PSPT: a Confrontação com o material traumático, a facilitação do conhecimento de aspectos de trauma dissociados, a confissão de emoções embaraçosas, a consolação e simpatia perante experiências penosas, a condensação dos aspectos associados ao trauma (como por exemplo, imagens), o aumento da concentração e controlo, a facilitação da adaptação congruente nas diversas áreas de vida da pessoa (Foa, Keane, Freidman & Cohen, 2009).

6.3. INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS DA HIPNOSE NO CONTEXTO DA PSPT

A hipnose será indicada para pessoas que tenham problemas de dissociação, pesadelos, e de confrontação com memórias traumáticas (como forma de adequação emocional), bem como para pessoas que sejam pelo menos moderadamente hipnotizáveis. Poderá ser integrada em protocolos terapêuticos cognitivo-comportamentais, psicodinâmicos e farmacológicos. Apesar de haver indicações de que a hipnose é favorável a estas intervenções, são necessários outros dados que suportem tal afirmação (Foa, Keane, Freidman, Cohen, 2009). Já em 1985, segundo Eichelman, eram utilizadas técnicas hipnóticas para permitir a integração de memórias traumáticas e elaboração de novas memórias de um modo “autônomo” por parte do paciente. Um estudo de Melissa Auringers (2010) demonstrou uma diminuição da activação fisiológica numa amostra de 40 mulheres vítimas de traumas do tipo sexual recorrendo à hipnose. Um estudo de quatro casos de PSPT envolvendo a hipnose no seu tratamento (para estabilização e acesso às memórias) demonstrou uma redução significativa dos sintomas, incluindo no respectivo *follow up*, sendo que nestes casos as idades variavam entre os 8 e os 27 anos (Poon, 2007). Lynn & Cardeña (2007) apontam os efeitos positivos da hipnose, na rápida libertação dos “flashbacks” com um *follow up* de 12 meses, para casos de aplicação da hipnose no tratamento para a PSPT.

6.4. CONTRAINDICAÇÕES DO RECURSO À HIPNOSE

Nos casos em que a pessoa seja pouco receptiva a sugestões, a hipnose poderá não ser útil. Algumas pessoas poderão resistir ao uso da hipnose por preconceito ou outros motivos pessoais. Neste casos, técnicas sugestivas que não envolvam o termo “Hipnose” podem ser implementadas. Em pessoas com uma pressão arterial baixa ou com tendência para adormecer, procedimentos de “alerta” podem ser úteis. As principais complicações que poderão surgir pelo uso da hipnose são a “veracidade das memórias”, e a criação de eventuais falsas memórias, sobretudo em pessoas muito

sugestionáveis. Tais aspectos devem ser considerados pelo terapeuta (Foa, Keane, Friedman & Cohen, 2009).

6.5. RACIONAL QUE SUSTENTA O USO DA HIPNOSE NO TRATAMENTO PSICOLÓGICO DA PSPT:

- 1- O elevado grau de sugestionabilidade de muitas pessoas com PSPT pode ser utilizado com um propósito clínico, dado que existe evidência de que as técnicas de hipnose resultam melhor com pessoas cuja sugestionabilidade é elevada ou moderada (Levitt, 1994; Spiegel, Frishchholz, Fleiss, & Spiegel, 1993; Spiegel, Frishchholz, Maruffi, & Spiegel, 1981; cit. por Foa, Keane & Friedman, 2000).
- 2- O facto de muitas pessoas com PSTP apresentar sintomas de dissociação, pode representar uma oportunidade terapêutica. Dado que, recorrendo à hipnose, a acessibilidade à dissociação é ampliada, torna-se possível modificá-la e formatar uma nova adaptação emocional (Edgette & Edgette, 1995; Phillips, 1993; cit. por Foa, Keane & Friedman, 2000)
- 3- As técnicas de hipnose podem facilmente ser integradas nas abordagens terapêuticas como a Psicodinâmica, a Cognitivo-Comportamental (Kirsch, 1996; Muraoka et al. 1996; Spiegel & Spiegel, 1987; cit. por Foa, Keane & Friedman, 2000)
- 4- Dois dos modelos de Tratamento Psicológico dominantes (Psicodinâmico e Cognitivo-Comportamental), quer através da reintegração cognitiva quer através da exposição repetida ao evento traumático, requerem uma “ligação” às memórias relacionadas com o evento traumático. Deste modo, a hipnose poderá facilitar o acesso às memórias, dando à pessoa recursos para aprender a controlar o ritmo, bem como o nível de intensidade e conseqüente desconforto emocional associado ao respectivo evento (Cardeña, Maldonado, Van der Hart, Spiegel, 1999; cit. por Foa, Keane & Friedman, 2000).

A Hipnose poderá ser utilizada em 3 fases genéricas do Tratamento para a Perturbação de Stresse Pós-Traumático:

- 1- Estabelecimento de uma relação terapêutica, alívio a curto prazo dos sintomas, bem como estabilização da gravidade dos sintomas.

Nesta fase, o recurso a técnicas de relaxamento, de forma a que a pessoa possa experienciar sensações e estados de serenidade, calma, de modo a poder manter este estado emocional fora da consulta, através do recurso à auto-hipnose, são essenciais. Algumas sugestões específicas podem servir para diminuir a sintomatologia de ansiedade, dor, desconforto e insónias (Eichelman, 1985; Jiranek, 1993; Cardeña, Maldonado, Van der Hart, Spiegel, 1999; cit. por Foa, Keane & Friedman, 2000). Para além do que já foi referido, poderão tornar-se viáveis sugestões de “um lugar seguro” e/ou de “fortalecimento do eu”.

- 2- Trabalho associado à integração das memórias traumáticas, bem como exposição às mesmas.

Numa segunda fase, e depois de já ter sido estabelecida a aliança terapêutica dá-se início ao processo de contacto com as memórias traumáticas.

Os autores que se debruçaram sobre este assunto defendem que, para se tornar possível ultrapassar memórias traumáticas (Van der Hart, Van der Kolk, & Boon, 1998; cit. por Foa, Keane & Friedman, 2000), alcançar uma integração psicológica do acontecimento (Spiegel & Cardeña, 1990 cit. por Foa, Keane & Friedman, 2000), provocar uma habituação emocional e uma reestruturação cognitiva (Foa & Meadows, 1997; Jaycox, Foa, & Morral, 1998; cit por Foa, Keane & Friedman, 2000), será sempre necessário trabalhar directamente com as memórias traumáticas.

O trabalho efectuado neste contexto deverá ser levado a cabo a um ritmo tolerado pelas necessidades individuais da pessoa em causa, sendo de extrema importância a ênfase no sentimento de auto-controlo do estado psicológico e físico. De um modo explícito, as pessoas receiam que ao recordar o

acontecimento traumático, possam reexperienciar a sensação de desespero e angústia (Cardeña, Maldonado, Van der Hart, Spiegel, 1999; cit. por Foa, Keane & Friedman, 2000). Assim, parece-nos importante realizar alguma preparação a este nível, modificando por exemplo as expectativas acerca do momento da exposição, eventualmente na criação de expectativas de sentimentos de coragem, dinamismo, protecção e auto-superação.

Exemplo de técnicas utilizadas em hipnose:

- a) Relaxamento: Sugestões de relaxamento físico; cenários de calma e alívio; imaginar-se a flutuar sobre a água, ou no espaço. O principal objectivo é o de associar sensações antagónicas ao evento traumático.
- b) Técnicas projectivas: Estas técnicas permitem à pessoa projectar imagens, sensações, e pensamentos próprios para um ecrã imaginário. Estas, poderão ser projectadas num cenário de cinema, ecrã de computador, um lago calmo, um espelho, ou no céu azul. Esta estratégia parece diminuir a proximidade das memórias, permitindo manipular o efeito e impacto das memórias. As pessoas poderão aprender a controlar as cores, o som, a intensidade, o tamanho e a proximidade das imagens. Este ecrã pode a qualquer momento ser “desligado” (Cardeña, Maldonado, Van der Hart, Spiegel, 1999 cit. por Foa, Keane & Friedman, 2000).

O principal objectivo deste trabalho reside no controlo das emoções associadas aos pensamentos, e sobretudo os aspectos sensoriais que estão associados ao episódio traumático.

- c) Reestruturação: Bastante semelhante à técnica anterior. Contudo, neste caso a pessoa é ensinada a projectar um ecrã com dois lados distintos. Num dos lados, a pessoa projecta o evento tal como se recorda dele, e no outro o mesmo cenário com ênfase no facto de, no momento do acontecimento traumático, a pessoa ter respondido com coragem, e tentado controlar a situação. O objectivo desta técnica é o de compreender que a “humilhação” é apenas um dos aspectos da experiência traumática (Cardeña, Maldonado, Van der Hart, Spiegel, 1999; cit. por Foa, Keane & Friedman, 2000).

- d) Regressão: A regressão no tempo poderá também afigurar-se como uma “ferramenta” útil para uma eventual exploração dos acontecimentos traumáticos. Alguns autores defendem mesmo que é possível descortinar alguns aspectos que haviam sido esquecidos durante a dissociação no momento do trauma (Cardeña, Maldonado, Van der Hart, Spiegel, 1999; cit. por Foa, Keane & Friedman, 2000). É de extrema importância não conduzir de forma “prejudicial” este processo, sendo que a utilização de observações e o questionamento deve ser bastante cuidado. Esta “regressão” é do tipo imagético-experiencial, e não uma regressão a um momento do passado, em sentido literal (Cardeña, Maldonado, Van der Hart, Spiegel, cit. por Foa, Keane & Friedman, 2000). O objectivo principal desta técnica é o de tornar viável e possível o processo de exploração do acontecimento traumático.
 - e) Ponte emocional: Nos casos em que as pessoas apresentem sintomas semelhantes às fobias, é possível efectuar um conjunto de passos que permitirão que a mesma possa compreender os sintomas pós-trauma. Depois de sugerido o relaxamento, a pessoa é solicitada a apresentar um outro episódio da sua vida em que também tenha sentido e/ou experienciado, por exemplo, “medo”. Após este exercício, o psicólogo poderá ajudar a pessoa, por exemplo recorrendo a explicações acerca da formação de fobias, enquanto respostas inadequadas.
 - f) Técnicas com recurso a metáforas: É também possível incluir o uso de metáforas como estratégia de assimilação de informação. O psicólogo poderá através da utilização de uma metáfora passar uma mensagem ao paciente que mais facilmente será compreendida.
- 3- Continuação da integração e desenvolvimento de um equilíbrio entre a pessoa e a envolvência (Cardeña, Maldonado, Van der Hart, Spiegel, 1999; cit. por Foa, Keane & Friedman, 2000).

Existe evidência de que os efeitos positivos do Imagery Rehearsal Treatment (IRT), uma técnica psicológica com recurso à imaginação, no tratamento de pesadelos “pós-traumáticos”, Perturbação de Stresse Pós-Traumática e sintomatologia associada para homens com trauma de guerra crónico se mantêm num largo período de tempo

(Forbes, Phelps, McHugh, Debenham, Hopwood, & Creamer, 2004), bem como estudos anteriores na área da imaginação como complemento do tratamento para a PSPT (Cooper & Clum, 1989). Uma meta-análise que reunia dados de estudos clínicos (Sherman, 1998 cit. por Cardeña, 2000) estabelece uma comparação entre os estudos de Brom et al. (1989) e outros estudos controlados. Esta comparação sugere que existe uma maior vantagem na utilização da Hipnose sobretudo nos dados obtidos durante a avaliação de seguimento (*follow up*), mais do que nos dados que se recolheram no final do período de tratamento (Cardeña, 2000). Estes dados coincidem com uma meta-análise de Hipnose para outras condições para além da PSPT (Kirsch et al., 1999 cit. por Cardeña, 2000).

Um estudo de grandes dimensões de Bryant e colaboradores de 2005 que comparou três grupos distintos, um grupo de Tratamento Cognitivo-Comportamental, um grupo Cognitivo-Comportamental com Hipnose e por fim um grupo de aconselhamento de suporte revelou que no final do tratamento o grupo TCC com Hipnose apresentava maiores progressos que os restantes. Para além disso e no final de 3 anos de seguimento, os participantes dos grupos TCC e TCC mais hipnose apresentavam menor taxa de critérios para o TSPT que o grupo de aconselhamento de suporte. Um estudo de caso de Ramony Chan, de 2008 para o *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, evidenciou a importância e eficácia da Hipnose como co-adjuvante de um tratamento Cognitivo-Comportamental, no tratamento da Perturbação do Stresse Pós-Traumático. Segundo Spiegel, (1996) e Ford (2009) a Hipnose revela ser um elemento facilitador no tratamento das memórias traumáticas, bem como um agente facilitador do tratamento como um todo no contexto da PSPT.

A integração da Hipnose nos protocolos de tratamentos cognitivo-comportamentais tem sido alvo de diversos estudos recentes, entre os quais, uma meta-análise de Irving Kirsch et al. (1995, cit. por Robertson, 2008; Homar & Sáez, 2001), na qual foram utilizados os dados de 18 estudos devidamente controlados e separados e que incluíam um total de 577 participantes, comparando a eficácia e eficiência das abordagens com e sem a utilização da hipnose. Concluíram que entre 70% e 90% dos participantes cujos tratamentos incluíam a Hipnose tinham um

tratamento mais eficiente, comparativamente a abordagens cognitivo-comportamentais isoladas (Robertson, 2008; Robertson, 2007).

PARTE II – INVESTIGAÇÃO

1. METODOLOGIA EMPÍRICA

1.1. ENQUADRAMENTO

A presente investigação insere-se no âmbito investigacional dos tratamentos psicológicos, mais concretamente, centra-se no tratamento psicológico da Perturbação de Stresse Pós-Traumático. Após revisão da literatura, e consequente caracterização dos modelos de tratamento psicológicos vigentes, mais eficazes no contexto da PSPT, fomos conduzidos ao Tratamento de Exposição Prolongada, Modelo preconizado por Edna Foa (PhD), e amplamente demonstrado como eficaz (Foa et al., 2007).

É portanto este modelo de tratamento psicológico que está na base da investigação que apresentamos. Partindo do pressuposto, empiricamente demonstrado, de que este tratamento é eficaz (o que procuraremos, igualmente, confirmar), e tomando em consideração as dificuldades referidas na literatura clínica, quanto à sua execução prática, delineámos uma investigação dirigida ao aumento da sua eficiência. Como foi referido, o Modelo de Exposição Prolongada (explorado em pormenor mais adiante) constitui o nosso ponto de partida enquanto “estrutura terapêutica”. Efectivamente, com base nesta terapia psicológica empiricamente demonstrada como eficaz, criámos uma variante deste tratamento psicológico para a PSPT recorrendo ao Modelo Clínico de Hipnose (Pires & Ludeña, 2009) com o fim de tornar este tratamento mais eficiente.

1.2 FASES DA INVESTIGAÇÃO

1.2.1. 1ª FASE DA INVESTIGAÇÃO

DIVULGAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

A realização da nossa investigação requereu um processo de divulgação que foi prévio à obtenção de voluntários para a mesma. A divulgação da Investigação foi feita através da comunicação social, no Jornal “Região de Leiria” sob a forma de anúncio. Para além deste, foram também realizados diversos contactos institucionais a fim de divulgar a investigação em curso e colaborar com as instituições referidas. Para tal recorreremos ao método escrito, por carta e por email, nas quais expunhamos os nossos objectivos, a que se seguiram várias reuniões com os respectivos responsáveis. Enumeramos alguns exemplos de entidades ou instituições contactadas.

- Polícia de Segurança Pública de Leiria (com pedido formal para a sede de Lisboa)
- Bombeiros Voluntários de Leiria
- Liga dos Combatentes, Núcleo de Leiria

Para além da divulgação mencionada foi também criado um site na internet para divulgação da investigação⁶.

Apesar das pessoas contactadas se nos declararem receptivas e interessadas, nesta colaboração, essa não foi, realmente, concretizada (à excepção, como veremos, da Liga dos Combatentes). Os contactos efectuados posteriormente tornaram-se ineficazes e a evolução das colaborações com as entidades por nós iniciadas acabariam por não seguir em frente.

Os motivos desta não colaboração não são para nós claros. Foi portanto difícil começar a constituir amostra para a investigação. Não por falta de pessoas que são vítimas de acontecimentos traumáticos, mas pelo facto das entidades onde estas pessoas podem ser encontradas não facilitarem o seu acesso.

⁶ <http://stresspostraumatico.no.comunidades.net/>

A exceção foi a Liga dos Combatentes, núcleo de Leiria. Com efeito, o Presidente da Liga dos Combatentes de Leiria recebeu-nos e após algumas reuniões de apresentação permitiu-nos divulgar a iniciativa junto dos seus associados. Graças a esta medida, pudemos tomar contacto com diversos ex. combatentes e respectivos familiares. A divulgação da Investigação teve início em Outubro de 2009.

1.2.2. 2ª FASE DA INVESTIGAÇÃO

OBTENÇÃO DA AMOSTRA

A fase de obtenção da amostra resultou da divulgação realizada como foi descrito anteriormente, e decorreu durante um período de 4 meses, entre Janeiro de 2010 e Abril de 2010. A grande maioria dos contactos estabelecidos decorreu por telefone e a proveniência dos participantes foi diversificada, sendo que a inscrição estava aberta a qualquer pessoa que tivesse sido vítima de uma ou mais situações traumáticas e tivesse algum tipo de sofrimento psicológico associado, tal como aconteceu nos estudos de Rothbaum, Meadows, Resick, & Foy, (2000), em que também foram obtidas amostras não específicas, embora no nosso caso grande parte da mesma viesse a ser composta por ex - combatentes.

Proveniência dos participantes:

- Sócios da Liga dos Combatentes de Leiria
- Pessoas sem vínculo institucional, vítimas de acontecimentos traumáticos que nos foram reencaminhados por outros profissionais de saúde.

1.2.3. 3ª FASE DA INVESTIGAÇÃO

TRIAGEM

Nesta fase, que decorreu entre de Abril de 2010 e Junho de 2010, todos os participantes inscritos na investigação foram submetidos a uma primeira entrevista e avaliação clínica através do consentimento informado, sendo que deste processo

resultou a inclusão ou exclusão das restantes etapas investigacionais. Os participantes foram submetidos à seguinte modalidade de avaliação:

- EAD-PSPT (Tradução e validação para a população portuguesa do instrumento PDS, Foa, 1995; Foa et al., 1993)
- Entrevista (Foa, 2007)

Só mediante o cumprimento dos critérios de diagnóstico do DSM-VI avaliados pelo EAD-PSPT, e pela entrevista clínica ao participante pôde continuar as fases seguintes.

1.2.4. 4ª FASE DA INVESTIGAÇÃO

TRATAMENTO

Na fase que se descreve a seguir, os participantes foram primeiramente divididos de forma aleatória em grupos de experimentais, e respectivos protocolos terapêuticos (ou lista de espera) previamente delineados. Este processo ocorreu entre Setembro de 2010 e Dezembro de 2010. Existiram dois psicólogos envolvidos: o Prof. Carlos Lopes Pires e o autor desta monografia. Foram constituídos os seguintes Grupos:

- 1- Grupo de tratamento psicológico de Exposição Prolongada (EP)
- 2- Grupo de tratamento psicológico de Exposição Prolongada com Hipnose (EP+H)
- 3- Grupo de Controlo (grupo em espera que, após 2 meses, com respectivas avaliações, é dividido de forma aleatória, passando a tratamento activo (metade para cada condição experimental).

A escolha dos instrumentos para as medidas de avaliação na fase de tratamento foram as escalas EAD-PSPT Ces-d e Zung, dado que em diversas investigações, as medidas avaliadas a par da sintomatologia pós-traumática, são, justamente a avaliação da sintomatologia ansiosa e depressiva, tanto inicialmente, como durante e após o tratamento (Zayfert & Becker, 2007).

1.2.5. 5ª FASE DA INVESTIGAÇÃO – RECOLHA DOS DADOS E OBTENÇÃO DOS RESULTADOS

A quinta fase da investigação englobou toda organização e recolha das informações psicométricas junto dos participantes ao longo do período de tratamento.

Após o período de avaliação clínica inicial, todos os participantes dos grupos de tratamento activos preencheram os instrumentos EAD-PSPT, Zung e Cesd (que se encontram em anexo), posteriormente à 3ª intervenção, 6ª intervenção e 9ª intervenção (neste caso, apenas o grupo EP). Os instrumentos foram preenchidos em casa, no caso dos participantes que não apresentaram dificuldades, havendo no entanto pessoas que solicitaram ajuda no preenchimento no local de consulta. Os participantes do grupo de espera preencheram os instrumentos no final de 1 mês e 2 meses.

Posteriormente deu-se lugar aos seguintes pontos que serão devidamente explorados mais adiante.

- TRATAMENTO ESTATÍSTICO
- OBTENÇÃO DE RESULTADOS
- DISCUSSÃO

Apresentamos na página seguinte uma figura que contempla o resumo das fases da investigação.

1.2.6. FIGURA RESUMINDO AS FASES DA INVESTIGAÇÃO

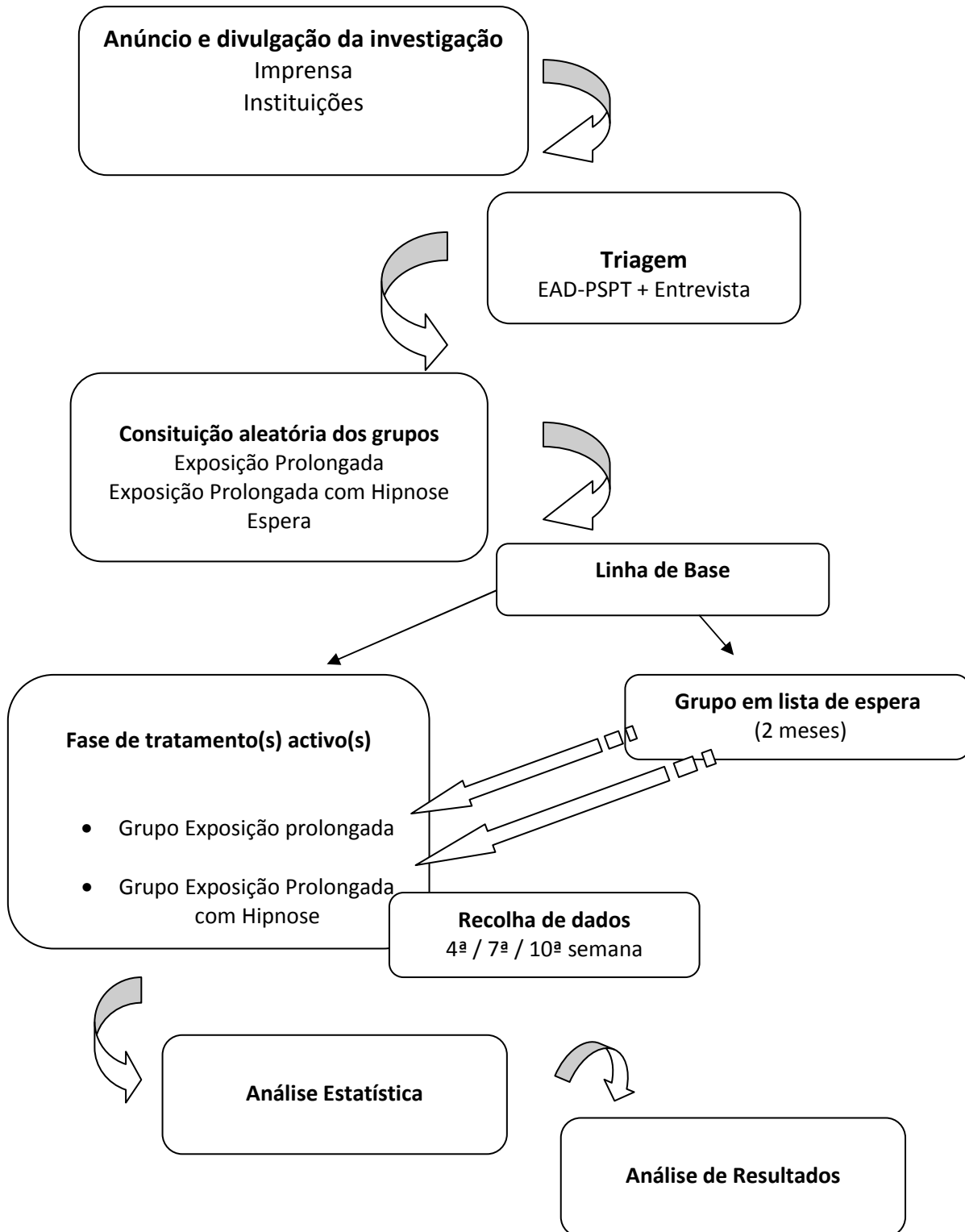


Fig.6. Fases principais da investigação desde a divulgação à obtenção de resultados.

Em termos muito concretos, o nosso objectivo central consiste em avaliar a eficiência de um tratamento psicológico, alternativo a um modelo já existente e demonstradamente eficaz (Foa, et al., 2007). Ao tratamento de E.P. procurámos adicionar a hipnose clínica, com o fim de diminuir o número de sessões de tratamento, bem como as dificuldades emocionais sentidas por quem se submete a um tratamento de exposição, podendo traduzir-se em abandono do próprio tratamento.

As medidas de estudo que seleccionámos para avaliar, a par da sintomatologia pós-traumática, são a ansiedade e a depressão, dada a elevada comorbidade entre elas, e para além destas, o estudo dos acontecimentos de vida negativos (frequência e impacto) bem como o grau de sugestionabilidade (apenas no caso do grupo de EP + H⁷).

1.3 HIPÓTESES DA INVESTIGAÇÃO

Relativamente às hipóteses em estudo, a primeira delas é de que existam diferenças significativas entre os grupos de tratamento activos (EP e EP + H) relativamente ao grupo de controlo. A segunda hipótese é a de se verificarem diferenças significativas entre o grupo de EP + H face ao grupo de EP em termos da sua eficiência, esperando-se que EP + H se revele mais eficiente. Outra hipótese é de que as dimensões referentes aos critérios B, C e D (avaliados no instrumento EAD-PSPT) da PSPT sofram alterações significativas ao longo do tratamento, com maior eficiência para o grupo EP+H. Espera-se que os níveis de ansiedade e de depressão avaliados em Zung e Ces-D, respectivamente, apresentem diferenças significativas face ao grupo de controlo e que haja maior eficiência para o grupo EP + H. Por fim a hipótese nula, é a de não se verificarem diferenças significativas entre os grupos de tratamento activos e o grupo de controlo.

⁷ Exposição Prolongada com hipnose

1.4. MÉTODOS DE OBTENÇÃO DA AMOSTRA

A escolha do tipo de amostra reporta-nos, sobretudo, para a questão dos objectivos investigacionais. Se à partida, pretendemos estudar um tratamento psicológico em termos de eficácia e eficiência para a PSPT, então fará todo o sentido aplicar esse mesmo tratamento a toda a população que cumpra (em rigor) os critérios de diagnóstico para a mesma perturbação definidos pelo DSM-IV. Parece-nos que aplicar o(s) tratamento(s) activo(s) a apenas uma parte da amostra seria um factor reducionista, dado que a PSPT se aplica a um grande número de situações diferentes, embora a sintomatologia resultante possa, de facto, ser agrupada num conjunto de critérios. Na verdade, a validade dos instrumentos de avaliação é um factor diferenciador na qualidade e validade do próprio diagnóstico.

O método de obtenção da amostra é o da amostragem não probabilística por conveniência, dado que seleccionámos uma amostra restrita com critérios de inclusão.

Os critérios de inclusão são os seguintes:

- 1- Ter sido exposto a uma situação traumática – Experienciar ou testemunhar um acontecimento que coloque, ou faça pressentir que existe perigo de vida de alguém / do(a) próprio(a).
- 2- Pontuação mínima de 20 pontos na escala EAD-PSPT (Agostinho, 2011; Foa, 1995).
- 3- Cumprimento dos critérios A, B, C, D, E e F do DSM-IV para a PSPT.
- 4- Entrevista clínica (Foa, 2007) que confirme os dados e informações obtidos através de outras fontes de informação.

1.4.1. OBTENÇÃO DA AMOSTRA FINAL

Houve 58 inscrições, tendo comparecido à primeira avaliação 56 pessoas, das quais 50 satisfaziam critérios de inclusão. Os outros 6 casos seriam incluídos noutras categorias de diagnóstico clínico.

Das 50 pessoas que cumpriam critérios de inclusão para a PSPT, 2 desistiram durante a fase de tratamento, tendo o tratamento um total de 48 pessoas. Resultaram 17 participantes para o Grupo de Exposição Prolongada com Hipnose e 15 para o Grupo de Exposição Prolongada. Para além destes, 16 participantes fizeram parte do grupo de espera (Grupo de Controlo), que posteriormente ao período de espera foram divididos, de forma aleatória, pelos tratamentos activos (7 participaram posteriormente no grupo EP+H e 9 no grupo EP)⁸.

Como já foi referido em 1.4, os critérios de inclusão na investigação foram os definidos para a Perturbação de Stresse Pós-traumático no DSM-IV Tr, sendo que, para tal, foi utilizada a escala *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale*, de Edna Foa, por nós adaptada à população portuguesa, e cujos dados de validação se encontram mais adiante a partir da página 99 (Agostinho, 2011).

1.5. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO INICIAL E DUARANTE A FASE DE TRATAMENTO - apresentada na página seguinte

⁸ Este número deve-se ao facto de terem desistido 2 pessoas no grupo de tratamento EP.

PROCEDIMENTO METODOLÓGICO INICIAL E DURANTE A FASE DE TRATAMENTO

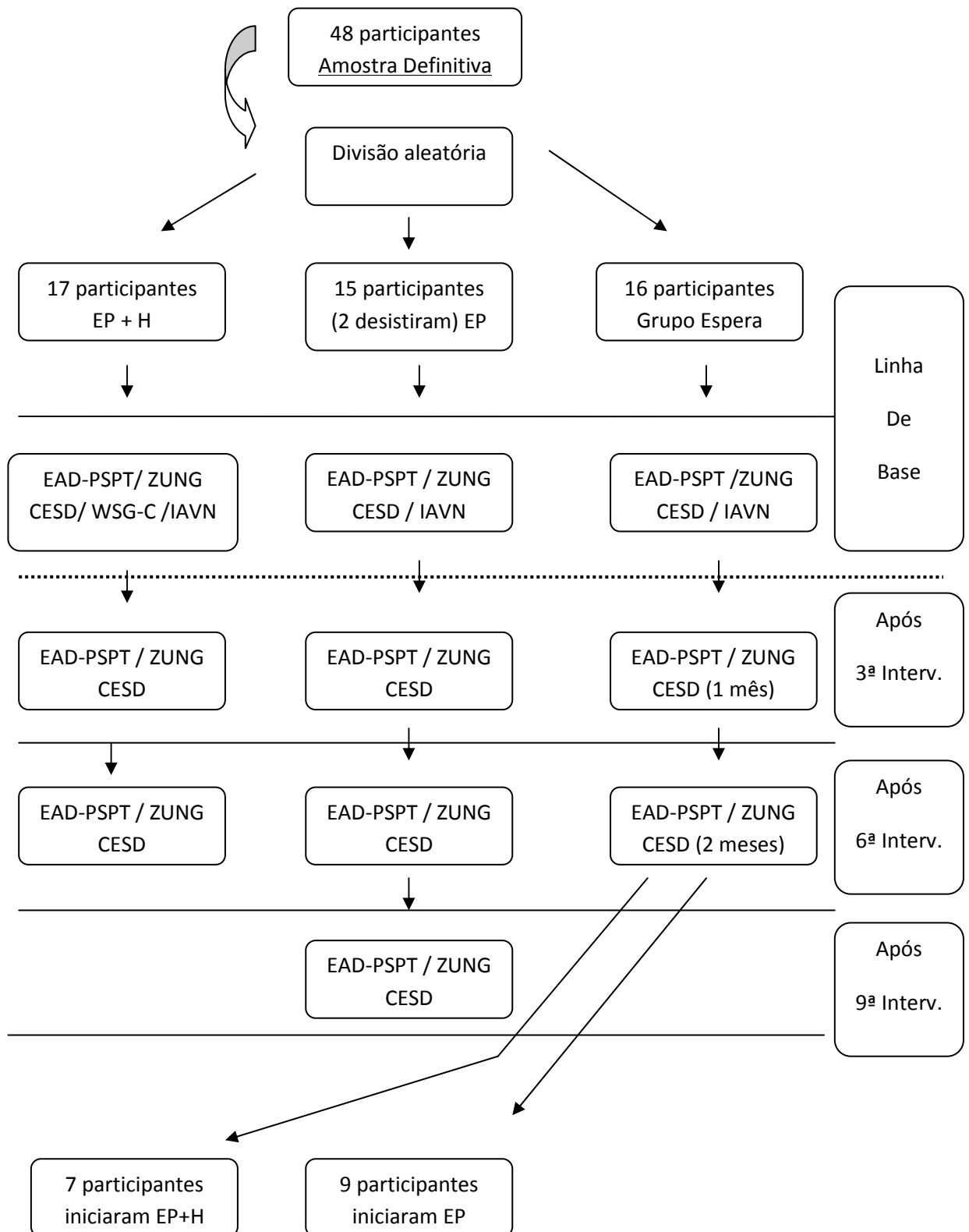


Fig.7. Descrição esquemática do procedimento metodológico: constituição dos grupos e a fase de tratamento

ÁREA DE INVESTIGAÇÃO	PSPT
PROBLEMA	EFICÁCIA E EFICIÊNCIA DO TRATAMENTO DE EXPOSIÇÃO PROLONGADA COM E SEM HIPNOSE
HIPÓTESE(S)	A UTILIZAÇÃO DA HIPNOSE AUMENTA A EFICIÊNCIA DO TRATAMENTO DE EXPOSIÇÃO PROLONGADA
EXPERIÊNCIA	COMPARAÇÃO DE MELHORIAS DE DOIS GRUPOS (COM E SEM HIPNOSE) E UM GRUPO DE CONTROLO
VARIÁVEL DE TRATAMENTO	EXPOSIÇÃO PROLONGADA & HIPNOSE
MEDIDAS	SINTOMATOLOGIA PÓS-TRAUMÁTICA ANSIEDADE DEPRESSÃO AVN – ACONTECIMENTOS DE VIDA NEGATIVOS SUGESTIONABILIDADE
PARTICIPANTES	GRUPOS HOMOGÊNEOS – PESSOAS COM PSPT (MEDIANTE CRITÉRIOS)
TEMPO	2 MESES DE CONTROLO (8 SEMANAS); 7 SEMANAS PARA E.P.+H. E 10 SEMANAS PARA E.P.
ANÁLISE ESTATÍSTICA	ANOVA COM MEDIDAS REPETIDAS E CÁLCULO DOS EFFECT SIZE, OMEGA SQUARED
DISCUSSÃO/CONCLUSÃO	SOBRE O AUMENTO DA EFICIÊNCIA COM HIPNOSE
CONTRIBUITO	AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA E EFICIÊNCIA DE DOIS TRATAMENTOS ACTIVOS E COMPARAÇÃO COM GRUPO DE CONTROLO

Quadro 2. Esquema metodológico da investigação – Resumo

1.6. ESTUDO(S) PILOTO

Alguns meses antes de iniciar o período terapêutico, propriamente dito, e ao longo de cerca de 12 meses, tivemos oportunidade de realizar algumas experiências com casos clínicos, por forma a aproximar a nossa ideia experimental com a realidade terapêutica e necessidades das pessoas com perturbações pós-traumáticas. No total, estudámos oito casos que envolveram a exposição prolongada e diferentes variantes e formatos de hipnose. Todos os parâmetros investigacionais foram tidos em conta, tendo estas “experiências” servido para identificar possíveis particularidades que, posteriormente foram tidas em linha de conta na fase de tratamento.

1.7. MÉTODOS DE RECOLHA DE DADOS

A recolha dos dados foi efectuada no início de cada sessão. Aos participantes era pedido que preenchessem os instrumentos conforme as instruções respectivas.

1.8. PROPOSTA DE ANÁLISE

Os dados recolhidos serão primeiramente analisados descritivamente, sendo os resultados empíricos analisados⁹, maioritariamente e inferencialmente através do teste estatístico One-Way ANOVA – Análise de Variância para Medidas Repetidas do SPSS (17.0), com apresentação das magnitudes do efeito (effect size) do tipo “Omega Squared” (Field, 2009).

1.9. ASPECTOS ÉTICOS

Todos os aspectos éticos característicos deste tipo de investigação foram tidos em conta, tanto ao nível da confidencialidade, ética terapêutica e consentimento informado da utilização das informações psicométricas e clínicas recolhidas.

⁹ A análise dos dados é explicada em detalhe na página 127.

2. PROCEDIMENTO DE TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DO INSTRUMENTO EAD-PSPT

NOTAS INTRODUTÓRIAS

A Validação da Escala *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale*, (Foa, 1995) – Escala de Avaliação e Diagnóstico da PSPT decorreu durante o ano de 2008 (Agostinho, 2011) e foi depois alargada e actualizada com os dados recolhidos durante a investigação experimental, já ao longo de 2010. Os dados que sustentam a sua utilização podem ser consultados em Agostinho 2011¹⁰.

A amostra válida no estudo original foi de 311 pessoas com idades compreendidas entre os 17 e os 83 anos, sendo 21,2% do sexo masculino e 78,8% do sexo feminino. O alfa de cronbach da escala obtido foi de 0.96 para totalidade da amostra, sendo de 0.83 para a amostra que cumpre os critérios de diagnóstico e de 0.87 para a amostra que, após análise, não cumpria os critérios de diagnóstico para a Perturbação de Stresse Pós-Traumático¹¹. A escala EAD-PSPT apresenta correlações significativas com os instrumentos clínicos Zung e Ces-D. A análise factorial com Rotação Varimax permitiu identificar 4 factores de aplicabilidade clínica. A escala EAD-PSPT apresenta boas características psicométricas de utilização, permitindo identificar casos clínicos de Perturbação de Stresse Pós-Traumático mediante os critérios de diagnóstico do DSM-IV (Adaptado de *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale*, Foa 1995).

2.1. VALIDAÇÃO DA ESCALA PDS PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA (AGOSTINHO, 2011)

A inexistência de uma escala devidamente aferida, cujas propriedades possam facilitar o diagnóstico da PSPT, levou-nos à tradução e validação para a população portuguesa de uma escala reconhecida internacionalmente. A escala PDS (Foa, 1995) foi a escala seleccionada por diversos motivos. Em primeiro lugar o facto da autora

¹⁰ Agostinho, M. A. (2011). Escala de Avaliação e Diagnóstico da PSPT - Estudo de Validação e normas de utilização. *Revista de Psicologia Militar*. Lisboa: Centro de Psicologia Aplicada do Exército, 21 (No prelo).

¹¹ Recordamos que neste grupo estão incluídos os sujeitos avaliados em 2008, aquando da primeira validação para a população portuguesa da escala.

desta escala (Edna B. Foa Ph.D, Universidade de Pennsylvania) ser uma das investigadoras que mais publicou e entrevistou na área do Stresse Pós-Traumático nas últimas duas décadas. Para além disso, a escala PDS - *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale* apresenta propriedades únicas, visto que a sua estrutura assenta, justamente, nos critérios de diagnóstico do DSM-IV (McCarthy, 2008). As suas características permitem um diagnóstico eficiente sendo a sua utilização e cotação de elevada praticabilidade clínica.

A Escala de Avaliação do Stresse Pós-Traumático PDS foi desenvolvida por Foa & colaboradores em 1993, tendo como finalidade diagnosticar a referida perturbação mediante os critérios definidos pelo DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). É um instrumento composto por 49 itens, que avalia a sintomatologia traumática resultante do evento considerado mais incómodo pelo(a) sujeito(a) avaliado(a). Todos os critérios do DSM-IV são avaliados ao longo da composição deste instrumento, havendo 17 itens que avaliam a intensidade e frequência dos sintomas que se inserem nos critérios B (Reexperienciar), C (Evitamento) e D (Ativação fisiológica). A Escala PDS foi utilizada com diversas populações, incluindo Veteranos de guerra, vítimas de acidentes, bem como sobreviventes de ataques tanto de cariz sexual como de violência, por exemplo, a resultante de tentativas de assalto. A escala pode ser administrada em 10-15 minutos. As propriedades psicométricas originais foram avaliadas num estudo com 264 participantes recrutados a partir de vários centros de tratamento da PSPT, bem como próximo de pessoas consideradas de alto risco para a condição de “trauma” (Foa et al., 1997). Os investigadores referem que existe uma elevada consistência interna para a totalidade da população ($\alpha = .92$) e para as subescalas (.78 e .84). A fiabilidade do teste-reteste é satisfatória (.77 e .85) para a totalidade da escala e grupo de avaliação de sintomas respectivamente. Em relação à validade, a escala PDS tem uma elevada correlação como a escala IES Intrusion (.80), Evitar (.66) e RAST (.81). Para além disto a escala evidenciou elevada sensibilidade (.89) e especificidade (.75) com elevados níveis de concordância de diagnóstico com SCID ($K=.65$ e concordância de 82%). Assim, e com base nestes dados, os autores recomendam a escala PDS para a avaliação e diagnóstico da PSPT (Pratt, Brief & Keane, 2006).

2.1.1. METODOLOGIA DO ESTUDO DE VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA

A primeira parte da amostra, que assentou numa população aleatória, foi obtida com a participação dos estudantes do curso de Psicologia da Faculdade de Psicologia e C.E. da Universidade de Coimbra, durante o ano de 2008. Os dados recolhidos foram recentemente ampliados com uma segunda amostra resultante de alguns dos dados recolhidos junto dos participantes da investigação.

2.1.2. QUALIDADES PSICOMÉTRICAS DA ESCALA

A consistência interna da EAD-PSPT é de boa qualidade, não havendo diferenças significativas entre o grupo que cumpre os critérios para a PSPT e o restante grupo que constitui a amostra. Alfa de Cronbach = 0.957 (totalidade da amostra); 0.826 (amostra que cumpre os critérios de diagnóstico para a PSPT); 0.869 (amostra que não cumpre os critérios de diagnóstico para a PSPT).

2.1.3. VALIDADE DE CONSTRUTO E VALIDADE CONVERGENTE

O instrumento EAD-PSPT encontra-se devidamente organizado tendo uma aparência clara e profissional. Os itens deste instrumento têm como base os critérios de diagnóstico do DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002) o que nos permite afirmar que é devidamente sustentado e tem uma elevada validade de construto.

No sentido de obter dados para a validade convergente, foram utilizados os instrumentos reconhecidos internacionalmente e por nós estudados anteriormente para a população portuguesa (Agostinho & Peralta, 2008), tendo sido feita a correlação com ZUNG e CES-D, instrumentos de cariz clínico, a qual se revelou elevada e significativa para o grupo que está indiciado cumprir os critérios para a PSPT (0,58 em Zung) e (0.64 com Cesd) ambos com $p < 0.01$.

2.1.4. ANÁLISE FACTORIAL

Realizamos uma análise factorial com Rotação Varimax, tendo um resultado para o Teste KMO de 0.95 (Boa qualidade) para a totalidade da amostra. (0,67 – cumpre os critérios / 0,84 – Não cumpre os critérios).

No estudo efectuado mediante o cumprimento, ou não, dos critérios de diagnóstico, obtivemos valores significativos em ambos os casos. Assim, a análise factorial com *Rotação Varimax* evidenciou primeiramente a presença de cinco factores distintos, embora tenhamos seleccionado os quatro factores que, segundo uma análise com aproximação à realidade clínica, e tendo por base os critérios do DSM IV (APA, 2000) obtiveram maior ponderação. Após adaptação evidenciaram-se as seguintes componentes:

- 1- Memórias intrusivas e tentativa de evitamento do acontecimento traumático.
Questões: 22,23,24,25,27,28,34
- 2- Impacto fisiológico do acontecimento traumático. Questões: 26,35,36,37,38
- 3- Impacto social e indice de desesperança. Questões: 30,31,32,33
- 4- Dissociação. Questão: 29

2.1.5. RE-TESTE

A consistência teste-reteste, 1 mês após o primeiro preenchimento do instrumento EAD-PSPT, foi efectuada para uma amostra válida de 44 pessoas. As pessoas foram instruídas de modo a completarem a escala sobre o mesmo incidente, tal como o primeiro preenchimento. Deste modo, a correlação reteste a 1 mês foi de 0.73 $p < 0,01$ (N=44).

2.1.6. OBTENÇÃO DA LINHA DE CORTE PARA A EAD-PSPT

O valor médio da gravidade dos sintomas para pessoas que cumprem os critérios é de 32,3 com um desvio padrão de 7,9. Este valor aponta-nos para uma pontuação próxima de 24 pontos como “referência” segura para as pessoas que cumprem os critérios. Consideramos contudo, que o valor 20 pontos seja na verdade mais próximo da realidade clínica, conforme explicaremos mais adiante.

No caso das pessoas que não cumprem o diagnóstico, apresentam um valor médio de 4,8 com desvio padrão de 5,5, sendo 11 pontos, portanto, um valor dentro dos parâmetros normais. Assim 24 pontos corresponde seguramente a um valor dentro dos parâmetros clínicos de PSPT e 10 pontos seguramente um valor dentro dos valores normais para a população comum. Com a linha de corte a partir de 22 pontos, há uma correspondência de 91,9% da amostra que cumpre os critérios. Assim, considera-se que este valor pode servir de referência para a utilização da escala em contextos de avaliação clínica. Parece-nos no entanto que todas as pontuações acima dos 20 pontos (concordância de 98,4% da amostra que cumpre os critérios) terão seguramente um significado clínico no contexto da PSPT.

A severidade dos sintomas enunciada por Foa & al. (1993) pode ser enquadrada nas categorias descritas de seguida, sendo compatíveis com os resultados obtidos no nosso estudo:

Distribuição e significado clínico das pontuações obtidas:

≤ 10 baixo

≥ 11 and ≤ 20 moderado

≥ 21 and ≤ 35 moderado a severo (com possibilidade de diagnóstico)

≥ 36 severo

2.1.7. PRINCIPAIS NORMAS DE UTILIZAÇÃO

A Escala de Avaliação e Diagnóstico da Perturbação de Stresse Pós-Traumático é uma escala de 49 itens que permite facilitar o estabelecimento do diagnóstico da Perturbação de Stresse Pós-Traumática (PSPT). Esta escala é baseada no DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) baseando-se nos seus critérios de diagnóstico para a perturbação referida. O seu preenchimento total é 10-15 minutos. A a sua cotação demora cerca de 5 minutos.

A escala EAD-PSPT (como instrumento de auto-registo) foi criada para facilitar o diagnóstico da Perturbação de Stresse Pós-Traumático, fornecendo uma medida que permite quantificar a severidade dos sintomas. Este instrumento não representa a substituição da entrevista estruturada de diagnóstico (Doll, 1999).

A escala EAD-PSPT foi validada para uma população portuguesa entre os 17 e os 83 anos, e pensamos que os dados que dela se obtenham permitam elaborar pareceres clínicos para pessoas dentro desta margem etária. A avaliação e diagnóstico de crianças e adolescentes com idades inferiores a 17 anos deverão seguir critérios apropriados para esta faixa etária. Assim, este instrumento não está formatado para ser administrado às crianças, dado que os critérios que definem esta perturbação no DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002) em crianças não estão representados.

A escala EAD-PSPT permite, portanto, estabelecer um julgamento de inclusão ou exclusão sobre os seis critérios para a PSPT, o nível de gravidade e a severidade dos sintomas apresentados.

Na parte 1, a pessoa responde a questões relacionadas com a experiência directa ou vicariante de uma lista de acontecimentos potencialmente traumáticos. Esta parte corresponde ao critério A do DSM-IV para a PSPT.

Na parte 2, são colocadas questões sobre o impacto emocional dos acontecimentos anteriormente referidos, bem como uma breve descrição do acontecimento mais perturbador. O item 15 refere-se à distância temporal em que o evento ocorreu (corresponde ainda ao critério A do DSM-IV). Neste ponto os sujeitos respondem a questões sobre eventuais lesões e danos físicos sofridos na experiência traumática, bem como se a sua vida ou outra esteve em algum momento em perigo.

Na parte 3 são avaliados os sintomas correspondentes aos critérios B a D. Assim, o item 22 questiona sobre o re-experienciar de memórias intrusivas sobre o evento traumático. O item 23 questiona sobre a ocorrência de sonhos perturbadores sobre o evento experienciado. O item 24 questiona se a pessoa age ou se sente como se o acontecimento traumático se estivesse a repetir. Os itens 25 e 26 questionam se a pessoa experiencia stresse ou sintomas de activação quando expostas a ocorrência semelhantes ou que simbolizem um aspecto do acontecimento traumático. Os itens 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, questionam sobre o eventual evitamento ou fuga de eventos que possam estar relacionados com o evento traumático. Os itens 34, 35, 36, 37, 38, questionam a presença de sintomas de activação que não estariam presentes antes do trauma. Os itens 39 e 40 reportam à duração dos sintomas (critério E). Trata-se de Perturbação de Stresse Agudo (PSA): Quando os sintomas estão presentes por um periodo inferior a três meses. Será denominado de PSPT Crónico quando os sintomas têm uma duração de três meses ou mais. Os sintomas são diferidos quando os sintomas ocorridos surgem pelo menos seis meses depois do evento traumático. A parte 4 avalia o impacto do trauma no funcionamento global.

2.1.8. RESUMO DAS NORMAS DE COTAÇÃO (ADAPTADO DE FOA, 1995)

A utilização clínica da EAD-PSPT requer o conhecimento de algumas normas que apresentamos de seguida.

A pessoa avaliada no contexto da PSPT deverá ter experienciado, testemunhado ou ter sido confrontada com acontecimentos traumáticos, que ocorreram pelo menos um mês antes da escala ser administrada (no caso de estudo epidemiológicos, esta condição não é exigida).

A EAD-PSPT demora cerca de 10 minutos a ser cotada manualmente. O diagnóstico da PSPT apenas é considerado no caso do cumprimento dos seis critérios do DSM-IV. Se um ou mais critérios não forem identificados, então o diagnóstico não pode ser estabelecido. Nos casos em que o critério não pode ser avaliado por omissão de dados por parte do consulente, o diagnóstico fica pendente para nova avaliação bem como entrevista.

A severidade dos sintomas varia entre 0 e 51 pontos, obtidos a partir do somatório das respostas obtidas aos itens 22 a 38. Cada item inquirir a frequência sobre a qual determinado item tem perturbado a pessoa naquele mês (em primeira avaliação) ou na semana anterior. A cotação dos itens é descrita de seguida:

0 = Nunca ou apenas uma vez

1 = Uma vez por semana ou menos / De vez em quando

2 = 2 a 4 vezes por semana / metade do tempo

3 = 5 vezes por semana / Quase sempre

Após a avaliação psicométrica consideramos que todas as pontuações acima de 20 pontos indicam seguramente problemas emocionais associados a uma experiência traumática, embora o diagnóstico da perturbação deva ser analisado mediante os critérios do DSM-IV, dado que poderão ocorrer pontualmente situações cujas pontuação moderadas não correspondam ao diagnóstico devido a um ou mais critérios.

2.1.9. CONCLUSÕES

O instrumento EAD-PSPT demonstra ser eficaz na identificação de casos clínicos associados ao diagnóstico e à presença de sintomatologia própria da PSPT. Como instrumento de diagnóstico, a utilização deste requer contudo o recurso a uma entrevista clínica direccionada para este fim. A EAD-PSPT é um instrumento de auto-avaliação, que não se apoia em escalas de detecção de “mentira”, como questões invertidas, sendo assim possível condicionar os resultados finais de uma forma intencional. Considera-se contudo que a sua utilização e validade é suportada pelo contexto e propósito de cada utilização, bem pela idoneidade do profissional que a utiliza, dado que como qualquer outro instrumento deverá ser cautelosamente utilizado e interpretado.

Os estudos exploratórios anteriormente efectuados sobre as características psicométricas da escala original PDS revelaram alguns aspectos que comprometem a sua generalização (Foa, 1995). Assim, procuramos na medida do possível estendê-lo à população em geral, bem como aos grupos com maiores incidência de experiências

traumáticas, por forma a ser possível estabelecer as devidas comparações sobre um suporte empírico.

No nosso caso, e dado tratar-se de um primeiro estudo de validação para a população portuguesa, tentámos na medida do possível estudar a população comum (estudantes do ensino superior), e posteriormente ampliando a amostra com dados obtidos a partir de um estudo sobre a eficiência do tratamento da PSPT, realçando que todos os esforços realizados no sentido de estudar grupos de risco mais específicos foram efectuados. Sugerem-se novas investigações que possam dar continuidade a este primeiro estudo de validação (Agostinho, 2011).

2.2. INSTRUMENTOS – ESTUDOS DE FIABILIDADE E VALIDADE

2.2.1. ESCALA DE AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS DE ANSIEDADE – ZUNG

A escala de ansiedade de Zung ou “*Self-rating Anxiety Scale*” é um instrumento bastante utilizado em termos internacionais para avaliação da ansiedade-estado, sendo igualmente utilizado em Portugal. Os estudos das suas qualidades psicométricas e respectiva validação devem-se a Ponciano & al. (1981) e Vaz Serra & al. (1982) (cit. por Pires, 2002), bem como estudos comparativos posteriores (Agostinho, 2005; Agostinho & Peralta, 2008). Esta escala é composta por 20 itens, sendo que a pontuação dos mesmos varia entre os 1 e 4 pontos, em função do nível de ansiedade. A escala de Zung discrimina bem uma população normal de uma população ansiosa, sendo que valores acima dos 40 pontos correspondem a manifestações seguras de ansiedade. A escala de Zung apresentou uma correlação com a escala de Hamilton (Hamilton Anxiety Rating Scale), de 0,78 para 41 indivíduos com $p < 0,01$ (Pires 2002). Outros dados referentes a esta escala podem ser vistos em Pires & Agostinho, (2007).

2.2.2. ESCALA DE AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS DE DEPRESSÃO – CES-D

A escala CES-D (“The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale”) criada por Radloff, (1977 cit. por Anthony & Barlow, 2002), constitui um óptimo instrumento de avaliação da depressão para a população em geral. É composta por 20 itens que se referem à frequência dos sintomas durante a última semana antes da avaliação.

A pontuação dos itens varia entre os 0 e os 3 pontos, sendo que os resultados podem variar entre os 0 e os 60 pontos. A pontuação igual ou superior a 16 é considerada como a existência de sintomatologia depressiva significativa (Anthony & Barlow, 2002). Contudo, a nossa experiência clínica e outros estudos efectuados (Pires & Agostinho, 2007) revelam a pontuação 20 pontos como mais segura em termos de definição de sintomatologia depressiva significativa, pelo menos em Portugal.

Em termos psicométricos esta escala apresenta uma boa consistência interna 0,90 e 0,80 para pacientes e não pacientes respectivamente (Radloff 1977, cit. por Anthony & Barlow, 2002; Fagulha & Gonçalves, 2000), O coeficiente alfa de consistência interna foi obtido numa série de estudos sobre amostras da população normal (com a participação de mais de 3800 sujeitos) (Fagulha & Gonçalves, 2000). A correlação teste-reteste com um intervalo de 6 meses atingiu um valor de 0,54, valor considerado adequado, dado que a escala pretende avaliar a situação actual. As correlações com outras escalas de avaliação foram bastante elevadas. Em particular, a correlação com os resultados do Inventário de Depressão de Beck, num grupo de pacientes deprimidos recuperados, foi de 0,81 (Berndt, 1990, cit. por Fagulha & Gonçalves, 2000), sendo que os resultados de um primeiro estudo da versão portuguesa desta escala com uma amostra de estudantes universitários (N=204), demonstrou uma boa consistência interna ($\alpha = 0,92$) (Fagulha & Gonçalves, 2000).

A escala CES-D engloba quatro dimensões principais, em termos de análise factorial, que são a disforia, o bem-estar, as queixas somáticas e as dificuldades interpessoais (Radloff, 1977; Hertzog, Van Alstine, Usala, Hultsch, & Dixon, 1990; Knight, Williams, McGee, & Olaman, 1977; Zich, Attkinsson, & Greenfield, 1990; cit. por Anthony & Barlow, 2002).

2.2.3. INVENTÁRIO DE ACONTECIMENTOS DE VIDA NEGATIVOS - IAVN

O IAVN é um instrumento de auto-resposta e destina-se a ser aplicado a pessoas com mais de 18 anos, com ou sem condição clínica. A administração do Inventário pode ser individual ou colectiva. O tempo de preenchimento oscila entre os 7 e os 10 minutos. A correlação teste-reteste encontrada oscilou entre 0,38 e 0,98 conforme os itens. O Alfa de Cronbach para o total do Inventário foi de 0,893. Tanto o Coeficiente de Gutman, como o Split-Half mostraram resultados muito superiores ao esperado para instrumentos deste tipo (Cruz, 2008).

<i>Índices</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>
Índice Global (freq. x impacto)	1,31	1,64
Índice de Presença (nº de acontecimentos com frequência superior a 0)	6,84	4,81
Índice de Severidade (freq. x impacto, dos acontecimentos com frequência superior a 0)	4,85	3,07

Tabela 2. Valores médios e desvio-padrão do Investário de Acontecimentos de Vida Negativos (Cruz, 2008).

2.2.4. ESCALA DE SUSCEPTIBILIDADE DE WATERLOO-STANFORD

GROUP – C (WSGC)

Hilgard & Weitzenhoffer (1959; cit. por Melikian & Carvalho, 2009), foram os criadores da Escala de Susceptibilidade Hipnótica, formatos A e B (SHSS: A / SHSS: B). Mais tarde, após algumas transformações o mesmo instrumento chegou a uma nova versão, C (SHSS:C) (Weitzenhoffer & Hilgard, 1962; cit. por Yapko, 1995), que posteriormente viria a ser substituída pela “Waterloo-Stanford Group C (WSGC) hypnotic susceptibility scale” (Bowers, 1993).

Este instrumento foi adaptado à população portuguesa, contando para tal com uma amostra de 625 estudantes universitários voluntários, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 17 e os 49 anos (Carvalho et al., 2008). A versão portuguesa da WSGC apresenta boas qualidades psicométricas, podendo assim ser utilizada pelos investigadores que pretendam avaliar a sugestionabilidade de grupos (Carvalho et al., 2006).

A WSGC é inicialmente composta por uma indução hipnótica à qual se seguem 12 sugestões hipnóticas (cuja pontuação varia entre 0 e 1) que permitem avaliar a

sugestionabilidade. A pontuação final obtida a partir deste instrumento pode variar entre 0 pontos, que corresponde a uma sugestionabilidade muito baixa e 12 pontos, correspondentes a uma sugestionabilidade muito elevada. A consistência interna calculada através do coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,62 na amostra portuguesa, registando uma pontuação média de 5,47 ($dp = 2,3$) (Carvalho et al., 2006).

3. A INTEGRAÇÃO PSICOLÓGICA DA HIPNOSE NO CONTEXTO DA PERTURBAÇÃO DE STRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

Passaremos de seguida a apresentar a elaboração de um novo protocolo terapêutico para a PSPT, com base no reconhecido Modelo de Exposição Prolongada de Edna Foa (PhD). Primeiramente apresentamos uma síntese do Modelo de Foa (Foa, et al., 2007), e de seguida as alterações por nós efectuadas ao Modelo, com o intuito de incrementar a sua eficiência. Tentámos, na medida do possível, justificar tais alterações tendo em conta a perspectiva clínica, mas também investigacional a que nos propomos. A base do nosso estudo e implementação prática advém da obra: “Prolongued Exposure Therapy for PTSD – Emotional Processing of Traumatic Experiences” – de Edna Foa, Elizabeth A. Hembree & Barbara O. Rothbaum (2007), que apresenta e descreve em detalhe o Protocolo Terapêutico tal como está empiricamente validado.

3.1. APRESENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE EXPOSIÇÃO PROLONGADA NA NOSSA INVESTIGAÇÃO

Linha de Base – A linha de base consiste na avaliação clínica, e da qual foram obtidos os dados para a inclusão ou exclusão dos participantes, bem como os elementos referidos nos resultados como momento 1.

Recepção do participante e recolha de informações pessoais a partir do Modelo de entrevista clínica de Foa (Foa, 2007).

Aplicação dos seguintes instrumentos de avaliação clínica:

- Escala de Avaliação e Diagnóstico da Perturbação de Stresse Pós-Traumático - PDS
- Escala de Avaliação dos sintomas de Ansiedade - ZUNG
- Escala de Avaliação dos sintomas de Depressão - CESD
- Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos - IAVN

3.1.1. SESSÃO 1

Tópicos

Entrevista sobre trauma¹²

Racional do tratamento

Treino respiratório

Tarefas para casa (Treino respiratório e leitura)

Treino respiratório de 10 min. 3x dia

Apresentação do racional do tratamento no livro de apoio fornecido

Resumo da sessão 1

Na primeira sessão de intervenção com os participantes, os participantes são informados dos resultados obtidos na avaliação clínica realizada na linha de base. Após esta apresentação, segue-se uma exploração do racional sobre “Exposição Prolongada”, no qual é abordado o formato do tratamento. É explicado ao participante que as consultas serão semanais, com uma duração de 9 a 10 semanas, havendo necessidade de avaliar em diversos momentos a sintomatologia clínica. É dito ao participante que o tratamento irá sobretudo focar-se nos medos associados à situação traumática, e que lhe serão dadas as explicações necessárias à medida que o tratamento for evoluindo. O primeiro tópico discutido é o “Evitamento” face às memórias e sentimentos em torno da situação traumática, o qual surge como primeiro elemento “justificativo” da instalação e manutenção da desordem. São também explorados os conceitos de “Exposição imaginada” e “Exposição ao vivo”, que virão a ser pontos muito importantes nas fases de tratamento seguintes. É dado tempo à pessoa para que possa falar e esclarecer as suas questões, antes de serem abordadas as primeiras indicações sobre “treino respiratório”, cujos exercícios têm uma duração até cerca de 10 minutos. Após tudo isto é pedido ao participante que exercite o treino respiratório em casa (3 vezes ao dia) e que se possível, leia o livro de apoio fornecido.

¹² A entrevista pode ser consultada em anexo na página 197.

3.1.2. SESSÃO 2

Revisão do trabalho de casa (5´)

Apresentar a sessão (3´)

Educação com o consulente sobre reacções comuns ao trauma (25´a 30´)

Discussão sobre o racional da exposição ao vivo (evitamentos) (10´)

Introdução das Unidades subjectivas de Desconforto (monitorização) (5´)

Construção da hierarquia de dessensibilização (20´)

Tpc

Treino respiratório

Pedir para ler reacções comuns ao trauma (workbook)

Pedir para rever a Hierarquia de Exposição ao Vivo e acrescentar

Instruções para iniciar com exposição ao vivo as situações evitadas anteriormente

Resumo da sessão 2

A sessão nº 2 tem início com uma discussão conjunta e breve análise dos exercícios recomendados para casa. De seguida, é apresentada a sessão, que terá como componentes a educação sobre reacções comuns ao trauma, a importância da “exposição ao vivo”, e a introdução às unidades subjectivas de desconforto. Com a ajuda do participante, é construída uma “hierarquia” pessoal de locais, situações e comportamentos que possam servir de objectivos a atingir na dessensibilização ao vivo. Entende-se que qualquer estímulo ansiogénico em que não seja passível de realizar exposição ao vivo, poderá constituir elemento de exposição imaginada. Nas tarefas para casa, o participante deverá rever as informações fornecidas na consulta, e iniciar o seu processo de exposição ao vivo para os itens menos ansiogénicos, a par da realização dos exercícios respiratórios.

3.1.3. SESSÃO 3

Revisão do trabalho de casa (5´)

Apresentação da sessão (3´)

Apresentação do racional para Exposição Imaginada (10-15´)

Condução da Exposição Imaginada (45´a 60´)

Processamento da Exposição Imaginada (15´a 20´)

Tpc

Resumo da sessão 3

O início da consulta é semelhante à anterior, dando-se neste dia particular ênfase à apresentação do racional para a exposição imaginada, que servirá como elemento central da Exposição Prolongada. Depois de esclarecidas as dúvidas sobre este processo é dado início à “exposição imaginada” propriamente dita. Na primeira abordagem o participante é convidado a falar sobre o acontecimento traumático (ainda que sem grandes pormenores) desde o seu início até ao fim. São especialmente importantes os reforços, encorajamentos e orientações que ajudem a pessoa a permanecer calma. Em momentos cuja ansiedade sofra um aumento significativo, é possível “travar” o progresso de exposição voltando aos exercícios respiratórios e às instruções “chave” como por exemplo: “Os pensamentos não são “reais”, e não lhe podem fazer mal”. O processo de exposição deve seguir a um ritmo pessoal e deverá reiniciar quando o episódio atingir o final da sua narração, retomando desde o início e aumentando a solicitação dos pormenores, bem como das emoções sentidas até perfazer o tempo determinado (45 minutos).

3.1.4. SESSÃO 4 A 9 OU MAIS

Revisão do trabalho de casa (5´)

Apresentação da sessão (3´)

Condução da Exposição Imaginada e aproximação aos “hot-spots”(30-45´)¹³

Processamento da Exposição Imaginada (15´a 20´)

Tpc

Sessão Final (9ª)

Revisão do trabalho de casa (5´)

Apresentar a sessão (3´)

Condução da Exposição Imaginada (20-30´)

Sugestões de continuidade

Término

Resumo das sessões 4 a 9

O elemento principal que antecede a exposição prolongada continua a ser a revisão das tarefas de casa, e a apresentação da sessão. São discutidas as dificuldades, os progressos, para além da monitorização da sintomatologia clínica efectuadas após a 3ª, 6ª e 9ª sessão de intervenção. A partir da 4ª sessão o processo de exposição imaginada é muito semelhante às semanas anteriores, embora seja importante focar a maior parte do trabalho nos chamados “hot spots” que são na realidade os momentos mais difíceis de recordar pela sua resposta emocional associada. Espera-se que próximo da 9ª sessão as dificuldades nos momentos de exposição sejam “reduzidas” e que, a sintomatologia de ansiedade e depressão acompanhe a evolução do processo de exposição e redução da sintomatologia pós-traumática. A última sessão (9ª) ou seguintes no casos que justifique, deverá ser idêntica às anteriores, embora o processo

¹³ A Componente “audiotape” gravação e audição da sessão de exposição prolongada não foi concretizada no nosso protocolo investigacional por pensarmos que é um procedimento difícil de controlar enquanto variável experimental, visto ser um exercício a praticar em casa. Deste modo teremos apenas em conta o que é feito em consulta. O “TPC” consiste nas sugestões que são fornecidas igualmente para todos os participantes

de exposição seja mais curto. São também dadas indicações sobre como proceder daquele momento em diante.

3.2. MODELO DE EXPOSIÇÃO PROLONGADA COM A INCLUSÃO DA HIPNOSE

Linha de Base - (2 momentos em dias próximos dado que foi administrada a escala Waterloo-Stanford Group C (Carvalho et al., 2006) para este grupo para além dos outros instrumentos clínicos mencionados).

A linha de base consiste na primeira consulta que tem como propósito a avaliação clínica, e da qual foram obtidos os dados para a inclusão ou exclusão dos participantes, bem como os elementos referidos nos resultados como momento 1.

Recepção do participante e recolha de informações pessoais a partir do Modelo de entrevista de Foa (Foa, 2007).

Aplicação dos seguintes instrumentos de avaliação clínica:

- Escala de Avaliação e Diagnóstico da Perturbação de Stress Pós-Traumático – EADPSPT (Agostinho, 2011).
- Escala de Avaliação dos sintomas de Ansiedade – ZUNG - Self Rating Anxiety Scale (Ponciano & al., 1981; Vaz Serra & al., 1982 cit. por Pires, 2002).
- Escala de Avaliação dos sintomas de Depressão – CESD - Center for Epidemiologic Study of Depression (Radloff 1977, cit. por Anthony & Barlow, 2002; Fagulha & Gonçalves, 2000; Pires & Agostinho, 2007).
- Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos – IAVN (Cruz, 2008).
- Escala de Sugestionabilidade de Waterloo-Stanford (Carvalho et al., 2006).

3.2.1. SESSÃO 1

Racional do tratamento

Entrevista de Trauma

Treino respiratório

Tpc

Treino respiratório de 10 min. 3x dia

Resumo da sessão 1

Na primeira sessão de intervenção os participantes, os participantes são informados dos resultados obtidos na avaliação clínica realizada linha de base. É explicado ao participante que as consultas serão semanais, com uma duração necessária até melhoria e sensação de autonomia, havendo necessidade de avaliar em diversos momentos a sintomatologia clínica. É dito ao participante que o tratamento irá sobretudo focar-se nos medos associados à situação traumática, e que lhe serão dadas as explicações necessárias à medida que o tratamento for evoluindo. O primeiro tópico discutido é o “Evitamento” face às memórias e sentimentos em torno da situação traumática, o qual surge como primeiro elemento “justificativo” da instalação e manutenção da desordem. São abordadas as primeiras indicações sobre “treino respiratório”, cujos exercícios têm uma repetição até cerca de 10 minutos. Após tudo isto é pedido ao participante que exercite o treino respiratório em casa (3 vezes ao dia) e que, se possível, leia o livro de apoio fornecido.

3.2.2. SESSÃO 2

Revisão do trabalho de casa (5´)

Educação com o consulente sobre reacções comuns ao trauma (5´ a 10´)

Exercício de Hipnose e primeira abordagem à exposição

Tpc

Treino de auto-hipnose e relaxamento

Resumo da sessão 2

A sessão nº 2 tem início com uma discussão conjunta e breve análise dos exercícios recomendados para casa. Depois disto, é apresentada a sessão (embora sem grande detalhe para manter o efeito de surpresa), que terá como componentes a educação sobre reacções comuns ao trauma, e os exercícios de hipnose conforme descrito em pormenor no modelo da pág. 121.

Nas tarefas para casa, o participante deverá rever as informações fornecidas em consulta, e iniciar os exercícios de *auto-hipnose* e relaxamento.

3.2.3. SESSÃO 3 A 6

Revisão do trabalho de casa (5´)

Exposição Imaginada com Hipnose após sequência de exercícios (30´ a 40´)

Tpc

Sessão Final

Revisão do trabalho de casa (5´)

Sugestões de continuidade

Término

O elemento principal que antecede a exposição prolongada com hipnose continua a ser a revisão das tarefas de casa. São discutidas as dificuldades, os progressos, para além da monitorização da sintomatologia clínica efectuadas após a 3ª, 6ª sessão de tratamento.

Contrariamente ao que sucedia no protocolo de exposição prolongada, neste, com hipnose, procuramos desde a primeira abordagem focar a exposição aos episódios mais significativos, mais ansiogénicos e mais penosos, concentrando os esforços de narração por parte dos participantes nos domínios mais sensíveis do acontecimento traumático. Estes conteúdos, tal como na abordagem sem hipnose, são depois repetidos até perfazer os 30 minutos de exposição.

A última sessão (6ª mediante o protocolo), ou seguintes nos casos em que se justifique, deverá ser idêntica às anteriores, embora o processo de exposição seja mais curto. São também dadas indicações sobre como proceder daquele momento em diante.

3.2.4. SESSÕES DE EXPOSIÇÃO PROLONGADA COM HIPNOSE

(Procedimento hipnótico¹⁴ baseado no MCIPH de Pires & Ludeña, 2009)

1ª Sessão com hipnose

1- Vou pedir-lhe que fixe com os seus olhos o ponto que está na parede, e que, de seguida feche o olhos. Muito bem, deixe-se estar.

Pode abrir os olhos, sentiu alguma coisa no corpo?

(Ir para trás da pessoa...) Muito bem, agora deixe-se caír para trás... outra vez... outra vez... ok. “Como vê consigo segurá-lo”.

2- Vou novamente pedir-lhe que fixe com os seus olhos o ponto que está na parede, e que, de seguida feche o olhos. Muito bem, note que o corpo está a querer balançar... para os lados... para a frente e para trás...

3- *(Ir para trás da pessoa... e dizer)* Muito bem, agora vou para trás de si, e vou colocar as minhas mãos junto das suas costas, e vou pedir-lhe que imagine que as minhas mãos são dois ímans muito fortes que puxam o seu corpo para trás... pense nisso.. fazendo-a caír...

Pedir para sentar...

4- Muito bem, vou pedir-lhe que coloque os dois braços para a frente, com as mãos viradas uma para a outra, e que imagine que as suas mãos são dois imáns que se atraem com muita força... concentre-se nisso.

5- Muito bem, vou agora pedir-lhe que coloque novamente os braços para a frente, um com a mão virada para cima, e outro com a mão virada para baixo e que imagine que na sua mão direita tem um cordel atado ao seu pulso em cuja extremidade está um balão cheio de hélio que puxa o seu pulso e mão direitos para cima, e que na sua mão esquerda tem um dicionário, um livro ou uma enciclopédia muito, muito pesada que empurra a sua mão e braço para baixo...

¹⁴ Consideramos que é possível concretizar devidamente um procedimento hipnótico sem recurso à palavra “hipnose”, e que os métodos de indução são por si determinantes.

6- Muito bem, daqui a pouco quando lhe disser, vou puxar o seu pulso para cima... e vou pedir-lhe que sinta o movimento do braço a subir.. simplesmente isso.. que sinta o braço a subir... Muito bem... vou agora pedir-lhe que relaxe a sua respiração, que sinta os pés bem assentes no chão, que sinta as pálpebras muito pesadas, e que ouça os sons à sua volta, incluindo a minha voz... muito bem... sinta o braço a subir...

(Realizar o exercício) Levantar pausadamente com pequenos movimentos sacádicos o braço para cima... repetir três vezes.

Muito bem... vou agora pedir-lhe relaxe a sua respiração, que sinta os pés bem assentes no chão, que sinta as pálpebras dos olhos muito pesadas, e que ouça os sons à sua volta, incluindo a minha voz... muito bem... enquanto isso, imagine que o seu braço está a ser puxado para cima... e o braço está a subir... repare... muito bem...

Muito bem... e à medida que isso vai acontecendo, repare nalgumas mudanças que poderão ocorrer...

Permita-lhe chamar-lhe a atenção para o seguinte: todos nós temos uma parte consciente e uma parte inconsciente. Hoje vai começar a aprender alguma coisa sobre a sua parte inconsciente.

Assim, deixe-se simplesmente ir... Está lentamente a cair dentro de si... conte de forma regressiva: 6 – 5 – 4 – 3 – 2 – 1... embora possa eventualmente deixar de ouvir-me em algum momento, há uma parte de si que continuará a ouvir-me muito bem... Ouça a sua respiração (3x) imagine que a cada expiração desce um degrau para dentro de si.. cada vez mais profundo.. está a cair dentro de si... sente-se bem... muito bem..

Encontra-se neste momento mais próximo da sua mente inconsciente... onde as coisas apenas são... apenas acontecem... e sente-se muito confortável assim... seguro... em paz...

Vou pedir-lhe que se concentre num momento do passado em que se tenha sentido particularmente corajoso, determinado, persistente... (poderá ser um momento da sua juventude)... pense nisso... quando estiver a recordar faça-me um pequeno sinal com a cabeça... Muito bem, deixe que a sua mente se deixe invadir por essas emoções... sinta isso... lembre também todas as capacidades que colocava em prática no dia-a-dia... de inteligência, de prontidão, de comunicação e participação, sinta essas emoções e

visualise as imagens desses momentos... concentre-se..e repare como é agradável sentir-se assim...

Muito bem, vou agora pedir-lhe que se concentre nos momentos que identificamos como difíceis de recordar... *os momentos que passou na guerra¹⁵ (ou outro acontecimento traumático)* vou então pedir-lhe que viaje no tempo até esses momentos e que inicie uma descrição pormenorizada de tudo o que está a acontecer... irá sentir-se particularmente corajoso e determinado ao longo deste percurso... e no final... todas as memórias farão parte das memórias que já não incomodam... poderá assim descansar... Dentro de momentos vou pedir-lhe que fale sobre o que se passou (na guerra... ou outro acontecimento traumático) e será capaz de o fazer sem mover qualquer outra parte do corpo a não ser as necessárias para falar. Irá continuar a sentir os pés agarrados ao chão, o corpo imóvel, excluindo as partes necessárias para falar. Muito bem, pode começar, diga-me o que está a acontecer...

Muito bem foi um ótimo trabalho, a partir de agora as coisas que deseja que sejam diferentes poderão tornar-se realmente diferentes... essas mudanças acontecerão por dentro, poderão muito acentuadas e súbitas ou graduais e subtis... irá dormir melhor, sentir-se mais calmo e conseguirá conviver em paz com as suas memórias... poderá finalmente sentir-se bem junto dos outros... ter uma vida mais e mais satisfatória...

(Recomeçar o processo de exposição até perfazer um tempo de 15 a 30 ´ consoante a sessão).

Muito bem vou então pedir-lhe que mais uma vez viaje no tempo até aos “momentos” que identificámos, e que inicie uma descrição pormenorizada de tudo o que está a acontecer... irá sentir-se particularmente corajoso e determinado ao longo deste percurso... e no final... todas as memórias farão parte das memórias que já não incomodam... poderá assim descansar...

Muito bem vou agora pedir-lhe que viaje novamente no tempo, desta vez, para um tempo futuro... peço-lhe que se imagine daqui a seis meses e que se veja “preenchido” de sentimentos de calma... paz... segurança.... Está especialmente orgulhoso de si e consegue dar um valor especial à sua vida, aos outros, e a tudo o que o rodeia... imagine que está a caminhar com convicção num local que conhece muito

¹⁵ Fazer referência ao momento traumático consoante a natureza do trauma

bem... está determinado, seguro e contente.. Sente-se motivado para fazer coisas... muitas coisas... veja o seu rosto a sorrir e sinta-se bem...Regresso com contagem.

2ª Sessão com hipnose

Idêntico com a exclusão dos exercícios de 1 a 4

Na segunda sessão do protocolo de E.P.+ H., o participante é convidado a iniciar os exercícios de exposição seguindo o mesmo procedimento da sessão anterior, isto é, após ter começado com breves exercícios de mobilização para hipnose. Após breves sugestões de relaxamento respiratório (apenas para focar a atenção nos exercícios seguintes) são retomados os procedimentos e exercícios na posição de sentado (para maior conforto ao longo da exposição), seguindo-se os exercícios já descritos.

3.2.5. REACÇÕES MAIS COMUNS, DIFICULDADES E PORMENORES

Algumas das reacções mais comuns ao processo foram a sensação de corpo pesado, e peso na cabeça (zona frontal). Outras reacções foram o espanto por ser capaz de revivenciar com exactidão momentos passados, com detalhes, bem como uma variação entre os sentimentos de calma e medo. Relembramos que a experiência do psicólogo é fundamental para poder acompanhar eventuais flutuações e variações emocionais.

As principais dificuldades do processo que envolve a hipnose foram aspectos de natureza ergonómica, dado que as cadeiras disponibilizadas na Liga dos Combatentes não permitiam um total conforto para a realização dos exercícios. Contudo parece-nos que é mais significativa a dificuldade do participante em fazer uma narração no “presente” de algo que aconteceu no passado, embora fossem dadas indicações no sentido de explorar o acontecimento como se estivesse a acontecer no preciso momento.

A proximidade física e o tom de voz, bem como aproximações que pudessem “orientar” a descrição do participante deviam ser constantes, tanto ao nível do encorajamento (“*está a ir muito bem... continue extremamente relaxado... lembre que uma memória não lhe pode fazer mal...*”) como também no pedido de detalhe dos acontecimentos e pormenores narrados (“*diga concretamente o que está a ver... diga concretamente o que está a ver ouvir... diga concretamente o que está a pensar... diga concretamente o que está a sentir*”).

3.3. GRUPO: CONTROLO

O Grupo de controlo é na verdade um grupo de participantes que após cumprir a linha de base, voltava a ser avaliado segundo os mesmos parâmetros clínicos (EAD-PSPT; Zung e Cesd) após 1 mês e após 2 meses.

4. RESULTADOS

4. a) - ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados com vista à comparação dos resultados obtidos entre os grupos de tratamento tem como principal objectivo avaliar a eficácia e eficiência dos diferentes tratamentos realizados, comparando os grupos entre si considerando também as alterações dentro de cada grupo. A dimensão da amostra (N=48), bem como o número de sujeitos por grupo (17/16/15) permite-nos adoptar a metodologia estatística paramétrica (One-Way Anova – Medidas Repetidas), sendo que em todos os casos se cumpriram as suposições necessárias para a realização deste teste estatístico: *Independência das observações, normalidade multivariada e esfericidade*, (Stevens, 1992; cit. por Silva, 2009), sendo mais apropriado e reconhecidamente mais “robusto” que qualquer teste não-paramétrico (Maroco, 2007). A nossa investigação apresenta um plano experimental do tipo bifactorial (3x3), com medidas repetidas num factor.

No sentido de comparar as pontuações obtidas na escala EAD-PSPT (sintomatologia pós-traumática), Escala Zung (sintomatologia de ansiedade) e escala Ces-D (sintomatologia depressiva) ao longo dos vários momentos da investigação, foi efectuada uma análise de variância através das medidas repetidas *One-Way ANOVA*¹⁶ comparando os momentos: Linha de Base (Avaliação Inicial; 4ª semana (Após 3ª Intervenção) e 7ª semana (Após 6ª Intervenção)¹⁷. Sempre que tal se verificou, apontámos diferenças significativas entre cada um dos momentos mencionados para cada grupo e dentro de cada grupo (análise entre cada um dos níveis “Contrast Within Subjects”).

Os resultados são apresentados de acordo com Pallant¹⁸ (2001), considerando o teste de Homogeneidade (Teste Levene), a normalidade da distribuição (Teste

¹⁶ Para tal, tivemos em conta as suposições necessárias à realização deste teste estatístico: A independência das observações, a normalidade e a esfericidade (Stevens, 1992; cit. por Silva, 2009).

¹⁷ Apresentaremos também os dados referentes à 10ª semana para o grupo de EP.

¹⁸ A análise dos dados engloba o estudo “Within Subjects” que remete para as diferenças entre os sujeitos ao longo do tempo e suas respectivas avaliações, sendo dado pelo valor do “Wilk’s Lambda”. O estudo “Between subjects” remete para as diferenças entre os grupos e é dado pelo “F” ao qual se seguiu o teste Post-Hoc sempre que existiram diferenças significativas entre os grupos.

Kolmogorov Smirnov), a esfericidade (Teste Mauchly's), o nível de significância (F), e a "magnitude do efeito"- Effect Size, Omega Squared (que justificamos no próximo parágrafo). Este cálculo foi efectuado a partir dos valores obtidos nos outputs de medidas repetidas do SPSS 17.0 e comparado com a definição estabelecida em Cohen (1988), nos quais os valores até .06 representaram um "small effect", .06 a .12 um "medium effect", e a partir de .12 um "large effect" (Cohen, 1988). O teste *Post-Hoc* adoptado foi o procedimento Bonferroni, sendo apropriado para um número pequeno de comparações (Field, 2009)¹⁹. O *Post-Hoc* foi apresentado no caso de existirem de diferenças significativas (Laureano, 2011; Pallant, 2003).

O impacto do tratamento foi avaliado estatisticamente pelo valor obtido através do cálculo dos "Effect Size", tendo sido possível conhecer a magnitude das diferenças entre os grupos (Pallant, 2003), resultante da intervenção clínica. A escolha do tipo "Omega Squared" está relacionada com o facto deste teste envolver menor enviesamento da própria magnitude deste efeito, comparativamente ao cálculo "Eta Squared" (Field, 2009; Howell, 2007).

Foi também adoptada a estatística não paramétrica no estudo dos participantes que após o período de espera foram distribuídos em dois grupos de tratamento activo. Pelo facto de nos estarmos a referir a um grupo com 7 e um outro com 9 participantes, foi utilizado o teste Kruskal-Wallis H, que é o correspondente às medidas repetidas da estatística não paramétrica (Laureano, 2011).

4. b) – EVIDÊNCIAS ESTATÍSTICAS VS EFEITOS CLÍNICOS

Na realização de um ensaio clínico, no qual se testa a adequabilidade e eficácia de um ou mais tratamentos, pretendem conhecer-se as diferenças existentes entre os momentos "pré-tratamento" e "pós-tratamento". Os *dados estatísticos* assumem uma importância relevante na determinação dessa mesma diferença, contudo os *efeitos*

¹⁹ O Teste Tukey, também utilizado neste tipo de análise, é considerado mais apropriado para um maior número de comparações.

clínicos que surgem ao longo do tratamento são igualmente importantes na avaliação da eficácia do(s) tratamento(s) (Thomas & Hersen, 2011).

Segundo Jacobson & Truax, 1991 (cit. por Thomas & Hersen, 2011), um dos aspectos que fragiliza a análise da eficácia de um tratamento a partir do estudo da significância estatística está relacionado com o facto da análise da variância não demonstrar a resposta ao tratamento de cada indivíduo dentro do grupo (*within participant group*), e como consequência, a verdadeira evolução clínica de cada um sujeitos como também de cada um dos grupos. Como solução, Jacobson & Truax, 1991 (cit. por Thomas & Hersen, 2011) propõem o cálculo do “Reliability Change index²⁰” (RCI) que é resposta ao problema mencionado. Este cálculo envolve parâmetros do próprio instrumento de avaliação clínica (o valor do teste-reteste), bem como a evolução das pontuações obtidas por cada participante (antes e depois do tratamento), e tem ainda em conta as médias do grupo e respectivo desvio-padrão (Thomas & Hersen, 2011). Este cálculo (RCI) foi efectuado individualmente (isto é, para cada participante) na avaliação da evolução clínica da sintomatologia pós-traumática e também para as medidas relativas à ansiedade e depressão. Assim, obtivemos a percentagem de melhorias obtidas para cada um dos grupos, em cada um destes parâmetros. Efectivamente, o valor do *Reliability Change* (RC) e cada um dados obtidos pela análise estatística, permitem no seu conjunto estabelecer uma visão adequada do impacto de cada intervenção nos respectivos grupos. Estes dados são apresentados no ponto 4.3.

²⁰ Reliability Change Index:
$$RC = \frac{x_2 - x_1}{s_{diff}} ; s_{diff} = \sqrt{2(S_E)^2} .$$
 (Jacobson & Truax, 1991 cit. por Thomas & Hersen, 2011)

4.1. RESULTADOS GERAIS DESCRITIVOS

Apresentamos de seguida as tabelas e gráficos relativa às características gerais da amostra.

4.1.1. PARTICIPANTES POR GRUPO

<i>Participantes por grupo</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem da amostra</i>
Exposição Prolongada com Hipnose	17	35,4
Exposição Prolongada	15	31,3
Controlo	16	33,3
Total	48	100

Tabela 3. Número de participantes por grupo investigacional.

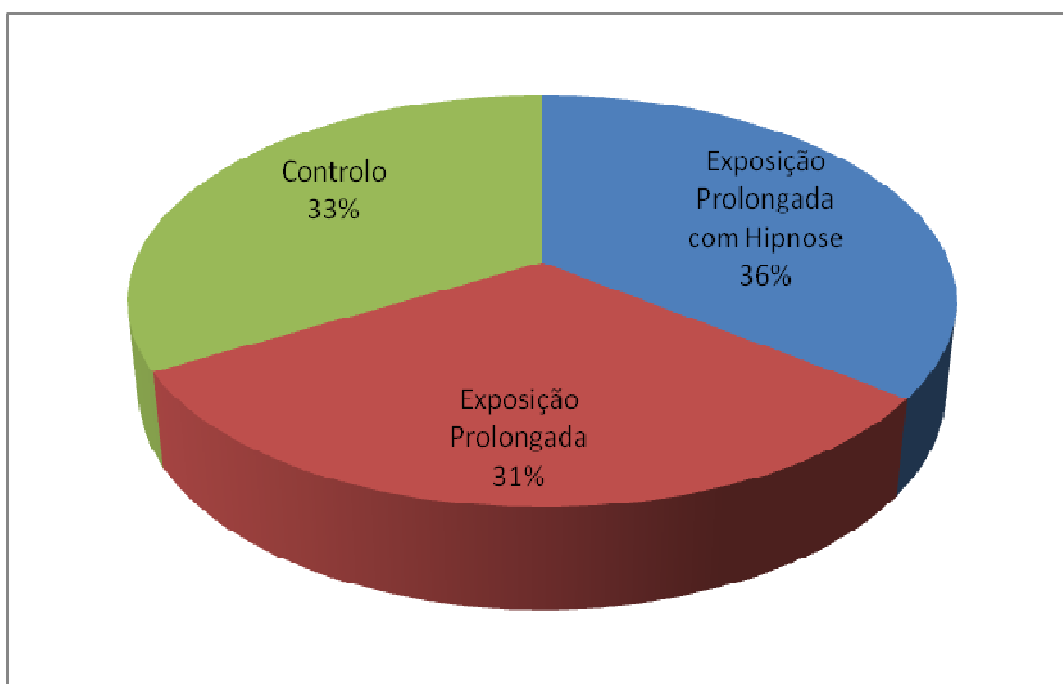


Gráfico 1. Distribuição da amostra total por grupos

Procurámos obter grupos semelhantes na suas características, começando pelo número de participantes em cada grupo: 15, 16 e 17 pessoas, para os grupos respectivos de Exposição Prolongada, Grupo de Controlo e Grupo de Exposição Prolongada com hipnose.

4.1.2. GÉNERO DOS PARTICIPANTES

A nossa amostra de 48 participantes válidos para a fase de tratamento foi composta por 37 homens, correspondendo a 77,1% e 11 mulheres equivalente a 22,9%.

Género	N	Percentagem
Masculino	37	77,1
Feminino	11	22,9
Total	48	100

Tabela 4. Distribuição dos participantes por género.

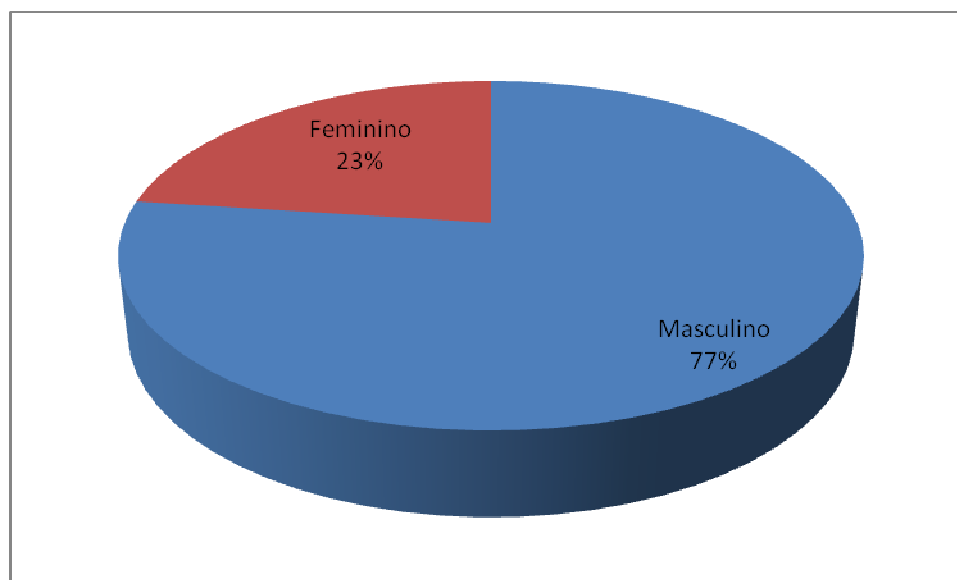


Gráfico 2. Distribuição da amostra total por género

4.1.3. IDADE DOS PARTICIPANTES

A idade média dos nossos participantes é de 63,1 anos com um desvio padrão de 6,46. A pessoa mais nova que completou o tratamento tinha 39 anos e a mais velha tinha 83, sendo este factor relevante pois à idade associam-se aspectos de natureza prática como as limitações psicomotoras, as dificuldades sensoriais entre outros. É importante referir que muitas destas pessoas serviram na Guerra Colonial entre 1967 a 1971 (tendo na época cerca de 20 anos). Ainda assim, a idade média de 63 anos é em nosso entender representativa do tipo de pessoas que participaram na investigação, dado que a maioria (75%) era ex. combatente da Guerra Colonial.

Idade	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
	48	39	83	63,12	6,46

Tabela 5. Idade dos participantes para a totalidade da amostra.

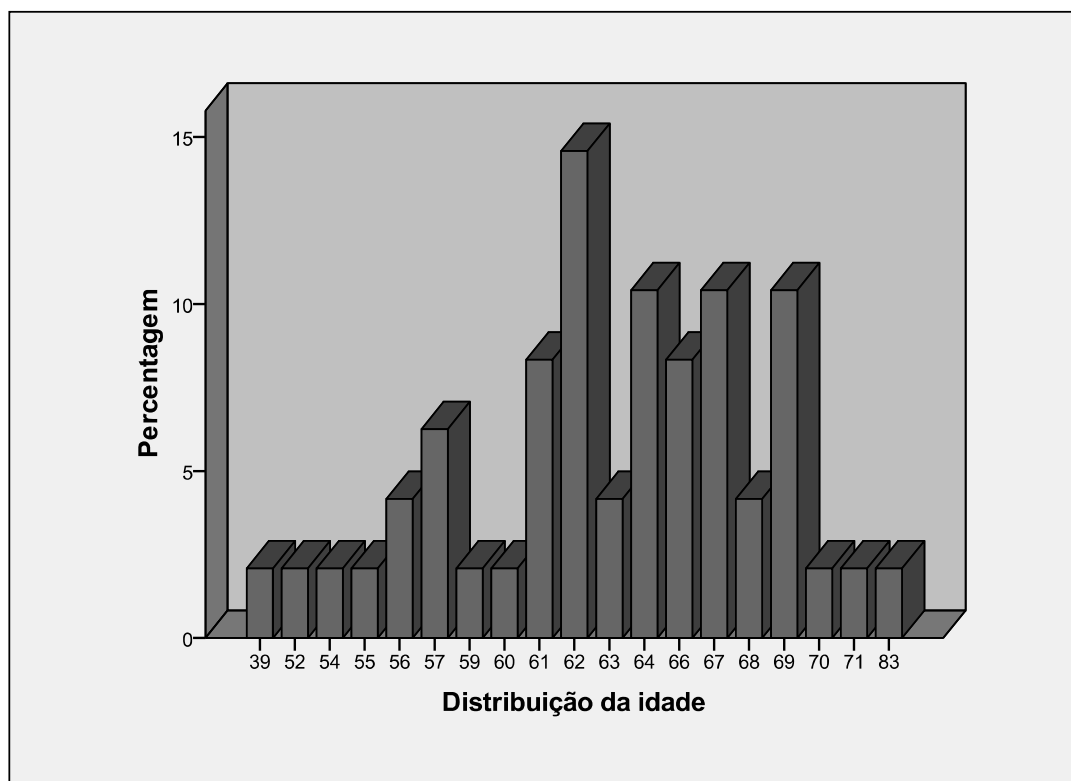


Gráfico 3. Distribuição da idade dos participantes

4.1.4. OCUPAÇÃO NA ALTURA DO TRAUMA

<i>Profissão por altura do trauma</i>	<i>Porcentagem</i>
Combatente	75 %
Doméstica	8,33 %
Dono(a) estabelecimento comercial	2,08 %
Esteticista	2,08 %
Função Pública	4,17 %
Motorista	2,08 %
Reformado	6,25 %

Tabela 6. Profissão do participante no acontecimento traumático

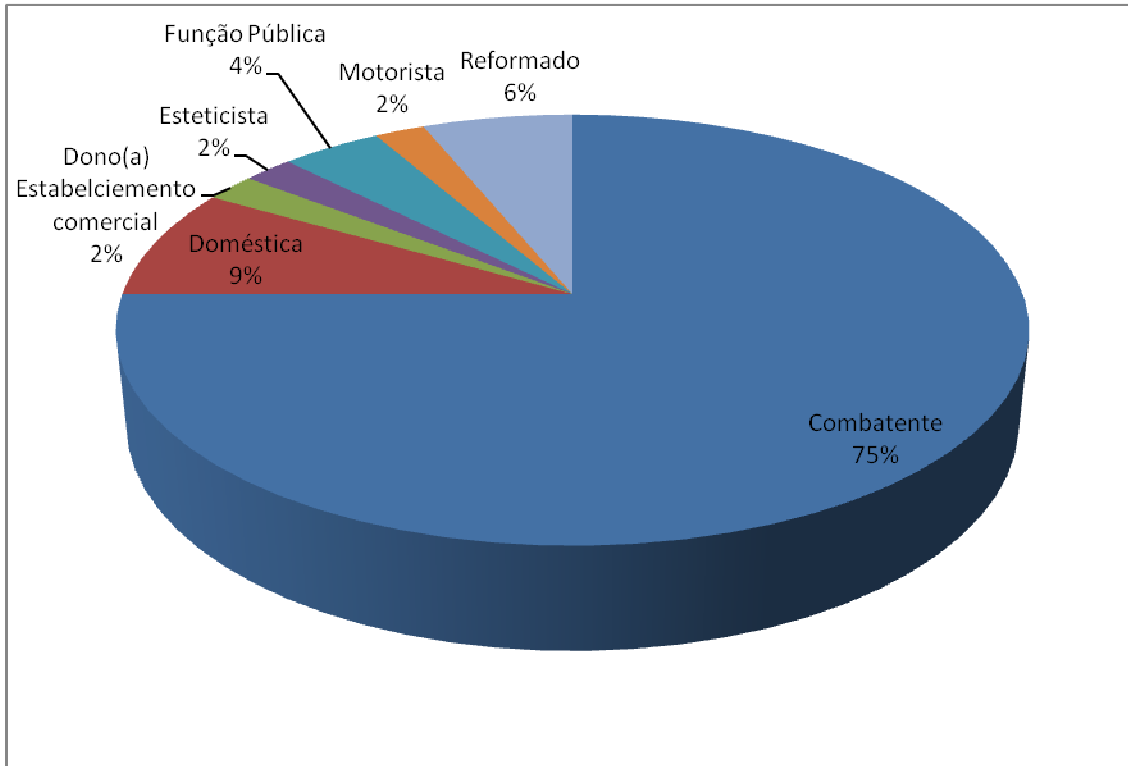


Gráfico 4. Ocupação dos participantes no momento da ocorrência do acontecimento traumático.

No presente estudo, procurámos trabalhar com pessoas que tivessem sido vítimas de acontecimentos traumáticos, apesar do tipo de ocupação que pudessem estar a ter no momento do trauma, e se o trauma estava ou não relacionado com a profissão. Na verdade, o nosso critério de inclusão foi o cumprimento dos critérios definidos pelo DSM-IV para a Perturbação de Stresse Pós-Traumático.

Apesar da participação no estudo estar aberta a pessoas com qualquer ocupação, obtivemos um total de 75% da nossa amostra de ex. Combatentes da Guerra Colonial. As outras ocupações foram 8% domésticas, 6%, reformados(as), 4% da função pública e 2% para as profissões de esteticista, motorista e dono(a) de estabelecimento comercial.

4.1.5. MEDICAÇÃO

Do total da amostra válida, apenas 3 pessoas (6,25%) encontrava-se medicado com psicofármacos no momento do início do tratamento. Outras pessoas encontravam-se medicadas para outros efeitos como o controlo da tensão arterial, diabetes entre outros.

Tipo de Medicação	N	Percentagem da amostra
Psicofármacos	3	6,25 %
Outros medicamentos	42	87,50 %
Não medicado	3	6,25 %

Tabela 7. Medicação utilizada para a totalidade da amostra.

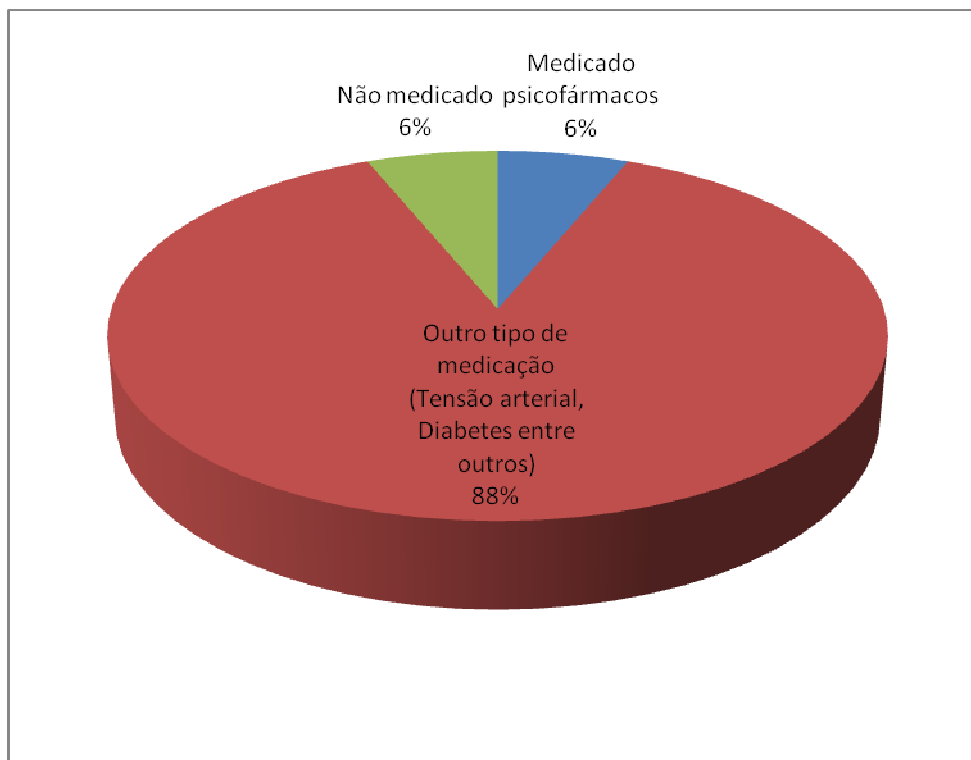


Gráfico 5. Medicação utilizada para a totalidade da amostra.

Tipo de Psicofármaco	Grupo de Tratamento
• Alprozalam, 5mg (1 participante)	Exposição Prolongada
• Topiramato 200 mg; Paroxetina 20mg (1 participante)	Em espera e Exposição Prolongada
• Fluoxetina 20mg; (1 participante)	Em espera e Exposição com Hipnose

Tabela 7.1- Tipos de psicofármacos utilizados pelos participantes²¹.

²¹ Nos tais casos, tratam-se de medicação iniciada há mais de três anos, com evolução terapêutica positiva.

4.1.6. PROVENIÊNCIA

A quase totalidade da amostra válida é proveniente do distrito de Leiria, sendo a restante do distrito de Santarém, mais concretamente de Tomar. Os concelhos de Leiria, Marinha Grande, Batalha e Pombal são os concelhos mais representados.

<i>Proveniência (distrito)</i>	<i>N</i>	<i>Percentagem da amostra</i>
Santarém	2	4,16 %
Leiria	46	95,83 %

Tabela 8. Proveniência da totalidade da amostra.

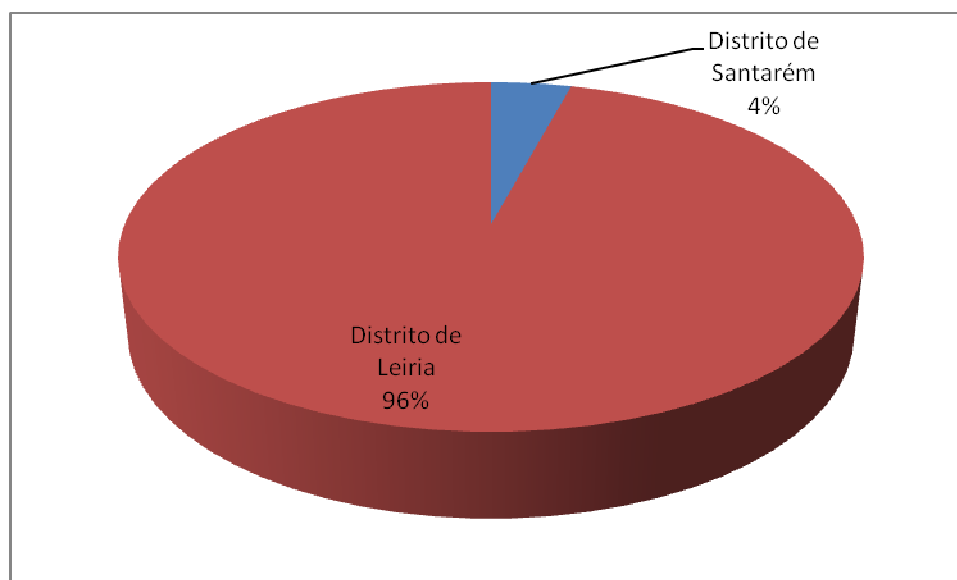


Gráfico 6. Proveniência da totalidade da amostra.

4.1.7. TIPO DE TRAUMA

A grande maioria da amostra relatou como experiência traumática um ou vários episódios ocorridos em zona de combate (89,6% da amostra). Neste lote, enquadram-se experiências como ataques armados, morte de colegas de pelotão, rajadas de tiros, cenas de tortura e enorme violência, bem como experiências de luta pela sobrevivência no mato. Diferenciamos o “contexto de guerra”, pois neste contexto incluímos as pessoas que assistiram à guerra, não fazendo parte de corpos militares, isto é, pessoas que experienciaram momentos de Guerra, sendo moradores

nos locais de conflito armado. Deste grupo faz parte 4,2% da amostra. Também 4,2% da amostra referiu como acontecimento traumático a morte de familiar, que, nestes casos, está associada ao momento trágico da morte do ente querido, tendo a pessoa assistido ao desenrolar dos acontecimentos. Apenas 2,1% da nossa amostra relatou situações de violência, como momento traumático.

<i>Tipo de acontecimento traumático</i>	<i>Percentagem da amostra</i>
Zona Combate (Soldado)	89,6 %
Contexto de Guerra	4,2 %
Morte Familiar(es)	4,2 %
Violência	2,1 %

Tabela 9. Tipo de acontecimento traumático para a totalidade da amostra.

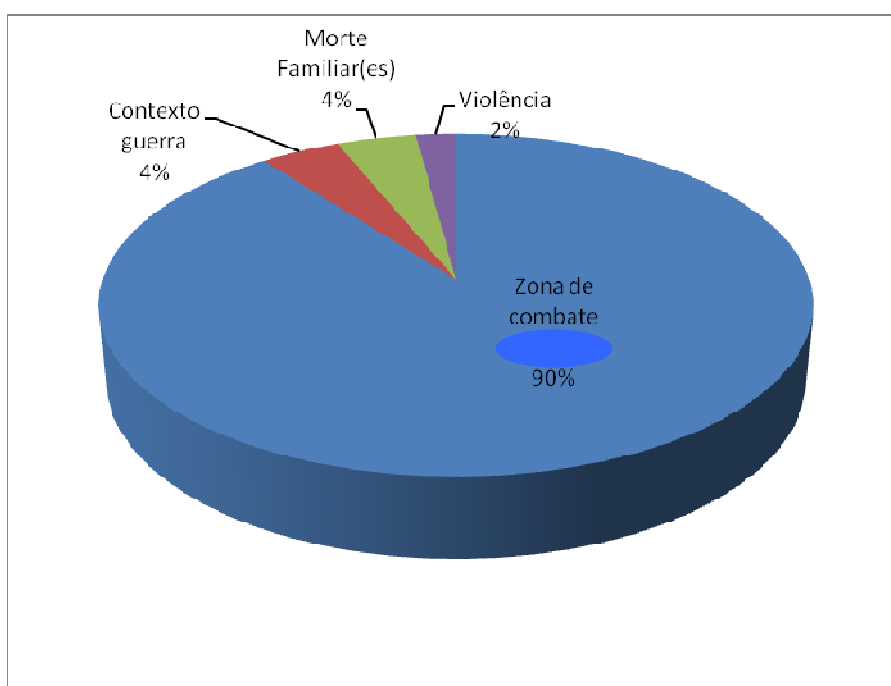


Gráfico 7. Tipo de acontecimento traumático para a totalidade da amostra.

4.1.8. SEVERIDADE DOS SINTOMAS

<i>Grau de severidade dos sintomas</i>	<i>Percentagem da amostra</i>
Moderado a severo (21 a 35 pts)	47,9 %
Severo (> 35 pts)	52,1 %

Tabela 10. Tipo de acontecimento traumático para a totalidade da amostra.

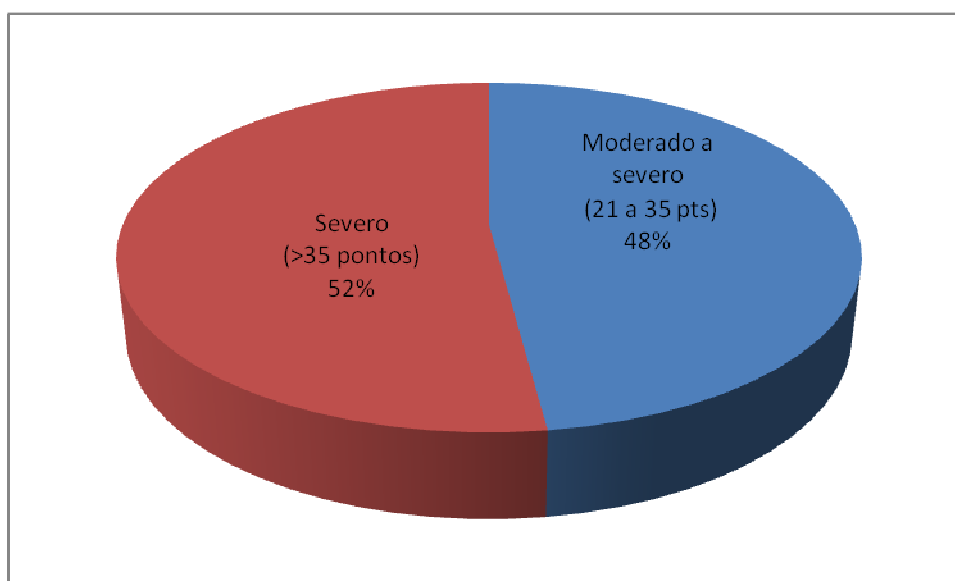


Gráfico 8. Grau de severidade dos sintomas de Stress Pós-Traumático na linha de base para a totalidade da amostra.

<i>Grau de Severidade dos sintomas</i> <i>(Número de sujeitos por grupo)</i>	<i>Moderado a severo</i> <i>21-35 pontos</i>	<i>Severo</i> <i>>35 pontos</i>
EP (N=15)	8 (53,3%)	7 (46,7%)
EP + H (N=17)	9 (52,9%)	8 (47,1%)
Controlo (N=16)	5 (31,3%)	11 (68,8%)
N = 48		

Tabela 11. Grau de severidade dos sintomas de Stress Pós-Traumático na linha de base para a cada um dos grupos.

4.1.9. ACONTECIMENTOS DE VIDA NEGATIVOS

<i>Acontecimentos de vida negativos</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio P.</i>
Freq X Impacto total sobre N	1,16	,45
Número Freq > 0	7	3,3
Índice Severidade Pontuação: (Somatório/N)	5,27	2,0

N = 48

Tabela 12. Acontecimentos de vida negativos para a totalidade da amostra.

Os acontecimentos de vida negativos anteriores à idade de 12 anos revelaram uma média de 1,16 (frequência x Impacto sobre N) com um desvio padrão de .45 sendo o índice de severidade de 5,27 com desvio padrão de 2.

4.1.10. SUGESTIONABILIDADE

<i>Sugestionabilidade (Waterloo-Stanford Group C)</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio P.</i>
Grupo de Exposição Prolongada com hipnose	5,41	2,53

N = 17

Tabela 13. Sugestionabilidade para o grupo de Exposição Prolongada com hipnose.

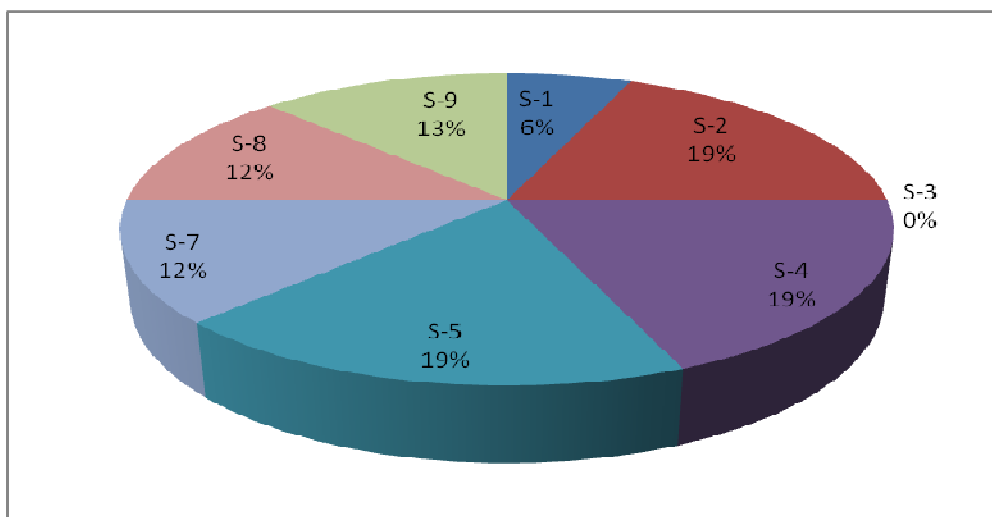


Gráfico 9. Sugestionabilidade (variação de 1 a 9) do grupo de Exposição Prolongada com hipnose.

4.2. RESULTADOS DESCRITIVOS POR GRUPOS

<i>Variável</i>	<i>Grupo Exposição Prolongada com Hipnose</i>	<i>Grupo Exposição Prolongada</i>	<i>Grupo de controlo</i>	<i>Anova Homogeneidade</i>
<i>N</i>	17	15	16	
Sexo	76,5% Masculino 23,5% Feminino	73,3% Masculino 26,7% Feminino	81,3% Masculino 18,8% Feminino	
Idade	62,94	61,33	63,94	
Profissão no trauma Ex. Combatentes	76,5% Ex. Combatentes	68,7% Ex. Combatentes	81,3% Ex. Combatentes	
Habilitações até 4º ano	82,4%	73,3%	81,3%	
Sintomatologia Pós-traumática inicial Média e (d. p.)	35,24 (4,43)	35,87 (4,53)	35,75 (3,2)	sig > 0,05
Sintomatologia de ansiedade inicial Média e (d. p.)	44 (3,3)	48,13 (7,4)	44,06 (3,5)	sig > 0,05
Sintomatologia depressiva inicial Média e (d. p.)	30,18 (5,4)	32,93 (6,9)	32,31 (6,3)	sig > 0,05
Acontecimentos de vida negativos (Índice severidade)	5,71 (2,1)	4,46 (1,71)	5,57 (2,1)	

Tabela 14. Principais resultados descritivos por grupos e valores para a homogeneidade das médias iniciais entre grupos.

Como é possível observar na tabela os grupos têm uma composição homogénia nas suas características, quer ao nível dos aspectos sócio-demográficos, habilitações e profissão, como também ao nível da sintomatologia inicial para as quais calculámos a variância a partir teste estatístico *One-Way ANOVA* e verificámos não existirem

diferenças significativas entre as médias iniciais dos três grupos para as medidas obtidas em EAD-PSPT, Zung e Cesd.

4.3. RESULTADOS

4.3.1. AVALIAÇÃO DA SINTOMATOLOGIA PÓS-TRAUMÁTICA E EFEITO DO TRATAMENTO (A 7 SEMANAS)

Verificou-se a homogeneidade da variância inicial entre os grupos: Levene (2;45) = 0,73; Sig = 0,488 sendo que a amostra segue uma distribuição normal: KS²²(48) = 0,752; valor de p = 0,624.

Houve um efeito significativo do “tempo”, *Wilk’s Lambda* = .069, $p < 0,001$. A assunção de esfericidade foi verificada, *Mauchly’s* = 0.953, $p > 0,05$. Obtiveram-se diferenças significativas $F(2,459; 110,672) = 200,273$ $p < 0,05$ com “*large*” *effect size* = 0.72 (Cohen, 1988). O *Post-Hoc Bonferroni* revelou diferenças significativas entre os três grupos para $p < 0,05$.

O contraste “*Within Subjects*” evidenciou diferenças significativas entre a 1ª e 4ª semana, bem como entre a 4ª e 7ª semana para o grupo EP+H, ambas com $p < 0,01$. No grupo de EP, houve uma evolução significativa entre a 1ª e 4ª semana ($p < 0,01$); 4ª e 7ª semana ($p < 0,05$) e 7ª e 10ª semana ($p < 0,01$). No grupo de controlo foram identificadas diferenças significativas entre a 1ª e 4ª semana ($p < 0,05$), não existindo diferenças entre os outros momentos de avaliação para esta medida.

O Efeito Clínico dado pelo cálculo de *RCI* (e consequente percentagem de melhorados em cada grupos) evidenciou os seguintes resultados:

²² Teste de *Kolmogorov Smirnov*

Grupo	4ª Semana	7ª semana	10ª semana
EP+H	82,35%	100 %	-
EP	73,33%	86,66%	100%
Controlo	0%	6,25 %	-

Tabela 15: O Efeito Clínico de cada um dos tratamentos para a sintomatologia pós-traumática, dado pelo cálculo de *RCl* e a percentagem de “melhorados” para cada grupo.

	Grupo no estudo	Média	Desvio p.	N
EAD-PSPT Linha Base	Exposição Prolongada com Hipnose	35,24	4,44	17
	Exposição Prolongada	35,87	4,53	15
	Controlo	35,75	3,20	16
EAD-PSPT 4ª semana	Exposição Prolongada com Hipnose	23,24	5,53	17
	Exposição Prolongada	26,73	4,47	15
	Controlo	34,75	4,10	16
EAD-PSPT 7ª semana	Exposição Prolongada com Hipnose	14,59	3,34	17
	Exposição Prolongada	20,67	4,29	15
	Controlo	34,69	3,95	16

Tabela 16. Resultados comparativos entre os dois grupos de tratamento activo e o grupo de controlo relativo à evolução da sintomatologia pós-traumática entre a linha de base e a 7ª semana.

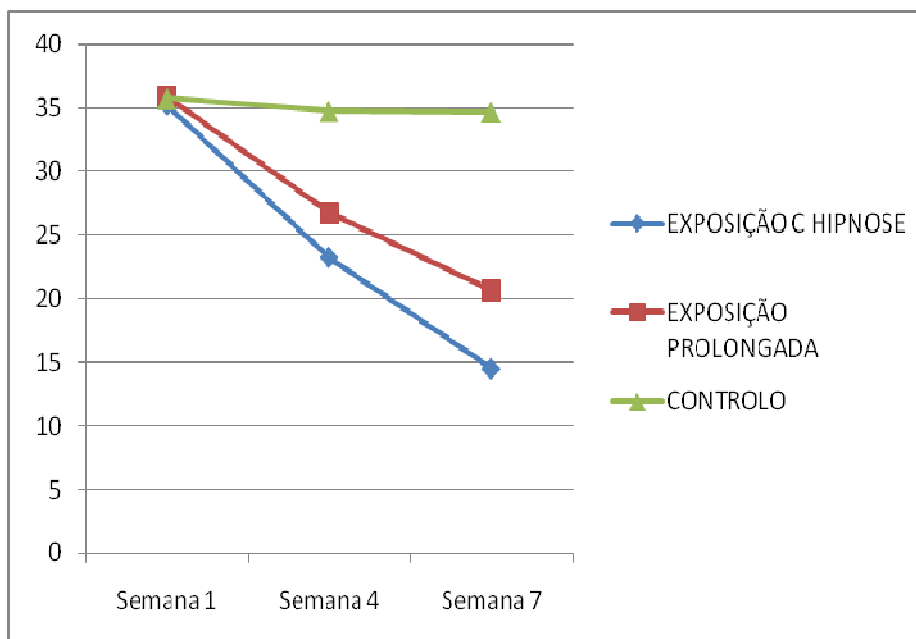


Gráfico 10. Resultados comparativos entre os dois grupos de tratamento activo e o grupo de controlo relativo à evolução da sintomatologia pós-traumática entre a linha de base e a 7ª semana.

4.3.2. AVALIAÇÃO DA SINTOMATOLOGIA PÓS-TRAUMÁTICA E EFEITO DO TRATAMENTO (A 10 SEMANAS)

	Grupo no estudo	Média	Desvio p.	N
EAD-PSPT Linha Base	Exposição Prolongada com Hipnose	35,24	4,44	17
	Exposição Prolongada	35,87	4,53	15
	Controlo	35,75	3,20	16
EAD-PSPT 4ª semana	Exposição Prolongada com Hipnose	23,24	5,53	17
	Exposição Prolongada	26,73	4,47	15
	Controlo	34,75	4,10	16
EAD-PSPT 7ª semana	Exposição Prolongada com Hipnose	14,59	3,34	17
	Exposição Prolongada	20,67	4,29	15
	Controlo	34,69	3,95	16

EAD-PSPT 10ª semana	Exposição Prolongada com Hipnose ²³			1
	Exposição Prolongada	15,20	2,43	15
	Controlo	34,69	3,95	16

Tabela 17. Resultados comparativos entre os dois grupos de tratamento activo e o grupo de controlo relativo à evolução da sintomatologia pós-traumática entre a linha de base e a 10ª semana.

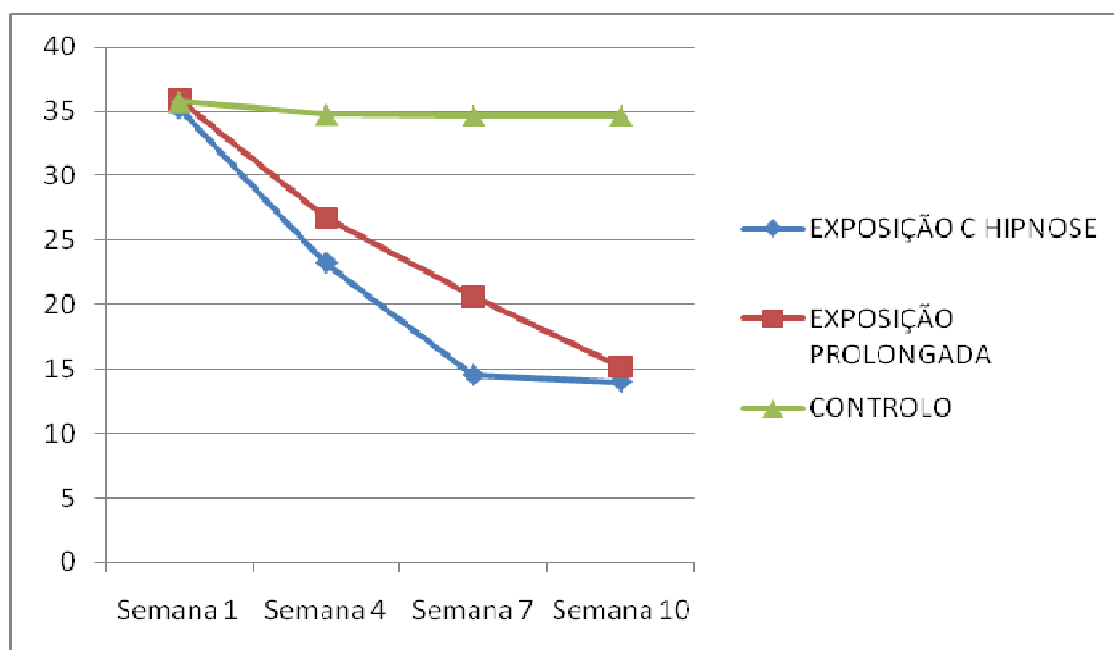


Gráfico 11. Resultados comparativos entre os dois grupos de tratamento activo e o grupo de controlo relativo à evolução da sintomatologia pós-traumática entre a linha de base e a 10ª semana²⁴

²³ Apenas um participante do grupo de EP+H continuou o tratamento até à 10ª semana.

²⁴ Apresentamos também o gráfico referente à 10ª semana (após 9º tratamento), sendo que a totalidade do grupo de Exposição prolongada continuou o tratamento até este dia (conforme o protocolo já estaria definido), havendo apenas 1 pessoa do grupo de Exposição Prolongada com Hipnose que pretendeu continuar o tratamento após a 7ª semana. Como podemos observar neste caso, o grupo de E.P. + Hipnose encontra-se num nível inferior à linha de corte (20 pontos) na 7ª semana, sendo que o grupo de E.P. atinge este patamar apenas na 10ª semana. Também por este motivo não é feita a análise estatística.

4.3.3. AVALIAÇÃO DA EFICIÊNCIA POR CRITÉRIOS

Recordamos que o nosso objectivo é avaliar a “eficiência” do tratamento de E.P. + Hipnose e compará-la com a eficiência do grupo de E.P. Para tal, propusemos às pessoas participantes nos diversos grupos que manifestassem o seu desejo de continuar ou terminar o tratamento após a 7ª semana (obviamente que, desde que os resultados evidenciassem melhorias). Contudo, e apesar da pontuação final ser um elemento muito forte em termos de diagnóstico e avaliação da gravidade da sintomatologia pós-traumática, decidimos considerar as pontuações obtidas para cada um dos critérios de diagnóstico que EAD-PSPT avalia. São eles os critérios B (Reexperiência persistente do trauma); C (Evitamento persistente do trauma) e D (Activação fisiológica persistente resultante do trauma). Relembramos que os critérios A (Ocorrência), E (Duração dos sintomas) e F (Disforia e perturbação do funcionamento global inicial) não são quantificáveis, não sofrendo alteração ao longo do tratamento.

4.3.3.1. COMPARAÇÃO ENTRE GRUPOS DE TRATAMENTO REFERENTE AO CRITÉRIO B (REEXPERIÊNCIA PERSISTENTE DO TRAUMA)

Houve um efeito significativo do “tempo”, *Wilk’s Lambda* = 0.211 $p < 0,001$. A assunção de esfericidade foi verificada, *Mauchly’s* = 0.922, $p > 0,05$. Obtiveram-se diferenças significativas $F(2; 90) = 107,546$ $p < 0,05$ com “large” effect size = 0.67 (Cohen, 1988). O *Post-Hoc Bonferroni* revelou diferenças significativas entre o grupo de exposição prolongada com hipnose e os outros dois grupos $p < 0,05$.

	Grupo no estudo	Média	Desvio p.	N
CRITÉRIO B Linha Base	Exposição Prolongada com Hipnose	12,12	1,93	17
	Exposição Prolongada	13,20	1,37	15
	Controlo	12,63	1,90	16
CRITÉRIO B 4ª semana	Exposição Prolongada com Hipnose	7,35	2,37	17
	Exposição Prolongada	10,60	1,84	15
	Controlo	11,31	2,18	16

CRITÉRIO B 7ª semana	Exposição Prolongada com Hipnose	3,94	1,355	17
	Exposição Prolongada	8,60	2,82	15
	Controlo	11,50	2,25	16

Tabela 18. Valores relativos à evolução sintomatológica referente ao critério B.

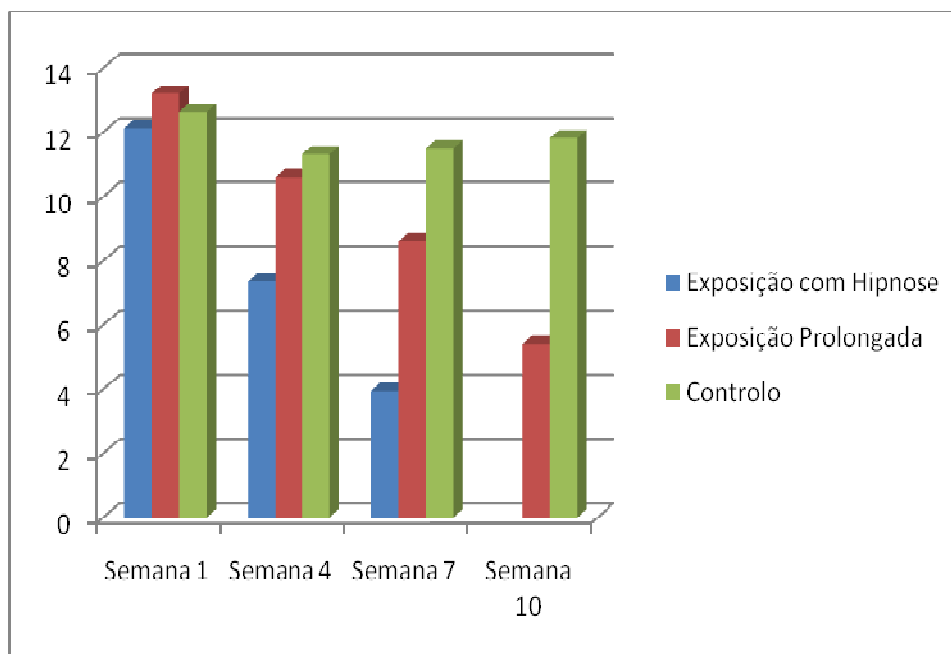


Gráfico 12: Comparação entre grupos relativos à evolução sintomatológica referente ao critério B.

4.3.3.2. COMPARAÇÃO ENTRE GRUPOS DE TRATAMENTO REFERENTE AO CRITÉRIO C (EVITAMENTO PERSISTENTE DO TRAUMA)

Houve um efeito significativo do “tempo”, $Wilk's\ Lambda = 0.381$ $p < 0,001$. A assunção de esfericidade foi verificada, $Mauchly's = 0.964$, $p > 0,05$. Obtiveram-se diferenças significativas $F(2; 90) = 37,419$; $p < 0,05$ com “large” effect size= 0,67 (Cohen, 1988). O teste *Post-Hoc Bonferroni* revelou diferenças significativas entre os

grupos de exposição prolongada com hipnose e exposição prolongada face ao grupo de controlo com $p < 0,01$ ²⁵.

	Grupo no estudo	Média	Desvio P.	N
CRITERIOC Linha Base	Exposição Prolongada com Hipnose	11,29	2,60	17
	Exposição Prolongada	11,60	3,62	15
	Controlo	10,62	2,58	16
CRITERIOC 4ª semana	Exposição Prolongada com Hipnose	7,59	2,48	17
	Exposição Prolongada	6,27	3,62	15
	Controlo	11,25	3,34	16
CRITERIOC 7ª semana	Exposição Prolongada com Hipnose	5,71	2,367	17
	Exposição Prolongada	4,40	1,77	15
	Controlo	11,44	2,61	16

Tabela 19. Valores relativos à evolução sintomatológica referente ao critério C

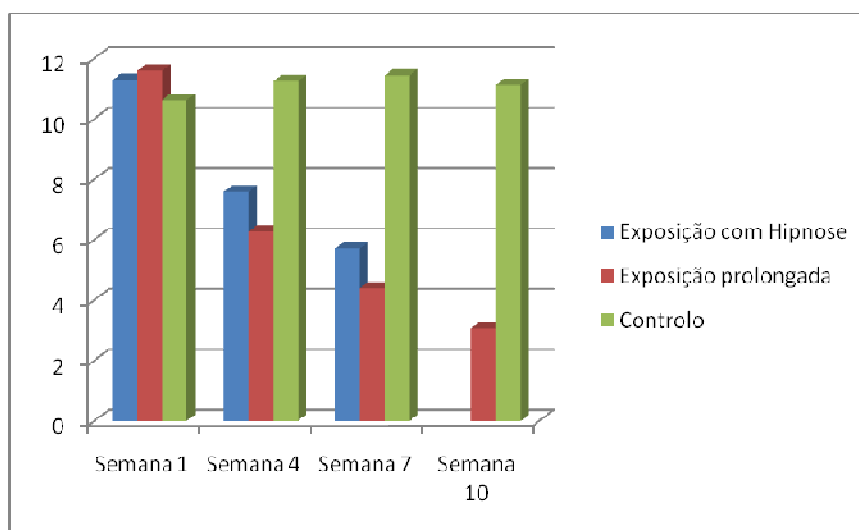


Gráfico 13. Comparação entre grupos relativos à evolução sintomatológica referente ao critério C

²⁵ Curiosamente, as médias obtidas no critério C diminuíram mais rapidamente no grupo de Exposição Prolongada face ao grupo de exposição prolongada com hipnose, não havendo no entanto diferenças significativas. Este facto poderá dever-se à diferença entre protocolos estabelecidos, nos quais os participantes do grupo E.P. eram incentivados a “realizar exposição” e, por conseguinte diminuir o seu grau de evitamento, que não era tido como “tão relevante” no grupo de E.P. com hipnose.

4.3.3.3. COMPARAÇÃO ENTRE GRUPOS DE TRATAMENTO REFERENTE AO CRITÉRIO D (ACTIVAÇÃO FISIOLÓGICA PERSISTENTE RESULTANTE DO TRAUMA)

Houve um efeito significativo do “tempo”, *Wilk’s Lambda* = 0.259 $p < 0,001$. A assunção de esfericidade foi verificada, *Mauchly’s* = 0.960, $p > 0,05$. Obtiveram-se diferenças significativas $F(2; 90) = 51,575$ $p < 0,05$ com “large” *effect size* = 0,71 (Cohen, 1988). O teste *Post-Hoc Bonferroni* revelou diferenças significativas entre os grupos de exposição prolongada com hipnose e exposição prolongada face ao grupo de controlo com $p < 0,01$.

	Grupo no estudo	Média	Desvio P.	N
CRITÉRIO D Linha Base	Exposição Prolongada com Hipnose	11,94	2,05	17
	Exposição Prolongada	11,07	3,22	15
	Controlo	12,50	1,83	16
CRITÉRIO D 4ª semana	Exposição Prolongada com Hipnose	8,29	2,34	17
	Exposição Prolongada	9,87	3,02	15
	Controlo	12,13	1,93	16
CRITÉRIO D 7ª semana	Exposição Prolongada com Hipnose	5,00	1,23	17
	Exposição Prolongada	7,60	2,85	15
	Controlo	11,75	1,84	16
	Total	8,06	3,48	48

Tabela 20. Valores relativos à evolução sintomatológica referente ao critério D

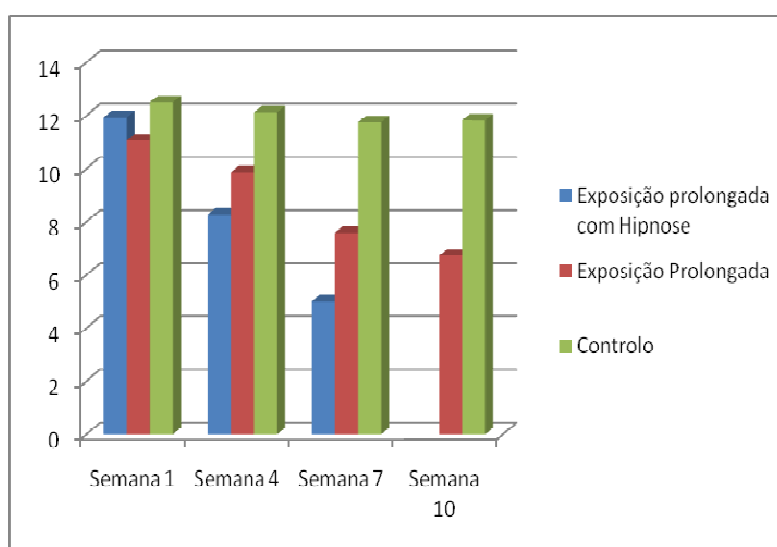


Gráfico 14. Comparação entre grupos relativos à evolução sintomatológica referente ao critério D

4.3.4. COMPARAÇÃO ENTRE GRUPOS DE TRATAMENTO REFERENTE À SINTOMATOLOGIA DE ANSIEDADE (ZUNG)

Verificou-se a homogeneidade da variância inicial entre os grupos: *Levene* (2;45) = 3,190; Sig = 0,050 sendo que a amostra segue uma distribuição normal: KS(48) = 0,954; valor de $p = 0,323$.

Houve um efeito significativo do “tempo”, *Wilk’s Lambda* = 0.247 $p < 0,001$. A assunção de esfericidade foi verificada, *Mauchly’s* = 0.907, $p > 0,05$. Obtiveram-se diferenças significativas $F(2; 90) = 88,448$ $p < 0,05$ com “*large*” *effect size* = 0.67 (Cohen, 1988). O teste *Post-Hoc Bonferroni* revelou diferenças significativas entre os grupos de exposição prolongada com hipnose face aos outros dois grupos $p < 0,01$.

O contraste “*Within Subjects*” evidenciou diferenças significativas entre a 1ª e 4ª semana, bem como entre a 4ª e 7ª semana para o grupo EP+H, ambas com $p < 0,01$. No grupo de EP, houve uma evolução significativa entre a 1ª e 4ª semana ($p < 0,05$); 4ª e 7ª semana ($p < 0,01$) e 7ª e 10ª semana ($p < 0,05$). Não se verificaram diferenças significativas entre as avaliações dentro do grupo de controlo para esta medida.

O Efeito Clínico dado pelo cálculo de *RCI* (e consequente percentagem de melhorados em cada grupos) evidenciou os seguintes resultados:

Grupo	4ª Semana	7ª semana	10ª semana
EP+H	58,82%	82,35 %	-
EP	13,33%	40,00%	53,3%
Controlo	0%	0 %	-

Tabela 21: O Efeito Clínico de cada um dos tratamentos para a sintomatologia de ansiedade, dado pelo cálculo de *RCI* e a percentagem de “melhorados” para cada grupo.

	Grupo no estudo	Média	Desvio p.	N
EAD-PSPT Linha Base	Exposição Prolongada com Hipnose	44,00	3,260	17
	Exposição Prolongada	48,13	7,357	15
	Controlo	44,06	3,473	16
EAD-PSPT 4ª semana	Exposição Prolongada com Hipnose	37,35	2,548	17
	Exposição Prolongada	44,07	6,584	15
	Controlo	43,00	3,204	16
EAD-PSPT 7ª semana	Exposição Prolongada com Hipnose	32,94	2,561	17
	Exposição Prolongada	38,60	4,032	15
	Controlo	43,56	3,286	16
EAD-PSPT 10ª semana	Exposição Prolongada com Hipnose	32,71	2,640	17
	Exposição Prolongada	35,20	2,957	15
	Controlo	43,69	3,301	16

Tabela 22. Comparação entre grupos relativos à evolução sintomatológica referente à ansiedade (Zung).

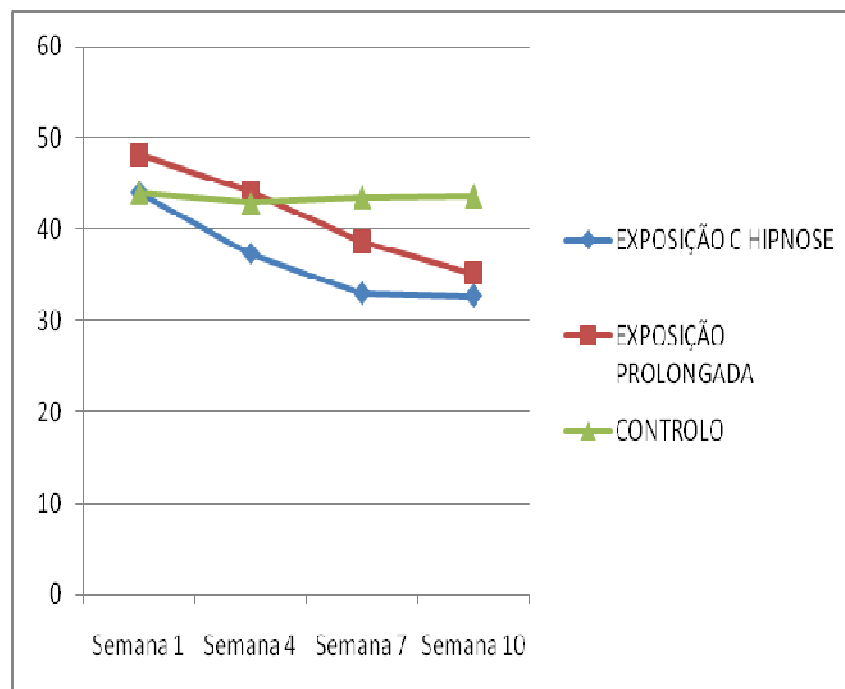


Gráfico 15. Comparação entre grupos relativos à evolução da sintomatologia de ansiedade (Zung).

4.3.5. COMPARAÇÃO ENTRE GRUPOS DE TRATAMENTO REFERENTE À SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA (CES-D)

Verificou-se a homogeneidade da variância inicial entre os grupos: *Levene* (2;45) = 0,434; Sig = 0,651 sendo que a amostra segue uma distribuição normal: KS(48) = 0,831; valor de $p = 0,434$.

Houve um efeito significativo do “tempo”, *Wilk’s Lambda* = 0,189 $p < 0,001$. A assunção de esfericidade não foi verificada, *Mauchly’s* = 0,765, $p < 0,05$. Correção de *Hyun Feldt*: 0,873. Obtiveram-se diferenças significativas $F(2; 90) = 122,242$ $p < 0,05$ com “*large*” *effect size* = 0,63 (Cohen, 1988). O teste *Post-Hoc Bonferroni* revelou diferenças significativas entre o grupo de controlo e os outros dois grupos $p < 0,05$.

O contraste “*Within Subjects*” evidenciou diferenças significativas entre a 1ª e 4ª semana, bem como entre a 4ª e 7ª semana para o grupo EP+H, ambas com $p < 0,01$. No grupo de EP, houve uma evolução significativa entre a 1ª e 4ª semana ($p < 0,01$); 4ª e 7ª semana ($p < 0,05$) e 7ª e 10ª semana ($p < 0,05$). No grupo de controlo, verificaram-se diferenças significativas entre a 1ª e 4ª semana ($p < 0,05$) não se registando diferenças entre os outros momentos de avaliação.

O Efeito Clínico dado pelo cálculo de *RCI* (e conseqüente percentagem de melhorados em cada grupo) evidenciou os seguintes resultados:

Grupo	4ª Semana	7ª semana	10ª semana
EP+H	17,60%	70,50 %	-
EP	33,33%	40,00%	73,33%
Controlo	0%	0 %	-

Tabela 23: O Efeito Clínico de cada um dos tratamentos para a sintomatologia depressiva, dado pelo cálculo de *RCI* e a percentagem de “melhorados” para cada grupo.

	Grupo no estudo	Média	Desvio p.	N
EAD-PSPT Linha Base	Exposição Prolongada com Hipnose	30,18	5,353	17
	Exposição Prolongada	32,93	6,881	15
	Controlo	32,31	6,343	16
EAD-PSPT 4ª semana	Exposição Prolongada com Hipnose	22,35	4,911	17
	Exposição Prolongada	24,40	5,166	15
	Controlo	30,00	5,138	16
EAD-PSPT 7ª semana	Exposição Prolongada com Hipnose	16,18	3,972	17
	Exposição Prolongada	20,47	3,461	15
	Controlo	29,81	5,307	16
EAD-PSPT 10ª semana	Exposição Prolongada com Hipnose	15,76	2,840	17
	Exposição Prolongada	17,47	2,850	15
	Controlo	29,81	5,307	16

Tabela 24. Comparação entre grupos relativos à evolução sintomatológica referente à depressão.

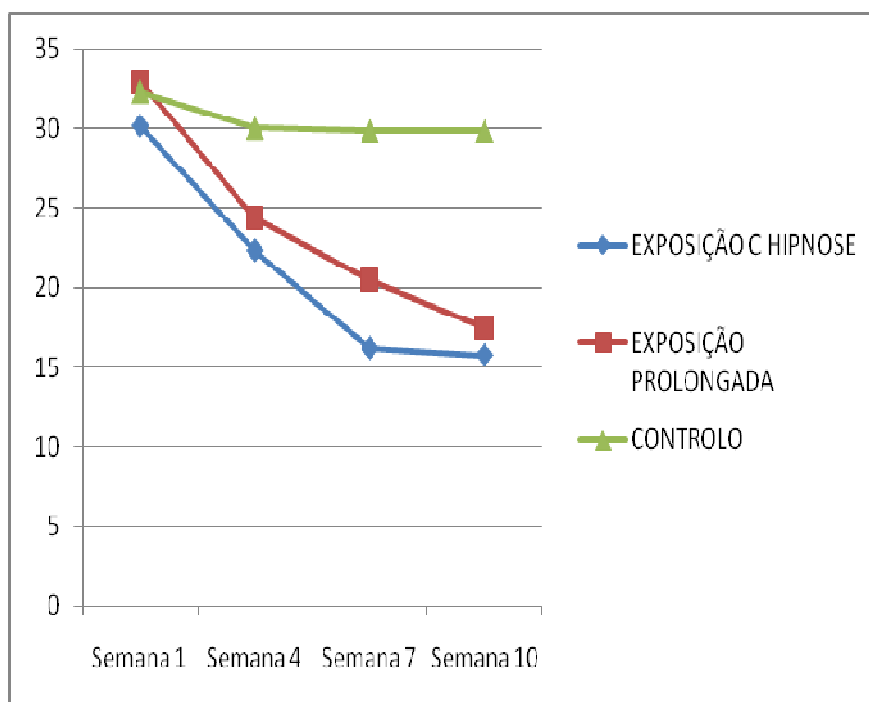


Gráfico 16. Comparação entre grupos relativos à evolução da sintomatologia Depressiva (Ces-D).

4.3.6.A) RESULTADOS REFERENTES AOS ELEMENTOS DO GRUPO DE ESPERA APÓS INTEGRAÇÃO NO PERÍODO DE TRATAMENTO ACTIVO

Recordamos que os 16 sujeitos que pertenceram ao grupo de controlo (grupo em espera) foram integrados de forma aleatória nos grupos de tratamento activos (EP+H = 7 sujeitos) e (EP= 9 sujeitos) após o período de 2 meses. Recorremos ao teste estatístico de *Kruskal-Wallis H* para conhecer se existiram diferenças entre os grupos após a fase de tratamento. Segundo Laureano (2011) este teste corresponde, em termos práticos, a uma análise de variância a um factor (*One-Way Anova*), mas não paramétrico. Foram obtidos os seguintes resultados para a sintomatologia de Stresse Pós-Traumático:

- *Kruskal Wallis H*(1) = 5,099; Valor de $p = 0,024$ (*Asymp. Sig*) para os valores finais
- *Kruskal Wallis H*(1) = 11,2; Valor de $p = 0,001$ (*Asymp. Sig*) para a 7ª semana.

Como se pode observar nos resultados, existem diferenças significativas entre os grupos na 7ª semana.

O contraste "*Within Subjects*"²⁶ evidenciou diferenças significativas entre a 1ª e 4ª semana, bem como entre a 4ª e 7ª semana para o grupo EP+H, ambas com $p < 0,01$. No grupo de EP, houve uma evolução significativa entre a 1ª e 4ª semana ($p < 0,01$); 4ª e 7ª semana ($p < 0,05$) e 7ª e 10ª semana ($p < 0,01$).

O Efeito Clínico dado pelo cálculo de *RCI* (e conseqüente percentagem de melhorados em cada grupos) evidenciou os seguintes resultados:

²⁶ O cálculo do contraste "*Within subjects*" foi obtido através de uma análise *One-Way Anova* com medidas repetidas. Verificámos diferenças dentro de cada um dos grupo ao longo do tratamento.

Grupo (após 2 meses em espera)	4ª Semana	7ª semana	10ª semana
EP+H	85,71%	100%	-
EP	66,6%	88,8%	100%

Tabela 25: O Efeito Clínico de cada um dos tratamentos para a medida de Stresse Pós-Traumático, dado pelo cálculo de *RCI* e a *percentagem de “melhorados”* para cada grupo após os dois meses de espera e respectiva tratamento nos grupos activos.

	Grupo no estudo	Média	Desvio p.	N
EAD-PSPT Após 2 meses em espera	Exposição Prolongada com Hipnose	35,14	3,,84	7
	Exposição Prolongada	34,3	4,21	9
EAD-PSPT 4ª semana	Exposição Prolongada com Hipnose	20,8	5,95	7
	Exposição Prolongada	25,77	2,64,	9
EAD-PSPT 7ª semana	Exposição Prolongada com Hipnose	13,7	1,80	7
	Exposição Prolongada	20,7	1,86	9
EAD-PSPT 10ª semana	Exposição Prolongada com Hipnose	-	-	7
	Exposição Prolongada	15,3	1,78	9

Tabela 26. Comparação entre grupos para os sujeitos do grupo de controlo que posteriormente integraram os grupos de EP+ H e EP (PSPT).

Resultados

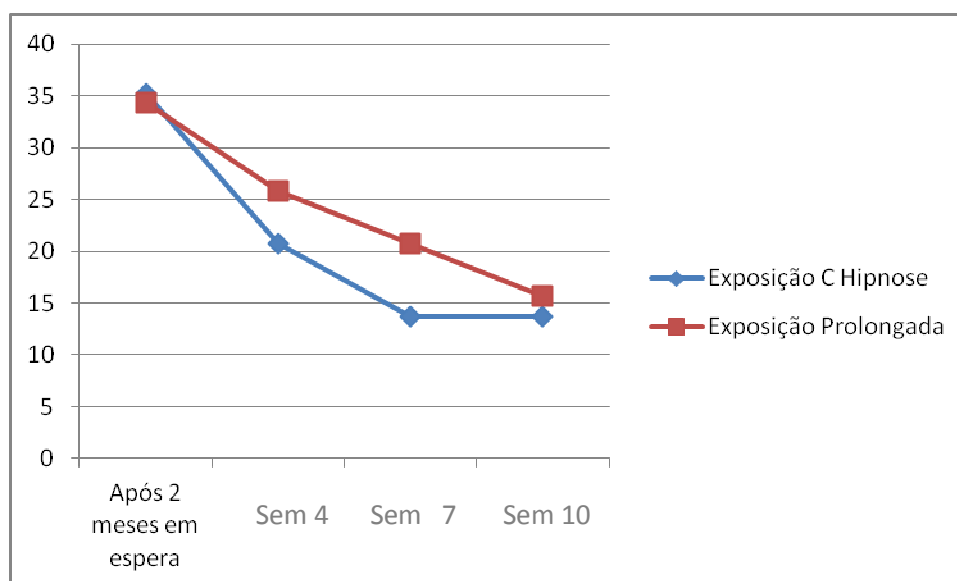


Gráfico 17. Comparação entre grupos (EP+H = 7 sujeitos) e (EP= 9 sujeitos) relativos à evolução da sintomatologia pós-traumática durante a fase de tratamento que ocorreu após o período de 2 meses de espera.

4.3.6. B) DADOS SOBRE SINTOMAS DE ANSIEDADE E SINTOMAS DEPRESSIVOS

Verificámos diferenças significativas entre os grupos no caso da sintomatologia depressiva para a avaliação na 7ª semana: *Kruskal Wallis* $H(1) = 6,785$; Valor de $p = 0,009$ (*Asymp. Sig*) para a 7ª semana. O cálculo de RC indicou uma melhoria de 28,6% dos participantes na 4ª semana e 71,42% na 7ª semana para EP+H. No grupo EP foram identificados 44,4% de melhorias clínicas na 4ª semana, 55,5% na 7ª semana e 55,5% na 10ª semana.

O contraste “*Within Subjects*” evidenciou diferenças significativas entre a 1ª e 4ª semana, bem como entre a 4ª e 7ª semana para o grupo EP+H, ambas com $p < 0,01$. No grupo de EP, houve uma evolução significativa entre a 1ª e 4ª semana ($p < 0,01$); 4ª e 7ª semana ($p < 0,05$) e 7ª e 10ª semana ($p < 0,05$).

No caso da sintomatologia de ansiedade os grupos apresentavam, no momento da integração no tratamento activo, após os 2 meses de espera, diferenças significativas nas suas médias iniciais ($p = 0,022$), colocando em causa a sua

homogeneidade e consequentes provas estatísticas. O cálculo de RC indicou uma melhoria de 71,4% dos participantes na 4ª semana e de 100% na 7ª semana. Já no grupo EP foram identificados 11,1% de melhorias na 4ª semana; 33,3% na 7ª semana e 55,5% na 10ª semana.

O contraste “*Within Subjects*” evidenciou diferenças significativas entre a 1ª e 4ª semana, bem como entre a 4ª e 7ª semana para o grupo EP+H, ambas com $p < 0,01$. No grupo de EP, houve uma evolução significativa entre a 1ª e 4ª semana ($p < 0,05$); 4ª e 7ª semana ($p < 0,01$) e 7ª e 10ª semana ($p < 0,05$).

4.3.7. COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS COM BASE NA SUGESTIONABILIDADE

Procurámos determinar se o grau de sugestionabilidade poderia estar relacionado com as variações sintomáticas (PSPT, ansiedade e depressão) ao longo do tratamento. Utilizámos o teste “*Mann-Whitney U*” e obtivemos resultados que nos permitem concluir que neste estudo, o grau de sugestionabilidade (mais sugestionáveis²⁷ Vs menos sugestionáveis²⁸) não esteve relacionada com a evolução dos resultados obtidos nas sessões de tratamento envolvendo hipnose.

- PSPT: *Mann-Whitney U* = 31,50; Z= -0,346; Valor de p = 0,729
- Ansiedade: *Mann-Whitney U* = 33,00; Z= -0,197; Valor de p = 0,844
- Depressão: *Mann-Whitney U* = 33,50; Z= -0,198; Valor de p = 0,843

Para além disto, comparámos também os participantes que “melhoraram mais” com os que “melhoraram menos” na sintomatologia pós-traumática, quanto à sugestionabilidade, recorrendo ao teste “*Mann-Whitney U*”, sendo que também neste caso não houve diferenças significativas (*Mann-Whitney U* = 33,0; Z = -0,292; Valor de p = 0,770). As médias obtidas para cada um dos grupos foram de 5.5 e 5.33 de sugestionabilidade respectivamente.

²⁷ >5 pontos na escala Waterloo-Stanford G.

²⁸ < ou = 5 pontos na escala Waterloo-Stanford G.

PARTE III – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. DISCUSSÃO E INTEPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

1.1 RESULTADOS GERAIS

Após apresentação dos resultados no capítulo anterior, passaremos de seguida a discutir os mesmos, tanto do ponto de vista de reflexão teórica, como tendo por base aspectos de natureza clínica.

Em termos genéricos, a nossa investigação tinha, por principal objectivo, avaliar a eficiência da exposição prolongada com hipnose, em comparação com a exposição prolongada, apenas. Por outras palavras, pretendíamos testar se acrescentar hipnose à exposição prolongada (já empiricamente testada como eficaz) tornaria o tratamento mais rápido e suportável.

Procedemos também à tradução e validação para a população portuguesa de um instrumento clínico de avaliação e diagnóstico para a PSPT tendo obtido resultados que sustentam a sua utilização (Agostinho, 2011).

Na investigação empírica, contámos com um total de 48 participantes²⁹ (N=48), que foram divididos aleatoriamente pelos 3 grupos investigacionais (EP– EP + H – Controlo), tendo os mesmos realizado um tratamento de 6 sessões (EP + H), 9 sessões (EP) e dois meses (controlo).

A média da idade dos participantes foi de 63 anos com um desvio padrão de 6 anos. A amostra foi composta por 77% de participantes do sexo masculino para 23% do sexo feminino. Quanto à tipologia do acontecimento traumático, 75% da amostra era composta por ex. combatentes, estando por este motivo o acontecimento traumático associado às suas participações na Guerra Colonial do final da década de 60 e início da década de 70 (89,6% dos acontecimentos traumáticos referidos foi a experiência em contexto de guerra). Em termos de severidade, 52% da amostra apresentou na fase inicial de avaliação uma sintomatologia pós-traumática severa e 48% moderada a severa.

²⁹ Ver descrição detalhada na página 97.

No que respeita a resultados do estudo empírico, recorreremos à análise estatística para comparar os grupos entre si, e também à evolução dos participantes dentro de cada um dos grupos. Para além disto, estudámos os efeitos clínicos (RC) que tem em consideração as melhorias de cada um dos participantes para as três medidas. Houve diferenças significativas com *large effect size* entre os três grupos (EP + H; EP e controlo) para a avaliação a 7 semanas incluindo a linha de base. Partindo do cálculo de RC (*Reliability Change*), e reportando-nos à 4ª semana, existiram 82,35% melhorados do grupo EP+H face a 73,3% do grupo EP. Já na 7ª semana existiram 100% de melhorias para EP+H face a 86,6% do grupo EP³⁰. O grupo EP+H melhorou significativamente e com o mesmo nível de significância, entre o período da linha de base e a 4ª semana e entre a 4ª e 7ª semana. O grupo EP melhorou com maior significância no início (entre a linha de base até 4ª semana) e final do tratamento (da 7ª à 10ª semana), comparativamente às melhorias obtidas entre a 4ª e 7ª semana.

Este resultado vai ao encontro da nossa hipótese de partida, e demonstra a superioridade do tratamento que integra o uso de hipnose (Bryant et. al., 2005). Para além disto, ficou também demonstrada a diferença já esperada entre o grupo de exposição prolongada com o grupo de controlo (Foa et al., 2007). Ambos os grupos de tratamentos activos se encontravam abaixo da linha de corte para a medida PSPT na 10ª semana, contrariamente ao grupo de controlo. Recordamos que o grupo de tratamento incluindo o uso de hipnose havia atingido este patamar na 7ª semana. Também na comparação entre os grupos que integraram o tratamento activo após o período de espera (N=16) foram verificadas diferenças significativas na 7ª semana entre EP+H e EP (RC=> 100% Vs 88,8% melhorados, respectivamente), e diferença também na 4ª semana (RC=> 85,71% - melhorados em EP+H Vs 66,6% - melhorados em EP).

Sobre os resultados obtidos tendo por base de estudo os critérios que definem a PSPT, realçamos a diferença significativa do grupo de tratamento EP + H face a EP e também ao grupo de controlo para o critério “B” – Reexperiência do trauma. Este dado revela-nos que a abordagem que inclui o uso de hipnose favorece a redução dos

³⁰ Ver resultados em detalhe na página 140.

sintomas de “flashback”, pensamentos e imagens sobre o trauma face à tradicional abordagem de Exposição Prolongada. Este facto poderá dever-se a uma “exposição” mais vivida aquando da sua prática com recurso a hipnose (Bryant, et al., 2005). O critério “C” - Evitamento, revelou diferenças significativas entre o grupo EP+ H e EP face ao grupo de controlo. No que respeita o critério “D” – Activação fisiológica, houve diferenças significativas entre os tratamentos activos e o grupo de controlo com large effect size. Este resultado vai ao encontro do que seria esperado, embora demonstre que, na nossa investigação, a inclusão da hipnose não foi significativamente superior ao grupo sem hipnose para esta dimensão da PSPT.

As medidas efectuadas relativamente à ansiedade demonstraram diferenças significativas entre EP + H face aos outros dois grupos. Pensamos que a abordagem envolvendo o uso da hipnose favorece a redução deste tipo de sintomas, associados inicialmente à PSPT. Foi calculado o valor de RC, sendo que obtivemos na 4ª semana (RC=> 58,82% Vs 13,33% melhorados, respectivamente), e na 7ª semana (RC=> 82,35% - melhorados em EP+H Vs 40,0% - melhorados em EP). O grupo EP+H melhorou significativamente e com o mesmo nível de significância, entre a linha de base e a 4ª semana e entre a 4ª e 7ª semana. O grupo EP melhorou com maior significância no meio do tratamento (4ª à 7ª semana) comparativamente aos outros momentos de avaliação.

Já na medida efectuada relativamente à sintomatologia depressiva, não existiram diferenças significativas entre EP+H e EP, embora estas sejam significativamente superiores face ao grupo de controlo como esperávamos. Foi calculado o valor de RC sendo que obtivemos na 4ª semana (RC=> 17,60% de melhorados em EP+H Vs 33,33% em EP), na 7ª semana (RC=> 70,50% - melhorados em EP+H Vs 40,0% - melhorados em EP). Curiosamente, e segundo o valor de RC para a sintomatologia depressiva, o grupo EP foi inicialmente ligeiramente superior ao grupo EP+H, sendo que esta diferença sofreu uma alteração na avaliação da 7ª semana. O grupo EP+H melhorou significativamente e com o mesmo nível de significância, entre a linha de base e a 4ª semana e a 4ª e 7ª semana. O grupo EP melhorou com maior significância no início do tratamento (linha de base até 4ª semana).

Como síntese, importa realçar que no nosso estudo sobre o tratamento da PSPT, (1) a utilização da hipnose aumentou a eficiência do tratamento; (2) demonstrou ser relevante na diminuição da sintomatologia ansiogénica e na diminuição dos sintomas do critério “B” – Reexperiência do trauma; (3) a abordagem com hipnose favorece claramente a diminuição da ansiedade face à abordagem sem hipnose e (4) na fase inicial do tratamento, a abordagem sem hipnose é ligeiramente superior na diminuição de sintomas depressivos, vantagem que não se mantém na 7ª semana.

Pensamos que o recurso à hipnose facilitou o acesso às memórias traumáticas (Spiegel, 1996) e conseqüentemente permitiu acelerar os resultados positivos próprios de uma abordagem envolvendo exposição (Foa et al., 1999). Na exposição prolongada (sem hipnose) a maior ou menor “vivência” dos conteúdos narrados pelo participante em tratamento talvez dependam da sua capacidade para recordar um conjunto de acontecimentos do passado, indo ao encontro da teoria do processamento emocional, na qual a confrontação com a memória traumática favorece a diminuição dos sintomas de ansiedade (Foa et al., 2007). Já com a introdução da hipnose, o processo de exposição é aparentemente facilitado por uma mais eficaz recordação dos elementos traumáticos. Embora não se trate de “realidade virtual”, cuja aplicabilidade está a ser estudada (Nauert, 2011), o participante está, na verdade, a revivenciar um momento de conteúdos traumáticos, sendo guiado neste processo e treinado na reatribuição e interpretação dos acontecimentos, que lhe permitem integrar essas memórias no leque de memórias emocionais, correspondendo desta forma a uma “reatribuição” do significado do trauma tal como é sugerido pelas linhas orientadoras da International Society for Traumatic Stress Studies (Foa et al., 2009). A autenticidade das memórias e a repetição tornam uma anterior memória traumática numa memória ou “registo emocional” de cariz emocional diferente (Foa, et al., 2007).

1.2. COMPARAÇÃO COM OUTROS ESTUDOS EMPÍRICOS

Mediante as nossas hipóteses de partida, verificou-se que ambos os tratamentos de Exposição com e sem hipnose se revelaram eficazes após um período de 9 semanas de tratamento. Tal resultado está em conformidade com os estudos que avaliaram a eficácia da utilização da exposição, ou suas variantes, no tratamento da PSPT. Exemplos são os estudos já mencionados, em maior detalhe, de Taylor et al. (2003) com 8 sessões, Power et al. (2002) com dez sessões, Fecteau & Nicki (1999) com 4 sessões, Bryant et. al (2003b) com 8 sessões, Tarrier et al. (1999) com 4 sessões, Devilly & Spence (1999) com 9 sessões. Mais concretamente, e no caso da utilização da hipnose no tratamento da PSPT, existem alguns estudos que confirmam a sua utilidade, por exemplo a meta-análise que reúne 18 estudos, realizada por Kirsch et al. (1995), Bryant et al (2005) e a descrição em pormenor do racional que sustenta a utilização que podem ser consultados em Foa, Keane & Friedman (2000).

Na verdade, após a 7ª semana, incluída, apenas 5,9% (1 participante) do grupo de Exposição Prolongada com Hipnose cumpria os critérios de diagnóstico, para 26,7% (4 participantes) do grupo de Exposição Prolongada no mesmo período. Já no final do tratamento, ambos os grupos apresentavam melhorias para todos os participantes. Assim, ambos os tratamentos se revelaram como eficazes, sendo o tratamento de EP + H significativamente mais eficiente (se tomarmos em conta a rapidez da obtenção de melhoria) que o tratamento de EP, visto que num número menor de sessões, os participantes já não cumpriam os critérios de diagnóstico para a PSPT e mostraram redução num dos factores emocionais medidos (ansiedade).

O recurso à avaliação dos acontecimentos de vida negativos (AVN) na avaliação inicial poderia ter revelado dados que nos permitissem associar os AVN a uma predisposição para o desenvolvimento do trauma e eventual severidade sintomática (Brás & Cruz, 1998). Recordamos que a maioria da amostra (ex. combatentes da Guerra Colonial) poderá ter dificuldades em lembrar o seu passado de forma exacta antes dos 12 anos, e que, por outro lado, o facto de se ser ex. combatente implica uma estadia prolongada no contexto do trauma. Ainda assim, e por qualquer motivo que

não podemos explicar com os nossos dados, não há relação entre o grau de AVN e seu impacto, com a severidade inicial dos sintomas pós-traumáticos.

Por seu turno, a escala de sugestibilidade hipótica serviu sobretudo, para percebermos se, o facto de se ser mais sugestível na avaliação estaria associado a uma maior facilidade na intervenção com hipnose, o que não se verificou. Segundo Irving Kirsch, numa entrevista realizada por Claudia Carvalho, existem muitas pessoas que são pouco sugestíveis mas que retiram benefícios da utilização da hipnose (Carvalho, 2009).

1.3. DIFICULDADES E LIMITAÇÕES

Consideramos que o facto de não ter sido possível realizar um *follow-up* é o um dos elementos que fragiliza a conclusão desta investigação. Para este facto, dificuldades na deslocação após o tratamento por grande parte da amostra, e o facto de já não haver sintomatologia foram os principais motivos referidos para a não devolução dos questionários enviados por correio. Com efeito, nos contactos realizados, estas foram as razões que nos foram dadas. A literacia e o grau de entendimento dos participantes foi, por vezes, um factor limitativo, sobretudo em termos do tempo de aplicação dos instrumentos de avaliação, tanto na linha de base, como também ao longo do tratamento, sendo obviamente difícil para nós poder quantificar essa mesma limitação. Estes factores não influenciaram em nosso parecer a eficácia dos tratamentos, embora como já referimos dificultassem o cumprimento do tempo programado para cada sessão. A nossa investigação teve um “dropout” de 4%, isto é, duas pessoas inicialmente seleccionadas desistiram durante as primeiras duas semanas após a linha de base por motivos que desconhecemos.

1.4. INTERPRETAÇÃO E CONTRIBUTO DA INVESTIGAÇÃO

Em termos de exercício clínico, temos na prática da EP+H um modelo de tratamento menos “directivo” e mais subtil, pois há um confronto indirecto com as memórias traumática, havendo neste caso uma componente de efeito de “surpresa”

que aparenta favorecer o funcionamento de processos individuais, que por sua vez contribuem para o surgimento de sentimentos de confiança e motivação importantes para desenrolar do tratamento (Ludeña & Pires, 2009). Já na EP, as directrizes estão claramente mais definidas aos olhos do participante, sendo um pouco mais complexo de seguir no caso da nossa amostra cuja idade média é de 63 anos, em muitos casos pessoas com dificuldades na leitura e escrita.

O efeito surpresa provocado pelas sugestões no grupo de tratamento EP+H, bem como a percepção de que “algo que não esperavam aconteceu”, por exemplo quando nos exercícios de indução da hipnose, o participante sente o braço a subir como que “por si”, facilitam e evocação de certos automatismos que se revelam importantes no momento do tratamento propriamente dito (Ludeña e Pires, 2009). Uma das possíveis vantagens da utilização da Hipnose será a de encurtar o próprio tratamento (Ludeña & Pires, 2009) e aproveitar o facto de os pacientes estarem dispostos a cooperar, sem que se sintam mais vulneráveis (Montgomery & Shnur, 2004; cit. por Ludeña e Pires, 2009). A utilização da hipnose mostrou-se também benéfica noutras investigações (Montgomery et al., 2002a, Montgomery, DuHamel & Redd, 2000; Smith, Glass & Miller, 1980; cit. por Ludeña & Pires, 2009) apesar do grau de sugestionabilidade não ter estado relacionado, na nossa pesquisa, com os resultados obtidos. Será de mencionar que, ao não usarmos, em momento algum, referência à hipnose, deixamos que os benefícios terapêuticos desta pudessem realizar-se sem interferências de outras variáveis como expectativas, crenças e atitudes face à hipnose. Neste sentido vai um estudo não clínico e ainda não publicado de Pires et al. (2012) com controlo experimental de crenças e atitudes face à hipnose: Para além das crenças e atitudes se revelarem irrelevantes, em termos de nocividade não revelam qualquer impacto fenomenológico. O que realmente se revelou importante foi o procedimento hipnótico (ainda que com outro nome).

Consideramos que a originalidade científica da nossa investigação se prende ao facto de, contrariamente à literatura internacional sobre PSPT e seus tratamentos, não procurámos apenas testar a eficácia de um tratamento ou comparar a eficácia de várias abordagens terapêuticas. Na verdade, o nosso intuito foi o de igualmente

comparar a eficácia de dois tipos de tratamentos activos, mas, num dos casos, a criação de uma abordagem terapêutica com mais propósitos. Para tal foi testada a inclusão da hipnose num protocolo já testado empiricamente, justamente na tentativa de acelerar a obtenção dos resultados, mas também de tornar o tratamento por exposição menos penoso. Consequentemente este método poderá reduzir o número de desistências neste tipo de terapia e facilitar a realização dos tratamentos por exposição, sobretudo graças à existência de uma indução e efeito surpresa, que promove a facilitação no processo de diminuição da ansiedade, e activação fisiológica como também é referida nos estudos de Auringers (2010) e que também favorece a concentração da pessoa em tratamento nos elementos mais importantes da própria exposição.

Assim, em termos muito concretos, e reportando-nos à melhoria sintomática por critérios de Stresse Pós-Traumático, apenas no caso do critério C “evitamento”, o grupo de E.P. + Hipnose não foi mais eficiente, sendo que, teoricamente faz bastante sentido, uma vez que nessa mesma abordagem o participante não foi incentivado a expor-se ao vivo (no mesmo grau) a elementos que recordassem o acontecimento traumático, o que sucedia no grupo de E.P.. Em termos práticos, pensamos que tal poderá ser superado em futuras intervenções/investigações com uma eventual implementação de sugestões pós-hipnóticas para este efeito durante o processo de tratamento com hipnose (Ludeña & Pires, 2009).

Estes dados são clinicamente relevantes pois permitem-nos “reabrir”, a partir de dados empíricos, a questão da duração adequada de um tratamento psicológico, sobretudo em questões e áreas muito específicas como é o caso das perturbações envolvendo fobias ou a variável “medo”. Por outro lado, parece-nos que a utilidade da hipnose como adjuvante de terapias empiricamente validadas ficou demonstrada, e que há uma aceitação “natural” dos participantes de técnicas hipnóticas.

Parece-nos ainda que estes dados poderão servir de base para projectos de investigação em áreas terapêuticas como as fobias, e eventualmente outras desordens de ansiedade, ou talvez no campo das desordens depressivas, nas quais o estudo do

papel das técnicas hipnóticas pode também ser desenvolvido em termos da sua eficácia e eficiência.

Sugerem-se outras investigações que possam fortalecer a validação da abordagem que propomos, bem como estudos devidamente apoiados em que haja a participação de um maior número de profissionais, bem como um maior número de participantes.

Referências Bibliográficas

Aardal-Ericksson, E., Eriksson, T. & Thorell, L. (2001). Salivary cortisol, posttraumatic Stress symptoms and general health in the acute phase and during 9 months follow up. *Biology Psychiatry*, 50 (12), 986-93.

Agostinho, M. A. (2005). *Estudo Psicométrico e Validação do Inventário de Avaliação dos Modos de Lidar com Emoções Disfóricas*. Leiria: Instituto Superior de Leiria.

Agostinho, M. A. & Peralta, C. (2008, Junho). *Dados Epidemiológicos sobre os Sintomas Depressivos e Ansiedade, nos Estudantes do Ensino Superior*. Comunicação apresentada no XIII Congresso do Centro de Psicopedagogia da FPCE – Universidade de Coimbra.

Agostinho, M. A. (2010). Minimizando as limitações do tratamento psicológico mais eficaz (exposição prolongada) no tratamento da perturbação de stresse pós-traumático. *Revista de Psicologia Militar*. Lisboa: Centro de Psicologia Aplicada do Exército, 19, 305-317.

Agostinho, M. A. (2011). Escala de Avaliação e Diagnóstico da PSPT - Estudo de Validação e normas de utilização. *Revista de Psicologia Militar*. Lisboa: Centro de Psicologia Aplicada do Exército. (No prelo).

Agostinho, M. A. & Santos E. (2009). (Re)Definindo a Perturbação de Stress Pós-Traumático: Revisão da Literatura sobre avaliação, diagnóstico, tratamento psicológico e tendências actuais incluindo o uso de Hipnose. in: Pires, C. & Santos, J. (Eds.) *Hipnose Clínica – Fundamentos e Aplicações em Psicologia da Saúde* (pp. 165 a 178). Viseu: Psico & Soma.

Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P. & Alves, C. (2003). Perturbação Pós-traumática do Stress (PSPT): Avaliação da Taxa de Ocorrência na População Adulta Portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 309-320.

American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. Washington DC: American Psychiatric Association

American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, (4th ed., rev.). Washington DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.

American Psychiatric Association (2009). *Performance in Practice: Clinical Tools to Improve the Care of Patients with Posttraumatic Stress Disorder*. *Focus – The Journal of Life Learning in Psychiatry - Focus Spring* (7), 186-203.

American Psychiatric Association (2010). *DSM-V Development*. Online - Available on: <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=165#>

Amstadter, B., McCart, M. & Ruggiero, K. (2007). Psychosocial Intervention for adult with Crime-Related PTSD. *Professional Psychology: Research and Practice*, (Vol. 38), 6, 640-651.

Andrew, G., Creamer, M., Crino, R., Hunt, C., Lampe, L., & Page, A. (2003). *The Treatment of Anxiety Disorders – Clinicians Guides and Patient Manuals*; UK: Cambridge University Press.

Antony, M., Ledley, D. & Heimberg, R. (2005). *Improving Outcomes & Preventing Relapse in Cognitive-Behavioral Therapy*. New York: The Guilford Press.

Anthony, M., & Barlow, D. (2002). *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders*. New York: Guilford.

Auringers, M. (2010). *Clinical Efficacy of a Brief Hypnotic Intervention for Hyperarousal Symptoms in Sexual Trauma*. A Dissertation approved by the Department of Psychology and Neuroscience Submitted to the Graduate Faculty of Baylor University in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor in Psychology. Waco, USA: Melissa Auringer Copyright.

Barlow, D. H. (1993). *Clinical handbook of psychological disorders*. New York: The Guilford Press.

Barlow, D., Allen, L. & Choate, M. (2004). Toward a unified treatment for Emotional Disorders. *Behavior Therapy*, 35(2), 205-230.

Barnier, A., Dienes, Z., & Mitchell, C. (2008). How Hypnosis Happens: New cognitive Theories of Hypnosis responding. In Nash, M. & Barnier, A. (Eds.) *The Oxford Handbook of Hypnosis*. 141-178. Oxford: Oxford University Press.

Beck, G. & Coffey, S. (2007). Assessment and Treatment of Posttraumatic-Stress Disorder after a Motor Vehicle Collision: Empirical Findings and Clinical Observations. *Professional Psychology: Research and Practice*, (Vol. 38), 6, 629-639.

Bernstein, D. & Borkovec, T. (1973). *Progressive relaxation training: A manual for the helping professions*. Champaign, IL: Research Press.

Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Devineni, T., Veazey, C. H., Galovski, T. E. & Mundy, E. (2003). A controlled evaluation of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress in motor vehicle accident survivors. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 79–96.

Bowers, K.S. (1993). The Waterloo-Stanford Group C (WSGC). Scale of Hypnotic Susceptibility: Normative and comparative data. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 41, 35-46.

Brás, M. & Cruz, J. P. (2008). *Acontecimentos de Vida Negativos, padrões de vinculação e ideação suicida*. (Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde). Faro: Universidade do Algarve.

Bremner, J., Krystal, J., Southwick, S. & Charney, D. (1996). Noradrenergic Mechanisms in stress and anxiety: II Clinical Studies. The National Center for PTSD - Connecticut. *Synapse*, 23, 39-51.

Bremner, J. (2002). *Neuroimaging Studies in Post-traumatic Stress Disorder*. Current Psychiatry Reports, Current Science Inc. Copyright, 4, 254-263.

Brunet, A., Akerib V. & Birmes, P. (2007). Don't throw out the baby with the bathwater - PTSD is not overdiagnosed. *Can J Psychiatry*, 52, 501–2.

Bryant, R. (2006). Cognitive-Behavioural Therapy for Acute Stress Disorder. In: Follete, V. & Ruzek, J. (Eds.) *Cognitive Behavioural Therapies for Trauma*, 2nd Edition. (pp. 198-227) New York: The Guilford Press.

Bryant, R. A., Moulds, M. L., Guthrie, R. M., Dang, S. T., & Nixon, R. D. V. (2003a). Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 706–712.

Bryant, R. A., Moulds, M., Guthrie, R., & Nixon, R. D. V. (2003b). Treating acute stress disorder following mild traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry*, 160 (3), 585–587.

Bryant, R. A., Moulds, M. L., Guthrie, R. M., & Nixon, R. D. V. (2005). The additive benefit of hypnosis and cognitive-behavioral therapy in treating acute stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 334-340.

Brom, D., Kleber, R.J. & Defares, P.B. (1989). Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 607-612.

Cahill, S. (2011). *Evidence-Based Treatment for Posttraumatic Stress Disorder: Preparing for the Aftermath of Disaster*. Center for the Treatment and Study of Anxiety: University of Pennsylvania.

Capafons, A. (1999). La Hipnosis Despierta, setenta e cuatro años después. *Anales de Psicología*; 15(1), 77-88.

Capafon, A. (2004). Clinical applications of “waking” hypnosis from a cognitive-behavioural perspective. From efficacy to efficiency. *Contemporary Hypnosis*, 21, 187-201.

Cardeña, E., Maldonado, J., Van der Hart, O., & Spiegel, D. (2000). Hypnosis. In E. Foa, T. Keane, & M. Friedman (Eds.). *Effective treatments for PTSD*. 2nd edition. New York: Guilford Press.

Cardeña, E. (2000). Hypnosis in the treatment of trauma: A promising, but not fully supported, efficacious intervention. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 221-234.

Carvalho, C., Mazzoni, G., Kirsch, I. & Leal, I. (2006). Apresentação da versão Portuguesa de uma escala de avaliação de susceptibilidade hipótica – *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (1), 3-11.

Carvalho, C., Mazzoni, G., Kirsch, I. & Leal, I. (2008). Portuguese Norms for the Waterloo-Stanford Group C (WSGC) scale of hypnotic susceptibility. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(3), 295-305.

Carvalho, C. (2009). Entrevista com o Professor Irving Kirsch – uma conversa acerca da hipnose clínica e experimental. Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde. Lisboa: ISPA. Retirado em 26 de Novembro de 2011 de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v28n2/v28n2a11.pdf>

Carvalho, T. & Regadas, D. (2010). Experiências de guerra/combate e sintomatologia associada à PSPT em veteranos da Guerra Colonial Portuguesa. *Revista de Psicologia Militar*. Lisboa: Centro de Psicologia Aplicada do Exército, 19, 233-257.

Chambless, D. & Hollon, S. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.

Chan, R. (2008). A Case Study of Chronic Post-Traumatic Stress and Grief: Hypnosis as an Integral Part of Cognitive-Behavioural Therapy. *Australian Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 36 (1), 13-22.

Cohen, J. (1998). Practice Parameters for the assessment and Treatment of Children and Adolescent with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal AM, Child Adolescent Psychiatry*, (Supplement). Washington DC: The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.

Cloitre, M. & Rosemberg, A. (2006). Group Therapies for Trauma using Cognitive-Behavioural Therapy. In: Follete, V. & Ruzek, J. (Eds.) *Cognitive Behavioural Therapies for Trauma* (2nd Ed). New York: The Guilford Press.

Cloitre, M., Koenen, K., Cohen, L. & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (5), 1067–1074.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Cooper & Clum, (1989). Imaginal flooding as a supplementary treatment for PTSD in combat veterans: A controlled study. *Behavior Therapy*, 20 (3), 381-391.

Cruz, J. P. (2008). Os Azares da Vida. Comunicação apresentada nas *XIIIas. Jornadas de Saúde Mental do Algarve*: Associação para Estudos de Psiquiatria e de Saúde Mental do Algarve: Lagoa.

DeAngelis, T. (2008). PTSD Treatments grow in evidence, effectiveness - *Monitor on Psychology*, 39 (1).

Deville, G. & Spence, S. (1999). The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive-behavior trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 13 (1–2), 131–157.

De Vries, G. & Olf, M. (2009). The Lifetime Prevalence of Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress*, 22 (4), 259–267.

Dienes, Z., & Perner, J. (2007). The cold control theory of hypnosis. In G. Jamieson (Ed.), *Hypnosis and conscious states: The cognitive neuroscience perspective*. Oxford University Press, pp 293-314.

Doll, B. (1999). Review of the Posttraumatic Stress Diagnostic Scale. In Plake, B.S. & Impara, J.C. (Eds.). *The Supplement to the Thirteenth Mental Measurement Yearbook*. Nebraska: The Buros Institute of Mental Measurements of The University of Nebraska, 225 –226 .

Dubosky, S. (2008). An Evidence-Based Approach to preventing PTSD. *Journal Watch Psychiatry*.

Durand, V. & Barlow, D. (2006). *Essentials of Abnormal Psychology*, (4th Ed.). USA: Thomsom Learning Inc.

Eichelman, B. (1985). Hypnotic change in combat dreams of two veterans with posttraumatic stress disorder, *American Journal of Psychiatry*, 142 (1), 112-114.

Ehlers, A. & Clark, D. (2008). Post-traumatic Stress Disorder: The development of effective psychological treatments. *Nordic Journal of Psychiatry*, 47, 11-8.

Ellenberger, H. F. (1970). *The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*. New York: Basic Books, Inc.

ESTSS, (2010). European Society for Traumatic Stress Studies, Task Force – Treatment for Post Traumatic Stress Disorders. Retirado em 7 de Abril de 2011 de <https://www.estss.org/task-forces/treatment-for-post-traumatic-stressdisorders/literature-on-treatment/>

Fagulha, T. & Gonçalves, B. (2000). Estudo da Adaptação Portuguesa da Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). Comunicação apresentada no I Congresso Hipano-Português de Psicologia: Hacia una Psicologia Integradora.

Echeburua, E., Corral, P., Zubizarreta, I., & Sarasua, B. (1997). Psychological treatment of chronic posttraumatic stress disorder in victims of sexual aggression. *Behavior Modification*, 21(4), 433–456.

Edmonston, W. E. Jr. (1986). *The Induction of Hypnosis*. New York: John Wiley & Sons.

Fecteau, G., & Nicki, R. (1999). Cognitive behavioural treatment of post traumatic stress disorder after motor vehicle accident. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 201–214.

Field, A. (2009). *Discovering Statistics using SPSS*, (3rd Ed.). London: Sage Publication Inc.

Foa, E. (1995). *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale Manual*. National Computer Systems Inc.

Foa, E. & Cahill, S. P. (2001). Psychological therapies: Emotional processing. In N. J. Smelser & P. B. Bates (Eds.), *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences* (pp. 12,363–12,369). Oxford, UK: Elsevier.

Foa, E., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycox, L. H., Meadows, E. A., & Street, G. (1999). The efficacy of exposure therapy, stress inoculation training and their combination in ameliorating PTSD for female victims of assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 194–200.

Foa, E., Hembree, E. A., Feeny, N. C., & Zoellner, L. A. (2002a, March). Posttraumatic stress disorder treatment for female assault victims. In L. A. Zoellner (Chair), *Recent innovations in posttraumatic stress disorder treatment*. Symposium conducted at the annual convention of the Anxiety Disorders Association of America, Austin, TX.

Foa, E., Hembree, E. & Rothbaum, B. (2007). *Prolonged Exposure Therapy for PTSD - Emotional Processing of Traumatic Experiences*. Therapist Guide. Treatments that Work. New York: Oxford University Press, Inc.

Foa, E., & Jaycox, L. H. (1999). Cognitive-behavioral theory and treatment of posttraumatic stress disorder. In D. Spiegel (Ed.), *Efficacy and cost-effectiveness of psychotherapy* (pp. 23–61). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Foa, E., Keane, T., Freidman, M. & Cohen, J. (2009). *Effective Treatments for PTSD* (2nd Ed.). Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York: The Guilford Press.

Foa, E., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of Fear: Exposure to Corrective Information. *Psychological Bulletin*. The American Psychological Association, Copyright, 99(1), 20-35.

Foa, E. & Meadows, E. (1997). Psychosocial treatments for post-traumatic stress disorder: A critical review. *Annual Review of Psychology*, 48, 449–480.

Foa, E., Keane, T., & Freidman, J. (2000). *Effective Treatments for PTSD*. Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York: The Guilford Press.

Foa, E., Riggs, D., Dancu, C., and Rothbaum, B. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6,459-473.

Foa, E., Rothbaum, B., Riggs, D. & Murdock, T. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715–723.

Foa, E. & Rothbaum, B. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.

Follete, V. & Ruzek, J. (2006). *Cognitive-Behavioural Therapies for Trauma*. New York: The Guilford Press.

Follete, W. & Naugle, A. (2006). Functional Analytic Clinical Assessment in Trauma Treatment . In Follete, V. & Ruzek, J.(Eds.) (2nd Ed.) *Cognitive-Behavioural Therapies for Trauma*, 17-33. New York: The Guilford Press

Forbes, D., Phelps, A. J., McHugh, A. F., Debenham, P., Hopwood, M., & Creamer, M. (2004). Imagery rehearsal in the treatment of posttraumatic nightmares in Australian veterans with chronic combat-related PTSD: 12-month follow-up data. *Journal of Trauma Stress*, 16(5), 509-513

Ford, J. D. (2009). *Posttraumatic Stress Disorder – Scientific & Professional Dimensions*. USA: Academic Press.

Foy, D. & Larson, L. (2006). Group Therapies for Trauma using Cognitive-Behavioural Therapy. In: Follete, V. & Ruzek, J. (Eds) (2nd Ed.) *Cognitive Behavioural Therapies for Trauma*. New York: The Guilford Press.

Freitas, S., Rodrigues, I. & Maia, A. (2009). Relação entre perturbação psicológica e suporte social em vítimas de acidentes. In: *Desafios da Saúde e comportamento: actores, contextos e problemáticas*. Actas do 1º Congresso de Saude e Comportamentos dos países de língua portuguesa. Braga. CIPSI Edições.

Friedman, M., Keane, T. & Resick P. (2007). *Handbook of PTSD – Science & Practice*. New York - USA: The Guildford Press.

Gregerson, M. (2007). Creativity Enhances Practitioners Resiliency and Effectiveness after a Hometown Disaster. *Professional Psychology: Research & Practice*, 38 (6), 596-602.

Harris, I. (2008). Researchers unable to agree on predictors of Post-Traumatic Stress Disorders. Retirado em 14 de Junho de 2011 de <http://www.medicalnewstoday.com/articles/113414>

Harvey, A. G., Bryant, R. A., & Tarrier, N. (2003). Cognitive behaviour therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 3, 501–522.

Hertzman, M. & Adler, L. (2010). *Clinical Trials in Psychopharmacology – A Better Brain*, (2nd Ed.).UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Hilgard, E. R. (1991). A neodissociation interpretation of hypnosis. In SJ Lynn and JW Rhue, eds. *Theories of hypnosis: current models and perspectives*. pp. 83-104. New York, Guilford Press.

Hughes, J.C. (2008). *The Illustrated History of Hypnotism*. The National Guild of Hypnotists.

Homar, G. & Sáez, L. (2001). Hipnosis y transtorno por estrés postraumático. *Enginy*, Col.legi Oficial de Psicòlegs de Balears.

Howell, D. (2007). *Statistical Methods for Psychology*. (7th Ed.) Belmont, USA: Wadsworth Cengage Learning

Iribarren, J., Prolo, P., Neagos, N. & Chiapelli, F. (2005). *Post-traumatic Stress Disorder Evidence Based Research for the third millenium*. Los Angeles – USA: Oxford University Press.

ISTSS (2009). *International Society for Traumatic Stress Studies*. USA. Retirado em 9 de Fevereiro de 2011 de <http://www.istss.org/AM/Template.cfm?Section=PTSDTreatmentGuidelines&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=2334>

Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.

Johnson, D. Rosenbeck, R. & Fontana, A. (1996). Outcome of intensive inpatient treatment for combat-related Post-traumatic Stress Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153, 771-777.

Kaufmann, W. (1980). Dissertation on the discovery of animal magnetism. In G. Bloch (Ed.), *Mesmerism: A translation of the original scientific and medical writings of F. A. Mesmer* (pp.43–78). Los Altos, CA: William Kaufmann. (Original work published 1779).

Keane, T. M. & Barlow D. H. (2002). *Anxiety and its Disorders. The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. (2nd Ed.). New York: The Guilford Press

Keane, T. M., Fairbank, J. A., Caddell, J. M., & Zimering, R. T. (1989). Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*, 20, 245–260.

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *52*, 1048–1060.

Kilpatrick D. G., Ruggiero K. J., Acierno R., Saunders B. E., Resnick H. S. & Best C. L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the National Survey of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*, 692–700.

Kirsch, I., Capafons, A., Cardeña, E. & Amigó, S. (1999). *Clinical Hypnosis and Self-Regulation – Cognitive-Behavioural Perspectives*. Washington D.C.: American Psychological Association.

Kirsch, I. & Lynn, S. (1999). Hypnotic involuntariness and the automaticity of everyday life. In: Kirsch, I., Capafons, A., Cardeña, E. & Amigó, S. (Eds.) *Clinical Hypnosis and Self-Regulation – Cognitive-Behavioural Perspectives*. Washington D.C.: American Psychological Association.

Kohlenberg, B., Tsai, M. & Kohlenberg, R. (2006). Functional Analytic Psychotherapy and the Treatment of complex Posttraumatic Stress Disorder. In: Follete, V. & Ruzek, J. (Eds), (2nd Ed.). *Cognitive Behavioural Therapies for Trauma*. (pp. 173-197). New York: The Guilford Press.

Kubany, E. S., Hill, E. E., & Owens, J. A. (2003). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD: preliminary findings. *Journal of Traumatic Stress*, *16*(1), 81–91.

Kubany, E. S., Hill, E. E., Owens, J. A., Iannace-Spencer, C., McCaig, M. A., Tremayne, K. J., et al. (2004). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CTT-BW). *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(1), 3–18.

Kubany, E. & Malston, T. (2006). Cognitive-Therapy for Trauma related guilt. In: Follete, V. & Ruzek, J. (Eds), (2nd Ed.). *Cognitive Behavioural Therapies for Trauma*. New York: The Guilford Press.

Kulka, R. A., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Hough, R. L., Jordan, B. K., Marmar, C. R., et al. (1990a). *The National Vietnam Veterans Readjustment Study: Tables of findings and technical appendices*. New York: Brunner/Mazel.

Kulka, R. A., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Hough, R. L., Jordan, B. K., Marmar, C. R., et al. (1990b). *Trauma and the Vietnam War generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. New York: Brunner/Mazel.

Lang, P. J. (1977). Imagery in therapy: An information processing analysis of fear. *Behavior Therapy, 8*, 862-886.

Lang, P. J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology, 16*, 495-512.

Laureano, R. (2011). *Testes de Hipóteses com o SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Laurence, J. R. & Perry, C. (1988). *Hypnosis, Will and Memory: A Psycho-Legal History*. New York: The Guilford Press.

Lee, C., Gavriel, H., Drummond, P., Richards, J., & Greenwald, R. (2002). Treatment of PTSD: Stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 1071–1089.

Liberzon, I., Taylor, S., Amdur, R., Jung, T., Chamberlain, K., Minoshima, S., Koeppe, R. & Fig, L. (1999). *Brain activation in PTSD in response to trauma-related stimuli*. Michigan, USA: Society of Biological Psychiatry, 45, 817–826.

Liu, N. & Dilillo, D. (2010). *The Behaviour Therapist. Association for Behavioural & Cognitive Therapies* (Vol. 33), (No. 6). Lincoln: University of Nebraska.

Ludeña, M. & Pires, C (2009). A inclusão da hipnose nas terapias psicológicas. in: Pires, C. & Santos, J. (Eds.) *Hipnose Clínica – Fundamentos e Aplicações em Psicologia da Saúde* (pp. 181-217). Viseu: Psico & Soma.

Lynn, S. J. & Kirsch, I. (2006). *Essentials of Clinical Hypnosis – An Evidence-Based Approach*. Washinton DC: American Psychological Association Copyright.

Lynn, S. & Cardeña, E. (2007). Hypnosis and the Treatment of Posttraumatic conditions: An Evidence-Based Approach. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 55* (2), 176–188.

Maia, A. C., McIntyre, T., Pereira, M. G. & Fernandes, E. C.P. (2006). *Factores Preditores de PSPT, Problemas de Saúde Física e Psicológica, Ajustamento Familiar, Laboral e Social em Ex-Combatentes da Guerra Colonial*. Relatório não publicado e apresentado à Fundação para a Ciência e Tecnologia.

Marcelino, D. & Figueiras, M. J. (2007). A Perturbação Pós-Stress Traumático nos socorristas de emergência pré-hospitalar: Influência do sentido interno de coerência e da personalidade. Unidade de Investigação em Psicologia da Saúde do Instituto Piaget, Almada. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (1), 95-108.

Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M., & Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring. *Archives of General Psychiatry*, 55, 317–325.

Mc Lean, C.P. & Foa, E.B. (2011). Prolonged Exposure Therapy for Post-Traumatic Stress Disorder: A review of evidence and dissemination. *Expert Review of Neurotherapeutic*, 11 (8), 1151-1163.

McCarthy, S. (2008). Post-traumatic Stress Diagnostic Scale. *Occupational Medicine*. United Kingdom: Oxford University Press, 58: 379.

Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavioral modification: An integrative approach*. New York: Plenum Press.

Melikan, A. & Carvalho, C. (2009). As ligações históricas entre a Hipnose, a Psicoterapia e a Psicologia. in: Pires, C. & Santos, J. (Eds.) *Hipnose Clínica – Fundamentos e Aplicações em Psicologia da Saúde* (pp. 149-164). Viseu: Psico & Soma.

McLean, C.P., Foa E. B. (2011). Prolonged exposure therapy for post-traumatic stress disorder: a review of evidence and dissemination. *Expert Review of neurotherapeutics*, 11 (8), 1151-63.

Midelfort, H. C. (2005). *Exorcism and Enlightenment: Johann Joseph Gassner and the demons of eighteenth-century Germany*. New Haven: Yale University Press.

Monson, C. & Friedman, M. (2006). Back to the Future of Understanding Trauma: Implications for Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma. In Follete, V. & Ruzek, J. (Eds), (2nd Ed.). *Cognitive-Behavioural Therapies for Trauma*. (pp. 1-16). New York: The Guilford Press.

Moore, E. & Watson, J. (1999). *Expressing Emotion – Myths, Realities and Therapeutic Strategies*. New York: The Guilford Press.

Nauert, R. (2011). Virtual Reality Therapy Aids Soldiers with PTSD. *Psych Central*. Retirado em 17 de Fevereiro de 2011 de <http://psychcentral.com/news/2011/02/17/virtual-reality-therapy-aids-soldiers-with-ptsd/23609.html>

Neria, Y., Gross, R., Marshall R. & Susser, E. (2006). *9/11 Mental Health in the Wake of Terrorist Attacks*. UK: Cambridge University Press.

NICE, (2005). National Institute for Clinical Excellence. *Post-traumatic Stress Disorder – The Management of PTSD in adult and Children in primary and secondary care*. London, UK. Retirado em 25 de Novembro de 2009 de <http://www.nice.org.uk/CG026NICEguideline>

NIMH, (2011). Posttraumatic Stress Disorder Research Fact Sheet. National Institute of Health.

Norton, P. & Hope, D. (2005). Preliminary evaluation of a broad-spectrum Cognitive-Behavioral group therapy for anxiety. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 36(2), 79-97.

Oliveira, S. & Pinto, A. (2010). Traumas de Guerra: Traumatização secundária dos filhos dos Ex. Combatentes da Guerra Colonial Portuguesa com sintomas da PSPT. In: *Revista de Psicologia Militar*. Lisboa: Centro de Psicologia Aplicada do Exército, 19, 259-277.

Otto, M. W., Hinton, D., Korbly, N. B., Chea, A., Ba, P. & Gershuny, B. S. (2003). Treatment of pharmacotherapy-refractory posttraumatic stress disorder among Cambodian refugees: A pilot study of combination treatment with cognitivebehavior therapy vs sertraline alone. *Behaviour Research and Therapy*, 41(11), 1271–1276.

Pallant, J. (2003). *SPSS – Survival Manual, a step by step guide to data analysis using SPSS*. Philadelphia: Open University Press.

Paunovic, N., & Ost, L. G. (2001). Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1183–1197.

Parrish, I. S., (2008). *Military Veterans PTSD Reference Manual* (Revised Ed.). Chapter 1, Section II, (pp. 01–03). Bryn Mawr, PA: Infinity Publishing.

Peebles, M. J., (2008). Trauma-Related Disorders & Dissociation in: Nash, M. & Barnier, A. (Eds) *The Oxford Handbook of Hypnosis* (pp. 141-178). Oxford: Oxford University Press.

Perry, B. (2000). Violence and Childhood: How Persisting Fear can alter the developing Child's Brain In: *The Child Trauma Academy* – Department of Psychiatry and Behavioural Sciences; Baylor College of Medicine – Texas Children's Hospital. Houston. Retirado em 11 de Dezembro de 2009 de <http://www.childtrauma.org>

Pintar, J. & Lynn, S. J. (2008). *Hypnosis, A brief History*. Wiley-Blackwell

Pires, C. M. (2002). *Compreendendo a enxaqueca*. Leiria: Editorial Diferença

Pires, C. M. (2003). *Manual de Psicopatologia, uma abordagem biopsicossocial*. Leiria: Editorial Diferença.

Pires, C. M. & Agostinho, M. A. (2007). Estudo epidemiológico sobre o consumo de psicofármacos em estudantes do ensino superior. *Psychologica*, Coimbra, Portugal, 44, 285-312.

Pires, C. L., Costa, P., Veloso, J. & Pires, C. (2006). *Stresse pós-traumático: modelos, abordagens e práticas*. Leiria: Editorial Diferença.

Pires, C. L. & Ludeña, M. (2009). Modelo Clínico para a Integração Psicológica da Hipnose. in: Pires, C. & Santos, J. (Eds.) *Hipnose Clínica – Fundamentos e Aplicações em Psicologia da Saúde* (pp. 219-231). Viseu: Psico & Soma

Pires, C. L., Pires, C. T. & Ludeña, M. A. (2012). Something in the way she moves: Beyond beliefs and attitudes about hypnosis. (Artigo em preparação)

Pires, T. (2005). Perturbação de stress pós-traumático em vítimas de acidentes rodoviários. Tese de mestrado em Psicologia, área de especialização de Psicologia da Saúde: Braga, Universidade do Minho.

Poon, M. (2007). Hypnosis for Complex Trauma Survivors: Four Case Studies. *American Journal of Clinical Hypnosis* – American Society of Clinical Hypnosis Copyright, 50:1.

Power, K., McGoldrick, T., Brown, K., Buchanan, R., Sharp, D., Swanson, V., & Karatzias, A. (2002). A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring versus waiting list in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 299–318.

Pratt, E., Brief, D. & Kean, T. (2006). Recent Advances in Psychological Assessment of adults with PTSD. In Follete, V. & Ruzek, J. (Eds), (2nd Ed.). *Cognitive-Behavioural Therapies for Trauma*. (pp. 34-61). New York: The Guilford Press.

Resick, P., Monson C. & Rizvi, S. (2008). Posttraumatic Stress Disorder in: Barlow, D. H. (Ed). *Clinical Handbook of Psychological Disorder – A Step-by-Step Treatment Manual*. New York: The Guilford Press.

Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. A., Astin, M.C., & Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (4), 867–879.

Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(5), 748–756.

Richards, D. & Lauterbach, D. (2007). *Handbook of Exposure Therapies*. USA: Academic Press.

Riggs, D., Shawn, Cahill & Foa, E. (2006). Prolonged Exposure Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. In Follete, V. & Ruzek, J. (Eds), (2nd Ed.). *Cognitive-Behavioural Therapies for Trauma*. (p65-116). New York: The Guilford Press.

Roberston, D. (2007). *A Brief Introduction to Cognitive-Behavioural Hypnotherapy*. Donald Roberston Copyright.

Robertson, D. (2008). *Evidence-Based & Cognitive-Behavioural Approaches to Hypnotherapy*. Donal Roberston Copyright.

Robertson, D. (2009). Review of Evidence-Based Hypnotherapy. Reprinted from *The Hypnotherapy Journal* Spring 2009. Donald Robertson Copyright.

Rosen, G.M. (2004). *Post-Traumatic Stress Disorders – Issues & Controversies*. West Sussex, England: John Wiley & Sons Copyright.

Rothbaum, B. O. (2002). A controlled study of PE versus EMDR for PTSD rape victims. In L. A. Zoellner (Chair), *Recent innovations in posttraumatic stress disorder treatment*. Symposium conducted at the annual convention of the Anxiety Disorders Association of America, Austin, TX.

Rothbaum, B. O., Meadows E. A., Resick, P., & Foy, D. (2000). Cognitive-behavioral therapy. In E. B. Foa, T. M. Keane, & M. J. Friedman (Eds.), *Effective treatments* 94

interventions for PTSD: *Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (pp. 320–325). New York: Guilford Press.

Ruzek, J. (2006). Bringing Cognitive-Behavioural Psychology to bear on Early Intervention with Trauma Survivors. (Accident, Assault, War, Disaster, Mass Violence and Terrorism). In: Follete, V. & Ruzek, J. (Eds), (2nd Ed.). *Cognitive Behavioural Therapies for Trauma*. New York: The Guilford Press.

Safran, J.; Greenberg, L. (1991). *Emotion, Psychotherapy & Change*. New York: The Guildford Press

Saigh, P. Green, B. & Kavol, M. (1996). The History and Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder with Special References to Children and Adolescents. *Journal of School Psychology*, 34 (2), 107-131.

Sendas, S. (2010). *Elaboração de significados das histórias de vida de Ex. Combatentes da Guerra Colonial com e sem Perturbação de Stress Pós-Traumático*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica: Braga. Universidade do Minho.

Shapiro, F. (1989). Efficacy of eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199–223.

Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford Press.

Shear, K. & Frank, E. (2006). Treatment of complicated Grief – Integrating Cognitive-Behavioural Methods with other Treatments Approach. In: Follete, V. & Ruzek, J. (Eds.) (2nd Ed.) *Cognitive Behavioural Therapies for Trauma*. New York: The Guilford Press.

Shekhar, A. (2011). Psychology for IAS - Behaviour Therapies - Therapeutic approaches. Retirado em 17 de Agosto de 2011 de <http://www.numerons.in/files/documents/Behavior-Therapies.pdf>

Shin, L., Rauch, S. & Pitman, R. (2006). *Amygdale, medial pre-frontal cortex an hippocampal function in PTSD* (pp.67-69) New York: Academy of Science.

Schnurr, P. P., Lunney, C. A., Sengupta, A., & Waelde, L. C. (2003). A descriptive analysis of PTSD chronicity in Vietnam veterans. *Journal of Traumatic Stress, 16*, 545-553.

Silva, T. (2009). *Medidas Repetidas utilizando o SPSS – Aulas de Estatística II – Diapositivos*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Sousa, A. & Cruz, J. P. (2008). Narrativa Protótipo da Depressão. *Mudança – Psicologia da Saúde*. Instituto Metodista de Ensino Superior Copyright, 16(1), 71-80.

Spiegel, D. (1996). Hypnosis in the treatment of posttraumatic stress disorder. In: S. J. Lynn, I. Kirsch, & J. W. Rhue (Eds.) *Casebook of clinical hypnosis* (pp. 99-111). Washington, DC: American Psychological Association.

Stein, M. B. & Paulus, M.P. (2009). Imbalance of approach and avoidance: the yin and yang of anxiety disorders. *Biol Psychiatry, 66* (12), 1072–4.

Stein, D. J., Zungu-Dirwayi, N., Van der Linden, G. J. H. (2004). *Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD)*. Cochrane Library, issue 2. Wiley Interscience.

Swartz, M. (2005). *Textbook of Physical Diagnosis: History and Examination* (5th Ed.) USA: Saunders.

Tarrier, N., Pilgrim, H., Sommerfield, C., Faragher, B., Reynolds, M., Graham, E. (1999). A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 13–18.

Taylor, S., Thordarson, D. S., Maxfield, L., Fedoroff, I. C., Lovell, K., & Ogradniczuk, J. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 330–338.

Tennessee Department of Mental Health and Development Disabilities (TDMHDD), (2010). *Behaviour Health Services for Adults-Best Practice Guidelines*. Division of Clinical Leadership. Retirado em 9 de Maio de 2011 de http://tennessee.gov/mental/omd/omd_docs/AdultBPGs2010.pdf

The National Center for PTSD (2006). *17th Annual Report – Sharing Expertise though VA and Beyond*. Retirado em 26 de Junho de 2009 de <http://www.ptsd.va.gov/about/annual-report/annual-report-pdf/ar06.pdf>

Thomas, J. & Hersen, M. (2011). *Understanding Research in Clinical and Counseling Psychology* (2nd Ed). New York: Routledge Taylor & Francis Group.

Van Der Kok, B. & Fisher, R. (1993). *Dissociation and the Fragmentary nature of traumatic memories: Overview and Exploratory Study*. Harvard Medical School.

Van Der Kolk, B. & Van Der Hart, O. (1991). The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma. *American Imago*, 48, 425-454.

Van der Kolk, B.A., Van der Hart, O., Burbridge, J.A. (1995). The treatment of post traumatic stress disorder. In: Hobfall, S.E. & Devries, M.W. (Eds.). *Extreme Stress and Communities: Impact and Intervention*. The Netherlands: Kluwer Academic Publishers.

Veronen, L. J., & Kilpatrick, D. G. (1983). Stress management for rape victims. In: D. Meichenbaum & M. E. Jaremko (Eds.), *Stress reduction and prevention* (pp. 341- 374) New York: Plenum Press.

Wagner, A., Linham, M. (2006). Applications of Dialectical Behavioural Therapy to Posttraumatic Stress Disorder and related problems. In: Follete, V. & Ruzek, J. (Eds.) (2nd Ed.). *Cognitive Behavioural Therapies for Trauma*. (pp.117 - 145). New York: The Guilford Press.

Walser, R., Hayer, S. (2006). Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder – Theoretical and application Issues. In: Follete, V. & Ruzek, J. (Eds.) (2nd Ed.) *Cognitive Behavioural Therapies for Trauma*. (p.146-172). New York: The Guilford Press.

Wark, D. (2008). What we can do with hypnosis. A Brief note. *American Journal of Clinical Hypnosis*. The American Society of Clinical Hypnosis Copyright, 51:1.

William, M. & Poijula S. (2002). *The PTSD Workbook – Simple, Effective for Overcoming Traumatic Stress Symptoms*. Oakland CA: New Harbinger Publication, Inc.

Wilson, J.P. & Keane, T.M. (1997). *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. New York (USA): The Guilford Press.

Wilson, J.P., Friedman, M. & Lyndy, J. (2001). *Treating Psychological Trauma & PTSD*. New York (USA): The Guilford Press

Wichramasekera, I. (2007). International Literature Reviews. *American Journal of Clinical Hypnosis*. American Society of Clinical Hypnosis, 50:1.

Woody, E., Bowers, K. (1994). A frontal assault on dissociated control. In: Lynn, S. J., Rhue, J. W. (Eds.), *Dissociation: Clinical and Theoretical Perspectives*. Guilford Press, New York, USA, pp. 52-79.

Yager, E. (2009). *Foundations of Clinical Hypnosis – From Theory to Practice*. UK: Crown House Publishing Ltd.

Yapko, M. (1995). *Essentials of Hypnosis*. New York: Routledge Taylor & Francis Group.

Yehuda, R. (2001). Biology of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Psychiatry*, 62 (17), 41-46.

Yehuda, R. (2002). Clinical relevance of biological finding in PTSD. *Psychiatry Q.*, 73(2) 123-133.

Yehuda, R. Shmeidler, J. Elkin, A. Honsmand, E., Siever, L., Binder-Brynes, K., Wainberg, M. Aferiot, D. Lebman, A. Guo, L. & Yang, K. (1998). Phenomenology and Psychobiology of the Intergenerational response to trauma In: Danieli, Y. (Ed.) *Intergenerational Hanbook of Multigenerational Legacies of Trauma*. New York: Plenum.

Yule, W. & Gold, A. (1993). *Wise before the event: Coping with Crises in Schools*. London: Caloust Gulbenkian Foundation.

Zayfert, C. & Becker, C. (2007). *Cognitive-Behavioural Therapy for PTSD – A Case Formulation Approach*. New York: The Guildford Press.

Entrevista Clínica de diagnóstico da PSPT

(Adaptado de Foa et al, 2007)

Consulente:

Data:

Psicólogo/ Investigador:

Nota: Esta Entrevista Clínica é estruturada, e pressupõe a existência de pelo menos um Critério A de Diagnóstico do DSM-IV ou sintomas significativos do PSPT.

Idade:

Nível de Educação:

Data Nasc:

Estado civil:

Agregado Familiar:

Situação Profissional:

Diagnóstico:

Outros Tratamentos a decorrer:

Dizer ao consulente: Irei colocar algumas questões sobre a sua experiência traumática, e sobre como se tem sentido e agido desde que tal situação se sucedeu. Algumas das coisas que iremos conversar poderão ser um pouco difíceis para si, e como tal, se houver alguma sugestão da sua parte, no sentido de tornar esta conversa menos dolorosa pode dizê-lo. Quer colocar alguma questão?

Resumir informações sobre a experiência traumática e confirmar os registos com a ajuda do consulente.

Estas informações estão correctas?

Há alguma informação que queira acrescentar?

Por vezes as pessoas já experienciaram outro tipo de acontecimento traumático ao longo da sua vida. Alguma vez experienciou, assistiu ou esteve confrontado/a com outro acontecimento traumático?

Se o consulente está em dúvida, poderá ser sugerida a seguinte lista de eventos, que cumprem o Critério A de Diagnóstico do TSPT:

- Desastre Natural
- Acidente grave
- Zona de combate
- Doença com séria ameaça de vida
- Morte acidental ou assassínio de um amigo próximo ou familiar
- Suicídio de um amigo próximo ou familiar
- Ataque súbito e ameaça com qualquer tipo de arma
- Ataque sem arma, mas com o intuito de ferir seriamente ou matar
- Experiência de violência (próprio ou testemunha)
- Abuso sexual enquanto criança ou adolescente
- Tentativa de abuso sexual ou violação
- Vítima de assalto

Identificação do alvo do trauma (isto é, aquele que será focado em primeiro lugar)

Dizer ao consulente: Todas estas coisas aconteceram (sumário das experiências)... qual de todas elas está neste momento a incomodar com maior intensidade?

Especificar:

Dizer ao consulente: Consegue recordar o que estava a pensar e a sentir naquele momento?

Sim

Não

Quando aconteceu, pensou que poderia ser seriamente ferido ou morto?

Durante a experiência de trauma: _____ sentiu-se desamparado, atemorizado?

Sim

Não

Se estava presente um perpetrador/agressor, quem era(m)?

- | | |
|--------------------|--------------------------|
| 2- Conhecido | 9- Namorado(a) |
| 3- Inimigo | 10- Esposo(a) |
| 4- Terrorista | 11- Organização |
| 5- Amigo | 12- Figura de autoridade |
| 6- Parente | 13- Familiar |
| 7- Irmão | 14- Vizinho |
| 8- Membro do Clero | 15- Outro _____ |
| | 16- Desconhecido |

Onde é que a experiência traumática aconteceu?

- | | |
|-----|-----------------------------------|
| 1- | Casa / Residência |
| 2- | Residência do agressor |
| 3- | Residência do amigo |
| 4- | Parque, rua |
| 5- | Parque de estacionamento, garagem |
| 6- | Escola |
| 7- | Instituição |
| 8- | Campo de batalha |
| 9- | Local público |
| 10- | Propriedade abandonada |
| 11- | Automóvel, autocarro ou avião |
| 12- | Local de trabalho |
| 13- | Outro _____ |

Da experiência traumática resultou algum tipo de “dano” físico? Em que medida estes danos continuaram a ser um problema para si?

Teve acesso a algum tipo de suporte médico? Ainda recorre a esses cuidados como forma de lidar com os problemas causados?

Existiu alguma acção legal resultante da experiência traumática? Qual é o seu estado neste momento?

Dizer ao consulente: Irei agora colocar-lhe algumas questões sobre o(s) responsável(eis) pela ocorrência de situação que causou a experiência traumática (se for aplicável). Não existem respostas certas ou erradas à questões, e não consideramos necessário que coloque a culpa sobre alguém. Colocamos estas questões dado que poderá facilitar o nosso trabalho conjunto e percebermos como é que vê este acontecimento e como é que lidou com ele, está bem?

Se for caso disso, quem considera culpado pela ocorrência do acontecimento traumático?

- | | | |
|----|----------------------|------------|
| 1- | Eu (o próprio) | |
| 2- | Perpetradores | |
| 3- | Uma organização | |
| 4- | O governo | |
| 5- | Amigos ou conhecidos | |
| 6- | O ambiente | |
| 7- | O acaso | |
| 8- | Outro | (descreva) |
-

Como se explica isto? (isto é, como esta pessoa / entidade é responsável?)

Sentiu-se culpado ou responsável pelo sucedido? Envergonhado? Frustrado? Como é que estes sentimentos têm estado presentes para si?

SAÚDE MENTAL E FÍSICA DESDE A EXPERIÊNCIA TRAUMÁTICA

Como tem estado a sua saúde física desde o trauma? (Se o trauma aconteceu há algum tempo, perguntar como tem estado a saúde ultimamente)

Boa
Satisfatória
Pobre

Se existem, quais são os principais problemas de saúde que tem tido? Existe algum tipo de relação com o trauma?

Como é o seu sistema de apoio / suporte? Com quem gosta de passar o seu tempo ou fala? Tem estado ligado aos seus amigos e família ultimamente?

Como tem estado o seu estado de humor desde a experiência traumática?(Se o trauma foi há algum tempo, perguntar como tem estado o seu estado de humor recentemente?) Tem-se sentido em baixo, deprimido? Tem notado alguma diferença no interesse que sente pelas coisas?

Nota: Se o consulente não refere estado depressivo, colocar a questão sobre ideação suicida ou comportamentos relacionados.

Desde o trauma, algumas vez pensou que a vida não valia a pena, e pensou em suicidar-se? Se sim, com que frequência?

Alguma vez chegou ao ponto de elaborar um plano sobre a forma como se iria suicidar? Desenvolveu alguma acção específica (seleccionar uma data, comprar uma arma, obter fármacos)

Tem a intenção de se suicidar / magoar a si próprio?

Alguma vez tentou o suicídio desde a situação traumática? Quando?

Alguma vez se magoou a si próprio de uma forma deliberada? (Por exemplo, há pessoas que se arranham, cortam ou queimam de propósito, ou potencialmente de auto-magoam de determinadas formas). Perguntar se necessário: Pretende magoar-se? Quando foi a ultima vez que se magoou?

Descrever:

Foi submetido a algum tipo de ajuda psiquiátrica ou psicológica como resultado do trauma? Algum tipo de intervenção não incluído neste tratamento?

Não

Sim

Se sim, descreva:

Esteve hospitalizado desde o trauma, devido a questões emocionais? Tentativa de suicídio?
Tratamento de drogas ou álcool.

Não

Sim

Diga-me por favor por que motivo esteve hospitalizado(a):

USO DE ÁLCOOL E DROGAS

Gostaria de lhe perguntar se está / esteve a consumir qualquer tipo drogas ou medicação.
Desde o trauma, utilizou:

Medicamentos prescritos: (especificar a quantidade e frequência de uso)

Drogas de rua:

Em média, quantas bebidas contendo álcool consome por dia? O seu padrão de consumo tem mudado desde o trauma?

Alguma vez teve problemas legais, sociais ou de desemprego relativos a consumos de drogas ou problemas de álcool

Não

Sim

Considera que tem um problema relacionado com a bebida ou o consumo de drogas?

Não

Sim

Há algum tipo de apontamento, esclarecimento, memória sobre como o acontecimento traumático que a/o está a afectar, e que considera que eu deva tomar conhecimento?

Fim da entrevista sobre o trauma

OBSERVAÇÕES:

DIAGNÓSTICO DSM-IV:

CRITÉRIOS:

FUNCIONAMENTO GLOBAL:

ANEXO B – Escala de Avaliação e Diagnóstico da PSPT

Tradução e validação para a população portuguesa de *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale*,
(Agostinho, 2011)

Escala de Avaliação e Diagnóstico da Perturbação de Stresse Pós-Traumático

(Adaptado de Posttraumatic Stress Diagnostic Scale; Foa, 1995)

Parte 1

Muitas pessoas já experienciaram ou foram testemunhas de acontecimentos traumatizantes em algum momento das suas vidas. De seguida, apresentamos uma lista de acontecimentos traumáticos. Coloque um círculo à volta de TODOS os acontecimentos que já experienciou ou dos quais foi testemunha.

- (1) Um acidente de grandes dimensões; acidente, fogo, explosão
(Por exemplo um acidente industrial, numa quinta, num automóvel, avião ou barco)
- (2) Catástrofe / Desastre Natural (Por exemplo um tornado, furacão, cheias, ou um grande terramoto)
- (3) Agressão (não-sexual) por um membro da família ou alguém que conhece (por exemplo, ser assaltado, ser atacado, ser alvejado, ser esfaqueado, ou ser-lhe apontada uma arma)
- (4) Agressão (não-sexual) por um estranho (por exemplo, ser assaltado, ser atacado, ser alvejado, ser esfaqueado, ou ser-lhe apontada uma arma)
- (5) Agressão sexual por um familiar ou alguém que conhece (por exemplo violação ou tentativa de violação)
- (6) Agressão sexual por um estranho (por exemplo violação ou tentativa de violação)
- (7) Combate militar ou zona de guerra
- (8) Contacto sexual com uma idade inferior aos 18 anos, por alguém cuja idade era 5 anos superior à sua (por exemplo contacto com os genitais ou peito)
- (9) Prisão (por exemplo, ter estado preso, prisioneiro de guerra, ou refém)
- (10) Tortura
- (11) Doença que coloca em perigo a vida de alguém
- (12) Outro acontecimento traumático
- (13) Se assinalou o item 12, especifique na linha que se segue

SE ASSINALOU QUALQUER TÓPICO, CONTINUE; SE NÃO, TERMINE AQUI O PREENCHIMENTO
OBRIGADO

Parte 2

(14) Se assinalou **mais de que um acontecimento traumático na Parte 1**, coloque um círculo na lista de itens seguinte ao tipo de acontecimento que *considera mais incomodativo*, faça o mesmo se apenas **selecionou um** dos itens da Parte 1.

- Acidente
- Catástrofe / Desastre Natural
- Agressão (não-sexual) por um membro de família ou alguém que conhece
- Agressão (não-sexual) por um estranho
- Agressão sexual por um familiar ou alguém que conhece
- Agressão sexual por um estranho
- Combate
- Contacto sexual com uma idade inferior aos 18 anos, por alguém cuja idade era 5 anos superior
- Prisão
- Tortura
- Doença que coloca em perigo a vida de alguém
- Outro

Por favor, descreva brevemente o acontecimento assinalado nas linhas que se seguem.

De seguida, colocamos algumas questões relativas ao acontecimento que referiu.

(15) Há quanto tempo aconteceu?

(Assinale uma opção)

- 1 Menos de um mês
- 2 Entre 1 e 3 meses
- 3 Entre 3 e 6 meses
- 4 Entre 6 meses e 3 anos
- 5 Entre 3 e 5 anos
- 6 Mais de 5 anos

Para as questões seguintes, assinale (S) para Sim e (N) para Não.

Durante o acontecimento traumático:

- (16) S N Foi fisicamente ferido(a)?
- (17) S N Outra pessoa foi ferida?
- (18) S N Pensou que a sua vida estava em perigo?
- (19) S N Pensou que a vida de outra pessoa estava em perigo?
- (20) S N Sentiu-se desamparado(a)?
- (21) S N Sentiu medo?

Parte 3

De seguida, apresentamos uma lista de problemas que as pessoas podem experienciar no período após uma experiência traumática. Leia atentamente cada uma delas e assinale nos números (0-3) o que melhor descreve a regularidade com a qual o problema o/a tem incomodado durante O MÊS PASSADO. Avalie cada problema tendo em conta o evento traumático que descreveu no item 14 (Acontecimento mais incomodativo).

- 0 Nunca ou apenas uma vez
- 1 Uma vez por semana ou menos (de vez em quando)
- 2 Duas a quatro vezes por semana (metade do tempo)
- 3 Cinco vezes ou mais (quase todo o tempo)

- (22) 0 1 2 3 A ocorrência de pensamentos ou imagens sobre o acontecimento traumático que surgem quando não deseja que isso aconteça
- (23) 0 1 2 3 A ocorrência de pesadelos sobre o acontecimento traumático
- (24) 0 1 2 3 Revivenciar o acontecimento traumático, como se estivesse a acontecer repetidamente
- (25) 0 1 2 3 Sentir-se emocionalmente lesado quando recorda o acontecimento traumático (por exemplo, sentir medo, revolta, tristeza, culpa, etc.)
- (26) 0 1 2 3 Experienciar reacções físicas quando recorda o evento traumático (por exemplo, suar ou sentir um aumento do ritmo do batimento cardíaco, entre outros)
-
- (27) 0 1 2 3 A tentativa de não pensar, falar ou ter qualquer sentimento sobre o acontecimento traumático
- (28) 0 1 2 3 A tentativa de evitar acontecimentos, pessoas ou lugares que relembram o acontecimento traumático
- (29) 0 1 2 3 A incapacidade de recordar uma parte importante do acontecimento traumático
- (30) 0 1 2 3 Uma redução significativa na participação em actividades ou eventos importantes
- (31) 0 1 2 3 Sentir-se distante das outras pessoas
- (32) 0 1 2 3 Sentir-se emocionalmente anestesiado (por exemplo ser incapaz de chorar ou incapaz de sentir afectos)
- (33) 0 1 2 3 Sentir que os seus projectos / planos para o futuro não se irão realizar, por exemplo, não vai ter uma carreira, casar, ter filhos, ter uma vida longa

- (34) 0 1 2 3 Ter problemas em adormecer ou dormir
- (35) 0 1 2 3 Sentimentos de irritabilidade ou pequenas crises de agressividade
- (36) 0 1 2 3 Dificuldades de concentração (por exemplo, numa conversa, perder-se no sentido de uma história televisiva, ou esquecer o que acabou de ler
- (37) 0 1 2 3 Estar excessivamente “alerta” (por exemplo, confirmar quem está perto de si, sentir-se desconfortável com as portas que estão “nas suas costas”
- (38) 0 1 2 3 Sentir-se facilmente assustado(a) ou em sobressalto (por exemplo, quando alguém permanece ou circula atrás de si)
-

(39) Durante quanto tempo experienciou as problemáticas referidas? (Assinale uma opção)

- 1 Menos de 1 mês
- 2 Entre 1 a 3 meses
- 3 Mais de 3 meses

Quanto tempo depois do acontecimento traumático estas problemáticas surgiram? (Assinale uma opção)

- 1 Menos de 6 meses
- 2 5 meses ou mais.

Parte 4

Indique de seguida, se as problemáticas referida na Parte 3 têm interferido com alguma das seguintes áreas / dimensões da sua vida durante O MÊS PASSADO. Assinale (S) para Sim e (N) para Não

- (41) S N Trabalho
- (42) S N Trabalhos domésticos e /ou deveres
- (43) S N Relacionamento com amigos
- (44) S N Actividades de leitura e divertimentos
- (45) S N Actividades escolares / académicas
- (46) S N Relacionamento com familiares
- (47) S N Vida sexual
- (48) S N Grau de satisfação geral com a vida
- (49) S N Funcionamento global nas diversas dimensões da sua vida

ANEXO C – CES-D: Instrumento de avaliação da sintomatologia depressiva
Adaptado de *The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (Fagulha & Gonçalves,
2000)

CES-D

Encontra nesta página uma lista das maneiras como se pode ter sentido ou reagido. Indique com que frequência se sentiu dessa maneira **durante a semana passada** fazendo uma cruz no quadrado correspondente.

Use a seguinte chave:

Nunca ou muito raramente (menos de 1 dia)

Ocasionalmente (1 ou 2 dias)

Com alguma frequência (3 ou 4 dias)

Com muita frequência ou sempre (5 ou 7 dias)

Durante a semana passada:	Nunca ou muito raramente	Ocasionalmente	Com alguma frequência	Com muita frequência ou sempre
1. Fiquei aborrecido com coisas que habitualmente não me aborrecem				
2. Não me apeteceu comer; estava sem apetite				
3. Senti que não conseguia livrar-me da neura ou da tristeza, mesmo com a ajuda da família ou dos amigos				
4. Senti que valia tanto como os outros				
5. Tive dificuldade em manter-me concentrado no que estava a fazer				
6. Senti-me deprimido				
7. Senti que tudo o que fazia era um esforço				
8. Senti-me confiante no futuro				
9. Pensei que a minha vida tinha sido um fracasso				
10. Senti-me com medo				
11. Dormi mal				
12. Senti-me feliz				
13. Falei menos do que o costume				
14. Senti-me sozinho				
15. As pessoas foram desagradáveis ou pouco amigáveis comigo				
16. Senti prazer ou gosto na vida				

17. Tive ataques de choro

18. Senti-me triste

19. Senti que as pessoas não gostavam de mim

20. Senti falta de energia

**ANEXO D – ZUNG: Instrumento de avaliação da sintomatologia de
ansiedade - Adaptado de *Zung Self Rating Scale* (Vaz Serra et al., cit. por Pires, 2002)**

ESCALA DE AUTO-AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE DE ZUNG

Leia com atenção todas as frases seguidamente expostas. Em relação a cada uma delas assinale com uma cruz (X) no quadrado respectivo aquilo que constitua a descrição mais aproximada da maneira como se sente.

	Nenhuma ou Raras vezes	Algumas vezes	Uma boa parte do tempo	A maior parte da totalidade do tempo
1. Sinto-me mais nervoso/a e ansioso/a do que o costume				
2. Sinto-me com medo sem nenhuma razão para isso				
3. Sinto-me facilmente perturbado/a ou em pânico				
4. Sinto-me como se estivesse para “rebentar”				
5. Sinto que tudo corre bem e que nada de mal acontecerá				
6. Sinto os braços e as pernas a tremer				
7. Tenho dores de cabeça, de pescoço e de costas, que me incomodam				
8. Sinto-me fraco/a e fico facilmente cansado/a				
9. Sinto-me calmo/a e com facilidade me sento e fico sossegado/a				
10. Sinto o meu coração a bater depressa demais				
11. Tenho crises de desmaio ou a sensação de que vou desmaiar				
12. Incomoda-me suspirar				
13. Posso inspirar e expirar com facilidade				
14. Sinto os dedos das mãos e dos pés entorpecidos e com picadas				
15. Costumo ter dores de estômago ou más digestões				
16. Tenho de esvaziar a bexiga com frequência				
17. As minhas mãos estão habitualmente secas e quentes				
18. A minha face costuma ficar quente e corada				
19. Adormeço facilmente e consigo ter um bom descanso durante a noite				
20. Tenho pesadelos				

ANEXO E – IAVN: Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (Cruz, 2008)

INVENTÁRIO DE ACONTECIMENTOS DE VIDA NEGATIVOS

Apresenta-se, de seguida, uma lista de acontecimentos que pode ter experienciado ao longo da sua infância e cujas consequências podem variar de indivíduo para indivíduo.

Assinale, de forma sincera, com uma , os acontecimentos que viveu até aos **12 anos**. Na coluna **“Frequência”**, indique a frequência com que esses acontecimentos ocorreram e, na coluna **“Impacto”**, caracterize o tipo e a intensidade do impacto/consequências que considera que os mesmos tiveram em si.

Nunca deve responder nas linhas que estão a sombreado (categorias), mas sim nas seguintes (sub-categorias). Quando assinalar a “frequência” do acontecimento como “0 – Nunca”, não é preciso preencher a escala do “impacto”.

FREQUÊNCIA (ATÉ AOS 12 ANOS)

0	1	2	3	4
Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes

IMPACTO/CONSEQUÊNCIAS

1	2	3	4	5
Nenhum	Negativo, mas também positivo	Ligeiramente negativo	Moderadamente negativo	Extremamente negativo

	FREQUÊNCIA					IMPACTO				
	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5
1 – Separações de Pessoas Significativas										
Intermitentes (nem a presença, nem a ausência da pessoa significativa foram contínuas; ex., progenitor que só vinha a casa ao fim-de-semana)										
Prolongadas (superior a 3 meses; ex. progenitor emigrante)										
Definitivas (por abandono ou por morte)										
2 – Negligência										
Negligência Física (recusa ou ineficácia em satisfazer as necessidades de alimentação, vestuário, higiene, cuidados de saúde,...)										
Negligência Psicológica (recusa ou ineficácia em prestar atenção, carinho ou protecção adequadas)										
3 – Abuso Físico										
Agressões corporais ligeiras (ex. palmadas)										
Agressões corporais moderadas (ex. murros, pontapés, cabeçadas, utilização de objectos)										
Agressões corporais severas (provocando marcas, sequelas ou traumatismos)										
4 – Abuso Sexual										
Observação forçada de cenas sexuais										

Estimulação dos órgãos sexuais										
Relações sexuais forçadas										
	FREQUÊNCIA					IMPACTO				
	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5
5 – Abuso Psicológico										
Depreciação (Ter sido alvo de insultos por parte de outros, que visavam diminuir o seu valor)										
Rejeição (Ter sido vítima de resposta negativa, abandono ou frieza emocional, quando era esperado o oposto)										
Humilhações (Desvalorização e depreciação das características pessoais, normalmente em público)										
Punições Desproporcionadas (Castigos demasiado severos face à situação, que comprometiam o bem-estar psicológico. Não inclui situações de abuso físico)										
Exigências Desproporcionadas (Ter sido alvo de expectativas elevadas e pressão psicológica, face a situações em que foi colocado/a sem estar preparado/a)										
Ameaças Verbais ou Escritas à Integridade Física e/ou Psicológica										
6 – Ambiente Familiar Disfuncional										
Conflitos entre os familiares próximos (cuidadores e/ou irmãos)										
Separações e/ou ameaças de separação dos cuidadores										
Abuso de substâncias (álcool, drogas) por parte dos cuidadores										
Doenças físicas entre os familiares próximos										
Doenças psicológicas entre os familiares próximos, comprometedoras do funcionamento pessoal										
7 – Condições de Vida Adversas										
Dificuldades económicas										
Problemas educacionais										
Mudança de residência										
Mudança de escola										
Habitação sem condições adequadas										
8 – Problemas de Saúde										
Psicológicos (ex. depressão, perturbações de ansiedade...)										
Físicos (ex. otites, crises de asma, ...)										

ANEXO F – Escala de avaliação da sugestionabilidade³¹

Adaptado de *Waterloo-Stanford Group Scale of Hypnotic susceptibility, Form C* (WSGC) (Carvalho, 2006)

³¹ Todas as referências à palavra “hipnose” foram omitidas e substituídas pelas palavras “relaxamento” ou outras similares consoante o contexto. Com a substituição, procurou-se evitar que as atitudes, crenças e expectativas face à hipnose pudessem influenciar as condições experimentais. Consideramos que é possível concretizar devidamente um procedimento hipnótico sem recurso à palavra “hipnose”, e que os métodos de indução são por si determinantes.

ANEXO G – Manual de Apoio para vítimas de acontecimentos traumáticos

INTRODUÇÃO

Em primeiro lugar, gostaríamos de lhe dar uma palavra de esperança, e dizer-lhe que, mesmo que já tenha tentado outras formas de Tratamento sem sucesso, haverá sempre a hipótese de que esta tenha um final mais feliz. Acreditamos que o nosso empenho poderá ser útil e que juntos poderemos produzir mudanças.

Todos os sobreviventes de experiências traumáticas são, mais cedo ou mais tarde, confrontados com a necessidade de recorrer a estratégias que lhes possibilitem fazer face ao conjunto de problemáticas de foro psicológico e psicossomático que de algum modo possa interferir com o seu bem-estar. Exemplos destas são os “flashbacks”, os pensamentos e as memórias intrusivas, a hiperactividade fisiológica, o evitamento de pessoas locais ou eventos, entre outros.

Este manual de apoio tem como princípio dar-lhe a oportunidade de conhecer alguns aspectos associados a esta perturbação, bem como dar-lhe algumas sugestões práticas de suporte que servirão de complemento ao tratamento psicológico realizado em consulta.

Para facilitar a sua integração e compreensão, gostaríamos de lhe dar a conhecer os objectivos por nós definidos, bem como o propósito da investigação e do tratamento psicológico que colocamos ao seu dispor. Desde já, agradecemos o seu interesse, e a sua participação, sendo que, de forma recíproca, pretendemos colocar ao seu dispor uma elevada competência técnica e profissional, e sobretudo poder ajudá-lo(a) na diminuição do seu sofrimento.

Explicando de um modo sucinto, o propósito da investigação consiste na validação de um Tratamento Psicológico (já anteriormente validado empiricamente) com algumas diferenças técnicas. Assim, pretendemos diminuir elementos que “por norma” constituem as principais dificuldades na implementação do tratamento já validado.

Um outro objectivo, e não menos importante, tem a ver com um interesse em contribuir de um modo activo na criação de uma metodologia terapêutica que melhor possa servir os interesses das pessoas que sofreram experiências traumáticas e que continuam a apresentar qualquer tipo de sofrimento emocional.

Comprometemo-nos assim acompanhá-lo(a) de um modo profissional num processo estruturado, e devidamente planificado, e esperamos acima de tudo poder ser úteis na diminuição dos sintomas que têm vindo a por em causa o seu bem-estar.

Desejamos os melhores progressos,

O SIGNIFICADO DE “DIAGNÓSTICO”

O diagnóstico de uma Perturbação de Stresse Pós-Traumático não deve ser entendido como um “rótulo”, algo estanque ou inalterável. Pelo contrário, o diagnóstico, tal como acontece noutras ciências como a medicina, tem como propósito facilitar a escolha do tratamento adequado.

Em Psicologia, as categorias de diagnóstico têm como função interpretar sintomas, agrupá-los, e dividí-los em categorias, tal como uma divisão em “gavetas” para facilitar o seu entendimento e ajudar na escolha de um Tratamento posterior adequado. Deste modo, para podermos falar em diagnóstico, é necessário que a pessoa em causa apresente um conjunto de sintomas específicos, que caracterizam a perturbação. Os critérios de diagnóstico foram previamente estabelecidos pela American Psychological Association – APA.

Com o diagnóstico, foi dado o primeiro passo para um Tratamento Psicológico bem sucedido.

É desejável, portanto, que a pessoa participe de um modo activo no seu Tratamento, colaborando na realização dos exercícios ou actividades propostas. Eventualmente, após algumas sessões, o diagnóstico deixará de fazer sentido, havendo um progresso contínuo até à ausência total de sintomas desagradáveis.

PSICOEDUCAÇÃO SOBRE A EXPERIÊNCIA TRAUMÁTICA

Ao longo do período que antecede o trauma, cada pessoa “traz consigo” de um modo mais ou menos consciente um conjunto de definições básicas sobre o que é e como deve ser a vida. As crenças e os modos de encarar os acontecimentos variam de pessoa para pessoa, contudo para todos, existe um conjunto de rituais que de algum modo transmitem a segurança e o equilíbrio necessário. É justamente o equilíbrio que é “quebrado”, sobretudo ao nível emocional, com a ocorrência de um, ou mais acontecimentos traumáticos. De repente, a pessoa “perde-se”, diminuindo a percepção de controlo sobre o que se passa à sua volta. O mundo deixa de ser um local seguro, e a vida deixa de ser justa...

A experiência traumática é algo muito pessoal e específico, este acontecimento enquadra-se num determinado contexto que essencialmente, poderá ser do tipo social, familiar, laboral, de lazer ou resultante de um fenómeno natural.

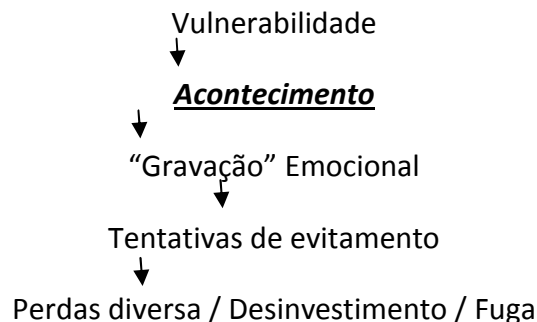
O carácter “inesperado” é em muitos casos um elemento bastante relevante, pois a pessoa sente-se como que “traída” pelo seu destino, por não ter tido oportunidade para se preparar perante tal acontecimento.

O primeiro passo para se poder lidar com um trauma consiste em reconhecer qual o seu verdadeiro impacto. De facto, poderá ter implicações emocionais, comportamentais, interferir nos pensamentos e nos relacionamentos, bem como nas atitudes, sonhos e expectativas. Por oposição, pensamos também que o carácter radical de um evento traumático pode, nalguns casos, representar um ponto de partida para um novo direccionamento, ou um novo propósito na vida da pessoa victimizada.

As principais emoções ou reacções referidas em momentos traumáticos são sobretudo o medo intenso, a perda do controlo de si e das suas emoções, os sentimentos de incompreensão, o sentimento de séria ameaça à integridade e o medo de morrer. Nestas situações o “corpo e a mente” são brutalmente postos à prova, sendo que o carácter “extremo” destas reacções psicológicas e fisiológicas está na base de uma perturbação emocional à posteriori.

O episódio / acontecimento é como que “gravado” instantaneamente na memória emocional da pessoa vitimizada, e é repetidamente lembrado sob a forma de “flash” de memória (imagens ou sons) de um modo não intencional. Nas experiências seguintes, é bastante comum que determinados estímulos indiferenciados possam retrazer à memória as principais cenas do acontecimento traumático, isto é, a pessoa passa a sentir-se num estado psicológico de alerta constante, havendo, obviamente sensações de enorme desconforto.

Esquema simples



PORQUE É QUE NÃO ULTRAPASSEI A SITUAÇÃO TRAUMÁTICA?

O desenvolvimento de uma perturbação associada a uma experiência traumática, pode, à primeira vista, parecer algo inevitável, como resultado do impacto de uma situação extrema. Embora haja de facto “mazelas” psicológicas às quais possa ser impossível fugir (em determinados casos), na verdade, existem factores no

processo de trauma que poderão condicionar em grande medida o desenvolvimento ou não de uma perturbação emocional.

Podemos dividir estes factores em três grandes grupos:

a) Factores Pré-Experiência traumática

- Género e idade
- Atitudes e crenças perante a vida
- Historial de experiências traumáticas
- Estratégias de coping (Modos de operar perante adversidades)
- Características emocionais

b) Características inerentes à experiência traumática

- Localização geográfica do acontecimento
- Duração da experiência traumática
- O significado atribuído ao(s) acontecimento(s)
- Multiplicidade de experiências
- Existência de uma ameaça permanente
- Severidade da experiência traumática

c) Factores Pós-Experiência traumática

Como já foi referido, todos os factores pré-trauma, bem como aqueles que são inerentes ao trauma poderão condicionar o desenvolvimento, ou não, de uma perturbação emocional. Contudo, as investigações demonstram que o que acontece no período após a experiência é determinante.

O processamento emocional do acontecimento, bem como a aceitação ou inaceitação das emoções relativas ao mesmo são fundamentais. Isto deve-se, em parte, pelo facto de muitas pessoas que desenvolvem uma perturbação evitarem de um modo persistente todos os pensamentos e as emoções associadas ao acontecimento, quer tentando não pensar sobre o sucedido, quer evitando uma aproximação a tudo o que se possa relacionar.

É justamente este “esforço” em evitar que permite um agravamento do impacto emocional do acontecimento. Dá-se então lugar a um incremento dos níveis de ansiedade (um progressivo estado de alerta geral), acompanhado de sentimentos de tristeza e revolta por não se conseguir lidar com a situação. A pessoa passa, de um modo não-intencional, a desinvestir do que é essencial na sua vida (Família, trabalho, lazer, entre outros) deteriorando a qualidade destas dimensões pouco a pouco...

Na prática, após algum tempo, a pessoa apresenta sobretudo duas características emocionais que estão na base do seu sofrimento:

- 1- Elevados níveis de ansiedade e elevado estado de alerta (associados ao medo)
- 2- Elevados níveis de disforia (sintomas depressivos)

É desejável que o tempo ocorrido entre a ocorrência traumática e o tratamento psicológico, bem como outras formas de apoio, seja o menor possível. Contudo, mesmo no caso de haver um grande período de sofrimento o tratamento deverá acontecer nas mesmas condições.

QUAIS OS ASPECTOS GERAIS DO TRATAMENTO PSICOLÓGICO

O Tratamento Psicológico que iniciou cumpre os critérios de validação da Associação Americana de Psicologia (APA), estando pois, validado, em termos empíricos. Apesar do seu carácter investigacional, todas as suas componentes estão devidamente planeadas e programadas para que o sucesso terapêutico seja alcançado. Todas os procedimentos e dimensões de ética bem como sigilo estão garantidos.

Qualquer Tratamento Psicológico assenta num conjunto de factores, alguns deles são a qualidade do tratamento utilizado, a experiência do terapeuta, e também o grau de investimento e envolvimento que a pessoa consegue produzir. Assim, esperamos que possa utilizar esta oportunidade para ultrapassar as dificuldades emocionais que tem sentido. Recorde-se que o propósito do tratamento é ajudá-lo(a) a superar as suas dificuldades.

Existem várias etapas ao longo do procedimento terapêutico, sendo nesta medida, muito importante saber aguardar o tempo necessário para alcançar os objectivos. De resto, estamos certos que podemos ajudar.