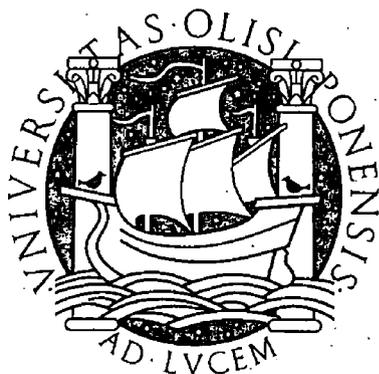


UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



A MEMÓRIA E A VONTADE:
ENVIESAMENTO ATENCIONAL E ASSIMILAÇÃO EM EX-COMBATENTES
COM PERTURBAÇÃO PÓS STRESS TRAUMÁTICO

David Neto

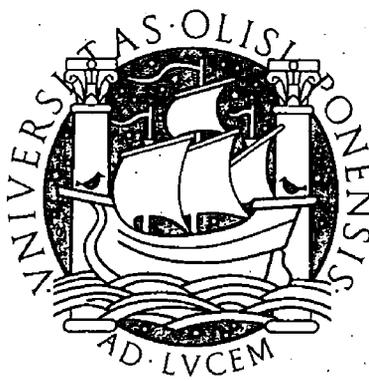
MESTRADO EM PSICOLOGIA
Área de especialização em Stress e Bem-Estar

2006

111-11
3AF + 11E11

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



Faculdade de Psicologia
e Ciências da Educação
Universidade de Lisboa
BIBLIOTECA

A MEMÓRIA E A VONTADE:

ENVIESAMENTO ATENCIONAL E ASSIMILAÇÃO EM EX-COMBATENTES
COM PERTURBAÇÃO PÓS STRESS TRAUMÁTICO

David Neto

Dissertação orientada pelo Prof. Doutor Telmo Baptista

MESTRADO EM PSICOLOGIA

Área de especialização em Stress e Bem-Estar

2006

RESUMO

A Perturbação Pós Stress Traumático (PPST) pode ser vista como a interrupção do processo de assimilação do acontecimento traumático. Para essa interrupção contribuem factores de manutenção, dos quais se salienta a presença de esquemas ansiogénicos. Este estudo tem como objectivo observar a associação entre a influência de esquemas ansiogénicos relevantes para a manutenção da PPST (relativos a trauma, sequelas e auto-conceito negativo) e o processo de assimilação do acontecimento traumático. Optou-se por estudar a influência dos esquemas por uma propriedade dos mesmos, o enviesamento atencional, e o processo de assimilação, pela análise de índices da narrativa que se admite corresponderem aos processos de assimilação ou de evitamento. Participaram neste estudo 34 ex-combatentes da guerra colonial portuguesa com PPST. O enviesamento atencional foi medido pelo paradigma experimental da Tarefa de Stroop-Emocional e a assimilação pela análise da narrativa do trauma (tendo como controlo uma narrativa emocionalmente negativa). Verificou-se a presença enviesamento atencional para trauma e sequelas e observou-se uma associação entre o enviesamento atencional, para trauma e auto-conceito negativo, e a severidade da PPST. No que concerne à análise da narrativa, parte dos índices considerados diferiam em termos de presença média na narrativa do trauma (relativamente à narrativa controlo) e o seu uso estava associado à PPST. Finalmente, alguns índices de assimilação/evitamento estavam associados ao enviesamento atencional. Discutem-se os resultados em função do enquadramento dos conceitos de assimilação e de enviesamento atencional em níveis diferentes do sistema cognitivo; da concepção da assimilação como processo narrativo e procurando extrair implicações para a intervenção psicoterapêutica em pessoas que viveram acontecimentos traumáticos.

PALAVRAS CHAVE

PPST, Assimilação, Enviesamento Atencional, Stroop, Narrativas

ABSTRACT

Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) can be conceptualised as an interruption of the traumatic event assimilation process. Maintenance factors such as anxiety related schemas play an important role in that interruption. The goal of this study is to examine the association between the effect of PTSD-relevant schemas (related to trauma, sequelae, or negative self-concept) and the process of assimilation of the traumatic event. It was chosen to analyse the effect of schemas by observing the attentional bias, which is considered to be a schema property and to study the assimilation process by the analysis of narrative markers, which are believed to represent the processes of assimilation or avoidance. 34 war veterans of the Portuguese colonial war with PTSD participated in this study. The attentional bias was measured by the Emotional Stroop Task and the assimilation through narrative analysis of the traumatic event (using as a control an emotionally negative narrative). It was found attentional bias towards trauma and sequelae and that the attentional bias towards trauma and negative self-concept were associated with the severity of PTSD. It was observed a number of significant differences, in terms of marker-use between both narratives, and those differences of usage correlated with the severity of PTSD, in some instances. Finally it was found an association between some of the markers of assimilation/avoidance and the attentional bias. These results are discussed in terms of the status of assimilation and attentional bias in a multi-level cognitive system; in terms of the notion of assimilation as a narrative process and in terms of possible implications to the psychotherapeutic intervention in PTSD.

KEY WORDS

PTSD, Assimilation, Attentional Bias, Stroop, Narratives

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	8
INTRODUÇÃO	9
1 – Perturbação Pós Stress Traumático (PPST)	10
<i>Diagnóstico e Definição de Conceitos</i>	12
<i>Dualidade na PPST</i>	15
2 – Processamento Emocional e Assimilação de Acontecimentos Traumáticos	16
<i>Perspectiva de Esquemas Centrais</i>	18
<i>Assimilação como um processo narrativo</i>	23
<i>Dualidade no processo narrativo</i>	31
3 – Factores de Manutenção	33
<i>Conceptualização de Foa – Modelos associacionistas de rede</i>	33
<i>Modelo de Ehlers e Clark – Importância das avaliações negativas do trauma e sequelas</i>	35
4 – Processos Cognitivos Subjacentes à Manutenção PPST	38
<i>Memória</i>	39
<i>Atenção e a Tarefa de Stroop-Emocional</i>	44
<i>Ligação entre dualidades</i>	49
5 – O Presente Estudo	50
<i>Hipóteses</i>	52

MÉTODOS	54
Participantes	54
Medidas	55
<i>Auto-Relatos</i>	55
<i>Narrativas da Memória do Trauma e Controlo</i>	57
<i>Codificação das Narrativas</i>	59
<i>Criação de Índices Simples e Compósitos</i>	64
<i>Construção da Tarefa de Stroop-Emocional</i>	64
<i>Aplicação da Tarefa de Stroop-Emocional</i>	67
<i>Pré-Teste das Narrativas e Tarefa de Stroop</i>	68
Procedimento	68
RESULTADOS	70
<i>Dados Clínicos Gerais</i>	70
<i>Enviesamento Atencional – Erros</i>	71
<i>Enviesamento Atencional – Tempos</i>	73
<i>Enviesamento Atencional e Severidade da PPST</i>	76
<i>Narrativa do Trauma e Narrativa Controlo</i>	81
<i>Assimilação e Variáveis Clínicas</i>	84
<i>Assimilação e Enviesamento Atencional</i>	90
DISCUSSÃO	93
<i>Três Índices</i>	95
<i>Assimilação como um Processo Narrativo</i>	96

<i>Influencia de Esquemas Ansiogénicos e Assimilação como dois Níveis</i>	100
<i>Dualidades a Nível de Paradigmas e Metodologias</i>	102
<i>Possíveis Implicações Práticas</i>	104
<i>Limitações do Estudo e Constrangimentos às Conclusões</i>	107
<i>Perspectivas Futuras</i>	110
REFERÊNCIAS	113
ANEXOS	121

AGRADECIMENTOS

Um trabalho com este nível de investimento individual seria impossível sem o auxílio e colaboração de outras pessoas. Resta-me portanto destacar algumas dessas pessoas.

Gostaria de agradecer à Dr.^a Fani Lopes por me ter possibilitado o desenvolvimento do gosto pela problemática da Perturbação Pós Stress Traumático (PPST) e por ter permitido fazer desse gosto um sustento. Muitas das ideias expressas aqui, nasceram nas discussões de fim de tarde sobre psicoterapia, PPST e questões associadas. Foram ainda valiosos os seus comentários ao manuscrito.

Gostaria de agradecer ao Prof. Doutor Telmo Baptista, por ter concordado em participar e pela participação como orientador desta tese. As múltiplas reuniões, em que se divergia e convergia para o objecto da tese enriqueceram-na. Nos diálogos, por vezes emergiram posturas diferentes que se terão traduzido nas dualidades presentes na própria dissertação.

Gostaria de agradecer a Ana Catarina Silva pelo detalhado e rigoroso trabalho na transcrição das entrevistas e pelas perspicazes revisões e comentários ao manuscrito.

Gostaria de agradecer à Dr.^a Carla Santos, à Dr.^a Susana Oliveira e ao Dr. Nuno Duarte que, no contexto da APOIAR, tiveram a disponibilidade para convidar metade dos participantes da amostra para cooperar neste estudo.

Gostaria de agradecer ao Dr. Pedro Aguiar, pelas sugestões a nível de estatística e à Dr.^a Vanda Sousa pelos comentários construtivos e construtivistas.

Gostaria de agradecer ao meu pai e à minha mãe por terem tornado possível e desejada a realização deste mestrado e pelas revisões ao manuscrito.

Gostaria ainda de agradecer aos participantes, alguns dos quais pacientes, a colaboração neste estudo, particularmente tendo em conta o impacto emocional do relato de acontecimentos traumáticos e pelo seu gesto ter outro motivante que não a percepção de ganho pessoal.

INTRODUÇÃO

- Fiz isso - diz a minha memória. - Eu não posso ter feito isso - diz o meu orgulho, e mantém-se irredutível. Por fim a minha memória cede.

Nietzche¹

Na controvérsia sobre a mecânica quântica, Albert Einstein terá dito que “Deus não joga aos dados”. A ideia de os fenómenos, ao nível sub-atómico, serem determinados pelo acaso era impensável para o físico alemão. Num sentido semelhante o ser humano vive com um conjunto de pressupostos, que lhe permitem funcionar com um nível de estabilidade e constância aceitáveis. Pode-se ver o trauma como a disrupção dessa realidade. Muitas vezes de forma imprevisível e muitas vezes de forma arbitrária, a pessoa vive um acontecimento traumático e tem de se ajustar a ele. A Perturbação Pós Stress Traumático (PPST) será, como se verá mais adiante, a perturbação dessa reacção. Frequentemente essa reacção implica que a pessoa reestruture ou reenquadre esses pressupostos; ou como Niels Bohr terá replicado: “Einstein, pára de dizer a Deus o que fazer”.

O estudo apresentado insere-se na compreensão das relações entre factores de manutenção da PPST. Para tal irá rever-se a literatura sobre a conceptualização da perturbação. Uma primeira parte irá incidir sobre os conceitos de assimilação e processamento emocional. Irá considerar-se a assimilação como um conceito central, na medida em que se estipula que a PPST consiste na não integração do acontecimento traumático em estruturas

¹ Nietzsche (1996). *Máximas*. Lisboa: Europa América. (pp.4).

Para esta e outras discussões deste tema fora da área da Psicologia, veja-se o Anexo I

pré-existentes. Numa segunda parte irão rever-se dois modelos de manutenção da PPST. Salientar-se-á a importância das avaliações negativas sobre o trauma, enquanto estruturas esquemáticas associadas à manutenção da percepção de ameaça e ao uso de estratégias disfuncionais. Finalmente rever-se-ão alguns conhecimentos sobre processos cognitivos que se julgam relevantes para a compreensão das características mnésicas e atencionais associadas à PPST.

1 - Perturbação Pós Stress Traumático (PPST)

A vivência de trauma é bastante frequente. Lee e Young (2001), numa revisão da literatura referem que a exposição (ao longo da vida) a acontecimentos traumáticos, definidos como tal de acordo com a DSM-IV, varia entre 25,2 e 92,2% nos homens e 17,7 e 87,1% nas mulheres. Por sua vez, a prevalência ao longo da vida da PPST, embora naturalmente menor, é ainda assim considerável, variando entre 5 e 6% nos homens e entre 10 a 12% nas mulheres.

Em Portugal não existem estudos epidemiológicos que avaliem a incidência ou prevalência de modo exaustivo. Albuquerque, Soares, Jesus e Alves (2003) estimaram uma prevalência da PPST de 4,8% nos homens e 11,4 nas mulheres, com base na aplicação da “Escala Abreviada de Sintomas”, de Breslau, a nível nacional. Este resultado vai ao encontro da literatura internacional.

Em Portugal, a questão da PPST de guerra é particularmente relevante no que concerne à Guerra Colonial (de 1961 a 1975). Não existem estudos específicos quanto à prevalência de PPST nos ex-combatentes. No entanto, estima-se que dos cerca de 800 000 homens mobilizados, 140 000 apresentem “problemas psiquiátricos crónicos” derivados da guerra. Estes valores têm como base uma extrapolação de dados americanos e de outros países (Albuquerque, Fernandes, Saraiva & Lopes, 1992).

A PPST é uma perturbação com consequências importantes, já que para além da elevada prevalência da perturbação, é comum o desenvolvimento de perturbações e problemáticas comórbidas. São comuns a presença de perturbações de humor, outras perturbações de ansiedade, abuso de substâncias, alteração da personalidade e problemas associados à zanga (para revisão ver Kimble, Riggs & Keane, 1998).

A PPST está ainda associada a problemas interpessoais. A nível conjugal verificam-se, por exemplo, maiores taxas de divórcio, conflitos, violência física ou ainda dificuldades a nível da expressividade, da intimidade, da sexualidade e da adopção dos papéis conjugais (para revisão ver Compton & Follette, 1998). Esta ligação pode ir para além da perturbação emocional geral, associada à PPST, estando talvez associada a mudanças estruturais na pessoa. Observa-se que, em pessoas com PPST, um conjunto de variáveis associadas à experiência de guerra (nível de exposição e nível de atrocidades assistidas) constitui factor de risco para a violência doméstica (Taft et al., 2005). Ou seja, a experiência de actos violentos na guerra leva ou facilita a perpetração de actos violentos noutros contextos. Note-se que se trata de um estudo retrospectivo, pelo que o relato da experiência de guerra pode simplesmente corresponder à severidade de PPST (que inclui sintomas associados a disfunção relacional).

Quer a prevalência de acontecimentos traumáticos, quer as consequências a nível individual e social desta problemática, tornam a investigação nesta área particularmente relevante. Tendo em conta que a PPST só surgiu como perturbação oficial na DSM-III (APA, 1980), investigações na compreensão e intervenção psicoterapêutica na PPST, poderão dar um grande contributo na diminuição destas consequências.

Diagnóstico e Definição de Conceitos

A Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST) constitui uma perturbação de fronteira quer em relação à reacção traumática adaptativa, quer em relação a outras perturbações. Por um lado é uma Perturbação da Ansiedade, com os processos emocionais típicos de uma perturbação de ansiedade (como a resposta de evitamento), mas por outro lado tem algumas características de Perturbação de Ajustamento (como o seu carácter diacrónico ou a frequente presença de humor disfórico) e das Perturbações Dissociativas (como a amnésia dissociativa e os *flashbacks*). Adicionalmente é a perturbação da reacção a acontecimentos extremos de existência cujas implicações, para a maneira como a pessoa se vê, percebe os outros e o mundo, não se enquadram na experiência prévia do indivíduo.

É uma perturbação que implica a presença de um acontecimento, que é designado de traumático por ser vivenciado como ameaça de morte ou ameaça à integridade física do próprio ou de outros e por envolver uma resposta de medo intenso, sentimento de impotência ou horror (APA, 2000). Por outro lado a presença de um acontecimento traumático não determina a presença de PPST. Para tal, é necessária a ocorrência de um conjunto de sintomas: sintomas de reexperiência do acontecimento traumático, sintomas de evitamento ou de embotamento da reactividade e sintomas de activação fisiológica persistentemente aumentada (APA, 2000).

A figura 1 apresenta os critérios de diagnóstico para PPST da Associação Americana de Psiquiatria. Optou-se por este sistema de classificação, em vez da Classificação Internacional de Doenças (ICD10; WHO, 1993), por o primeiro sistema estar associado a uma menor taxa de prevalência e por incluir na sua definição da perturbação elementos tão importantes como os associados ao embotamento da responsividade (Peters, Slade & Andrews, 1999).

Critérios de diagnóstico para F43.1 Perturbação Pós-Stress Traumático [309.81]

- A. A pessoa foi exposta a um acontecimento traumático em que ambas as condições seguintes estiveram presentes:
- (1) a pessoa experimentou, observou ou foi confrontada com um acontecimento ou acontecimentos que envolveram ameaça de morte, morte real ou ferimento grave, ou ameaça à integridade física do próprio ou de outros
 - (2) a resposta da pessoa envolve medo intenso, sentimento de falta de ajuda ou horror. **Nota:** em crianças isto pode ser expresso por comportamento agitado ou desorganizado
- B. O acontecimento traumático é reexperienciado de modo persistente de um ou mais dos seguintes modos:
- (1) lembranças perturbadoras intrusivas e recorrentes do acontecimento que incluem imagens, pensamentos ou percepções. **Nota:** em crianças muito novas podem ocorrer brincadeiras repetidas em que os temas ou aspectos do acontecimento traumático são expressos
 - (2) sonhos perturbadores recorrentes acerca do acontecimento. **Nota:** em crianças podem existir sonhos assustadores sem conteúdo reconhecível
 - (3) actuar ou sentir como se o acontecimento traumático estivesse a reocorrer (inclui a sensação de estar a reviver a experiência, ilusões, alucinações e episódios de *flashback* dissociativos, incluindo os que ocorrem ao acordar ou quando intoxicado). **Nota:** em crianças podem ocorrer representações de papéis específicos do acontecimento traumático
 - (4) mal-estar psicológico intenso com a exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspectos do acontecimento traumático
 - (5) reactividade fisiológica durante a exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspectos do acontecimento traumático
- C. Evitamento persistente dos estímulos associados com o trauma e embotamento da reactividade geral (ausente antes do trauma), indicada por três (ou mais) dos seguintes:
- (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 (por exemplo, não esperar ter uma carreira, casamento, filhos ou um desenvolvimento normal de vida)
- D. Sintomas persistentes de activação aumentada (ausentes antes do trauma), indicados por dois (ou mais) dos seguintes:
- (1) dificuldade em adormecer ou permanecer a dormir
 - (2) irritabilidade ou acessos de cólera
 - (3) dificuldades de concentração
 - (4) hipervigilância
 - (5) resposta de alarme exagerada
- E. Duração da perturbação (sintomas dos Critérios B, C e D) superior a um mês.
- F. A perturbação causa mal-estar ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou qualquer outra área importante.

Especifique se:

Aguda: se a duração dos sintomas é de menos de 3 meses

Crónica: se a duração dos sintomas é de 3 meses ou mais

Especifique se:

Com Início Dilatado: se o início dos sintomas é de pelo menos 6 meses depois do acontecimento stressor

Figura 1 – Critérios de diagnóstico para Perturbação Pós-Stress Traumático de acordo com a DSM-IV-TR (APA, 2000)

Este múltiplo agrupamento de sintomas pode sugerir uma multi-dimensionalidade de processos envolvidos. Podemos assumir que os sintomas de evitamento e de diminuição da reactividade correspondem a processos de evitamento emocional e cognitivo e que os sintomas de intrusão correspondem à necessidade cognitiva e emocional de elaboração do acontecimento traumático.

Relativamente à dimensão diacrónica referida, observa-se que uma percentagem significativa de pessoas que são sujeitas a acontecimentos traumáticos desenvolve sintomas do quadro clínico de PPST. Numa percentagem, também significativa, ocorre remissão espontânea destes sintomas no espaço de três meses (para revisão ver Foa & Rothbaum, 1998). Isto sugere que os sintomas de PPST farão parte de um processo natural de ajustamento à experiência traumática – que se designa tipicamente por processamento emocional e será referido adiante. Existe também uma evolução semelhante ao longo da terapia. Nas fases iniciais, quando as estratégias de evitamento são contrariadas, verifica-se tipicamente uma intensificação da activação (com consequente aumento nos sintomas da PPST) e posteriormente uma diminuição que está associada à habituação e ao encarar do trauma de modo mais adaptativo (e.g. Jaycox, Foa & Morral, 1998). Tendo em conta que a generalidade das terapias envolve o confronto com as memórias traumáticas (para revisão ver Foa, Keane & Friedman, 2000) esta evolução sugere que para o ajustamento pós trauma é necessária a activação das representações do acontecimento.

Por pretender focalizar-se a nível das variáveis mediadoras da ansiedade, assume-se uma perspectiva Cognitivista. Nomeadamente foca-se na dimensão cognitiva associada à resposta emocional e comportamental. Outras dimensões, como questões relacionais (e.g. ciclos interpessoais reforçadores da PPST) ou biológicas (e.g. alterações estruturais no hipocampo), certamente relevantes para esta temática, ficam fora do âmbito deste trabalho.

Dualidade na PPST

Como se afirmou anteriormente, a pessoa, sujeita a um acontecimento traumático, procura evitar o estímulo ansiogénico, tal como na generalidade das Perturbações da Ansiedade. No entanto, e apesar de serem vários os motivos e vários os processos, o evitamento não é bem sucedido em pessoas com PPST e a representação do trauma emerge de forma involuntária e egodistónica.

Este dualismo está presente na própria definição de PPST e é contemplada nos modelos de PPST. Horowitz (1983) refere a tendência para o completamento e a interrupção como processos presentes na manutenção da PPST. Nos modelos cognitivos referem-se as propriedades da memória para justificar a emergência das memórias traumáticas (e.g. Brewin Joseph & Dagleish, 1996; Ehlers et al., 2002) e a influência de avaliações ansiogénicas para enquadrar o evitamento (e.g. Ehlers e Clark, 2000). A nível da terapia, a maior parte das abordagens terapêuticas reflectem a necessidade de contrapor ao evitamento a exposição às memórias traumáticas e facilitar o processamento emocional das mesmas (Rachman, 2001).

Por outro lado, a evolução típica dos sintomas de uma pessoa que é confrontada com um acontecimento traumático, também envolve esta dualidade. É muito frequente a existência de intrusões e de evitamento, o que sugere que ambas farão parte do processamento emocional do acontecimento traumático.

Esta dualidade é fundamental para a compreensão da PPST, quer a um nível de conceptualização, quer de compreensão fenomenológica. A cessação desta dualidade corresponde, de alguma forma, ao ajustamento ao acontecimento. O assumir desta dualidade é também patente neste trabalho e traduz-se nos seus objectivos. Ou seja, ao procurar compreender a ligação entre a assimilação de acontecimentos traumáticos (para o qual a intrusão terá um papel importante) e os factores que bloqueiam esse processo (e.g.

evitamento), abordam-se dois níveis etiológicos da PPST associados a esta dualidade. Esta ideia irá sendo discutida ao longo desta dissertação, quer nos capítulos sobre o processamento emocional, quer nos sobre os factores de manutenção e processos cognitivos envolvidos.

2 – Processamento Emocional e Assimilação de Acontecimentos Traumáticos

A dualidade pode então ser vista como a necessidade de evitar o sofrimento e a necessidade de processar emocionalmente o acontecimento traumático. Esta necessidade surge na medida em que, como veremos mais adiante, os significados atribuídos ao acontecimento são, de uma forma que não é inteiramente clara², inconciliáveis com crenças prévias.

A importância da inclusão das variáveis internas mediadoras, na conceptualização da perturbação, fica patente na taxa diferencial de PPST consoante o acontecimento traumático (e.g. Lee & Young, 2001). Certos acontecimentos são mais traumatizantes que outros, não tanto pelo perigo ou dano físico causado, mas pela acção dessas variáveis mediadoras. Do mesmo modo a consideração dos significados envolvidos é que permite compreender o papel de acontecimentos posteriores ao trauma na etiologia da PPST (Foa & Rothbaum, 1998). Uma mulher vítima de uma violação poderá mudar o significado atribuído à mesma se ao contar ao marido este a responsabilizar e se ela (por vários factores) aderir a esta responsabilização.

A questão dos significados e das variáveis intermédias pode ser pensada de duas perspectivas. Por um lado, numa perspectiva estrutural, na concepção de esquemas e, por outro lado, em termos do processo de integração do acontecimento, nos conceitos de processamento emocional ou de assimilação/acomodação. Estas duas perspectivas não são, no

² Para esta discussão, assume-se que o sistema cognitivo tem como objectivo a consistência entre os seus vários elementos. Assim, a presença de significados contraditórios é motivadora por si só de alguma acção no sentido da sua integração. Para discussão destas ideias, veja-se a teoria da dissonância cognitiva e elaborações recentes da mesma (Harmon-Jones & Mills, 1999).

entanto, antagónicas. A perspectiva mais estrutural enfatiza a reacção emocional em função da estrutura preexistente, enquanto que a mais processual, enfatiza a mudança das estruturas na relação (emocional) com a realidade.

O conceito inicial de Processamento Emocional, desenvolvido por Rachman (e.g. 2001), e cuja origem não está directamente relacionada com a PPST; pode aplicar-se a qualquer processo de redução de ansiedade. A principal vantagem deste conceito consiste na existência de um modelo que justifica a mudança cognitiva/estrutural a partir de experiências comportamentais. No caso da PPST, tal corresponderá aos processos de integração plena do acontecimento traumático na memória episódica e à mudança a nível das crenças cognitivas centrais, conducentes ao decréscimo da ansiedade.

O conceito em si é bastante amplo e demasiado generalizável. Para os objectivos deste trabalho centrar-se-á no modelo de Assimilação de Stiles (2001). Neste modelo assume-se que a experiência traumática tem de ser assimilada³ num esquema. De acordo com este modelo, essa integração é faseada e pode ser conceptualizada em oito estádios, conforme o explicitado na Tabela 1.

Tabela 1
Estádios do Modelo de Assimilação de Stiles (2001)

0 - Bloqueado/dissociado	4 - Compreensão/ <i>insight</i>
1 - Pensamentos indesejados/evitamento activo	5 - Aplicação/ <i>working through</i> ,
2 - Consciência vaga/emergência	6 - Uso de recursos/resolução do problema
3 - Identificação do problema/clarificação	7 - Integração/mestria

³ É impossível abordar o conceito de Assimilação, sem mencionar o de Acomodação. Neste contexto, assume-se que a Assimilação do acontecimento traumático implica a Acomodação dos esquemas prévios. Para o presente trabalho, quando se referir Assimilação tem-se subjacente esta ideia. No entanto, esta distinção poderá ser interessante para enquadrar fenómenos como aqueles casos de PPST, em que o confronto com o acontecimento traumático assume um carácter disfuncional – ao encontro do sub-tipo de PPST com processamento crónico do trauma de Brewin, Dalgleish e Joseph (1996). Como se o trauma fosse sobre-assimilado, sem que ocorresse acomodação dos esquemas.

O acontecimento não é assimilado se houver evitamento das representações do mesmo. E de acordo com Williams Stiles e Shapiro (1999) isto pode acontecer por dois motivos. Primeiro – o paradigma da dor – a memória pode ser tão dolorosa que não é processada e deixa de ser acedida do modo típico das memórias declarativas (ou seja, só surge na consciência por associação com outros estímulos). Segundo – o paradigma do pânico – a memória, estando presente, é activamente evitada por significados associados à emergência da memória (e.g. interpretações catastróficas):

O conceito de assimilação tem a vantagem de poder ser formulado de várias perspectivas: quer numa formulação de esquemas, quer numa formulação de vozes, quer ainda numa formulação de processamento da informação (para revisão ver Stiles, Honos-Webb & Lani, 1999). Para os objectivos do presente trabalho é importante a ligação deste modelo com a noção de esquemas. Isto permite relacionar os processos associados à assimilação com os processos ligados à ansiedade e evitamento. Ou seja, podemos assumir que os esquemas associados à resposta de ansiedade estão ligados a esquemas de ordem superior, como os ligados ao significado atribuído ao acontecimento. Por exemplo ao não ocorrer a mudança do significado associado ao trauma (e.g. como sendo indicativo de falta de valor do próprio), as pistas ligadas ao trauma poderão ser mais facilmente interpretadas de modo catastrófico. Por outro lado, o facto de haver ansiedade ligada aos estímulos associados ao trauma, dificultará a integração do mesmo (e.g. pela ideia de que a pessoa é inapta para lidar com o mundo hostil).

Perspectiva de Esquemas Centrais

A noção de esquema assume uma importante posição nas teorias do processamento da informação ligadas à psicologia clínica. Esquema define-se como uma estrutura de significado, que guia o processamento de novas informações de acordo com premissas

prévias. O esquema, enquanto estrutura de conhecimento, é criado por experiências passadas. No entanto, é constituído por representações prototípicas abstractas de regularidades observadas. Pode-se ver um esquema como uma unidade modular em que a activação de um elemento produz uma activação do esquema na sua totalidade. Para uma discussão sobre esta definição veja-se Williams, Watts, McLeod e Mathews (1997).

A noção de crenças, mais ligada aos modelos cognitivos das perturbações emocionais (e.g. Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979), corresponde às premissas que guiam esses esquemas. Portanto, estes dois conceitos são, em parte, sobreponíveis. Crença refere-se à representação semântica que é orientadora do esquema, embora a noção de esquema vá para além da representação semântica que o constitui. Ao longo deste trabalho, sempre que se falar de crença assume-se que correspondê a um esquema com essa premissa.

Como se verá no capítulo dos factores de manutenção da PPST, o conceito de esquema/crenças é insuficiente para a compreensão a nível cognitivo de todos os fenómenos associados a perturbações mentais. Por exemplo noções como a de modo (e.g. Beck, 1996), diferenciação de níveis de crenças (e.g. Salkovskys, 1996), aspectos ligados às representações mnésicas (e.g. Brewin, Joseph e Dalgleish, 1996) ou outros aspectos do processamento cognitivo (e.g. Wells & Mathews, 1994; Teasdale, 1996) são relevantes na compreensão de fenómenos particulares. Ainda assim, o conceito de esquema permite de uma forma heurística conceber a perturbação como um todo integrado e, no caso da PPST, compreender o processo de integração do acontecimento na vida da pessoa sujeita a um acontecimento traumático.

A noção de que crenças centrais estão envolvidas na reacção traumática pode quase desprender-se das noções de que o acontecimento só é traumático se for percebido como tal pela pessoa e da ideia de processamento emocional enquanto integração do acontecimento em estruturas pré-existentes. Freud (1999) em 1920 afirmava que "Nas neuroses de transferência

em tempo de paz o inimigo do qual o ego se defende é na realidade a libido, cujas exigências parecem demasiado ameaçadoras. Em ambos os casos o ego tem medo de ser danificado – no último caso pela libido e no primeiro [neuroses de guerra] pela violência externa. Pode mesmo dizer-se que no caso das neuroses de guerra (...) o que é temido é ainda assim um inimigo interno” (pp.102). Ou seja, da mesma forma que os impulsos da libido poderiam constituir uma ameaça à integridade do ego (e das suas premissas básicas), também poderia sê-lo a representação interna da violência externa.

No entanto, Freud aplicou os pressupostos básicos da psicanálise à designada Neurose de Guerra, e via a mesma como o resultado de conflitos pré-existentes. Outros autores, como Horowitz (1983), acentuavam o papel da revisão das crenças cognitivas centrais. Assumia-se que o processamento era interrompido pela discrepância entre as implicações dos conteúdos traumáticos e os esquemas centrais relevantes.

Num modelo que se aplica também a situações de luto (Horowitz, 1999), este autor concebe o ajustamento ao acontecimento traumático por estádios, conforme a Figura 2. Neste modelo a intrusão tem um papel importante na revisão dos esquemas envolvidos no acontecimento.

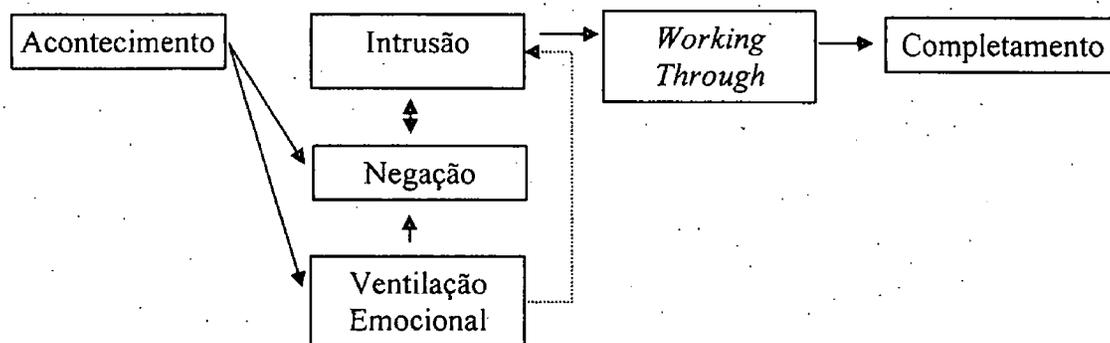


Figura 2 – Estádios do ajustamento ao Acontecimento Traumático. Adaptado de Horowitz (1983)

Outros autores especificam quais as crenças ou temáticas envolvidas que necessitam de reenquadramento. Janoff-Bulman (1998) refere as convicções sobre o mundo associadas à arbitrariedade dos acontecimentos. Outros autores referem as noções de segurança ou de vulnerabilidade pessoal, perigosidade ou benevolência do mundo, confiança diminuída no outro, culpa, baixa auto-eficácia, desesperança, baixa auto-estima ou perda de crenças espirituais (para revisão ver Follete, Ruzek & Abueg, 1998).

Ou seja, de modo geral, a situação traumática pode obrigar a rever crenças sobre o self, o outro e o mundo (Janoff-Bulman, 2004). Adicionalmente, esta conceptualização pode ser feita para cada trauma. Deste modo, certos traumas obrigam a rever certos tipos de crenças. Por exemplo, relativamente a traumas de guerra postula-se que possam envolver temáticas de confiança, auto controlo e culpa (para revisão ver Flack, Brett & Keane, 1998), que poderão não ser tão relevantes para certos traumas civis. Por outro lado, e dado o carácter idiossincrático das crenças, é natural que o trauma obrigue a esta revisão de acordo com o perfil individual da pessoa.

Existe alguma evidência de que a presença de crenças negativas sobre o valor do próprio e a benevolência dos outros está associada à PPST. Por exemplo, Dekel, Solomon, Elklit e Ginzburg (2004) encontraram valores mais baixos nos soldados com PPST nas dimensões de valor próprio e benevolência de outros, mas não de mundo justo, controlo, aleatoriedade, benevolência do mundo, auto-controlo ou sorte, relativamente a soldados sem PPST. No entanto, não existem estudos longitudinais que apontem o valor etiológico das crenças sobre o mundo, permanecendo portanto a hipótese de as mesmas serem o corolário da PPST.

Um caso particular e mais específico, frequentemente associado a PPST é a culpa, quer por actos ou omissões, quer a culpa do sobrevivente. A culpa correlaciona-se com a

severidade, com a depressão e a ideação suicida, entre outros índices de psicopatologia (para revisão ver Kubany, 1998). Como explicação pode admitir-se que a percepção da responsabilidade (presente na culpa) pode aumentar significativamente o impacto emocional da acção. Do mesmo modo, o valor egodistónico da culpa pode trazer implicações a nível do auto-conceito – que, como foi referido, desempenha um papel importante a nível das crenças centrais. Finalmente outros aspectos normalmente associados à culpa, como locus de controlo interno ou a percepção de consequências, podem estar envolvidos independentemente, a nível das crenças superiores.

Admitindo a necessidade de revisão de crenças centrais, importa conhecer o que constitui vulnerabilidade para a interrupção do processamento emocional (através do evitamento de conteúdos traumáticos). Os primeiros autores, ligados às perspectivas das crenças centrais, assumiam que as crenças excessivamente positivas (i.e. excessivamente dissonantes do trauma) constituam vulnerabilidade (e.g. Janoff-Bulman, 1998), por serem demasiado discrepantes das implicações do acontecimento traumático. No entanto, esta convicção não permite enquadrar o papel de múltiplos traumas como vulnerabilidade para PPST. Torna-se difícil assumir que pessoas com múltiplos traumas mantenham crenças positivas sobre o mundo. Uma alternativa consiste em afirmar que vulnerabilidade para a PPST consiste em assumir crenças de modo excessivamente rígido e extremo, quer no sentido positivo, quer negativo (Foa & Rothbaum, 1998). Para uma pessoa com crenças excessivamente negativas (i.e. excessivamente consonantes com o trauma), a situação traumática seria uma evidência de que as crenças eram verdadeiras, intensificando a experiência emocional negativa. Para uma pessoa com crenças excessivamente positivas, a situação traumática era demasiado perturbadora pela discrepância já referida.

Tal como noutras perturbações, estas crenças mantêm-se confirmadas pela inexistência de confrontação com as representações das experiências traumáticas. O próprio evitamento conduz através da convicção de que “eu descontrolo-me se me lembrar (plenamente) do que se passou”, à conclusão de que “eu ainda não me descontrolei por não me ter lembrado do que se passou”.

Há que não esquecer que o evitamento resulta a curto prazo na redução do sofrimento experimentado. Usando uma linguagem comportamental, tem um valor de reforço negativo. Este facto constitui um significativo motivador para o uso destas estratégias.

Resumindo, o processamento emocional pode ser visto como um processo de assimilação. Assume-se que o acontecimento e suas implicações terão de ser integrados num esquema. Nas pessoas com PPST, os esquemas prévios são marcados por crenças que são assumidas de modo excessivamente rígido, quer no sentido positivo quer negativo, pelo que as implicações do trauma são demasiado inconsistentes ou demasiado consistentes. Devido a esta (in)consistência, o processamento emocional é interrompido pelo evitamento.

Assimilação como um Processo Narrativo

Se pensarmos na PPST como uma perturbação dos processos adaptativos de processamento da experiência traumática e no processamento como assimilação da mesma através da acomodação das estruturas preexistentes, então podemos assumir que a integração em memória consiste na elaboração da memória ou narrativa traumática. Tal pode ser visto como um processo em que, relativamente à representação do acontecimento, ocorre uma maior atribuição de significados e diminuição dos processos bloqueadores da elaboração da mesma (Stiles et al., 1999). O pensar na Assimilação como um processamento narrativo tem como vantagem a introdução de um meio para estudar a mesma.

Esta ideia surgiu da observação clínica de que as narrativas traumáticas eram qualitativamente diferentes de outras narrativas e de narrativas do trauma após psicoterapia. Observava-se que a narrativa do trauma, anterior a intervenção psicoterapêutica, era mais descrita no presente, com mais detalhes sensoriais, com menos relatos da experiência subjectiva, menos descrições emocionais e elaborações (e.g. Cloitre, 1998). Estas observações deram por sua vez lugar a estudos empíricos.

Foa, Molnar e Cashman (1995) compararam narrativas de violação antes e depois de psicoterapia e verificaram que as narrativas aumentaram de tamanho, diminuíram a percentagem de diálogos ou acções e aumentaram as percentagens de pensamentos e sentimentos. Os índices de fragmentação da narrativa não diferiram ao longo da terapia, mas estavam associados à severidade da PPST. Para esta análise os autores dividiram o texto em unidades de expressão oral que agruparam nas categorias referidas na Figura 3.

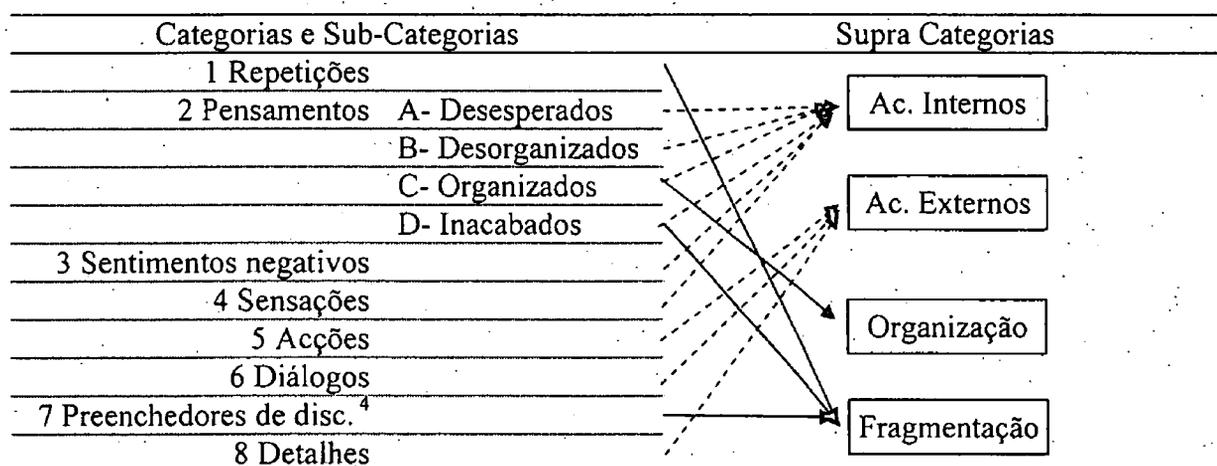


Figura 3 – Sistema de codificação de Foa et al. (1995)

⁴ Foi usada a expressão “preenchedor de discurso”, como tradução do conceito de *speech filler*. Tendo em conta a noção de “interjeição”, entenda-se preenchedor como sendo palavra ou conjunto de palavras que são usadas com a função de preencher os intervalos entre proposições, podendo funcionar como “marcador de discurso”. Note-se porém, que estas definições variam um pouco entre autores. Por exemplo, alguns autores incluem palavras nas interjeições e elementos não verbais nos preenchedores. A versão usada neste trabalho corresponde à de Pennebaker, Francis e Booth (2001).

Numa extensão do estudo anterior, Minnen, Wessel, Dijkstra e Roelofs (2002), voltaram a não encontrar diferenças para os índices de fragmentação ou organização, mas encontraram menor presença de pensamentos desorganizados em pacientes que tinham melhorado, em oposição a pacientes que não tinham melhorado.

Uma forma de avaliar a fragmentação que produziu melhores resultados foi o nível de legibilidade (ou *reading level*), que se associa à severidade da PPST (Amir, Stafford, Freshman & Foa, 1998). No entanto, o uso deste tipo de medidas levanta problemas em termos de interpretação. Nomeadamente, observa-se que pessoas com PPST apresentam piores resultados em medidas de desempenho cognitivo e quando algumas destas medidas (subt-teste de vocabulário da WAIS e dois testes de aptidão escrita) foram tidas em conta, a associação deixa de estar presente (Gray & Lombardo, 2001).

Uma forma alternativa de analisar as narrativas consiste em situar a análise ao nível das palavras. A este nível é possível realizar análises relativas aos conteúdos e análises relativas ao estilo, através do estudo de partículas linguísticas (como os pronomes). Este tipo de análises permitiu encontrar diferenças em termos do uso das palavras em grupos diferentes – em função de: idade, sexo, medidas de personalidade, perturbações mentais, estados de saúde física – e em situações diferentes – formalidade dos contextos, mentira/verdade, estados de activação emocional e interacções sociais (para revisão ver Pennebaker, Mehl & Niederhoffer, 2003).

Um dos sistemas de contabilização mais referidos na literatura é o “Inquérito linguístico e Contagem de Palavras” de Pennebaker (Pennebaker, Francis & Booth, 2001). Este sistema informático de contagem e categorização de palavras foi utilizado nos estudos sobre o papel da ventilação emocional para a saúde física de pessoas em processo de luto de pessoas significativas. A ventilação era manipulada com a introdução de 30 minutos de escrita

sobre o falecimento em cada um de cinco dias consecutivos e nesta condição as pessoas tinham melhores resultados nos indicadores de saúde (Pennebaker, Mayne & Francis, 1997). Os autores verificaram ainda que o uso de pensamento causal ou de *insight* e o relato de emoções positivas (superior ao de emoções negativas) estava associado a melhor saúde física ao longo dos dias de escrita.

Na tabela 2 apresentam-se as categorias das palavras usadas por este sistema:

Tabela 2

Dimensões do “Inquérito linguístico e Contagem de Palavras” (Adaptado de Pennebaker et al, 2001)

DIMENSÕES LINGÜÍSTICAS PADRÃO	PROCESSOS PSICOLÓGICOS	PREOCUPAÇÕES PESSOAIS	RELATIVIDADE
Contagem de palavras/ Palavras por frase/ Palavras terminadas por ?/ Palavras exclusivas/ % de palavras presentes no dicionário/ % de palavras com mais de 6 letras/ Total de pronomes (1ª pessoa do singular, 1ª pessoa do plural, Total da primeira pessoa, Total da segunda pessoa, Total da terceira pessoa)/ Negações/ Artigos/ Proposições / Números	Pr. emocion. ou afectivos Emoções positivas/ Sentimentos positivos/ Optimismo e Energia/ Emoções Negativas/ Ansiedade ou medo/ Zanga/ Tristeza ou depressão Processos Cognitivos De causa/ De <i>insight</i> / Discrepância/ Inibição/ Tentativo/ Certeza Pr. Sens. ou Perceptivos Ver/ Ouvir/ Sentir Processos Sociais Comunicação/ Outras referências a pessoas/ Amigos/ Família/ Humanos	Ocupação Escola/ Emprego/ Feitos Actividades de lazer Caseiros/ Desportos/ TV e filmes/ Música Dinheiro e assuntos financeiros Assuntos metafísicos Religião/ Morte e morrer Estados físicos e funções Estados físicos e sintomas/ Sexo e sexualidade/ Comer, beber e dietas/ Dormir e sonhar/ Arranjar	Tempo Verbos no passado/ Verbos no presente/ Verbos no futuro Espaço Cima/ Baixo/ Inclusivo/ Exclusivo Movimento APÊNDICE: DIMENSÕES EXPERIMENTAIS Palavrões/ Não-fluências/ Preenchedores de Discurso

Foram realizadas algumas aplicações deste sistema à PPST. Alvarez-Conrad, Zoellner e Foa (2001) verificaram que o uso de palavras associadas a morte ou morrer estava associado a pior funcionamento (severidade da PPST e funcionamento social) após a terapia, mesmo tomando em consideração características relacionadas com o trauma (violação).

Brown e Heimberg (2001) procuraram manipular as condições do Paradigma de Pennebaker relativamente às dimensões de ventilação solitária/interpessoal (com e sem outra pessoa) e às dimensões de ventilação factual/cognitivo-emocional (manipuladas pelas instruções dadas), em mulheres com PPST de violação. Os autores não verificaram diferenças

entre estas condições experimentais. Estes resultados apontam para a necessidade de ver os estudos usando este paradigma de forma não simplista (i.e. pode não existir uma relação causal simples entre o uso de certas palavras e medidas de resultado num momento posterior). Estes autores verificaram, no entanto, que o número de palavras (interpretado como indicador de detalhe) e o número de auto-referências (interpretado como personalização da experiência) estavam associados a decréscimo de disforia e ansiedade social.

Finalmente, utilizando o paradigma de Pennebaker, mas usando uma medida de narrativa diferente – a “Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas” (ver tabela 1) – Honnos-Webb, Harrik, Stiles e Park (2000) verificaram que níveis elevados de assimilação estavam associados a maior frequência de visitas a centros de saúde. Os autores apontam para a necessidade de considerar a ventilação como não sendo necessariamente benéfica em todas as circunstâncias. No entanto, estes resultados também apontam para a necessidade de ver, com maior cuidado, a relação entre as medidas das narrativas e as medidas de resultados. As medidas de resultados, quer de saúde física quer de severidade da perturbação, são tipicamente medidas multi-factoriais. As associações entre estes dois tipos medidas podem ser determinadas ou influenciadas por terceiras variáveis, ou as relações podem não ser lineares.

O sistema de contabilização e categorização de palavras tem inúmeras vantagens práticas e trata-se de um sistema objectivo. Um dos problemas destas análises é que a palavra é contabilizada fora do seu contexto, perdendo parte do seu valor informativo. Uma alternativa recente é a Análise Semânticas Latente (para revisão ver Pennebaker, Mehl e Niederhoffer, 2003), na qual se realiza uma espécie de análise factorial a grandes amostras de texto, e obtém a posição de uma palavra relativamente a agrupamentos de palavras. Isto permite verificar diferenças entre amostras de palavras diferentes. Num estudo interessante, usando esta metodologia, Campbell e Pennebaker (2003) verificaram que o uso diferencial de pronomes estava associado a melhores resultados em medidas de saúde física. A interpretação

destes resultados é menos clara que relativamente a palavras de conteúdo. No entanto, o uso de pronomes reflecte o grau de personalização da experiência, particularmente tendo em conta que a maior parte das experiências consideradas se passam em contextos sociais. Dizer “eu matei desnecessariamente aquele tipo” é diferente de dizer “a morte daquele tipo foi desnecessária”, apesar das três palavras de conteúdo serem idênticas.

Para terminar, importa referir os estudos sobre a detecção linguística de mentiras. Estes estudos são importantes para este trabalho por dois motivos: primeiro, porque para a detecção de mentiras a análise tem de se centrar em questões estilísticas (i.e. a mentira não se observa no que é dito); segundo, porque os estudos sobre a detecção de mentiras levantam questões sobre as especificidade dos indicadores criados. Numa revisão da literatura, Pennebaker et al. (2003) referem que quando a pessoa mente tende a usar menos auto-referências (pronomes pessoais da primeira pessoa); fazer maior uso de emoções negativas e menor uso de palavras exclusivas (conjunções e preposições como “mas”, “excepto”, “sem” e “excluindo-se”) que se julgam indiciadoras de complexidade cognitiva. Como se o discurso de quem mente fosse menos personalizado, mais emotivo e menos complexo. Também se verificam diferenças em termos não verbais, como maior latência entre pergunta e resposta, maiores hesitações (expressas por interjeições) e certos comportamentos não discursivos (Vrij, Edward & Bull, 2001).

A Tabela 3 apresenta as categorias verbais e não verbais de um estudo de detecção linguística de mentiras.

Tabela 3

Ex. de categorias linguísticas usadas num estudo de detecção de mentiras (Vrij et al., 2001)

Elementos Não Verbais	Elementos Verbais
Hesitações no discurso (interjeições)	Estrutura lógica
Erros no discurso	Produção não-estruturada
- Repetições	Quantidade de detalhes
- Frases Inacabadas	Envolvimento do contexto
- Mudança de Frase	Descrição de interacções
- Actos Falhados	Reprodução de diálogo
Latência de Resposta	Detalhes não usuais
Taxa de Discurso	Atribuição de estados mentais a outros
	Correcções Espontâneas
	Admissão de falta de memória
	Levantar dúvidas sobre o testemunho do próprio

Havendo já um corpo importante de literatura sobre as idiossincrasias da narrativa traumática, levantam-se ainda algumas questões sobre esta área de investigação.

Primeiro, a questão da especificidade das diferenças observadas. Se, por exemplo, o uso de uma dimensão linguística discrimina se se verifica ajustamento ao trauma, mas também se a pessoa está a mentir ou ainda se a pessoa tem um estilo de personalidade particular, o que é que está subjacente ao uso dessa dimensão? Dito de outra forma, sendo a assimilação um processo narrativo, deverá ser possível encontrar na narrativa indícios de assimilação que sejam distintos de outros processos, como de activação emocional. No entanto, o que esta sobreposição de resultados mostra, como seria previsível, é que dimensões complexas não serão discrimináveis em índices simples. Por outro lado, isto sugere que essas mesmas dimensões complexas podem corresponder a processos que são sobreponíveis com outras condições. Isto aponta para a necessidade de estudar os processos envolvidos na produção de determinadas dimensões linguísticas.

Segundo, salienta-se a vantagem de utilizar medidas de processo (estilísticas) adicionalmente a medidas de conteúdos. As medidas de processo são mais independentes do conteúdo que é narrado e podem ser mais permeáveis a processos cognitivos e emocionais. A distinção entre conteúdos e processos foi efectuada de modo muito interessante num estudo

de caso de Horowitz et al. (1993). Neste estudo, o tempo era usado como unidade de cotação e os autores verificavam a presença de processos ligados ao modelo de Horowitz com conteúdos referidos pelo paciente. Este estudo teve como limitação os baixos *Khapas* observados. Na tabela 4 estão os processos e conteúdos e respectivos índices usados neste estudo. A análise funciona como uma matriz em que num dos eixos se encontra os processos e no outro se encontram os conteúdos.

Processos	Conteúdos
<ul style="list-style-type: none"> - <u>Expressão Comunicativa</u>: elaboração (factos, emoções e significados), abertura, pensamento causal, participação comunicativa e actividade referente - <u>Actos de Discurso</u>: revelação, aprendizagem e evitamento - <u>Warding Off</u>: deselaboração, warding off não verbal e taxa de evitamento - <u>Emocionalidade</u>: estados (bem modulados, sub e sobre-modulados), palavras emocionais, emocionalidade e activação 	Vs.
	<ul style="list-style-type: none"> - relação com o falecido - intimidade actual - emprego

Tabela 4 – Categorização de Horowitz et al. (1993)

Terceiro, existe ainda, como explicação artefactual das diferenças encontradas, o facto de as narrativas traumáticas e narrativas controlo variarem claramente em termos do objecto que é narrado – nomeadamente relativamente ao esperado acréscimo de emocionalidade associado à memória traumática. Esta questão não se coloca, com a mesma extensão, para a comparação entre narrativas traumáticas pré e pós terapia, mas coloca-se quando as narrativas controlo não são traumáticas. Halligan, Michael, Clark e Ehlers (2003) verificaram que as diferenças em termos dos índices de desorganização narrativa se mantinham, mesmo quando se controlava o nível de perturbação associado ao relato. Verificaram ainda a associação entre esses índices e medidas de auto-relatos de desorganização mnésica. Ainda assim, estudos que usem narrativas controlo não traumáticas deverão procurar narrativas neutras que sejam emocionalmente negativas, a fim de excluir a influência da emotividade no relato.

Finalmente, existe a hipótese de a inteligência funcionar como terceira variável explicativa das dimensões de severidade e da alteração das narrativas. Esta hipótese é particularmente importante tendo em conta os estudos que pretenderam usar o “*reading level*” como medida de fragmentação da narrativa pré e pós terapia. Esta questão pode ser ultrapassada pela inclusão de uma medida de inteligência, ou, mais simplesmente, uma narrativa controlo não traumática.

Dualidade no Processo Narrativo

Como se referiu, os estudos das narrativas de PPST assumem que as narrativas tendem a evoluir no sentido de uma maior elaboração e menor fragmentação e evitamento ao longo da terapia ou consoante a severidade. No entanto, os resultados são menos expressivos do que se poderia esperar, e ainda não foram excluídos de forma sólida outros processos globais, como a emocionalidade no relato.

O presente estudo assume o pressuposto, relativamente à assimilação do acontecimento traumático, de que a assimilação *é um* processo narrativo. Esta postura é diferente da maior parte dos estudos citados, na medida em que as investigações referidas pressupõem que as especificidades das narrativas traumáticas são *o resultado* dos processos de assimilação. Nestes estudos assume-se que as associações serão lineares e que a narrativa do trauma assimilada será pontuada por indicadores dessa assimilação. A perspectiva da assimilação como um processo narrativo, para além das implicações em termos conceptuais, tem duas implicações importantes em termos de resultados esperados.

Primeiro, é natural que o dualismo da PPST esteja presente nas narrativas dos acontecimentos traumáticos. Ou seja, na narrativa do acontecimento traumático estarão presentes os elementos associados à necessidade de assimilação e os elementos associados ao evitamento.

Segundo, sendo a assimilação um processo narrativo, o que está presente na narrativa não é o resultado, mas sim os processos de evitamento e assimilação. Assim, uma narrativa assimilada, terá menos elementos de assimilação que uma narrativa em processo de assimilação.

As perspectivas dos estudos citados assumem que o aumento de complexidade/organização da narrativa corresponde a um acréscimo de assimilação e a um decréscimo de evitamento. No entanto, se se assumir a dualidade das narrativas de PPST, somos levados a pensar nestes dois processos como não sendo antagônicos (ver figura 4). Assim, enquanto que o evitamento tende a reduzir-se com o evoluir da terapia ou o passar do tempo (nos casos não patológicos), os elementos de assimilação tenderão a aumentar numa fase inicial e a diminuir posteriormente. Note-se que esta ideia é conciliável com a premissa de que o evitamento impede a assimilação do acontecimento traumático. Ou seja, mantém-se a ideia de que a redução do evitamento é condição para que a assimilação seja realizada. Uma narrativa neutra ou “processada” terá menos elementos de assimilação e menos elementos de evitamento.

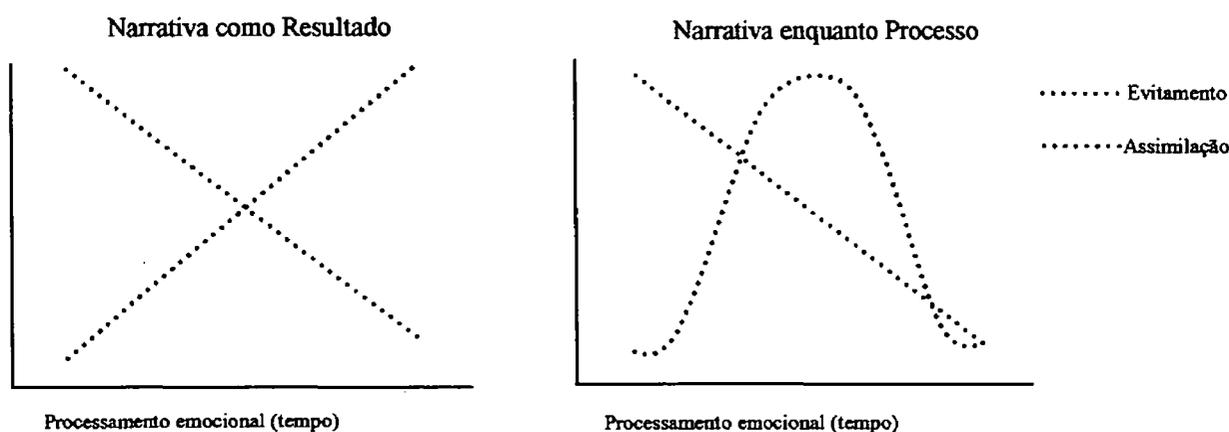


Figura 4 – Duas perspectivas sobre o processamento emocional de experiências traumáticas

Esta ideia pode por um lado enquadrar as fracas associações verificadas. Podemos pensar que em amostras mais severas tenderemos a obter uma correlação negativa entre severidade e assimilação. Numa amostra menos severa, uma correlação positiva entre severidade e assimilação. Numa amostra mista obteremos uma correlação fraca.

3 – Factores de Manutenção

Até agora temos visto a PPST como uma perturbação dos processos adaptativos para lidar com um acontecimento extremo. Observa-se que a meta na pessoa acaba por ser o processamento emocional enquanto processo de assimilação da experiência traumática. Para tal é necessária a acomodação de esquemas centrais relevantes. Viu-se ainda que se pode conceber a assimilação como um processo narrativo, em que os aspectos ligados à assimilação e evitamento estão presentes. Reviram-se os vários sistemas de codificação e salientou-se a importância dos índices de forma/estilo. Importa, no entanto, analisar as razões para que este processamento não seja feito em algumas situações, ou seja, os factores de manutenção da perturbação.

Conceptualização de Foa – Modelos associacionistas de rede

Lang (1999) assume que as representações imagéticas do acontecimento estão sob a forma de representações proposicionais, não diferindo de outras formas de conhecimento (em oposição a representações visuais analógicas) e constituem estímulos internos ou nódulos ligados a outros estímulos. De acordo com o modelo de Lang, as designadas redes de medo têm informações sobre os estímulos temidos, respostas, informações sobre o significado do estímulo e elementos de resposta (Wells, 2003). Neste modelo, a mudança ocorre se se aceder à estrutura do medo e se introduzirem informações contraditórias.

Foa e Rothbaum (1998) fazem a aplicação do modelo de Lang para a PPST. Estas autoras afirmam que o processamento emocional age sobre as estruturas de medo, ou seja, sobre redes armazenadas em memória e associadas a esta emoção. De acordo com este modelo, existem três diferenças entre as estruturas de medo patológicas e as adaptativas. Primeiro, as estruturas de medo patológicas apresentam elementos de resposta excessivos (relacionados com o evitamento e a activação fisiológica) e são resistentes à modificação. Segundo, estas estruturas incluem elementos irrealistas que estão associados entre si sem que essas associações representem adequadamente o mundo externo. Terceiro, verificam-se associações entre estímulos inócuos com as respostas emocionais e de evitamento.

Os modelos associacionistas permitem enquadrar o carácter associativo da memória, compreender a persistência de estados emocionais e, ao não apontar diferenças entre tipos de representações, são flexíveis na compreensão do funcionamento cognitivo. Eles são mencionados neste trabalho por ajudarem na compreensão dos fenómenos de priorização do processamento cognitivo que estará presente na metodologia deste estudo. No entanto, os modelos associacionistas apresentam um conjunto de limitações relevantes (para revisão ver Wells, 2001). Primeiro, não referem os mecanismos associados à redução de resposta (ex. habituação). Segundo, não têm em conta o processamento deliberado. Terceiro, definem as redes como tendo apenas como propriedade os níveis de activação (e.g. havendo dois nódulos da rede, com informação incompatível, determina a resposta o que tiver ligações com maior nível de activação relativamente aos outros nódulos).

O modelo da Foa (Foa e Rothbaum, 1998) adopta uma formulação em termos de esquemas, que permite colmatar parcialmente as limitações dos modelos associacionistas. Para esta autora, o estabelecimento de uma rede de medo patológica depende de três factores: esquemas e representações de acontecimentos específicos prévios ao trauma, registos mnésicos do trauma e representações de acontecimentos posteriores ao trauma. Estas três

representações não são independentes entre si. Por exemplo os esquemas prévios vão influenciar a forma como o trauma é processado e vão mediar o impacto de acontecimentos posteriores. A organização da memória do acontecimento traumático e a introdução de elementos posteriores (como por exemplo, teorias adaptativas do acontecimento, enquadramento do acontecimento noutras experiências de vida), permitem a correcção dos elementos patológicos da estrutura do medo (Foa e Rothbaum, 1998) e conseqüentemente a redução da ansiedade.

Modelo de Ehlers e Clark – Importância das avaliações negativas do trauma e sequelas

O modelo de Ehlers e Clark (2000) é uma conceptualização cognitivista que integra diferentes conhecimentos até aqui apresentados. Neste modelo a percepção da ameaça é mantida pela natureza da memória traumática e pelas avaliações negativas. O conceito de avaliações negativas corresponde à definição de esquema apresentado neste trabalho. Quando activada, a percepção de ameaça actual é acompanhada de intrusões e respostas emocionais e fisiológicas associadas à ansiedade.

Este modelo aponta como relevantes as avaliações negativas do trauma – por exemplo assumir uma probabilidade acrescida de este re-ocorrer ou avaliações negativas sobre a reacção do próprio durante o trauma – e avaliações negativas das sequelas do trauma – atribuição de significados negativos a sintomas de PPST, reacções de outras pessoas ou conseqüências negativas derivadas da PPST.

Relativamente às características da memória relevantes para a manutenção da PPST, Ehlers e Clark (2000) referem: características da representação mnésica do trauma (como por exemplo a natureza sensorial da memória traumática), fraca elaboração e incorporação na memória autobiográfica, o carácter associativo excessivo (quer em relação a outros estímulos quer em relação às respostas) e a existência de um *priming* perceptivo forte.

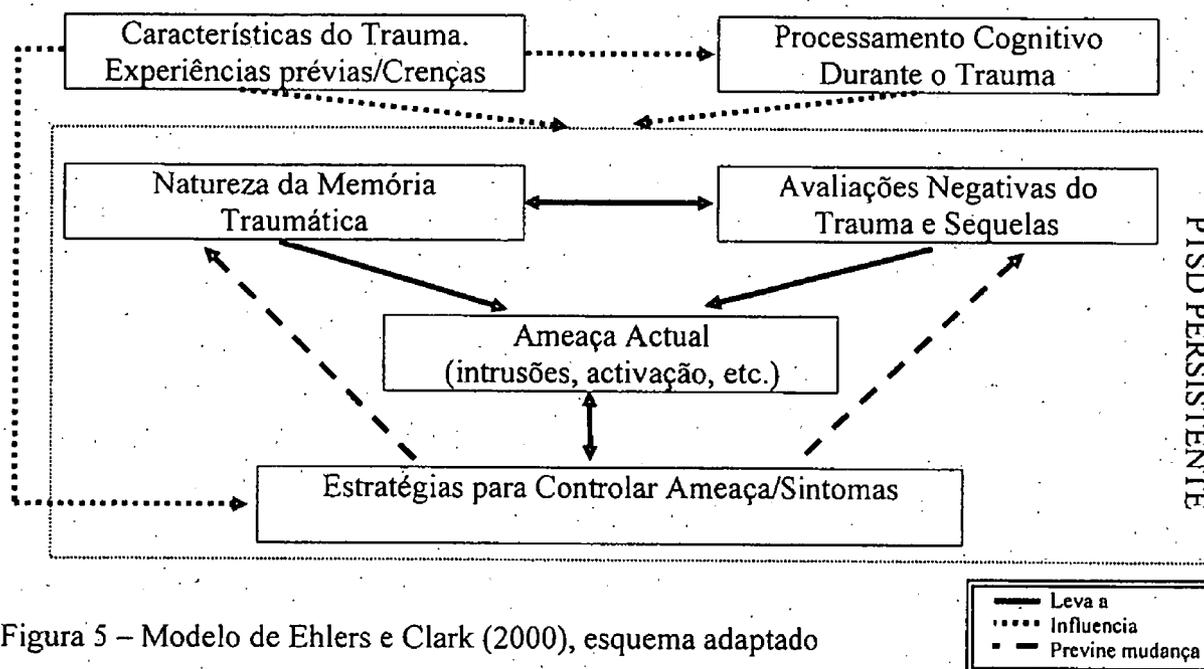


Figura 5 – Modelo de Ehlers e Clark (2000), esquema adaptado

A presença de estratégias de *coping* disfuncionais ajuda a manter o problema, quer pela produção directa de sintomas de PPST (ex. supressão de pensamento), quer pela prevenção da mudança nas avaliações negativas; quer ainda pela prevenção de mudanças na memória traumática.

Ao contrário das perspectivas anteriores, este modelo centra-se predominantemente nos factores de manutenção da PPST. Refere o papel de factores prévios como a influência de crenças prévias ou o processamento cognitivo durante o trauma, mas não se compromete quanto a este ponto. Em contrapartida, este modelo tem a vantagem de ser uma boa integração dos conhecimentos sobre a PPST. Tem ainda a vantagem de concretizar quais os esquemas que são relevantes para a manutenção da PPST, nomeadamente as avaliações negativas sobre o trauma e suas sequelas.

Uma qualidade deste modelo, consiste no facto de este ter alguma fundamentação empírica. Dunmore, Clark e Ehlers (1999), verificaram que “ausência durante o trauma”, “ausência de respostas positivas dos outros” e “desfazer mental” estavam associados ao início

da PPST. “Avaliações do trauma”, “avaliações de sequelas”, “estratégias disfuncionais” e “crenças globais afectadas pelo trauma” estavam associados quer ao início, quer à manutenção da PPST. Este estudo tem como limitações o facto de as medidas serem exclusivamente de auto-relatos e ser um estudo retrospectivo. Para a discriminação entre início e manutenção, os autores adoptaram a solução engenhosa de comparar respectivamente os grupos “sem PPST” vs. “com PPST” e “com PPST” vs. “sem PPST, por remissão espontânea” (embora o último grupo tenha reportado menor severidade de PPST).

Relativamente à natureza da memória traumática, Michael, Ehlers e Halligan (2005) verificaram que o efeito de *priming* para palavras traumáticas (mas não para palavras de ameaça e palavras neutras) verificado pouco depois do acontecimento traumático, estava associado a medidas de severidade de PPST em períodos subsequentes (três, seis e nove meses depois).

Num estudo longitudinal particularmente interessante, Halligan et al. (2003) verificaram que a influência do processamento cognitivo durante o trauma estava associada ao desenvolvimento de memórias desorganizadas – medido através de auto-relatos e do sistema de codificação de Foa et al. (1995). Verificaram adicionalmente que a presença de avaliações negativas tinham um papel na manutenção da sintomatologia da PPST. O estudo tem como limitação o facto de as medidas cognitivas serem exclusivamente por auto-relato.

Resumindo, em termos dos factores de manutenção, destacaram-se dois modelos, o modelo de Edna Foa e o de Ehlers e Clark. O primeiro modelo permite uma melhor compreensão do carácter associativo de muito fenómenos da PPST. Certos fenómenos, como os da hiper-vigilância característica da PPST, são melhor compreendidos, não como uma reacção mediada por esquemas a um estímulo, mas sim como uma disposição geral do

sistema cognitivo (i.e. uma rede associacionista centrada no medo⁵). O segundo modelo, central para esta dissertação, traça uma distinção entre a componente semântica e episódica da memória e define como centrais avaliações negativas sobre o trauma e sequelas, bem como certas características da memória episódica. Ambos os modelos, embora de carácter clínico, assentam em processos cognitivos pré-existentes, pelo que importa rever alguma literatura referente às alterações desses processos na PPST.

4 – Processos Cognitivos Subjacentes à Manutenção da PPST

Existe um conjunto de fenómenos cognitivos que são relevantes para a compreensão da PPST, alguns dos quais foram referidos aquando da discussão dos modelos de manutenção. Outros factores mais globais encontram-se também presentes. Por exemplo, a nível de desempenho cognitivo geral, as pessoas com PPST apresentam níveis de QI mais baixo e, mais importante, o QI prévio ao trauma parece ter um valor predictivo moderado para a presença e intensidade da PPST (para revisão ver Buckley, Blanchard & Neil, 2000). Existe a possibilidade de outras variáveis, incluindo variáveis cognitivas, mediar esta associação.

Para o presente trabalho importa centrarmo-nos nas questões associadas à memória e à atenção. As questões associadas à memória são relevantes na compreensão das narrativas traumáticas. É impossível compreender, por exemplo, a fragmentação da narrativa traumática, sem ter em conta a fragmentação do registo mnésico. As questões associadas à atenção são igualmente relevantes, já que para o presente estudo se usa o enviesamento atencional como medida indirecta da presença e influência dos esquemas referidos nos modelos de manutenção.

⁵ Ou numa perspectiva mais estruturalista, na noção de modo

Memória

A inclusão de variáveis cognitivas como a organização de crenças/esquemas, presente nos modelos de manutenção, embora útil para enquadrar, por exemplo, a reacção emocional ou o uso de estratégias disfuncionais, não é suficiente para compreender todos os fenómenos associados ao quadro de PPST. Por exemplo, não é enquadrada a intrusão, a dissociação ou a natureza da memória traumática. Para tal é necessária a inclusão dos processos mnésicos ligados ao processamento do trauma.

Ambos os modelos de manutenção da PPST referidos incluem aspectos determinantes ligados à memória e ao processamento cognitivo a nível mnésico, pela sua relevância para certas características da PPST. Em termos da representação mnésica do acontecimento traumático, viu-se já que a memória traumática tem diversas características que a distingue das outras memórias: estão mais presentes elementos sensoriais assumindo o carácter de *flashbulb*⁶, são experienciadas no presente e estão associadas à impressão sensorial e reacção emocional da altura (para revisão ver Ehlers e Clark 2000).

Um dos conceitos associados à definição de PPST é o da amnésia dissociativa, que tal como outros fenómenos dissociativos, como a despersonalização e desrealização, pode estar presente nesta perturbação. Adicionalmente, a frequência e intensidade dos fenómenos dissociativos está associada à severidade da PPST (para revisão ver Wagner e Linehan, 1998). A compreensão dos mecanismos subjacentes à dissociação ainda está no início. No entanto, se virmos os fenómenos dissociativos como uma disrupção das funções integradas da consciência, memória, identidade ou percepção (APA, 2000), então podemos ver a dissociação como uma forma de não integração da experiência traumática a nível da memória, identidade, etc.

⁶ Memórias do tipo *flashbulb* são memórias vívidas de acontecimentos emocionais. Têm este nome pelo seu carácter sensorial, quase fotográfico, sendo vivenciadas como muito exactas. No entanto existe alguma investigação, relativa a este tipo de memórias, que aponta para alguma construção, mesmo que a pessoa tenha a convicção contrária (para revisão veja-se Kunda, 1999)

Mas mesmo nos casos mais comuns, a memória do acontecimento traumático pode ser mantida fora da consciência pela inexistência de ligações entre os diversos tipos de memória e outras memórias (Williams et al., 1999). Ou seja, podem existir memórias fragmentadas do acontecimento que não estão associadas a considerações semânticas sobre o trauma ou sobre o self devido à natureza conflituosa entre as últimas e as implicações do trauma (ver figura 6). Isto ajuda a compreender o facto de algumas pessoas sofrerem de depressão ou ansiedade, mesmo não estando a memória do trauma presente. Isto é, o acontecimento traumático está a ser acedido a um nível situacional/não verbal/implícito sem que tal seja acompanhado da vivência da memória em si.



Figura 6 – “La reproduction interdite” (Magritte, 1937) – O impacto emocional do quadro deriva, não tanto dos elementos visuais presentes, mas da sua inconsistência com informação semântica prévia (e significado atribuído à mesma).

Complementarmente ao fenómeno de ausência de ligações entre memórias, observa-se que pessoas com PPST têm uma memória episódica sobre-generalizada. Ou seja, quando solicitadas para relatar uma memória tendem a fazê-lo de forma pouco específica (Buckley et al., 2000). Adicionalmente a sobre-generalização generaliza-se acontecimentos positivos, nas pessoas com esta perturbação. Note-se porém que este fenómeno também está presente noutras perturbações. A dificuldade em aceder à memória específica tem como consequência

o não confronto entre a memória do acontecimento traumático e as informações semânticas (i.e. esquemas ou crenças) antecedentes e decorrentes do acontecimento.

Se os processos mnésicos se podem relacionar com o evitamento, eles também se podem aplicar à intrusão. Ehlers et al. (2002) observaram que as memórias intrusivas são com maior frequência estímulos imediatamente anteriores ao trauma ou anteriores a momentos que tinham tido um maior impacto emocional. Os autores sugerem que as intrusões são reacções automáticas a estímulos que assumiram um valor de aviso, por terem estado presentes no trauma. Note-se que os próprios autores admitem a possibilidade de outro tipo de intrusões fora do âmbito do estudo referido. Ainda assim acrescentam, para as intrusões, um papel no modo de lidar com a ameaça percebida. Isto é, a intrusão sinalizaria um estímulo associado à ameaça do trauma.

Williams et al. (1999) aprofundam esta ideia, relacionando este fenómeno com a memória prospectiva (i.e. memória de acontecimentos futuros ou intenções). Assume-se que, com a finalidade de concluir o processamento emocional e desenvolver estratégias preventivas, é criado um objectivo a nível desta memória. Assim, da mesma forma que nós lembramos de uma tarefa a realizar, a pessoa sujeita a trauma lembra-se do acontecimento que urge processar. Deste modo, a intrusão é a consequência directa da inconclusão do processamento emocional.

Estes autores adoptam a postura consensual de que o sistema cognitivo tem uma necessidade intrínseca de resolver as discrepâncias relacionadas com o acontecimento traumático, ao encontro da tendência de completamento de Horowitz (1983). Wells (2003) designa este processo por simulações mentais do trauma; mas a ideia é semelhante: rever o conhecimento associado ao trauma e elaborar uma estratégia de *coping*. A intrusão seria o ponto de partida dessa simulação.

No seu modelo, Wells (2003) admite que o processamento emocional consiste na elaboração a nível cognitivo de um plano geral de avaliação e *coping*. Nas situações traumáticas, o processamento emocional pode falhar num (ou mais) de três níveis (ver figura 7): nos processos automáticos (e.g. hipervigilância a pistas de trauma); a nível de processamento superior (e.g. estratégias de *coping* que previnem a elaboração das memórias traumáticas) e a nível das crenças (e.g. pela influencia de meta-crenças sobre a ansiedade).

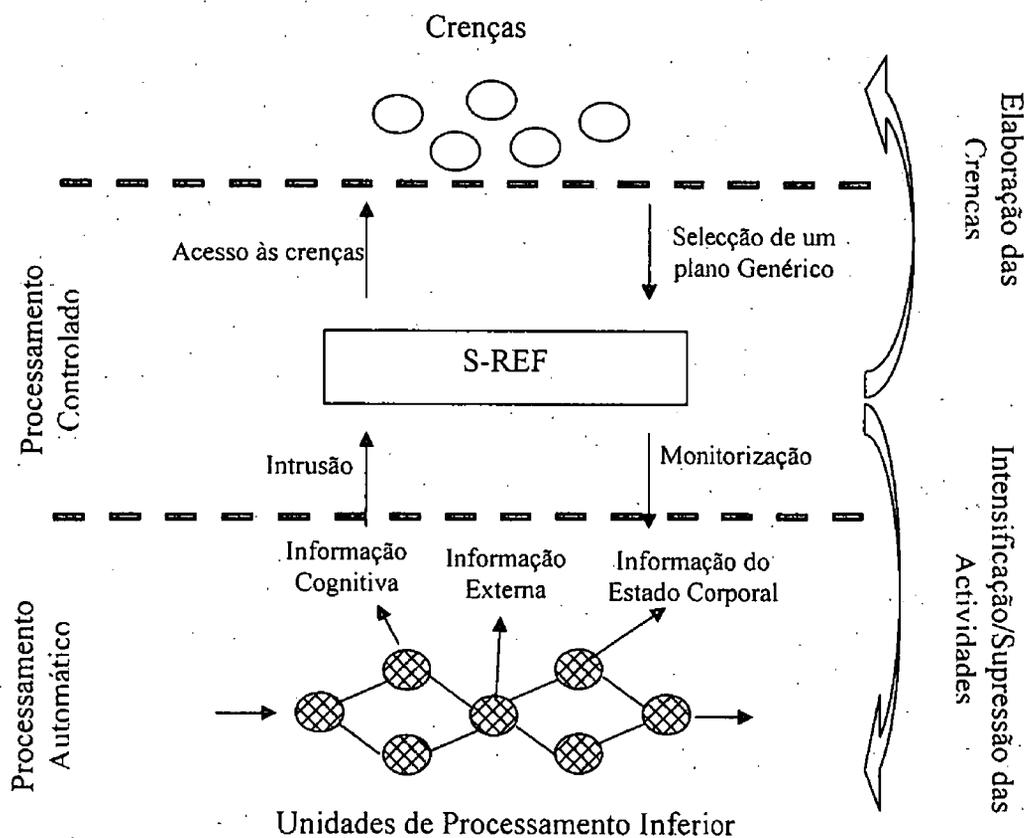


Figura 7 – Perspectiva de Wells e Mathews: “Modelo de Função Executante Auto-Reguladora”. Adaptado de Wells (2003).

Por ser interrompido esse plano, os elementos cognitivos associados a recordações mantêm-se “fragmentados” e mantêm-se a não geração de estratégias de *coping*, para lidar com os mesmos. A consequência disto é a emergência de intrusões, como interrupções do

processamento quotidiano com vista a rever o conhecimento sobre a experiência negativa e criação de planos de *coping* (Wells, 2003).

Podemos também ver o processamento emocional como um processamento mnésico. Nos modelos de representação duais (e.g. Brewin, Joseph & Dalgleish, 1996; Brewin, 2001), existem duas representações mnésicas do acontecimento traumático: a “memória verbalmente acessível” que corresponde ao conhecimento que é acessível de forma consciente e deliberada e a “memória situacionalmente acessível” que é acedida automaticamente quando estão presentes pistas no contexto elicitoras da mesma.

Neste modelo, a assimilação faz-se nos dois níveis. Primeiro através da incorporação da memória do trauma com as outras memórias verbalmente acessíveis, o que está associado a uma mudança de significados. Segundo, pela introdução de elementos de segurança nas memórias situacionalmente acessíveis. O problema deste modelo é que usa uma linguagem muito própria e embora possamos inferir que a “memória verbalmente acessível” corresponde à memória declarativa do trauma e a “memória situacionalmente acessível” à memória implícita do trauma, não podemos afirmá-lo taxativamente.

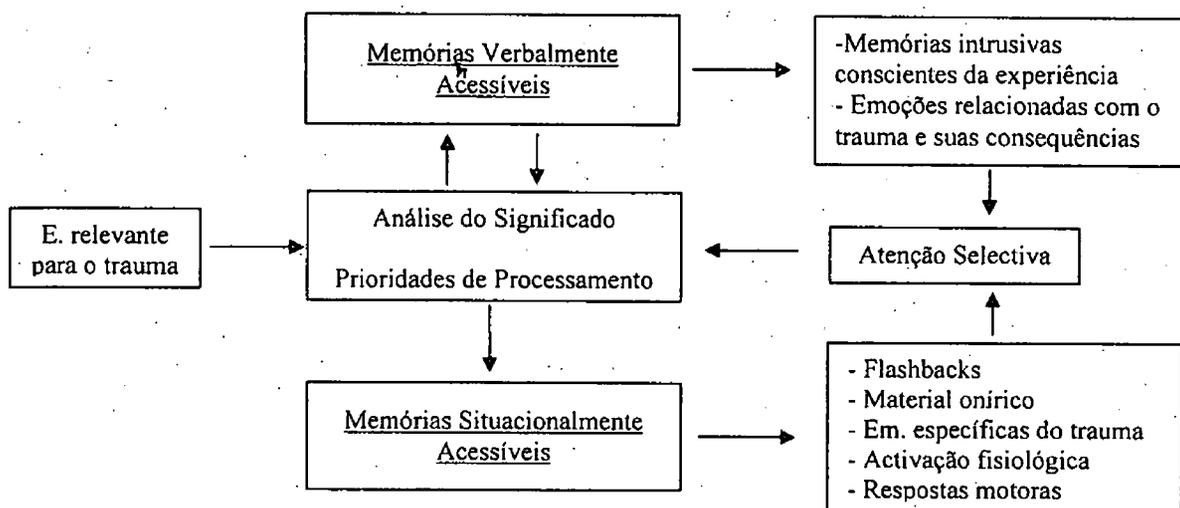


Figura 8 – Modelo de representações duais (adaptado de Brewin et al., 1996)

Resumindo, ao evitar, a pessoa mantém os registos do acontecimento traumático de modo fragmentado e não integrado, quer entre si, quer relativamente a outros tipos de memória. Uma forma extrema dessa desintegração é a amnésia dissociativa, em que o registo do acontecimento não está consciente, nem ligado a outros aspectos de identidade da pessoa. Estes registos parcelares constituem estímulos que originam intrusões, com a finalidade de completar o processamento emocional. Este último consiste na integração completa em memória (ou em memórias) do acontecimento traumático e na revisão das crenças centrais, que estão associadas ao evitamento.

Atenção e a Tarefa de Stroop-Emocional⁷

A atenção é um conceito difícil de definir, em parte porque se relaciona com conceitos ainda mais difíceis de definir, como a consciência ou a deliberação. Tradicionalmente, via-se a atenção como um filtro que seleccionava os estímulos a admitir no sistema e as respostas a dar. Esta ideia partia da noção de recursos limitados. No entanto, esta perspectiva não enquadrava a influência de estímulos não percebidos conscientemente. Por outro lado, havia a distinção entre processamento controlado e automático, em que o último (por definição) não despendia os recursos do sistema.

Actualmente, as perspectivas sobre a atenção são mais complexas e embora a sua discussão saia do âmbito deste trabalho (para uma excelente revisão veja-se Wells e Mathews, 2001) importa salientar duas ideias. Embora se admita a preponderância de processos ascendentes numa fase inicial do processamento cognitivo, o sistema cognitivo é activo e intencional no processamento da informação. Assim, aquilo que se designa por atenção acaba por ser uma propriedade emergente associada à priorização de processamento do sistema

⁷ Para traduzir "*Emotional Stroop Task*", optou-se por esta designação, em alternativa a "Tarefa de Stroop Emocional" para salientar o facto de esta tarefa ser uma tarefa essencialmente emocional, ao contrário da "Tarefa de Stroop Tradicional", em que o conflito ocorre entre dois processos mais cognitivos.

cognitivo como um todo. Por outro lado, a distinção entre processos controlados e processos automáticos tornou-se mais complexa, sendo a perspectiva actual de que os processos se enquadram num contínuo de automaticidade.

Esta noção de priorização do sistema cognitivo está intimamente associada à noção de enviesamento atencional que por sua vez é uma das consequências postuladas da existência de esquemas, de acordo com a maior parte das formulações de esquemas (ex. Beck, Shaw & Emery, 1979). Opta-se por utilizar uma propriedade dos esquemas, em vez de, por exemplo, uma medida aparentemente mais directa como um auto-relato pelas desvantagens dos últimos na avaliação da influência de esquemas. Para além das desvantagens associadas a certos aspectos de construção (e.g. a forma da questão influenciar a resposta) e questões de intenção da pessoa ao responder (Schwarz, 1999), os auto-relatos têm limitações específicas na avaliação da influência de esquemas. Por exemplo, não se verificam diferenças, relativamente à população geral, em medidas de auto-relatos de crenças centrais, em pessoas que apresentaram remissão de depressão, sem intervenção a nível cognitivo (e.g. Teasdale, 1996). E mesmo adoptando uma conceptualização de esquema que enquadre a noção de modo, permanece a possibilidade do relato corresponder à elaboração da pessoa sobre o seu problema (“como eu sinto medo quando saio à rua, o mundo deve ser um local perigoso”⁸).

Uma das formas de medir a existência deste enviesamento atencional é através de uma Tarefa de Stroop-Emocional. A Tarefa de Stroop-Emocional deriva da Tarefa de Stroop tradicional em que era observada a interferência da leitura, enquanto processo automático, na tarefa de nomeação de cores de palavras. A Tarefa de Stroop-Emocional derivou da observação de que palavras emocionalmente significativas para a pessoa produziam o mesmo efeito de interferência, na tarefa de nomeação de cores.

⁸ Mesmo que o medo derive da percepção de ameaça associada à ideia de que o mundo é um local perigoso.

Tarefa de Stroop Tradicional		Tarefa de Stroop-Emocional	
VERDE	XXXXX	GUERRA	PORCO
VERMELHO	XXXXXXXXX	MORTE	VACA
AZUL	XXXX	FERIDOS	CAVALOS
LARANJA	XXXXXXXX	MINAS	CABRAS

Figura 9 – Exemplos de palavras na tarefa de Stroop Tradicional e Emocional (para PPST)

Este efeito depende da relevância das palavras em causa para a pessoa. Numa revisão por Williams, Mathews e McCleod (1996) constata-se o quão selectivo é este efeito. As diversas perturbações emocionais apresentam enviesamentos atencionais para estímulos que são relevantes para os conteúdos da perturbação.

O enviesamento atencional, medido pela Tarefa de Stroop-Emocional parte de dois pressupostos. Primeiro, existe um potencial limitado em termos de recursos de atenção. Segundo, existe um processamento preferencial – mais ou menos automático – de estímulos ansiogénicos para a pessoa (Buckley, 2000).

Com base nestes pressupostos, surgem 4 explicações para o efeito de Stroop (Williams et al., 1996). Primeiro, a presença de um estímulo ansiogénico remove os recursos cognitivos da tarefa de nomeação de cores, através da activação de estruturas de conhecimento associadas à ansiedade. Segundo, a presença do estímulo activa tarefas irrelevantes para a nomeação das cores, como preocupação, que retiram os recursos cognitivos para a nomeação de cores. Terceiro, a interferência surge do esforço necessário para bloquear o estímulo em causa da consciência. Quarto, a presença da emoção elicitada pelo estímulo, faz com que se estabeleça um modo de processamento cognitivo que prioriza o processamento do estímulo em causa. Esta última explicação ajuda a compreender o “Paradoxo da Intensidade” (Jones, Stacey & Martin, 2002), ou seja, o desaparecimento do efeito de Stroop quando o estímulo ansiogénico está presente. Nestas circunstâncias assume-se que a presença do estímulo constitui uma ameaça maior do que as palavras associadas na tarefa de nomeação de cores,

sendo que os recursos cognitivos passam a ser dirigidos à ameaça externa. No entanto este efeito necessita de maior estudo, já que se verifica para estímulos ameaçadores não relacionados com palavras alvo (Constans, McCloskey, Vasterling, Brailey & Mathews, 2004).

A discussão dos mecanismos subjacentes ao efeito de Stroop foge ao âmbito desta discussão. Apenas é relevante o facto de este efeito indiciar um processamento preferencial do estímulo que é provocado ou acompanhado por esquemas ansiogénicos relativos a esse estímulo. O que não é irrelevante são as explicações alternativas para o efeito de Stroop:

A primeira é a de que o efeito de Stroop é um efeito geral secundário à emocionalidade dos estímulos. Esta hipótese tem apoio na observação do efeito de Stroop para palavras tabu – i.e. calão – (Mckay et al., 2004) e para palavras negativas, mas não para palavras positivas (McKenna & Sharma, 1995). No entanto, como se viu este efeito é mais forte para palavras de trauma que para palavras de ameaça geral. Por outro lado é difícil enquadrar, nesta hipótese, o efeito de supressão do efeito de Stroop na presença do estímulo ansiogénico devido ao expectável aumento da ansiedade.

Segundo, existe a hipótese do efeito de Stroop derivar de Processamento Estratégico (e.g. preocupação), ao invés de um processamento automático do estímulo em causa. No entanto, este efeito verifica-se mesmo em apresentações subliminares do estímulo (para revisão ver Williams et al., 1996). Ainda assim as apresentações subliminares nem sempre apresentam enviesamento atencional (Buckley et al., 2002) e o efeito não é tão robusto. Tendo em conta a concepção actual de processamento automático vs. intencional, tem de se admitir a possibilidade de haver algum processamento intencional aquando da apresentação supraliminar do estímulo. Tendo em conta a associação entre o efeito de Stroop e medidas clínicas (e.g. Cassiday, McNally & Zeitlin, 1991) é pouco provável que esse processamento

seja não-específico relativamente ao estímulo (ex. antecipação da intenção do investigador ou preocupação sobre a natureza da tarefa).

Finalmente, poderia supor-se que o efeito de Stroop seria devido a uma activação categorial – i.e. palavras de uma mesma categoria teriam um efeito de *priming* sobre outras palavras da mesma categoria. No entanto, este efeito verifica-se mesmo quando as palavras neutras pertencem à mesma categoria (McKenna & Sharma, 1995).

Relativamente à PPST, são vários os estudos que observam enviesamento atencional para conteúdos traumáticos (e.g. Cassidy et al., 1992; Vrana, Roodman, Beckham, 1995; Bryant, Harvey, 1995, Buckley et al., 2002).

Numa revisão Williams et al. (1996) observam que este efeito se mantém mesmo quando os estímulos controlo são palavras de ameaça (não relacionadas com o trauma). Os cinco estudos que os autores revêem para PPST indicam que este efeito se verifica também nesta perturbação para palavras relacionadas com o trauma; mas não para palavras de conteúdo obsessivo, de ameaça geral, palavras negativas ou controlo. Para além disso verificam que, na PPST o efeito atinge valores mais elevados do que noutras perturbações.

O efeito de Stroop para a PPST verifica-se mais para palavras de ameaça relacionadas com o trauma, do que para outras palavras relacionadas com trauma (e.g. emboscada vs. jipe) e mais em pessoas com PPST que em pessoas que desenvolveram outras perturbações depois de um acontecimento traumático (para revisão ver McNally, 1998)

Para além de se associar à presença de PPST, o enviesamento atencional para conteúdos traumáticos também se associa à intrusão, medida pelo Impact of Event Scale (Cassiday et al., 1992). É esta associação com a dimensão intrusiva da perturbação que poderá explicar a existência de maior enviesamento atencional para esta perturbação que para outras.

A palavra de trauma suscitará estímulos intrusivos, que por sua vez dificultam por si a tarefa de nomeação de cores.

Resumindo, o sistema cognitivo não é neutro na sua abordagem da realidade. O estudo da atenção mostra que ele dá prioridade a certos estímulos. Desse modo, os estímulos e o grau de prioridade que o sistema dá aos mesmos, dão informações valiosas sobre certas características do sistema. A tarefa de Stroop é um paradigma experimental com robustez em termos de investigação prévia e aplicação à psicopatologia e pode ser usado como forma de avaliar a influência de esquemas que se julguem relevantes para a PPST.

Ligação entre dualidades

Ao longo deste trabalho observou-se os aspectos duais da PPST. Adicionalmente adoptaram-se vários níveis de análise para compreender alguns dos fenómenos da perturbação – ex. perspectivas cognitivistas para a memória traumática e o conceito de assimilação para a narrativa traumática. No entanto, para a pessoa com PPST, a vivência fenomenológica destas dualidades parece estar bastante integrada. Para essas pessoas, o acontecimento traumático mudou-lhes a vida e a sua relação com o sofrimento é tão linear quanto a de qualquer outra pessoa.

De alguma forma a concepção da perturbação como dual é útil para a sua compreensão, mas limitativa. A condição que produz a percepção de ameaça e o evitamento é a mesma que produz a intrusão e a assimilação. Ou seja, parece não haver evitamento sem intrusão nem intrusão sem evitamento, ou assimilação sem percepção de ameaça e percepção de ameaça sem assimilação porvir.

Assim, mais do que estudar a associação de cada uma destas dimensões com a presença ou severidade da PPST, é mais premente estudar a associação entre elas, no sentido

de compreender quais os processos e em que condições certas pessoas assimilam o acontecimento traumático, enquanto outras ficam presas nessa assimilação.

A literatura que foi revista abordou duas dimensões da PPST. Uma dimensão ligada ao processamento emocional do trauma, em que a pessoa terá um papel activo na construção da sua realidade, e uma dimensão associada à percepção da ameaça, em que a pessoa age mais automaticamente em função da sua realidade. Estas duas dimensões são melhor (e têm sido mais) abordadas partindo de postura epistemológicas diferentes. A primeira, num paradigma mais construtivista e a segunda, num paradigma mais empirista. Esta dicotomia reflectir-se-á na escolha de metodologias qualitativas e quantitativas neste trabalho, com o objectivo de fazer uma ponte entre elementos destas duas dimensões.

5 – O Presente Estudo

No capítulo 2, referiu-se a assimilação como o processo pelo qual o acontecimento traumático é integrado na memória e cessam os sintomas da PPST. Inferiu-se que se trata de um processo de elaboração da memória e que pode ser conceptualizado como um processo narrativo. Dito de outra forma, os processos de assimilação e evitamento estarão presentes no relato da memória traumática. Esta noção aponta para que metodologias qualitativas como a análise da narrativa possam ser a forma mais adequada de estudar este processo.

Admite-se que quanto mais processado estiver o acontecimento, menor serão os elementos de evitamento na narrativa. Relativamente à assimilação, admite-se uma evolução mais complexa. Numa fase inicial os elementos de assimilação estarão ausentes na narrativa. À medida que o acontecimento for processado, os elementos de assimilação tornam-se mais preponderantes. Nas pessoas com o acontecimento satisfatoriamente integrado na sua história de vida, os elementos de assimilação tenderão a não ser dominantes na narrativa.

No capítulo 3, reviram-se alguns modelos de manutenção, que ajudam a enquadrar o facto de na PPST esta assimilação não ser efectuada. Destacou-se o papel relevante da acção de esquemas relativos ao trauma e sequelas na manutenção da ameaça actual, de acordo com o modelo de Ehlers e Clark (2000). Considerou-se ainda, no capítulo 4, que a influência destes esquemas pode ser observada através do enviesamento atencional e medido, por exemplo, através de uma Tarefa de Stroop-Emocional.

O objectivo deste trabalho é avaliar a associação entre as avaliações negativas e a assimilação do acontecimento traumático e relacionar estes elementos com a severidade da PPST. No presente estudo, utiliza-se a análise da narrativa para avaliar o grau de assimilação e evitamento presente no relato. Para as avaliações negativas utiliza-se uma Tarefa de Stroop-Emocional, com palavras-estímulo relativas a trauma, sequelas e auto-conceito negativo. Adicionaram-se as avaliações negativas do self, pelo facto de os modelos de esquemas centrais as considerarem relevantes (e.g. Janoff-Bulman, 2004). Não se admite o mesmo grau de especificidade com a PPST do que relativamente às avaliações de trauma e sequelas, mas admite-se que possam ter um papel importante na assimilação do acontecimento traumático.

Existem poucos estudos que relacionem os aspectos cognitivos com a assimilação da experiência traumática. A excepção são os estudos que relacionam o processamento cognitivo peri-traumático com as narrativas do trauma. Um bom exemplo é o estudo de Halligan et al. (2003), em que se verificou que o processamento cognitivo peri-traumático (dissociação, “processamento dirigido por dados” e falta de “processamento auto-referente”) se relacionava com o desenvolvimento de memórias desorganizadas (índice de fragmentação narrativa e auto-relatos das características da memória)⁹. Outra excepção é um estudo retrospectivo de

⁹ Ver secção referente ao modelo de Ehlers e Clark

Zoellner et al. (2002) em que se verificaram associações entre a dissociação peri-traumática e medidas da narrativa do trauma. Infelizmente só se obtiveram resultados significativos com índices de leitura, cujas limitações foram discutidas anteriormente¹⁰.

Estudos deste género são particularmente relevantes para o conhecimento dos factores subjacentes às intervenções psicoterapêuticas. Algumas intervenções eficazes (Foa, Keane & Friedman, 2000), como a Exposição Prolongada, têm como base teorias que se adequam pouco aos dados empíricos existentes. Um conhecimento dos mecanismos subjacentes permitirá melhorar a aplicação destas estratégias. Finalmente, este conhecimento é essencial às intervenções cognitivas para a PPST, cujo objectivo principal é facilitar o reajustamento das avaliações negativas e a assimilação do acontecimento traumático.

Hipóteses

Para este estudo, colocam-se as seguintes hipóteses:

I – Observam-se diferenças nos diversos índices de assimilação e evitamento, entre as narrativas traumáticas e narrativas de acontecimentos negativos.

II – Na Tarefa de Stroop-Emocional observa-se maior tempo de leitura para palavras relativas a trauma, sequelas e auto-conceito negativo do que para palavras neutras.

III – Nas narrativas de pessoas com PPST verifica-se uma correlação positiva entre o evitamento e a PPST. Não se avançam hipóteses sobre a associação entre a assimilação e a severidade da PPST.

IV – Verifica-se uma correlação positiva entre o enviesamento atencional relativo a trauma e sequelas e a severidade da PPST

V – Verificam-se associações entre os índices de assimilação e evitamento e o enviesamento atencional relativo a trauma, sequelas e auto-conceito negativo.

¹⁰ Ver secção referente à assimilação enquanto processo narrativo

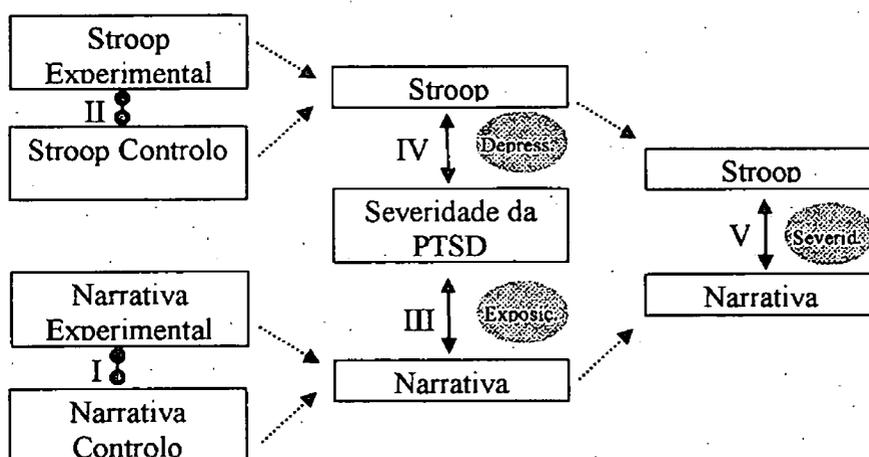


Figura 10 – Hipóteses do estudo

Num estudo de associação existe sempre a hipótese de haver terceiras variáveis que influenciem independentemente as variáveis em causa. Relativamente às associações principais do estudo controlaram-se variáveis que se julgam relevantes quer para o enviesamento atencional, quer para a assimilação de experiências traumáticas.

Para a associação entre o enviesamento atencional e a severidade da PPST controla-se o humor deprimido pela associação entre este e a latência de resposta na nomeação de cores. Para a associação entre a severidade da PPST e as medidas das narrativas controla-se o grau de exposição a acontecimentos de guerra, para se excluir a possibilidade de as associações se deverem ao tipo de acontecimento, particularmente tendo em conta que existem alguns elementos de conteúdo na análise da narrativa. Finalmente, com o objectivo de assegurar a significância das associações entre o enviesamento atencional e as medidas narrativas, controla-se a severidade, que se julga estar associada a ambas as variáveis.

MÉTODO

Participantes

Participaram neste estudo 34 veteranos da Guerra Colonial Portuguesa com PPST. Eram caucasianos e do sexo masculino. Foram recrutados de 2 fontes: 52,9% recorreram à consulta de Stress Traumático do Hospital Júlio de Matos e 47,1% recorreram à APOIAR (“Associação de Apoio aos Ex-Combatentes Vítimas do Stress de Guerra”). Os participantes estavam a iniciar terapia para lidar com PPST e problemas associados. Foi excluído um participante, por não se ter verificado o diagnóstico de PPST, um participante não realizou a tarefa de Stroop, por ser daltónico, e um participante não realizou a tarefa de Stroop para conteúdos traumáticos por reactividade emocional à tarefa¹¹.

Constituiu critério de exclusão, para além do diagnóstico, escolaridade inferior à quarta classe e a realização prévia de terapia para PPST. Os participantes que não fossem capazes de completar os auto-relatos ou a tarefa de Stroop teste seriam excluídos do estudo. O critério da escolaridade derivou da necessidade de os participantes serem capazes de ler de modo a completarem a tarefa de Stroop. A quarta classe é ainda assim um critério pouco exigente e tem implicações a nível da literacia dos participantes. No entanto a adopção de um critério mais exigente limitaria em muito a amostra e torná-la-ia pouco representativa da experiência de guerra colonial portuguesa. A exclusão de pessoas com terapia prévia derivou da necessidade de excluir pessoas que tivessem realizado um trabalho de assimilação da experiência traumática, mas que mantivessem sintomas de PPST devido a outros factores.

¹¹ Este facto justifica os n parciais de 33 para a tarefa de Stroop e de 32 para a tarefa de Stroop para conteúdos de trauma

Os participantes foram entrevistados entre 22 de Setembro de 2005 e 28 de Julho de 2006.

As características gerais da amostra são apresentadas na tabela 5.

Tabela 5

Dados demográficos da amostra

Variável	Valores (n=34, salvo explicitado em contrário)
Idade	M=58,0 anos (DP=4,05)
Estado civil	88,2% casados, 8,8% solteiros e 2,9% viúvos
Anos de escolaridade	M=7,1 anos (DP=3,71); 52,9% tem a quarta classe
Teatro de Guerra	41,1% Angola, 38,2% Guiné, 17,6% Moçambique
Posto	50,0% soldado, 20,6% 1º cabo, 11,8% marinheiro 17,6% outros
Especialidade	32,4% atirador; 11,0% condutor auto; 56,6 outros
Ano inicial da comissão (n=33)	M=1969,2 (DP=3,29)
Duração da Comissão (n=33)	M=28,2 meses (DP=13,12)
Meses em zona de guerra (n=33)	M=21,9 meses (DP=5,70)

Medidas

Auto-Relatos

A presença e severidade da PPST foram medidas através da *Clinician-Administered PTSD Scale* (CAPS; Blake et al., 2000) que consiste numa entrevista semi-estruturada que avalia a presença e intensidade dos 17 sintomas de PPST. Relativamente à presença de PPST, a CAPS permite estabelecer o diagnóstico da perturbação de acordo com os Critérios de Diagnóstico da DSM-IV. Considera-se que o sintoma está presente quando apresenta pelo menos a frequência de valor um e intensidade de valor dois. Este critério, embora seja o critério original dos autores, é menos exigente que outros criados (Weathers, Ruscio & Keane,

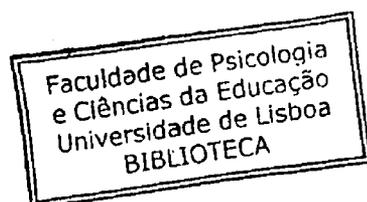
1999; Fleming, Dofede, 1999), e como tal encontra-se mais sujeito a maior número de falsos positivos. No entanto, permite recolher uma amostra mais abrangente em termos da problemática.

Relativamente à severidade, a CAPS permite uma avaliação quantitativa de cada um dos sintomas da PPST em termos da sua frequência e intensidade e fornece resultados globais quer para a PPST quer para cada um dos seus *clusters* de sintomas. Para cada cluster (e.g. intrusão) é obtido um valor que corresponde ao somatório de frequência+intensidade de cada um dos sintomas. Foi utilizada a tradução portuguesa de Ricardo Pinho e Joaquim Luís Coimbra (2003), cedida pelo *National Centre for Posttraumatic Stress Disorder*. Foi apenas aplicada a secção actual (i.e. no último mês) e apenas relativamente aos sintomas do quadro de PPST (excluindo-se os sintomas adicionais). Esta opção teve como finalidade reduzir o tempo de aplicação e não levantar confusão quanto ao objecto da medida.

O CAPS é um instrumento amplamente estudado. Numa revisão da literatura dos últimos dez anos Weathers, Keane e Davidson (2001), apontam bons resultados em termos de fiabilidade – com resultados consistentes entre itens, cotadores e situações de teste – validade – com valores elevados a nível de validade convergente e discriminativa – utilidade diagnóstica e sensibilidade.

Dentro das limitações do CAPS, destaca-se a menor atenção dada à avaliação do critério A da PPST, nomeadamente a presença de um acontecimento traumático (Blake et al., 1995).

Para controlar a presença de humor disfórico e outros sintomas de Depressão foi ainda aplicado o *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck et al., 1979). O BDI é um auto-relato com 21 categorias. Cada categoria tem entre quatro a cinco itens que avaliam a severidade de um determinado sintoma, numa escala de zero a três. O resultado final varia entre um e 63.



O BDI é um instrumento amplamente usado. Numa meta-análise, dos estudos desenvolvidos entre 1961 e 1986, Beck, Steer e Garbin (1988) verificaram que o BDI apresenta boas propriedades psicométricas. Em termos de fiabilidade apresentou uma boa consistência interna. Em termos de validade apresentou uma boa validade concorrente com a Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression e com avaliações clínicas. De acordo com os autores citados apresenta ainda um valor discriminativo relativamente a subtipos de depressão. Para o presente estudo, o BDI apresentou um alpha de .76.

Finalmente, para controlar o nível de exposição ao acontecimento traumático, foi utilizado o *Combat Exposure Scale* (CES; Keane et al., 1989). O CES é um auto-relato com sete itens com uma escala de *likert* de cinco pontos que mede o nível de exposição a acontecimentos traumáticos em contexto de guerra. O resultado final varia entre zero e 41, porque os itens têm ponderações diferentes.

A nível de propriedades psicométricas (Keane et al., 1989), na versão americana, o CES apresenta boa consistência interna e boa fiabilidade teste-reteste. O CES tem a desvantagem de ser uma medida retrospectiva e de ter sido construída para o contexto da guerra do Vietname. O CES foi traduzido, pelo autor, para o presente estudo (Ver Anexo III) e apresentou uma consistência interna de $\alpha = .79$.

Narrativas da Memória do Trauma e Controlo

Foram recolhidas duas narrativas: uma de acontecimento traumático e uma de acontecimento negativo fora do contexto de guerra. As entrevistas foram registadas num gravador digital (Olympus Digital Voice Recorder VN-240PC), para posterior transcrição e codificação. A gravação era terminada quando o participante cessasse a narração. Para ambas as narrativas haviam perguntas de follow-up (“Podia-me contar como foi” ou “O que é que

aconteceu nesse dia”), de forma a garantir a inclusão de um acontecimento na narrativa. No entanto, tinha-se como objectivo que a narrativa fosse construída pelo participante, sem interferência do entrevistador, procurando suprimir-se inclusive facilitadores de comunicação não verbais (e.g. hmm hmm) da parte deste.

Escolheu-se como narrativa controlo um acontecimento negativo para procurar observar a especificidade da narrativa traumática. Ao não se escolher um acontecimento emocionalmente neutro, diminuiu-se a possibilidade de encontrar diferenças significativas, mas procurou excluir-se a possibilidade de as diferenças nas narrativas serem derivadas, por exemplo, exclusivamente do estado emocional do participante. Para esta narrativa foi dada a seguinte instrução: “Gostaria que me contasse um acontecimento negativo, que se tenha passado num dia qualquer, excepto durante o período em que estive na guerra do ultramar”.

Na eventualidade de a narrativa controlo escolhida ser uma narrativa potencialmente traumática, avaliava-se se preenchia o critério A da DSM-IV-TR (APA, 2000) e em caso afirmativo era excluída. Foram excluídas três narrativas controlo de duas pessoas (acidente de autocarro com multidão em pânico, ser perseguido por um agente da PIDE e morte a tiro de um colega de trabalho). A avaliação é, ainda assim, meramente clínica. No entanto, no caso de se ter subestimado a natureza traumática das narrativas controlo, essa influência irá contra as hipóteses avançadas.

Tabela 6

Tipo e frequência de acontecimentos referidos nas narrativas controlo

14 Morte de um dos pais	5 Conflitos com outras pessoas
6 Morte de outro familiar	2 Acidentes
5 Conflitos com familiares	11 Outros

Relativamente à memória experimental, deu-se a seguinte instrução: “Gostaria que me contasse um acontecimento de guerra que lhe tenha custado particularmente”.

O facto de se pedir a pessoas com PPST que relatem um acontecimento traumático pode levantar questões éticas, devido ao sofrimento envolvido. Tendo em conta isto, não se pediu “o acontecimento” que tivesse custado mais. Por outro lado, o facto de os participantes estarem a iniciar psicoterapia fornecia-lhes alguma retaguarda na eventualidade de a participação no estudo suscitar alguma reacção emocional mais prolongada.

Codificação das Narrativas

A transcrição das entrevistas foi realizada por uma psicóloga que desconhecia os resultados das outras medidas e as hipóteses do estudo e pelo autor. A transcrição foi realizada de modo a incluir o máximo detalhe possível, inclusive sobre elementos não verbais. A codificação foi realizada pelo investigador. Foi considerada narrativa a descrição de qualquer acontecimento, elaborações e pormenorizações sobre o mesmo ou temáticas associadas. Foram excluídas secções da narrativa, caso elas se desviassem claramente do assunto e não ocorresse posteriormente considerações ou narração de acontecimentos traumáticos.

[Relato da morte da mãe e relato de uma discussão com um superior] (...) Sempre fui... sempre fui um bocadinho, ao longo da minha vida, um bocado revoltado. Já contei esta história toda à Dr^a. NOME¹². Ahh. Sempre fui um bocado revoltado. Pronto, basicamente é isto. [ok] Não transmiti isso, felizmente, para os meus filhos. São... sa... Gostam muito de mim, são muito meus amigos. Tenho um com IDADE e outro IDADE. Ahh são os dois te... técnicos de FUNÇÃO; o...o mais novo é... é director técnico do... do INSTITUIÇÃO. Ahhh Gostam daquilo que fazem. Ahhh... portanto, têm uma personalidade, uma personalidade muit... bastante vincada, não têm problema nenhum no trabalho, são bem aceites no na no trabalho deles. Somos muito amigos, mas felizmente, nunca lhes transmiti esta... estas... estas frustrações, estas... estas... estas situações que vivi mesmo... mesmo das guerras do... nunca... Eles próprios me dizem “Mas pai! Tu nunca falas das situações delicadas EX-COLONIA e tal, ta ta!” “Ah! Isso não interessa! hum se calhar o melhor... façam a vossa vida sossegadinha, é pá esqueçam que aquilo acabou e pronto” ma... Felizmente não transmiti para os meus filho a... a vida um bocado ingrata que tive!

Exemplo de secção final retirada (a cinzento) – excerto da memória controlo 16

Utilizou-se a perspectiva da análise de narrativa, por se considerar a narrativa do acontecimento não como resultado de processos intrínsecos, mas como a manifestação desses processos (veja-se a secção “dualidade no processo narrativo” da introdução). Por querer verificar-se a assimilação com a influência de esquemas relativos a conteúdos traumáticos e de sequelas, procurou-se realizar uma análise quantitativa, como resultado. Esta convergência entre metodologias qualitativas e quantitativas limitou significativamente a análise das narrativas.

Por outro lado, há uma contradição paradigmática destas duas abordagens (ver secção de “ligação entre dualidades” para a discussão desta questão). A análise das narrativas apresenta um pressuposto construtivista, em que o sujeito é activo na construção da realidade e esta realidade é determinada pela sua construção. A tarefa de Stroop adopta um pressuposto mais empirista, em que o sujeito é passivo na interpretação de uma realidade que se apresenta a priori. Ou recorrendo a uma perspectiva mais actual, a interpretação emerge no sujeito, como resultado da arquitectura existente. Este estudo não tem a pretensão de resolver esta contradição, apenas assume que, para abordar uma dimensão como a assimilação do

¹² As palavras em maiúsculas correspondem a elementos identificativos retirados para preservar a confidencialidade.

acontecimento traumático, é mais útil a adopção de uma postura construtivista, enquanto que, para abordar uma dimensão como a influência de estruturas tipo-esquema, é mais útil a adopção de uma postura mais empirista.

Relativamente à codificação, procurou-se centrar nos aspectos estilísticos das narrativas. Assim consideram-se dois níveis de codificação. Um nível tendo como unidade a frequência, no qual se analisaram a presença de certos indicadores não verbais e a presença de certos tipos de palavras consideradas relevantes na pontuação do acontecimento. Outro nível, cuja unidade considerada foi o tempo, relativo à presença de determinadas categorias de conteúdo.

Quanto ao nível de tempo, optou-se por este sistema, em vez da frequência de determinados conteúdos por não se pretender avaliar a presença ou ausência destes, mas a disponibilidade da pessoa para abordar esses conteúdos no processo de assimilação presente na narrativa do acontecimento. O sistema está definido de modo a preencher toda a narrativa, por esse motivo. Ou seja, é dada uma instrução à pessoa e ela irá responder de alguma forma. A forma como responde e o tempo destinado a essa forma são a porta de entrada escolhida para a análise dos processos envolvidos.

Relativamente ao nível de frequência, procurou-se identificar marcadores discretos que se julgam relevantes para a pontuação desses processos.

Foram usados os índices apresentados na tabela 7. Estes índices foram retirados ou inspirados nos trabalhos (veja-se secção “Assimilação como um processo narrativo”) de Foa et al. (1995), Pennebaker et al. (2001) e Vrij et al. (2001). No Anexo IV encontram-se definições dos índices referidos, nos Anexos VI e VII encontram-se exemplos de cotação de narrativas em termos de frequência e de tempo.

Tabela 7

Índices em função do tipo de medida.

Frequência	Tempo
<ul style="list-style-type: none"> - Repetições - Frases inacabadas - Preenchedores de discurso - Interjeições - Pronomes pessoais - Palavras sugestivas de causalidade - Palavras sugestivas de emoções - Total de Palavras 	<ul style="list-style-type: none"> - Descrição do acontecimento - Pormenores relevantes para a sequência do acontecimento - Pormenores irrelevantes para a sequência do acontecimento - Elaborações auto-referentes - Elaborações gerais - Temáticas de revolta - Tempo total
<ul style="list-style-type: none"> - Nº de alternâncias do acontecimento para pormenores irrelevantes - Nº de alternâncias do acontecimento para elaborações - Nº de alternâncias do acontecimento para outro acontecimento 	<p style="text-align: center;">Outros</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nº de acontecimentos - Taxa de discurso - Nº de Secções Temáticas - Tempo por Secção

Considerava-se à partida, com base na literatura anterior e definição de conceitos que os índices se situariam de acordo com a tabela 8.

Tabela 8

Índices em função das dimensões de evitamento e assimilação.

Assimilação	Evitamento
<ul style="list-style-type: none"> - Pormenores relevantes para a sequência do acontecimento - Elaborações auto-referentes - Elaborações gerais - Pronomes pessoais - Palavras sugestivas de causalidade - Palavras sugestivas de emoções - Nº de palavras - Tempo total - Nº de alternâncias do acontecimento para elaborações 	<ul style="list-style-type: none"> - Descrição do acontecimento (inverso) - Pormenores irrelevantes para a sequência do acontecimento - Temáticas de revolta - Repetições - Frases inacabadas - Preenchedores de discurso - Interjeições - Nº de acontecimentos - Taxa de discurso - Tempo por secção (inverso) - Nº de alternâncias do acontecimento para outro acontecimento - Nº de alternâncias do acontecimento para pormenores irrelevantes

A criação destes índices derivou quer da literatura referida, quer da análise do material. Assim, simplificou-se o sistema da Foa et al. (1995), não se criando as descrições dos pormenores, para além da sua relevância para o acontecimento. Por exemplo, por não existir no material, referências suficientes a emoções, escolheu-se considerar esta dimensão nos índices de frequência. Em contrapartida, as elaborações foram divididas em três, por se constar essa diversidade no material: duas que se julgam indicativas de assimilação (elaborações gerais e auto-referentes) e uma de evitamento (temáticas de revolta).

Outro exemplo do processo de construção de índices é a criação dos índices relativos ao número de alternâncias. Estes nasceram da percepção de que o tempo total de uma determinada temática não seria suficiente para avaliar a influência dessa temática a nível da narrativa, mas sim associado à função de alternância relativamente ao doloroso narrar do acontecimento. Por exemplo o facto de a pessoa relatar o acontecimento em cinco minutos e de seguida passar cinco minutos a relatar algo irrelevante para o acontecimento será completamente diferente de alternar quatro vezes de dois em dois minutos entre os dois tipos de conteúdos, mesmo tendo em conta o facto de o tempo total ser idêntico para as duas narrativas.

As elaborações de revolta levantam questões relativamente à sua interpretação. Estando a guerra num contexto político e sendo os acontecimentos nela presentes de origem humana, é possível que a sua presença constitua uma especificidade do acontecimento, mais do que um processo de evitamento. Esta questão pode ser eventualmente minimizada pela hipotética associação com a severidade da PPST. A sua inclusão tem a vantagem de tornar mais específicas as outras elaborações e comparáveis com as elaborações das narrativas controlo.

Criação de Índices Simples e Compósitos

Para controlar o efeito do tamanho das narrativas, todos os índices simples foram divididos pelo tempo total, pelo número de palavras ou pelo número de secções temáticas, consoante o índice. Posteriormente para ser possível verificar as associações e para tomar em conta as diferenças individuais, subtraiu-se a proporção referida, para a narrativa controlo da narrativa traumática. Por exemplo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ palavras de emoções da nar. de trauma}}{\text{N}^\circ \text{ palavras total da n. de trauma}} - \frac{\text{N}^\circ \text{ palavras de emoções da nar. controlo}}{\text{N}^\circ \text{ palavras total da n. de controlo}}$$

Este índice dá-nos a frequência de uso relativamente a uma linha de base. Ou seja o maior ou menor uso de palavras de emoções na narrativa traumática e os resultados variam entre -1 (quando há maior uso na narrativa controlo), passando pelo 0 (quando o uso não varia em função do tipo de narrativa) e 1 (quando há maior uso na narrativa traumática).

Para a criação de índices compósitos, o procedimento adoptado foi o de verificar quais os índices que variavam em função do tipo de narrativa e somar as proporções que fossem equiparáveis, em função da suposição conceptual apresentada na tabela 8.

Construção da Tarefa de Stroop-Emocional

Pediram-se a 13 pessoas do sexo masculino que frequentam os grupos de seguimento de stress de guerra que preenchessem a escala apresentada no Anexo VIII. Embora possam não preencher os critérios completos de PPST, estas pessoas apresentam sintomatologia e tiveram pelo menos em alguma altura das suas vidas PPST relacionado com a experiência na

Guerra Colonial. Era pedido para a pessoa nomear 10 palavras e indicar o nível de perturbação, suscitado pela palavra, numa escala de Likert de cinco pontos. Nenhuma destas 13 pessoas participou no estudo. Obtiveram-se 120 palavras relacionadas com o Trauma (tendo sido anuladas duas por terem mais do que uma palavra) e 119 palavras relacionadas com as Sequelas (tendo sido anuladas sete pelo mesmo motivo). As palavras estão apresentadas no Anexo X. Este procedimento foi semelhante ao de Cassidy et al. (1992). No entanto, optou-se por recolher as palavras junto de pessoas com sintomatologia de PPST e não de terapeutas como o estudo referido.

Posteriormente seleccionaram-se as palavras para o presente estudo, de acordo com os seguintes passos, procurando um critério não dependendo do autor (Veja-se anexo IX):

1º Passo – Aglutinaram-se homónimos e plurais.

2º Passo – Ordenaram-se as palavras de acordo com os seguintes critérios:

1º Critério – Número de vezes que a palavra é mencionada.

2º Critério – Para as palavras mencionadas o mesmo número de vezes, teve prevalência a com média de perturbação superior.

3º Passo – Excluíram-se as palavras mencionadas em ambas as listas dentro das 6 primeiras palavras (ex. MEDO).

4º Passo – Dentro de cada lista, para as 6 primeiras palavras excluíram-se palavras semanticamente idênticas (7-MORTOS, 8-FERIMENTO) tendo-se optado pela palavra de escalonamento superior (2-MORTE e 5-FERIDOS).

5º Passo – Entre MÍNA e PALUDISMO (8ª palavra) optou-se por MÍNA, por PALUDISMO surgir na 10ª posição na lista das sequelas.

6º Passo – Para palavras com vários sinónimos optou-se pelo sinónimo referido mais frequentemente.

Relativamente às palavras para Self Negativo, escolheram-se e traduziram-se as 6 primeiras da categoria “self-directed ego threat” do estudo de Kinderman, Prince, Waller e Peters (2003).

Para cada uma das palavras experimentais criou-se uma palavra controlo dentro de categorias julgadas neutras para os participantes: frutos mamíferos e mobiliário. Optou-se por escolher palavras de uma categoria para que a apresentação fosse em blocos de palavras semanticamente idênticas. Desta forma espera-se controlar o *priming* semântico da apresentação. As palavras controlo e experimentais têm o mesmo número de sílabas. Não foi considerada a frequência de uso na língua portuguesa. No entanto, como Cassidy et al. (1992) afirmam, admite-se que os participantes usem com maior frequência (e tenham mais relevância) as palavras dos grupos experimentais que a população geral. As palavras usadas estão apresentadas na tabela 9.

Tabela 9

Palavras Usadas na Tarefa de Stroop-Emocional

Trauma	Controlo Trauma	Sequelas	Controlo Sequelas	Self-	Controlo Self-
MORTE	MAÇÃ	ISOLAMENTO	ESCRIVANINHA	FALHADO	CAVALO
GUERRA	PERA	AGRESSIVO	ARMÁRIO	ESTÚPIDO	ELEFANTE
FOME	FIGO	PESADELOS	CORTINADO	FEIO	PORCO
FERIDOS	MORANGOS	NERVOSO	CADEIRA	INADEQUADO	HIPOPÓTAMO
REVOLTA	BANANA	CANSAÇO	ESTANTE	MAU	CÃO
MINAS	MELÃO	FAMÍLIA	CANDEEIRO	INFERIOR	LEOPARDO
5,7 Letras	5,3 Letras	8,2 Letras	8,3 Letras	6,7 Letras	7,0 Letras
2,3 Sílabas	2,3 Sílabas	3,8 Sílabas	3,8 Sílabas	3,2 Sílabas	3,2 Sílabas

Aplicação da Tarefa de Stroop-Emocional

A apresentação das palavras foi feita em cartão, usando um procedimento semelhante ao de Jones, Stacey e Martin (2002) – veja-se anexo X. As palavras foram escritas em Arial 16 e espaçadas a 1,3 pontos. Cada uma das seis palavras para cada categoria era repetida cinco vezes. Cada palavra aparecia numa das cinco cores: Preto, Azul, Laranja, Verde e Vermelho (procedimento semelhante a Bryant e Harvey, 1995). Assim no total, cada uma das seis listas tinha 30 palavras. A ordem das palavras e cor das palavras foi aleatorizada, exceptuando-se a impossibilidade de ocorrer sequências de palavras ou cores iguais. A ordem em que eram apresentadas as listas foi também aleatorizada.

A escolha da apresentação em cartão foi feita por razões de ordem prática. A apresentação em cartão levanta algumas questões em termos de interpretação dos resultados, veja-se a discussão destas questões na secção “Atenção e Tarefa de Stroop Modificada”. O objectivo deste trabalho não era testar este paradigma de investigação. Ainda assim esta escolha teve consequências que serão discutidas adiante.

Como instrução, era dito aos participantes que iam desempenhar um teste de concentração e pedido que nomeassem as cores, ignorando o significado das palavras. Foi fornecido um cartão de ensaio com as palavras: UM, DOIS, TRÊS, QUATRO, CINCO e SEIS. Para além de garantir a compreensão da tarefa, esta folha funcionava como garantia de que o participante era capaz de nomear as cores correctamente. Só se prosseguia com os cartões do estudo quando o participante dominava a tarefa.

A nomeação das cores por parte dos participantes foi registada num gravador digital (Olympus Digital Voice Recorder VN-240PC). O tempo de nomeação foi medida pela análise da onda sonora através do programa Nero Wave Editor, versão 2.0.0.37. Isto permite minimizar a influência do investigador na contagem do tempo e permitir a monitorização dos

erros. Foi medido o tempo até ao décimo de segundo, embora o programa permitisse uma análise até ao milionésimo de segundo.

Considera-se erro quando o participante não nomeia a cor correcta, sem corrigir espontaneamente.

Pré-Teste das Narrativas e Tarefa de Stroop

Com a finalidade de testar as instruções das narrativas e a Tarefa de Stroop-Emocional foi realizado um pré-teste com um participante, que não foi incluído na amostra do estudo. Como resultado deste pré-teste retirou-se das instruções da tarefa o “com o máximo detalhe possível”, por poder influenciar artificialmente o relato no sentido de o tornar demasiado factual. Acrescentaram-se ainda as perguntas follow-up, dado que o relato da sua memória controlo foi demasiado abstracto, não referindo o acontecimento em concreto.

Relativamente à tarefa de Stroop, na categoria de frutos, retirou-se a palavra Laranja e substituiu-se por Banana, dado que o facto de a primeira ser nome de cor (e de uma das cores da tarefa) causar interferência.

Procedimento

Os participantes foram recrutados para colaborar num estudo sobre stress traumático em veteranos da Guerra Colonial Portuguesa. Foram encaminhados por psicólogos das consultas referidas, de acordo com os critérios de inclusão no estudo. Os participantes foram entrevistados pelo autor, com formação em psicologia clínica e experiência na área de PPST.

Começou-se por explicar o objectivo do estudo e fez-se a recolha dos dados demográficos e consentimento informado (Anexos XI e XII). Depois aplicou-se o BDI, com a

finalidade adicional de verificar a capacidade do participante para ler. Posteriormente aplicou-se a Tarefa de Stroop-Emocional. A opção de se aplicar em primeiro lugar a tarefa de Stroop decorreu da noção de esta tarefa ser permeável à influência de efeitos de *priming*. A eventual abordagem de assuntos relacionados com guerra poderia por si afectar a nomeação de cores na Tarefa de Stroop-Emocional. De seguida fez-se a recolha das narrativas, começando pela narrativa controlo, para evitar a contaminação emocional desta pela narrativa traumática. Finalmente aplicou-se o CAPS e o CES.

RESULTADOS

O nível .05 de alfa foi considerado para as análises estatísticas efectuadas.

Dado que se pretende utilizar testes estatísticos paramétricos (em amostras emparelhadas), realizou-se a análise da normalidade que é apresentada no ANEXO XII. Houve 3 variáveis da análise das narrativas que não apresentam distribuição normal: número de acontecimentos, temáticas de revolta e alternância para outros acontecimentos. Assim, as conclusões relativas a estes índices deverão ser tentativas.

Dados Clínicos Gerais

Relativamente aos dados clínicos, veja-se a tabela 10. Estes resultados apontam para uma amostra com PPST de longo curso, com problemáticas associadas, como depressão e com terapêutica psiquiátrica.

Tabela 10

Dados clínicos da amostra

Medida	Valores (n=34, caso não explicitado em contrário)
Medicação Psiquiátrica	76,5% com medicação, 23,5% sem medicação
Tipo de Medicação (n=23)	87,0% ansiolítica/indutora de sono, 60,9% antidepressiva, 39,1% outra
Grau de exposição trauma (CES)	M=22,2 (DP=8,12) – “grau de exposição moderada”
CAPS Total	M=52,2 (DP=13,56) – valor máximo é 136
CAPS Intrusão	M=14,9 (DP=4,67) – valor máximo é 40
CAPS Evitamento	M=18,4 (DP=5,79) – valor máximo é 56
CAPS Activação	M=19,0 (DP=6,78) – valor máximo é 40
CAPS Início	67,6% retardado; 32,4% imediato ¹³
Meses de início retardado (n=22)	M=239,0 (DP=135,42)
CAPS Cronicidade	100% crónico
Meses de duração da PPST	M=253,1; (DP=174,43)
BDI	M= 25,2 (DP=7,74) “Depressão moderada”

Enviesamento Atencional – Erros

Como controlo dos resultados em termos de tempo, contabilizaram-se os erros da tarefa de Stroop (i.e. cores nomeadas incorrectamente sem correcção espontânea). Era esperado a não ocorrência de diferenças em termos de médias de erros para as várias condições. Realizando um teste t com amostras emparelhadas verificam-se, como se pode observar na tabela 11, um maior número de erros para a categoria controlo de frutos do que para a categoria de trauma. Estes resultados vão contra o esperado e invalidam o uso destas palavras como controlo da categoria de trauma.

¹³ Tendo em conta que não se aplicou o CAPS ao longo da vida, não se consideraram os períodos sintomáticos referidos no passado como sendo de PPST. Assim as pessoas que relataram ter sintomas logo após o acontecimento traumático e ao longo da vida tiveram períodos assintomáticos foram considerados como tendo PPST de início retardado

Tabela 11

Comparação das médias dos tempos para cada condição

	Trauma	Controlo T	Sequelas	Controlo S	Auto-Conc. Negativo	Controlo A
Média	0,56	1,13	0,52	0,48	0,48	0,79
Dvp	1,41	1,60	1,18	1,50	1,50	1,47
t		-2,675		0,226		-1,769
df		31		32		32
Sig (2 tailed)		0,012		0,823		0,086

Estes resultados são reforçados pela comparação de tempos entre as categorias controlo (ver Tabela 12), no qual a categoria de frutos se destaca pelo maior tempo de leitura.

Tabela 12

Comparação das médias dos tempos para os grupos controlo

	Controlo T	Controlo S	Controlo T	Controlo A	Controlo S	Controlo A
Média	48,24	41,32	48,24	41,18	41,32	41,18
Dvp	18,826	14,924	18,826	13,062	14,924	13,062
t		4,811		4,222		0,104
df		32		32		32
Sig (2 tailed)		,000		,000		,918

A categoria controlo para a situação traumática foi a categoria de frutos. Esta categoria pode ter causado interferência na tarefa de nomeação das cores, por os nomes de frutos estarem associados a cores específicas (Sheibe, Shaver & Carrier, 1967, citado por Williams, Mathews & McLeod, 1996). Devido aos resultados em termos dos erros, escolheu-se usar para medir o enviesamento atencional a lista controlo mais semelhante (i.e. com média de

silabas mais próxima). A categoria em causa é a de controlo da condição auto-conceito negativo.

Enviesamento atencional - Tempos

Apresentam-se de seguida os dados referentes à média dos tempos de resposta para cada um dos grupos de palavras.

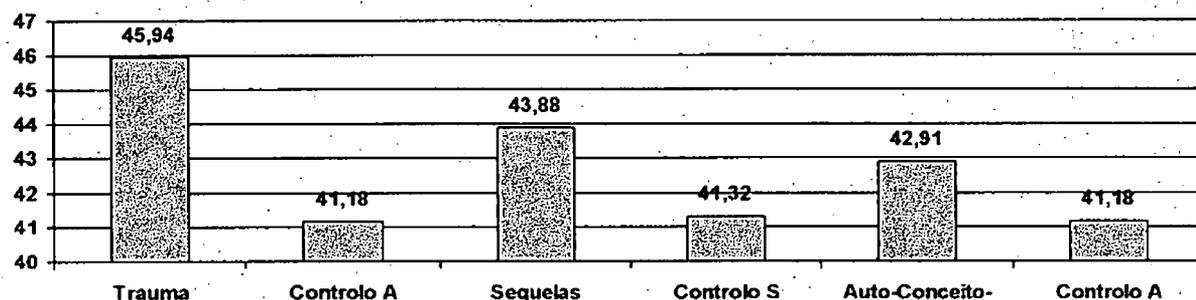


Figura 11 – Média dos tempos de resposta (em segs) para os diferentes grupos na tarefa de Stroop.

A tabela 13 apresenta as médias, os desvios padrão e a comparação das médias entre os grupos experimentais e de controlo. Realizando um teste t com amostras emparelhadas, não se verificam diferenças significativas, ao nível de significância considerado, entre o grupo experimental e controlo para qualquer uma das condições.

Tabela 13

Comparação das médias dos tempos para cada condição

	Trauma	Controlo A	Sequelas	Controlo S	Auto-Conc. Negativo	Controlo A
Média	45,94	41,11	43,88	41,32	42,91	41,18
Dvp	18,348	13,266	15,376	14,924	16,133	13,062
t	1,834		1,285		1,103	
df	31		32		32	
Sig (2 tailed)	0,076		0,208		0,278	

Colocam-se duas explicações alternativas para esta ausência de efeito. A primeira possibilidade é o impacto de *outliers* nas médias em causa. A segunda possibilidade é da inexistência de enviesamento atencional pelo facto da amostra ter um grau de PPST pouco severo. Numa tentativa de explorar estas possibilidades, retiraram-se os *outliers* para as várias condições (três para Trauma-Alvo; um para Sequelas-Alvo e três para Sequelas-Controlo; três para Auto-Conceito-Alvo e dois para Auto-Conceito-Controlo) e dividiu-se a amostra em dois grupos. O grupo com o CAPS superior à mediana, que se passa a designar por Severo e o grupo com CAPS inferior à mediana, que se passa a designar por Ligeiro¹⁴. Pelos motivos já referidos, considerou-se o grupo controlo da condição trauma, como o grupo controlo do auto-conceito negativo.

¹⁴ Pela possibilidade de inadequação do uso de testes paramétricos, para a comparação de médias nos sub-grupos (pelo baixo número de casos), apresenta-se no Anexo XIV os resultados com a alternativa não-paramétrica ao teste t com amostras emparelhadas. Opta-se por apresentar os resultados referentes aos teste t, para permitir a comparação entre os sub-grupos e a amostra total. Os resultados da análise não paramétrica, foram ao encontro dos resultados apresentados aqui.

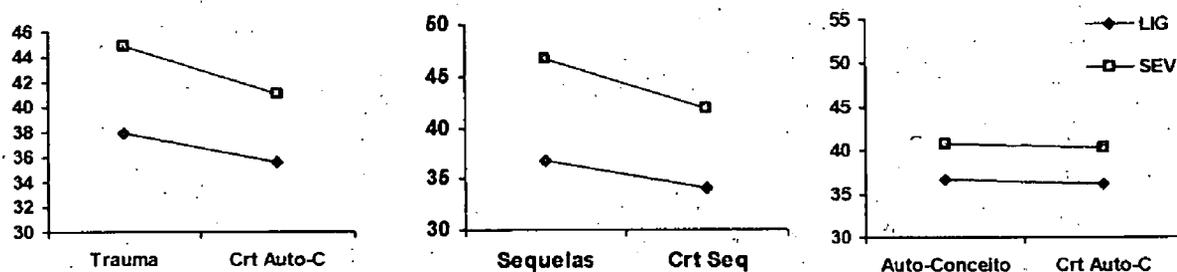


Figura 12 – Comparação das médias dos tempos de resposta entre os grupos severos e ligeiros

Com a retirada dos *outliers* obteve-se a presença de enviesamento atencional para trauma e sequelas, mas não para auto-conceito negativo (ver Tabela 14). Quando se divide a amostra em função da severidade, o enviesamento atencional para trauma mantém-se e acentua-se para o subgrupo severo. O enviesamento para sequelas, deixa de atingir significância estatística.

Tabela 14

Comparação de médias relativamente às condições experimental e controlo da Tarefa de Stroop, retirando os outliers e em função de sub-grupos relativamente à severidade

		Stroop T	Stroop A	Stroop S	Stroop S	Stroop A	Stroop A
		Exp	Crt	Exp	Crt	Exp	Crt
Total	M	41,1	38,2	41,4	37,7	38,5	38,0
	DvP	8,67	8,24	12,10	9,86	11,00	7,59
	Df	27		29		28	
	T	2,874		2,123		,418	
	Sig. (2T)	,008		,042		,679	
Ligeiros	M	37,9	35,6	36,8	34,0	36,7	36,1
	DvP	8,77	8,18	11,91	8,82	11,54	8,09
	Df	14		15		15	
	T	1,369		1,516		,322	
	Sig. (2T)	,193		,150		,752	
Severos	M	44,9	41,1	46,7	41,9	40,8	40,3
	DvP	7,15	7,56	10,36	9,54	10,29	6,50
	Df	12		13		12	
	t	3,237		1,505		,255	
	Sig. (2T)	,007		,156		,803	

No global estes resultados confirmam a hipótese II relativa à influência de esquemas ansiogénicos. Verificou-se enviesamento atencional para conteúdos de trauma e para conteúdos associados às sequelas, mas não para auto-conceito negativo.

Para as análises posteriores mantiveram-se os *outliers*, por não se conseguir excluir a possibilidade de eles terem significado clínico e por eles representarem (em termos dos pares Crt-Trm) entre 9,1 e 12,5% dos casos, consoante a condição. Esta escolha pode ainda assim ter reduzido o tamanho das associações verificadas.

Enviesamento Atencional e Severidade da PPST

Apresentam-se de seguida os dados referentes à associação entre o enviesamento atencional e as variáveis clínicas. Para avaliar o enviesamento atencional para o conteúdo em causa subtraiu-se o tempo realizado a nomear as palavras alvo às palavras controlo. No caso das palavras trauma, com a finalidade de não se obterem associações espúrias, subtraiu-se o tempo de leitura das palavras trauma pela média das outras quatro condições.

Na tabela 15 apresentam-se os resultados para as associações entre as diferentes condições da tarefa de Stroop. Ao contrário do esperado, não há correlação entre o enviesamento atencional para conteúdos traumáticos e sequelas, mas verifica-se uma associação significativa entre o enviesamento atencional para conteúdos de Trauma e Auto-Conceito negativo.

Tabela 15

Correlação entre os diversos grupos da tarefa de Stroop

		Stroop T	Stroop S	Stroop A
Stroop T	Correlação de Pearson	1	-,314	,484
	Sig. (2-tailed)		,075	,004
	N	33	33	33
Stroop S	Correlação de Pearson		1	-,246
	Sig. (2-tailed)			,168
	N		33	33
Stroop A	Correlação de Pearson			33
	Sig. (2-tailed)			1
	N			

Quando se separa a amostra em função da severidade, verifica-se que esta associação apenas se continua a verificar no Grupo Severo e emerge uma associação com o enviesamento atencional que é positiva no grupo ligeiro e negativa no grupo severo, conforme os dados da tabela 16.

Tabela 16

Intercorrelações entre as várias condições da tarefa de Stroop, em função do sub-grupo

		Grupo Ligeiro			Grupo Severo		
		Stroop T	Stroop S	Stroop A	Stroop T	Stroop S	Stroop A
Stroop T	Correlação de Pearson	1	,184	,244	1	-,455	,564
	Sig. (2-tailed)		,494	,363		,066	,018
	N	16	16	16	17	17	17
Stroop S	Correlação de Pearson		1	,534		1	-,502
	Sig. (2-tailed)			,033			,040
	N		16	16			17
Stroop A	Correlação de Pearson			1			1
	Sig. (2-tailed)						
	N			16			17

De seguida apresentam-se os resultados relativos à associação entre o enviesamento atencional e as medidas clínicas da PPST e Depressão (ver tabela 17). Quer o enviesamento atencional para conteúdos de Trauma, quer para conteúdos de Auto-Conceito negativo se associam à severidade da PPST. Relativamente aos agrupamentos de sintomas, verifica-se uma associação entre o enviesamento atencional para trauma e a activação fisiológica aumentada e entre o enviesamento para auto-conceito negativo e o evitamento. Como seria de esperar verifica-se uma associação entre os resultados do BDI e o enviesamento atencional para conteúdos de auto-conceito negativo, mas não para conteúdos traumáticos.

Tabela 17

Correlação entre os diversos grupos da tarefa de Stroop e as medidas de auto-relato

		Intrusão	Evitamento	Activação	PPST	BDI
Stroop T	Correlação de Pearson	,317	,210	,365	,380	,218
	Sig. (2-tailed)	,073	,241	,037	,029	,223
	N	33	33	33	33	33
Stroop S	Correlação de Pearson	-,032	-,232	-,144	-,181	-,085
	Sig. (2-tailed)	,861	,194	,425	,314	,637
	N	33	33	33	33	33
Stroop A	Correlação de Pearson	,290	,451	,246	,414	,356
	Sig. (2-tailed)	,102	,008	,168	,017	,042
	N	33	33	33	33	33

Quando se faz a mesma análise em função dos dois grupos¹⁵ (ver Tabela 18), verifica-se que a associação com as medidas de severidade da PPST só surgem no Grupo Severo e que emerge uma associação negativa entre o enviesamento atencional para conteúdos de sequelas e a severidade da PPST.

¹⁵ Pelo baixo n das sub-amostras apresenta-se a alternativa não-paramétrica a esta análise no Anexo XV. Os resultados não foram tão coincidentes quanto as comparações de médias, no entanto foram no mesmo sentido que os apresentados aqui.

Tabela 18

Correlação entre os diversos grupos da tarefa de Stroop e as medidas de auto-relato

		Intrusão	Evitamento	Activação	PPST	BDI	
Grupo Ligeiro	Stroop T	Correlação de Pearson	,018	-,095	,313	,133	,031
		Sig. (2-tailed)	,947	,726	,239	,625	,910
		N	16	16	16	16	16
	Stroop S	Correlação de Pearson	,321	-,107	,254	,217	,165
		Sig. (2-tailed)	,226	,692	,342	,419	,542
		N	16	16	16	16	16
Stroop A	Correlação de Pearson	,107	,284	,142	,296	,564	
	Sig. (2-tailed)	,692	,286	,601	,266	,023	
	N	16	16	16	16	16	
Grupo Severo	Stroop T	Correlação de Pearson	,426	,299	,498	,687	,253
		Sig. (2-tailed)	,089	,245	,042	,002	,327
		N	17	17	17	17	17
	Stroop S	Correlação de Pearson	-,152	-,338	-,440	-,538	-,187
		Sig. (2-tailed)	,561	,185	,077	,026	,472
		N	17	17	17	17	17
Stroop A	Correlação de Pearson	,353	,561	,305	,716	,218	
	Sig. (2-tailed)	,164	,019	,234	,001	,401	
	N	17	17	17	17	17	

Tendo em conta a associação entre o enviesamento atencional e o humor negativo, torna-se relevante controlar os resultados do BDI (i.e. correlações parciais), relativamente às associações verificadas (ver Anexo XVI para intercorrelações entre medidas clínicas). Como se pode ver na Tabela 19, controlando o BDI, verifica-se que as associações se mantêm, mas apenas para o Grupo com PPST severo.

Tabela 19

Correlação parcial entre o enviesamento para conteúdos negativos de auto-conceito e a Severidade da PPST e Evitamento, controlando o BDI

		Intrusão	Evitamento	Activação	PPST	
Amostra Total (D.F.=30)	Stroop T	Correlação Sig. (2- tailed)	,252 ,165	,115 ,529	,310 ,084	,319 ,075
	Stroop S	Correlação Sig. (2- tailed)	,007 ,971	-,220 ,225	-,120 ,514	-,162 ,377
	Stroop A	Correlação Sig. (2- tailed)	,158 ,389	,333 ,062	,119 ,515	,273 ,130
Grupo Ligeiro (D.F.=13)	Stroop T	Correlação Sig. (2- tailed)	,003 ,992	-,110 ,696	,319 ,247	,140 ,618
	Stroop S	Correlação Sig. (2- tailed)	,279 ,314	-,169 ,548	,217 ,437	,152 ,588
	Stroop A	Correlação Sig. (2- tailed)	-,251 ,366	,140 ,619	-,040 ,889	-,040 ,887
Grupo Severo (D.F.=14)	Stroop T	Correlação Sig. (2- tailed)	,418 ,107	,217 ,419	,521 ,038	,662 ,005
	Stroop S	Correlação Sig. (2- tailed)	-,138 ,612	-,290 ,276	-,452 ,078	-,514 ,042
	Stroop A	Correlação Sig. (2- tailed)	,343 ,193	,531 ,034	,318 ,231	,699 ,003

Resumindo, para além de estar presente, o enviesamento atencional parece ainda ter relevância clínica, verificando-se uma associação entre o enviesamento atencional, para auto-conceito negativo e trauma, e a severidade. Esta ligação com a condição trauma parece ser devida principalmente à activação e, relativamente ao auto-conceito negativo, à associação com o evitamento. Não se verificaram associações significativas, na amostra global, para o enviesamento atencional para sequelas. Assim confirma-se parcialmente hipótese IV.

Adicionalmente, este estudo procurou verificar se surgia e qual o papel do enviesamento atencional para outros conteúdos. A associação entre o enviesamento atencional

para auto-conceito negativo e o evitamento poderá estar associada ao maior número de sintomas típicos da depressão no *cluster* de evitamento (i.e. por comorbilidade com a depressão) ou, eventualmente, à relevância da visão de si na maior escolha de estratégias disfuncionais de evitamento dos conteúdos traumáticos. Para esta conclusão contribui a observação de que, quando se controla o BDI, esta associação se mantém para o subgrupo severo. Relativamente ao enviesamento atencional para sequelas, observa-se que, embora se tenha verificado, em termos de médias, não se associa às medidas clínicas, na amostra global, pelo que a sua influência pode ser inespecífica relativamente à problemática. Ou seja, a relevância pessoal dos sintomas ou consequências é transversal e poderá eventualmente estar associada ao grau de perturbação secundária (ligado ao nível de ego-distonia suscitado pelos sintomas), não havendo assim indicadores de um papel na manutenção da PPST. Esta explicação poderia enquadrar a associação negativa à PPST no subgrupo severo, caso se admita que a perturbação secundária seja menos relevante nos casos mais severos.

Narrativa do Trauma e Narrativa Controlo

Na tabela 20 estão apresentados os resultados relativamente aos indicadores gerais. Usando um teste t para amostras emparelhadas, verifica-se que a narrativa traumática tem mais acontecimentos relatados, é mais longa, quer em termos de tempo quer de palavras quer de secções temáticas. Verifica-se ainda maior tempo por acontecimento relatado.

Tabela 20

Indicadores Gerais

	Traumática		Controlo		(d.f. =33)	
	M	Dvp	M	Dvp	t	Sig
Número de Acontecimentos	1,85	0,989	1,26	0,45	3,368	0,002
Tempo da Narrativa	322,9	209,23	172,6	123,72	5,271	<0,001
Número de Palavras	781,3	544,00	416,6	271,57	4,613	<0,001
Tempo por acontecimento	188,5	127,58	138,5	89,39	2,210	0,034
Taxa de Discurso	2,40	0,453	2,46	0,453	-0,968	0,340
N. de Secções Temáticas	25,6	17,35	14,7	6,96	4,187	<0,001
Tempo por Secção	13,3	5,36	11,8	6,27	1,199	0,239

Para que os efeitos observados a nível geral não se verificassem a nível dos índices criados para as narrativas, dividiram-se os índices de tempo pelo tempo total e os índices de frequência pelo número de palavras. No caso das alternâncias do acontecimento, dividiram-se as mesmas pelo número total de Secções Temáticas. Como se pode observar na Tabela 21, verificou-se um maior recurso a pormenores irrelevantes e menor uso de pronomes pessoais na narrativa traumática. Contrariamente ao esperado, verificou-se um maior uso de preenchedores de discurso na narrativa controlo.

Tabela 21

Comparação de médias para os índices das narrativas de trauma e controlo

	Traumática		Controlo		d.f.=33	
	M	Dvp	M	Dvp	t	Sig
Narrativa do Acontecimento	0,36	0,152	0,39	0,200	-,736	,467
Pormenores Relevantes	0,20	0,109	0,18	0,108	1,175	,248
Pormenores Irrelevantes	0,20	0,162	0,14	0,125	2,202	,035
Elaboração Auto Referente	0,14	0,108	0,20	0,159	-1,835	,076
Elaborações Gerais	0,08	0,058	0,09	0,084	-1,131	,266
Temáticas de Revolta	0,02	0,053	0,01	0,056	,373	,711
Alternância para Irrelevante	0,07	0,065	0,05	0,065	1,514	,139
Alternância para Elaboração	0,16	0,071	0,20	0,102	-1,890	,068
Alternância para outro Acontecimento	0,00	0,011	0,00	0,007	1,426	,163
Pronomes	0,039	0,0105	0,054	0,0248	-3,622	,001
Palavras de Causalidade	0,004	0,0041	0,005	0,0044	-,758	,454
Palavras de Emoções	0,003	0,0035	0,004	0,0044	-1,956	,059
Preenchedores de Discurso	0,019	0,0152	0,023	0,0203	-2,185	,036
Interjeições	0,018	0,0152	0,019	0,0176	-,370	,714
Repetições	0,031	0,0175	0,026	0,0160	1,714	,096
Frases Inacabadas	0,033	0,0174	0,030	0,0119	,892	,379

Tendo em conta os resultados da tarefa de Stroop, realizou-se a análise em função dos dois grupos – Severo e Ligeiro – que se pode observar na Tabela 22. Verifica-se que as diferenças observadas para os preenchedores e pormenores irrelevantes deixam de ser significativas (mantendo-se significativas as diferenças para pronomes) e que emergem diferenças, no sentido esperado, para as palavras de emoções e para as repetições, no grupo severo.

Tabela 22

Comparação de médias dos índices das narrativas em função dos sub-grupos¹⁶

		Casos Ligeiros (n=17)				Casos Severos (n=17)																																																																																																																																																																																																																															
		M	DvP	t	Sig. (2-tailed)	M	DvP	t	Sig. (2-tailed)																																																																																																																																																																																																																												
Descrição do Acontec.	T	,332	,1305	,583	,568	,396	,1679	-1,336	,200																																																																																																																																																																																																																												
	C	,311	,1744			,463	,2001			Pormenores	T	,220	,1233	1,035	,316	,183	,0931	,559	,584	C	,185	,1120	,168	,1068	Pormen. Irrelevantes	T	,193	,1620	,985	,339	,211	,1672	2,067	,055	C	,153	,1236	,118	,1282	Elaboração Auto-Ref.	T	,152	,1162	-1,342	,198	,129	,1021	-1,213	,243	C	,213	,1448	,184	,1755	Elaborações Gerais	T	,085	,0604	-1,655	,117	,065	,0559	,247	,808	C	,119	,0841	,061	,0746	Revolta	T	,018	,0565	-,066	,948	,016	,0512	,897	,383	C	,019	,0788	,004	,0131	Alter. Para Irrelevante	T	,068	,0599	,760	,459	,078	,0711	1,310	,209	C	,056	,0685	,052	,0630	Alter. Para elaborações	T	,168	,0666	-1,130	,275	,157	,0763	-1,498	,154	C	,200	,0836	,201	,1198	Alter. para Acontecim.	T	,002	,0073	1,421	,175	,006	,0144	,892	,386	C	,000	,0000	,002	,0105	Pronomes	T	,0405	,0103	-2,201	,043	,0372	,0108	-2,914	,010	C	,0546	,0269	,0533	,0233	Causalidade	T	,0046	,0044	-1,601	,129	,0045	,0040	,343	,736	C	,0066	,0046	,0039	,0038	Emoções	T	,0022	,0032	-,349	,731	,0030	,0038	-2,227	,041	C	,0025	,0030	,0054	,0052	Preenchedores	T	,0193	,0124	-1,044	,312	,0180	,0180	-2,103	,052	C	,0228	,0198	,0240	,0214	Interjeições	T	,0158	,0179	-1,697	,109	,0212	,0137	,674	,510	C	,0190	,0184	,0192	,0173	Repetições	T	,0290	,0175	,014	,989	,0335	,0178	2,574	,020	C	,0289	,0162	,0237	,0159	F. Inacabadas	T	,0348	,0188	,494	,628	,0309	,0163	,784	,445
Pormenores	T	,220	,1233	1,035	,316	,183	,0931	,559	,584																																																																																																																																																																																																																												
	C	,185	,1120			,168	,1068			Pormen. Irrelevantes	T	,193	,1620	,985	,339	,211	,1672	2,067	,055	C	,153	,1236	,118	,1282	Elaboração Auto-Ref.	T	,152	,1162	-1,342	,198	,129	,1021	-1,213	,243	C	,213	,1448	,184	,1755	Elaborações Gerais	T	,085	,0604	-1,655	,117	,065	,0559	,247	,808	C	,119	,0841	,061	,0746	Revolta	T	,018	,0565	-,066	,948	,016	,0512	,897	,383	C	,019	,0788	,004	,0131	Alter. Para Irrelevante	T	,068	,0599	,760	,459	,078	,0711	1,310	,209	C	,056	,0685	,052	,0630	Alter. Para elaborações	T	,168	,0666	-1,130	,275	,157	,0763	-1,498	,154	C	,200	,0836	,201	,1198	Alter. para Acontecim.	T	,002	,0073	1,421	,175	,006	,0144	,892	,386	C	,000	,0000	,002	,0105	Pronomes	T	,0405	,0103	-2,201	,043	,0372	,0108	-2,914	,010	C	,0546	,0269	,0533	,0233	Causalidade	T	,0046	,0044	-1,601	,129	,0045	,0040	,343	,736	C	,0066	,0046	,0039	,0038	Emoções	T	,0022	,0032	-,349	,731	,0030	,0038	-2,227	,041	C	,0025	,0030	,0054	,0052	Preenchedores	T	,0193	,0124	-1,044	,312	,0180	,0180	-2,103	,052	C	,0228	,0198	,0240	,0214	Interjeições	T	,0158	,0179	-1,697	,109	,0212	,0137	,674	,510	C	,0190	,0184	,0192	,0173	Repetições	T	,0290	,0175	,014	,989	,0335	,0178	2,574	,020	C	,0289	,0162	,0237	,0159	F. Inacabadas	T	,0348	,0188	,494	,628	,0309	,0163	,784	,445	C	,0328	,0148	,0282	,0079										
Pormen. Irrelevantes	T	,193	,1620	,985	,339	,211	,1672	2,067	,055																																																																																																																																																																																																																												
	C	,153	,1236			,118	,1282			Elaboração Auto-Ref.	T	,152	,1162	-1,342	,198	,129	,1021	-1,213	,243	C	,213	,1448	,184	,1755	Elaborações Gerais	T	,085	,0604	-1,655	,117	,065	,0559	,247	,808	C	,119	,0841	,061	,0746	Revolta	T	,018	,0565	-,066	,948	,016	,0512	,897	,383	C	,019	,0788	,004	,0131	Alter. Para Irrelevante	T	,068	,0599	,760	,459	,078	,0711	1,310	,209	C	,056	,0685	,052	,0630	Alter. Para elaborações	T	,168	,0666	-1,130	,275	,157	,0763	-1,498	,154	C	,200	,0836	,201	,1198	Alter. para Acontecim.	T	,002	,0073	1,421	,175	,006	,0144	,892	,386	C	,000	,0000	,002	,0105	Pronomes	T	,0405	,0103	-2,201	,043	,0372	,0108	-2,914	,010	C	,0546	,0269	,0533	,0233	Causalidade	T	,0046	,0044	-1,601	,129	,0045	,0040	,343	,736	C	,0066	,0046	,0039	,0038	Emoções	T	,0022	,0032	-,349	,731	,0030	,0038	-2,227	,041	C	,0025	,0030	,0054	,0052	Preenchedores	T	,0193	,0124	-1,044	,312	,0180	,0180	-2,103	,052	C	,0228	,0198	,0240	,0214	Interjeições	T	,0158	,0179	-1,697	,109	,0212	,0137	,674	,510	C	,0190	,0184	,0192	,0173	Repetições	T	,0290	,0175	,014	,989	,0335	,0178	2,574	,020	C	,0289	,0162	,0237	,0159	F. Inacabadas	T	,0348	,0188	,494	,628	,0309	,0163	,784	,445	C	,0328	,0148	,0282	,0079																									
Elaboração Auto-Ref.	T	,152	,1162	-1,342	,198	,129	,1021	-1,213	,243																																																																																																																																																																																																																												
	C	,213	,1448			,184	,1755			Elaborações Gerais	T	,085	,0604	-1,655	,117	,065	,0559	,247	,808	C	,119	,0841	,061	,0746	Revolta	T	,018	,0565	-,066	,948	,016	,0512	,897	,383	C	,019	,0788	,004	,0131	Alter. Para Irrelevante	T	,068	,0599	,760	,459	,078	,0711	1,310	,209	C	,056	,0685	,052	,0630	Alter. Para elaborações	T	,168	,0666	-1,130	,275	,157	,0763	-1,498	,154	C	,200	,0836	,201	,1198	Alter. para Acontecim.	T	,002	,0073	1,421	,175	,006	,0144	,892	,386	C	,000	,0000	,002	,0105	Pronomes	T	,0405	,0103	-2,201	,043	,0372	,0108	-2,914	,010	C	,0546	,0269	,0533	,0233	Causalidade	T	,0046	,0044	-1,601	,129	,0045	,0040	,343	,736	C	,0066	,0046	,0039	,0038	Emoções	T	,0022	,0032	-,349	,731	,0030	,0038	-2,227	,041	C	,0025	,0030	,0054	,0052	Preenchedores	T	,0193	,0124	-1,044	,312	,0180	,0180	-2,103	,052	C	,0228	,0198	,0240	,0214	Interjeições	T	,0158	,0179	-1,697	,109	,0212	,0137	,674	,510	C	,0190	,0184	,0192	,0173	Repetições	T	,0290	,0175	,014	,989	,0335	,0178	2,574	,020	C	,0289	,0162	,0237	,0159	F. Inacabadas	T	,0348	,0188	,494	,628	,0309	,0163	,784	,445	C	,0328	,0148	,0282	,0079																																								
Elaborações Gerais	T	,085	,0604	-1,655	,117	,065	,0559	,247	,808																																																																																																																																																																																																																												
	C	,119	,0841			,061	,0746			Revolta	T	,018	,0565	-,066	,948	,016	,0512	,897	,383	C	,019	,0788	,004	,0131	Alter. Para Irrelevante	T	,068	,0599	,760	,459	,078	,0711	1,310	,209	C	,056	,0685	,052	,0630	Alter. Para elaborações	T	,168	,0666	-1,130	,275	,157	,0763	-1,498	,154	C	,200	,0836	,201	,1198	Alter. para Acontecim.	T	,002	,0073	1,421	,175	,006	,0144	,892	,386	C	,000	,0000	,002	,0105	Pronomes	T	,0405	,0103	-2,201	,043	,0372	,0108	-2,914	,010	C	,0546	,0269	,0533	,0233	Causalidade	T	,0046	,0044	-1,601	,129	,0045	,0040	,343	,736	C	,0066	,0046	,0039	,0038	Emoções	T	,0022	,0032	-,349	,731	,0030	,0038	-2,227	,041	C	,0025	,0030	,0054	,0052	Preenchedores	T	,0193	,0124	-1,044	,312	,0180	,0180	-2,103	,052	C	,0228	,0198	,0240	,0214	Interjeições	T	,0158	,0179	-1,697	,109	,0212	,0137	,674	,510	C	,0190	,0184	,0192	,0173	Repetições	T	,0290	,0175	,014	,989	,0335	,0178	2,574	,020	C	,0289	,0162	,0237	,0159	F. Inacabadas	T	,0348	,0188	,494	,628	,0309	,0163	,784	,445	C	,0328	,0148	,0282	,0079																																																							
Revolta	T	,018	,0565	-,066	,948	,016	,0512	,897	,383																																																																																																																																																																																																																												
	C	,019	,0788			,004	,0131			Alter. Para Irrelevante	T	,068	,0599	,760	,459	,078	,0711	1,310	,209	C	,056	,0685	,052	,0630	Alter. Para elaborações	T	,168	,0666	-1,130	,275	,157	,0763	-1,498	,154	C	,200	,0836	,201	,1198	Alter. para Acontecim.	T	,002	,0073	1,421	,175	,006	,0144	,892	,386	C	,000	,0000	,002	,0105	Pronomes	T	,0405	,0103	-2,201	,043	,0372	,0108	-2,914	,010	C	,0546	,0269	,0533	,0233	Causalidade	T	,0046	,0044	-1,601	,129	,0045	,0040	,343	,736	C	,0066	,0046	,0039	,0038	Emoções	T	,0022	,0032	-,349	,731	,0030	,0038	-2,227	,041	C	,0025	,0030	,0054	,0052	Preenchedores	T	,0193	,0124	-1,044	,312	,0180	,0180	-2,103	,052	C	,0228	,0198	,0240	,0214	Interjeições	T	,0158	,0179	-1,697	,109	,0212	,0137	,674	,510	C	,0190	,0184	,0192	,0173	Repetições	T	,0290	,0175	,014	,989	,0335	,0178	2,574	,020	C	,0289	,0162	,0237	,0159	F. Inacabadas	T	,0348	,0188	,494	,628	,0309	,0163	,784	,445	C	,0328	,0148	,0282	,0079																																																																						
Alter. Para Irrelevante	T	,068	,0599	,760	,459	,078	,0711	1,310	,209																																																																																																																																																																																																																												
	C	,056	,0685			,052	,0630			Alter. Para elaborações	T	,168	,0666	-1,130	,275	,157	,0763	-1,498	,154	C	,200	,0836	,201	,1198	Alter. para Acontecim.	T	,002	,0073	1,421	,175	,006	,0144	,892	,386	C	,000	,0000	,002	,0105	Pronomes	T	,0405	,0103	-2,201	,043	,0372	,0108	-2,914	,010	C	,0546	,0269	,0533	,0233	Causalidade	T	,0046	,0044	-1,601	,129	,0045	,0040	,343	,736	C	,0066	,0046	,0039	,0038	Emoções	T	,0022	,0032	-,349	,731	,0030	,0038	-2,227	,041	C	,0025	,0030	,0054	,0052	Preenchedores	T	,0193	,0124	-1,044	,312	,0180	,0180	-2,103	,052	C	,0228	,0198	,0240	,0214	Interjeições	T	,0158	,0179	-1,697	,109	,0212	,0137	,674	,510	C	,0190	,0184	,0192	,0173	Repetições	T	,0290	,0175	,014	,989	,0335	,0178	2,574	,020	C	,0289	,0162	,0237	,0159	F. Inacabadas	T	,0348	,0188	,494	,628	,0309	,0163	,784	,445	C	,0328	,0148	,0282	,0079																																																																																					
Alter. Para elaborações	T	,168	,0666	-1,130	,275	,157	,0763	-1,498	,154																																																																																																																																																																																																																												
	C	,200	,0836			,201	,1198			Alter. para Acontecim.	T	,002	,0073	1,421	,175	,006	,0144	,892	,386	C	,000	,0000	,002	,0105	Pronomes	T	,0405	,0103	-2,201	,043	,0372	,0108	-2,914	,010	C	,0546	,0269	,0533	,0233	Causalidade	T	,0046	,0044	-1,601	,129	,0045	,0040	,343	,736	C	,0066	,0046	,0039	,0038	Emoções	T	,0022	,0032	-,349	,731	,0030	,0038	-2,227	,041	C	,0025	,0030	,0054	,0052	Preenchedores	T	,0193	,0124	-1,044	,312	,0180	,0180	-2,103	,052	C	,0228	,0198	,0240	,0214	Interjeições	T	,0158	,0179	-1,697	,109	,0212	,0137	,674	,510	C	,0190	,0184	,0192	,0173	Repetições	T	,0290	,0175	,014	,989	,0335	,0178	2,574	,020	C	,0289	,0162	,0237	,0159	F. Inacabadas	T	,0348	,0188	,494	,628	,0309	,0163	,784	,445	C	,0328	,0148	,0282	,0079																																																																																																				
Alter. para Acontecim.	T	,002	,0073	1,421	,175	,006	,0144	,892	,386																																																																																																																																																																																																																												
	C	,000	,0000			,002	,0105			Pronomes	T	,0405	,0103	-2,201	,043	,0372	,0108	-2,914	,010	C	,0546	,0269	,0533	,0233	Causalidade	T	,0046	,0044	-1,601	,129	,0045	,0040	,343	,736	C	,0066	,0046	,0039	,0038	Emoções	T	,0022	,0032	-,349	,731	,0030	,0038	-2,227	,041	C	,0025	,0030	,0054	,0052	Preenchedores	T	,0193	,0124	-1,044	,312	,0180	,0180	-2,103	,052	C	,0228	,0198	,0240	,0214	Interjeições	T	,0158	,0179	-1,697	,109	,0212	,0137	,674	,510	C	,0190	,0184	,0192	,0173	Repetições	T	,0290	,0175	,014	,989	,0335	,0178	2,574	,020	C	,0289	,0162	,0237	,0159	F. Inacabadas	T	,0348	,0188	,494	,628	,0309	,0163	,784	,445	C	,0328	,0148	,0282	,0079																																																																																																																			
Pronomes	T	,0405	,0103	-2,201	,043	,0372	,0108	-2,914	,010																																																																																																																																																																																																																												
	C	,0546	,0269			,0533	,0233			Causalidade	T	,0046	,0044	-1,601	,129	,0045	,0040	,343	,736	C	,0066	,0046	,0039	,0038	Emoções	T	,0022	,0032	-,349	,731	,0030	,0038	-2,227	,041	C	,0025	,0030	,0054	,0052	Preenchedores	T	,0193	,0124	-1,044	,312	,0180	,0180	-2,103	,052	C	,0228	,0198	,0240	,0214	Interjeições	T	,0158	,0179	-1,697	,109	,0212	,0137	,674	,510	C	,0190	,0184	,0192	,0173	Repetições	T	,0290	,0175	,014	,989	,0335	,0178	2,574	,020	C	,0289	,0162	,0237	,0159	F. Inacabadas	T	,0348	,0188	,494	,628	,0309	,0163	,784	,445	C	,0328	,0148	,0282	,0079																																																																																																																																		
Causalidade	T	,0046	,0044	-1,601	,129	,0045	,0040	,343	,736																																																																																																																																																																																																																												
	C	,0066	,0046			,0039	,0038			Emoções	T	,0022	,0032	-,349	,731	,0030	,0038	-2,227	,041	C	,0025	,0030	,0054	,0052	Preenchedores	T	,0193	,0124	-1,044	,312	,0180	,0180	-2,103	,052	C	,0228	,0198	,0240	,0214	Interjeições	T	,0158	,0179	-1,697	,109	,0212	,0137	,674	,510	C	,0190	,0184	,0192	,0173	Repetições	T	,0290	,0175	,014	,989	,0335	,0178	2,574	,020	C	,0289	,0162	,0237	,0159	F. Inacabadas	T	,0348	,0188	,494	,628	,0309	,0163	,784	,445	C	,0328	,0148	,0282	,0079																																																																																																																																																	
Emoções	T	,0022	,0032	-,349	,731	,0030	,0038	-2,227	,041																																																																																																																																																																																																																												
	C	,0025	,0030			,0054	,0052			Preenchedores	T	,0193	,0124	-1,044	,312	,0180	,0180	-2,103	,052	C	,0228	,0198	,0240	,0214	Interjeições	T	,0158	,0179	-1,697	,109	,0212	,0137	,674	,510	C	,0190	,0184	,0192	,0173	Repetições	T	,0290	,0175	,014	,989	,0335	,0178	2,574	,020	C	,0289	,0162	,0237	,0159	F. Inacabadas	T	,0348	,0188	,494	,628	,0309	,0163	,784	,445	C	,0328	,0148	,0282	,0079																																																																																																																																																																
Preenchedores	T	,0193	,0124	-1,044	,312	,0180	,0180	-2,103	,052																																																																																																																																																																																																																												
	C	,0228	,0198			,0240	,0214			Interjeições	T	,0158	,0179	-1,697	,109	,0212	,0137	,674	,510	C	,0190	,0184	,0192	,0173	Repetições	T	,0290	,0175	,014	,989	,0335	,0178	2,574	,020	C	,0289	,0162	,0237	,0159	F. Inacabadas	T	,0348	,0188	,494	,628	,0309	,0163	,784	,445	C	,0328	,0148	,0282	,0079																																																																																																																																																																															
Interjeições	T	,0158	,0179	-1,697	,109	,0212	,0137	,674	,510																																																																																																																																																																																																																												
	C	,0190	,0184			,0192	,0173			Repetições	T	,0290	,0175	,014	,989	,0335	,0178	2,574	,020	C	,0289	,0162	,0237	,0159	F. Inacabadas	T	,0348	,0188	,494	,628	,0309	,0163	,784	,445	C	,0328	,0148	,0282	,0079																																																																																																																																																																																														
Repetições	T	,0290	,0175	,014	,989	,0335	,0178	2,574	,020																																																																																																																																																																																																																												
	C	,0289	,0162			,0237	,0159			F. Inacabadas	T	,0348	,0188	,494	,628	,0309	,0163	,784	,445	C	,0328	,0148	,0282	,0079																																																																																																																																																																																																													
F. Inacabadas	T	,0348	,0188	,494	,628	,0309	,0163	,784	,445																																																																																																																																																																																																																												
	C	,0328	,0148			,0282	,0079																																																																																																																																																																																																																														

¹⁶ Para a alternativa não paramétrica a esta análise, veja-se Anexo XIV

Resumindo, relativamente à assimilação do acontecimento traumático e manifestação a nível das narrativas, verifica-se que a narrativa da condição trauma é mais longa (em termos de tempo, número de palavras, tempo por acontecimento e número de secções temáticas) e contém maior número de acontecimentos. Verificam-se ainda diferenças em função dos índices específicos. Assim estes resultados confirmam a hipótese I, para alguns dos índices considerados.

Assimilação e Variáveis Clínicas

Não foi possível criar índices compósitos, por não haver suficientes índices específicos com diferenças significativas (quer para os índices de tempo, quer para os índices de frequência). Para os índices de tempo, apenas um obteve diferenças em termos médios. Para os índices de frequência, apenas um seria indicador de evitamento, tal como o esperado conceptualmente (ver secção “Codificação das Narrativas” do Método). Isto tendo em conta que os preenchedores de discurso foram no sentido contrário ao esperado, faz-se a análise de acordo com os índices individuais. Para tal, subtraíram-se os valores referentes à narrativa controlo, dos valores para a narrativa de trauma (relativamente aos valores divididos pelo total).

De seguida apresentam-se as intercorrelações entre os índices na tabela 23 e as intercorrelações significativas na figura 13.

Tabela 23

Inter-Correlações entre os índices

TempoTOT	Tempo TOT	Secc Tema	nPalavr as	Taxa Discur	Tempo Secç	nAcomi	Tempo Acomi	Tempo Acomi	Aconic cimento	Pomem ores	Irreleva nte	Elab Avuo	Elab Gerais	Revolta	Alterlr	Alter Elab	Alter Acomi	Pronom cs	Causali dade	Emoçõ es	Precmh adores	Intenci ções	Repeleç ões	Inacaba das	
SeccTema	.335																								
nPalavras	.642**	.796**																							
TaxaDiscur	.124	.129	.214																						
TempoSecç	.213	-.395*	.106	-.221																					
nAconic	-.368*	.491**	.379*	-.039	-.013																				
TempoAcomi	1.00**	.335	.642**	.124	.213	-.368*																			
Acomi	-.185	.220	.042	-.090	-.319	.281	-.185																		
Pomemores	-.111	.243	.019	-.060	-.151	.206	-.111	-.107																	
Irrelevante	.285	.161	.274	.128	.073	-.142	.285	-.543**	-.234																
ElabAvuo	-.193	-.618**	-.365*	-.227	.577**	-.164	-.193	-.276	-.265	-.261															
ElabGerais	.227	.064	-.021	.446**	-.472**	-.323	.227	-.206	-.043	.074	-.388*														
Revolta	.204	.128	.135	.118	-.070	.030	.204	-.116	-.144	-.038	-.316	.318													
Alterlr	.202	.281	.264	.001	-.070	.099	.202	-.274	-.078	.244	-.055	.273	.083												
AlterElab	-.490**	-.297	-.368*	-.103	-.011	.072	-.490**	.194	-.029	-.228	.287	-.229	-.345*	-.415*											
AlterAcomi	-.207	-.025	-.002	-.017	.019	.332	-.207	.427*	-.038	-.282	-.126	-.060	.043	-.168	.176										
Pronomes	-.123	.117	.100	.147	.035	.306	-.123	.159	-.078	.017	-.254	-.067	.369*	-.035	-.036	.192									
Causalidade	.012	-.196	-.144	.163	.016	-.043	.012	-.041	-.083	-.196	.218	.014	.137	-.277	-.004	-.025	.100								
Emoções	-.025	-.227	-.094	-.017	.294	-.180	-.025	.214	-.189	.036	.466**	-.204	-.171	-.129	.088	-.171	-.239	.125							
Precanadores	-.277	-.277	-.302	-.284	.138	-.052	-.277	.177	-.007	-.251	.389*	-.438**	-.328	-.047	.217	.056	-.092	.000	.026						
Intenções	-.142	-.268	-.303	-.034	-.118	-.335	-.142	-.280	-.064	-.131	.319	.199	.100	.075	-.143	-.364*	-.304	.101	.095	.044					
Repeções	-.146	-.009	.007	-.311	.107	.192	-.146	-.008	-.479**	.295	.146	-.210	-.018	.064	.197	.238	.203	-.120	.012	-.067	-.075				
Inacabadas	-.327	-.235	-.411*	-.164	-.194	-.011	-.327	.171	-.073	-.013	-.108	.003	-.006	-.127	.126	.025	.241	-.076	-.291	.196	-.023	.148			

** Correlação é significativa ao nível 0,01 (2-tailed).

* Correlação é significativa ao nível 0,05(2-tailed).

Tabela 24

Correlação entre as medidas clínicas e os índices das narrativas

	Intrusão	Evitamento	Activacao	Severidade	BDI
Tempo Total	,265	-,058	-,018	,057	,016
Nº de Secç. Tem.	,284	,185	-,025	,164	,326
Nº de Palavras	,303	,121	-,059	,127	,300
Taxa de Discurso	,388(*)	,231	,414(*)	,439(**)	,235
Tempo/Secção T.	-,229	-,125	-,376(*)	-,320	-,192
Nº Acontecimentos	,015	,143	-,097	,018	,231
Tempo/Acontecim.	,265	-,058	-,018	,057	,016
D. Acontecimento	-,043	-,340(*)	-,012	-,166	-,262
Pormenores	-,281	-,097	-,138	-,207	-,027
Porm. Irrelevante	,097	,331	,010	,180	,208
Elaboração Auto-R.	-,105	,003	-,142	-,106	-,099
Elaboraç. Gerais	,395(*)	,189	,407(*)	,420(*)	,126
Revolta	,187	-,023	,159	,154	,299
Altern. Irrelevantes	,323	,005	-,049	,089	,129
Altern. Elaboraões	-,229	-,086	,023	-,104	-,160
Alt. Acontecimento	,038	-,220	,084	-,039	-,025
Pronomes	,171	,075	,093	,137	,075
Causalidade	,028	,107	,162	,136	-,043
Emoções	-,124	,183	-,171	-,050	-,065
Preenchedores	-,436(*)	-,140	-,201	-,310	-,198
Interjeiões	,187	,181	,276	,280	,294
Repetiões	,325	,150	,142	,247	,163
Frases Inacabadas	-,133	-,006	,079	-,009	-,177

** Correlação é significativa ao nível 0,01 (2-tailed).

* Correlação é significativa ao nível 0,05 (2-tailed).

Tendo em conta a possibilidade de a narrativa ser influenciada pelo tipo de acontecimento narrado, controlou-se o grau de exposição a acontecimentos traumáticos de guerra. A maioria destas associações mantém-se, mesmo quando se controla o grau de exposição. Esta análise está apresentada na Tabela 25.

Tabela 25

Correlação parcial entre as medidas clínicas e os índices das narrativas, controlando o CES.

Df = 31		Intrusão	Evitamento	Activação	Severidade
Taxa de Discurso	Correlação	,372	,206	,403	,427
	Sig (2T)	,033	,250	,020	,013
Tempo/Secção	Correlação	-,218	-,109	-,370	-,315
	Sig (2T)	,223	,548	,034	,074
D Acontecimento	Correlação	,008	-,311	,016	-,123
	Sig (2T)	,966	,078	,932	,494
Elaborações Gerais	Correlação	,350	,131	,384	,377
	Sig (2T)	,046	,469	,028	,031
Preenchedores	Correlação	-,398	-,083	-,171	-,263
	Sig (2T)	,022	,645	,341	,140

De seguida apresentam-se os resultados referentes às associações entre os índices e as medidas clínicas em função dos sub-grupos¹⁸ (ver Tabela 26). Relativamente aos índices gerais emerge como significativa a associação entre o maior número de palavras e a intrusão. As associações entre os índices gerais e as medidas clínicas observadas na amostra global perdem a significância estatística na sub-amostra severa.

Um padrão inverso surge relativamente aos índices específicos, cujas associações perdem significância na sub-amostra ligeira. Emerge ainda uma associação entre a maior alternância para pormenores irrelevantes e a intrusão e, surpreendentemente, o maior uso de palavras de emoções e o evitamento.

¹⁸ Para a alternativa não paramétrica veja-se o Anexo XV

Tabela 26

Associação entre os índices e medidas clínicas em função do sub-grupo

	Ligeiros					Severos				
	Intrusão	Evitam.	Activaç.	Sever.	BDI	Intrusão	Evitam.	Activaç.	Sever.	BDI
TempoTOT	,075	-,050	-,049	-,026	-,269	,452	-,076	-,009	,181	,159
SecçTema	,250	,164	-,031	,190	,607(**)	,436	,270	-,053	,375	,156
nPalavras	,258	,181	-,093	,167	,435	,486(*)	,148	-,034	,331	,291
TaxaDiscur	,464	,374	,424	,672(**)	,241	,103	-,285	,196	-,026	-,021
TempoSecç	-,111	,004	-,488(*)	-,328	-,533(*)	-,140	-,016	-,238	-,213	,149
nAcontecim	,188	,091	-,222	,009	,439	-,109	,237	-,082	,052	,114
TempoAcont	,075	-,050	-,049	-,026	-,269	,452	-,076	-,009	,181	,159
Acontecim	,092	-,178	,196	,049	,331	,150	-,304	,350	,070	-,486(*)
Pormenores	-,283	-,065	-,129	-,238	,110	-,308	-,058	-,097	-,251	-,094
Irrelevante	-,273	,172	-,160	-,112	-,226	,215	,398	-,177	,275	,455
ElabAuto	,157	-,003	-,155	-,022	-,150	-,382	-,010	-,327	-,384	-,095
ElabGerais	,162	,049	,471	,373	-,201	,493(*)	,087	,194	,419	,250
Revolta	,286	,037	,050	,177	,175	,031	-,137	,344	,114	,535(*)
AlterIrr	,036	,003	-,086	-,032	,161	,518(*)	-,100	-,282	,052	,050
AlterElab	-,022	-,170	-,024	-,124	-,010	-,414	,016	,221	-,086	-,268
AlterAcont	,329	-,265	-,147	-,097	,240	-,094	-,312	,203	-,142	-,165
Pronomes	,343	,317	,177	,441	,191	,154	-,080	,216	,145	,022
Causalidade	,289	,170	-,081	,182	-,021	-,413	-,154	,042	-,293	-,273
Emoções	,265	,233	,351	,458	,257	-,085	,523(*)	-,158	,210	-,050
Preenched	-,546(*)	,244	-,241	-,236	,071	-,408	-,449	-,135	-,579(*)	-,417
Interjeições	,200	,013	,136	,174	,189	-,035	,074	,128	,099	,217
Repetições	,197	-,347	-,208	-,239	-,168	,198	,293	-,061	,262	,219
Inacabadas	-,212	,189	,250	,163	-,251	-,155	-,242	-,086	-,285	-,171

** A correlação é significativa ao nível 0,01 (2-tailed).

* A correlação é significativa ao nível 0,05 (2-tailed).

Por não ter sido possível a criação dos índices compostos não foi possível testar as hipóteses III e V¹⁹, pelo que a análise fez-se índice a índice. Para poder realizar esta análise teve de se considerar a diferença (entre as duas condições) do uso proporcional do índice da narrativa. Assim, verificaram-se associações significativas, entre alguns dos índices considerados, com a severidade da PPST e seus agrupamentos de sintomas: activação, evitamento e intrusão. Tendo em conta que a maioria dos índices se comportou em função do

¹⁹ Hipótese III – Nas narrativas de pessoas com PPST verifica-se uma correlação positiva entre o evitamento e a PPST. Não se avançam hipóteses sobre a associação entre a assimilação e a severidade da PPST.

Hipótese V – Verificam-se associações entre os índices de assimilação e evitamento e o enviesamento atencional relativo a trauma, sequelas e auto-conceito negativo.

esperado (salvo algumas exceções que serão referidas na conclusão), pode inferir-se que os processos de assimilação e evitamento de conteúdos traumáticos, tenham relevância clínica.

Assimilação e Enviesamento Atencional

Apresentam-se de seguida os resultados referentes à associação entre o enviesamento atencional e os índices das narrativas (ver Tabela 27). Relativamente aos índices gerais, apenas se verificam correlações significativas no sub-grupo ligeiro. Assim, quanto maior o enviesamento para sequelas maior o acréscimo de tempo (total e por acontecimento) para a narrativa traumática. Quanto maior o enviesamento para conteúdos de trauma, menor o acréscimo de acontecimentos relatados na narrativa traumática.

Relativamente aos índices específicos, quanto maior o enviesamento para conteúdos traumáticos menor o uso de alternâncias para conteúdos irrelevantes (no sub-grupo ligeiro) e maior uso de pronomes e repetições (no sub-grupo severo). Verifica-se adicionalmente uma associação negativa entre o enviesamento para conteúdos de auto-conceito negativo e o acréscimo de frases inacabadas.

Tabela 27

Correlações entre os índices da narrativa e o enviesamento atencional para os três conteúdos

	Amostra Total			Casos Ligeiros			Casos Severos		
	Stroop T	Stroop S	Stroop N	Stroop T	Stroop S	Stroop N	Stroop T	Stroop S	Stroop N
Tempo Total	-,119	,240	,242	,004	,501(*)	,420	-,160	,183	,188
Secções Temáticas	-,205	,049	,175	-,321	,210	,275	-,158	-,026	,113
Número de Palavras	-,084	,108	,273	-,273	,335	,304	,003	,019	,263
Taxa de Discurso	,038	,000	,134	,286	,256	,123	-,274	-,199	,103
Tempo/Secção	,101	,118	-,020	-,148	-,130	-,271	,246	,203	,136
N Acontecimentos	-,063	-,057	-,052	-,565(*)	-,136	-,160	,205	-,025	,017
Tempo/Acontecim.	-,119	,240	,242	,004	,501(*)	,420	-,160	,183	,188
Des. Acontecimento	,000	-,008	-,108	,082	,105	-,055	,014	-,056	-,092
Pormenores	-,224	,273	-,164	-,175	,132	,074	-,255	,396	-,335
Irrelevante	,079	-,266	,058	-,020	-,146	-,134	,099	-,334	,138
Elaborações Auto	,072	,014	,022	,179	-,298	-,079	,012	,169	,086
Elaborações Gerais	,037	,017	,214	,041	,288	,206	-,035	-,121	,181
Revolta	-,038	,144	,119	-,228	,250	,196	,119	,116	,037
Alter Irrelevante	-,224	,015	-,051	-,561(*)	-,399	,098	-,105	,178	-,152
Alter Elaborações	,278	-,238	-,123	,361	-,098	-,380	,265	-,322	,047
Alter Acontecimento	-,006	,255	-,173	-,470	,213	-,232	,111	,265	-,165
Pronomes	,135	-,095	-,058	-,408	,056	-,128	,517(*)	-,195	,005
Causalidade	-,095	,177	,163	,355	,340	,422	-,361	,130	-,015
Emoções	,053	-,144	,273	,384	-,079	,127	-,019	-,186	,421
Preenchedores	-,027	,039	-,135	,259	-,399	,024	-,157	,256	-,214
Interjeições	,130	-,205	,324	,089	,130	,491	,107	-,317	,224
Repetições	,270	-,294	-,043	-,138	-,140	-,244	,482(*)	-,415	,013
Inacnbadas	,143	-,012	-,347(*)	,171	-,280	-,138	,132	,148	-,558(*)

Como se pode observar na Tabela 28, a maioria das associações mantém-se, mesmo quando se controla a severidade. Note-se que se admite, em termos conceptuais, alguma sobreposição entre a severidade da PPST e quer os índices quer o enviesamento atencional, pelo que é natural haver uma redução das associações. O que estes resultados mostram é que as associações verificadas em cima não são exclusivamente derivadas da associação com a severidade.

Tabela 28

Correlações parciais entre os índices e o enviesamento controlando a severidade da PPST

		Total (d.f.30)			Ligeiros (d.f.13)			Severos (d.f.14)		
		Stroop T	Stroop S	Stroop A	Stroop T	Stroop S	Stroop A	Stroop T	Stroop S	Stroop A
Tempo Total	Correlaç.	-,163	,260	,229	,024	,551	,489	-,398	,339	,085
	Sig (2t)	,373	,151	,207	,933	,033	,065	,126	,199	,754
N Aconteciment.	Correlaç.	-,072	-,056	-,061	-,575	-,147	-,178	,232	,003	-,029
	Sig (2t)	,696	,759	,739	,025	,601	,526	,386	,990	,914
Tempo/Acontec.	Correlaç.	-,163	,260	,229	,024	,551	,489	-,398	,339	,085
	Sig (2t)	,373	,151	,207	,933	,033	,065	,126	,199	,754
Irrelevante	Correlaç.	,008	-,240	-,023	-,001	-,119	-,096	-,129	-,229	-,089
	Sig (2t)	,965	,185	,900	,998	,673	,733	,634	,394	,744
Pronomes	Correlaç.	,095	-,074	-,123	-,549	-,061	-,330	,581	-,139	-,143
	Sig (2t)	,606	,686	,503	,034	,830	,230	,018	,606	,598
Repetições	Correlaç.	,192	-,260	-,171	-,104	-,081	-,171	,432	-,338	-,259
	Sig (2t)	,293	,151	,348	,711	,774	,542	,095	,201	,332
Inacabadas	Correlaç.	,154	-,012	-,382	,155	-,321	-,190	,471	-,007	-,529
	Sig (2t)	,401	,950	,031	,581	,243	,499	,065	,980	,035

Relativamente à última hipótese (V), verificaram-se associações entre alguns índices e o enviesamento atencional para os diferentes conteúdos. Refira-se novamente que não foi possível a criação de índices compósitos, pelo que a ligação com os processos de evitamento e assimilação reside apenas nos significados atribuíveis aos índices. Ainda assim verificam-se poucas associações, principalmente se se considerar apenas a amostra global. Existe a possibilidade de que os *outliers*, que se mantiveram na análise de associação (pela impossibilidade de garantir o seu significado não-clínico e pelas possibilidade de invalidar os resultados), tenham afectado as associações com os índices.

DISCUSSÃO

Este estudo tinha como finalidade a observação da associação entre dimensões particulares da PPST, nomeadamente a nível da influência de esquemas ansiogénicos e a nível dos processos de assimilação do acontecimento traumático, tomando sempre em consideração a severidade da perturbação.

Os resultados da tarefa de Stroop para trauma vão, no global, no sentido da literatura revista na introdução. No entanto, não se obteve a associação esperada entre o enviesamento atencional para conteúdos de trauma e a intrusão, como se tinha encontrado num estudo prévio (Cassiday et al., 1992). Isto pode ter sido devido à medida usada nesse estudo (IES – que na versão usada não inclui sintomas de activação) ou a uma menor relevância das intrusões em populações com PPST de longo curso em termos de resposta de ansiedade.

Relativamente aos resultados da análise da narrativa, é difícil relacionar este estudo com a literatura existente, já que os sistemas de análise usados foram diferentes e a maior parte dos estudos referidos na introdução apresentavam comparações pré e pós terapia. Ainda assim, estes resultados são semelhantes com outros na literatura, nomeadamente no aumento de sentimentos, variação nos pensamentos (Foa et al., 1995), número de pronomes pessoais²⁰ e número de palavras (Brown e Heimberg, 2001). Não são, no entanto, semelhantes em termos do tamanho da narrativa (Foa et al., 1995). Refira-se ainda que estes estudos incidiam sobre outro tipo de traumas e com PPST de início recente (i.e. meses e não décadas). Finalmente é importante ter em conta que estes estudos são em idiomas diferentes, o que poderá ter implicações a nível dos índices linguísticos usados. Por exemplo, o uso dos pronomes pessoais obedece a regras gramaticais diferentes no português e inglês, pelo que o significado associado ao seu uso pode ser diferente nos dois contextos culturais.

²⁰ Embora neste estudo só se considerassem pronomes pessoais da primeira pessoa

Os resultados estão apresentados de forma resumida na figura 14.

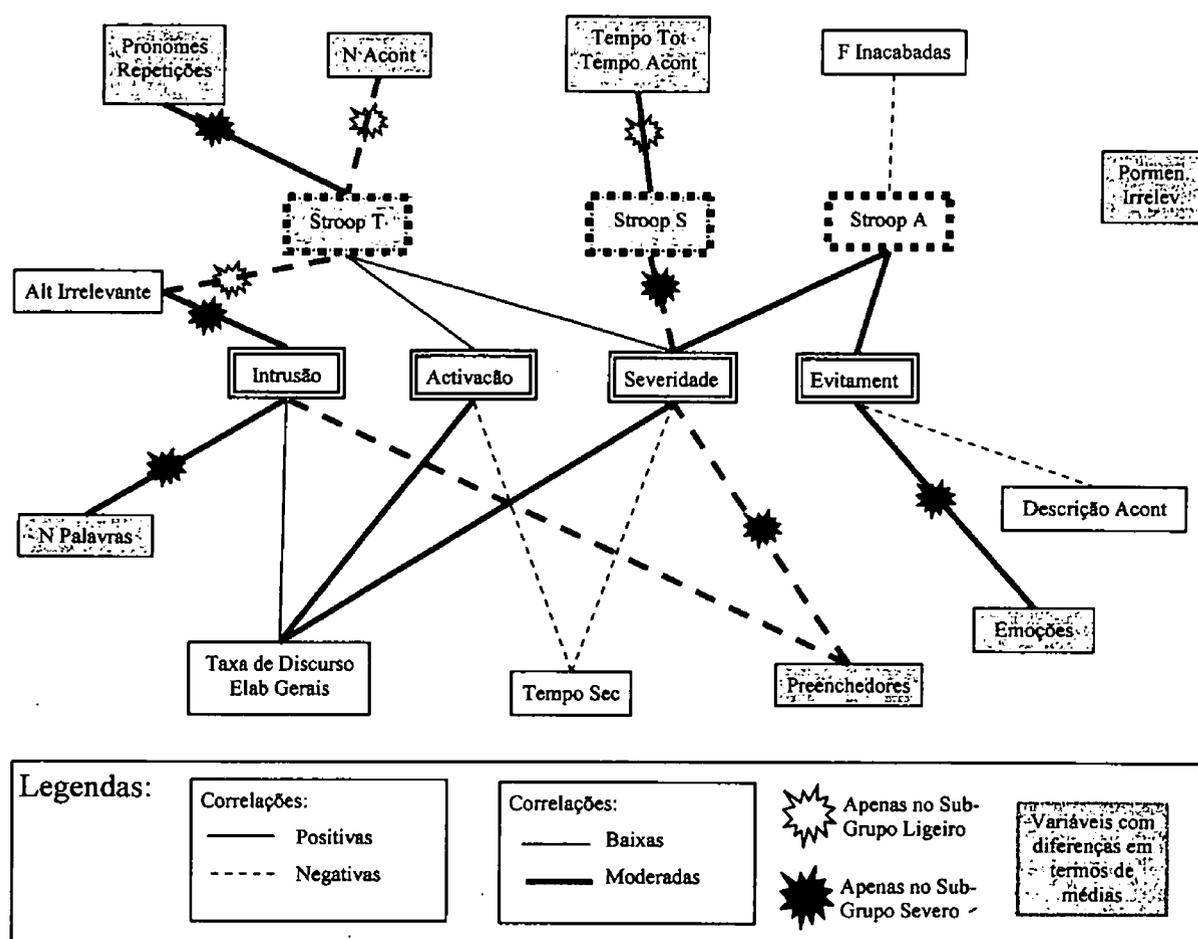


Figura 14 – Correlações Significativas entre os vários tipos de Medidas, na amostra total, grupo severo e grupo ligeiro.

Note-se que as associações aqui descritas são associações fracas ou moderadas (de acordo com o critério de Bryman e Cramer, 2003), não ultrapassando os .70. Este facto pode ter várias explicações. Em primeiro lugar uma questão metodológica, na medida em que se trata de metodologias (e até de paradigmas) diferentes. O Stroop é uma medida de tempo de resposta, os índices são medidas de narrativas e a medida de severidade da PPST é uma medida quantitativa de sintomas. Por outro lado, em termos conceptuais, tratam-se de conceitos em níveis de análise diferentes, pelo que as associações verificadas seriam previsivelmente baixas. Finalmente, ao contrário de outros estudos (com traumas singulares

ocorridos num espaço de tempo específico), a amostra deste estudo é diversificada em termos de severidade, cronicidade, evolução e provavelmente em hipotéticos subtipos de PPST que se possam considerar.

Contudo, as associações aqui apontadas resistiram, maioritariamente, ao controlo de outras variáveis que se julgam relevantes: depressão (para o enviesamento atencional), exposição ao trauma (para as narrativas) e severidade da PPST (para a associação entre os índices e a tarefa de Stroop). Importa, no entanto, salientar que a correlação parcial parte do pressuposto que as medidas não são sobreponíveis, o que não é o caso, relativamente às medidas apresentadas (Ver Anexo XVI para intercorrelações entre medidas clínicas). Ainda assim, isto sugere que as associações aqui apresentadas não são devidas a essas terceiras variáveis e indicam associações genuínas.

Três Índices

Os índices na sua maioria foram no sentido esperado. Importa, no entanto, referir três índices específicos cujo comportamento não foi de acordo com o previsto.

O primeiro caso é o dos preenchedores de discurso, que se julgavam indicadores de evitamento por interrupção do discurso (“eu cheguei ao pé dele... NÃO É?... e... PRONTO... e disparei”). No entanto, para além de estarem mais presentes na narrativa controlo, ainda se associam negativamente às medidas clínicas. Isto sugere que os preenchedores funcionam como índices de assimilação, eventualmente pelo seu papel como articulações entre proposições (“ele estava sozinho, NÃO É? Eu aproximei-me devagar e PRONTO disparei”).

O segundo caso é o das elaborações gerais, que se correlacionam positivamente com a severidade. No entanto, observando as médias verifica-se que o seu uso é maior nas narrativas controlo. Ou seja, à medida que a severidade aumenta, diminui a inibição do uso de

elaborações na narrativa traumática (ver figura 15). O que significa que com o aumento da severidade a pessoa retorna à linha de base em termos de elaborações gerais. Tal pode sugerir que as elaborações gerais são inibidoras da assimilação, eventualmente por ocuparem o lugar de outras elaborações mais relevantes para esse processo. É curioso verificar que existe uma associação negativa entre as elaborações gerais e as elaborações auto-referentes. No entanto, esta ideia tem de ser considerada com cuidado, já que não se obtiveram associações significativas entre as elaborações auto-referentes e as medidas clínicas.

O terceiro caso é o da taxa de discurso, que se associa positivamente com a severidade, tal como esperado, tendo em conta que se considerava como índices de evitamento. No entanto, e ao observar as médias, verifica-se que a taxa de discurso é maior para a narrativa controlo. Assim não se trata de a pessoa falar mais depressa ou com menos pausas na narrativa traumática, mas sim que fala menos devagar ou com mais continuidade à medida que aumenta a severidade. Também aqui se verifica a tendência para retorno à linha de base com o aumento da severidade (ver figura 15). Se pensarmos que em ambos os casos, o acontecimento traumático aumenta a necessidade de assimilação, então podemos ver o falar mais lentamente ou com mais pausas como indicador desse processo.

Assimilação como um Processo Narrativo

Ao pensarmos na assimilação como um processo narrativo, temos de observar os índices que se julgam indiciadores de assimilação ou evitamento²¹ e analisar a sua variação em função do tipo de narrativa e em função do grau de processamento emocional do acontecimento traumático (que se pode inferir da severidade da PPST). Assim, há uma observação que importa mencionar: o facto de os índices que variam em função do tipo de

²¹ Tal como referido na introdução, quando se fala do processo psicológico, a discussão centra-se em torno da assimilação. Quando se concretiza em termos de índices refere-se a assimilação e ao evitamento, por se julgar que na PPST, a assimilação está sempre interligada com o evitamento.

narrativa não serem (maioritariamente) os mesmos que variam em função da severidade e vice-versa.

Os índices cujo valor diferia entre os dois tipos de narrativa e não estão associados à PPST são: número de acontecimentos, tempo total, tempo por acontecimento, número de secções temáticas, repetições, pronomes e pormenores irrelevantes. Isto pode derivar da diferença em termos de testes estatísticos (teste *t de Student* e correlação de *Pearson*) ou de características do tipo de acontecimento relatado (ex. os acontecimentos de guerra terem demorado objectivamente mais tempo e como tal implicaram maior narrativa). Alternativamente podem sugerir dois efeitos. Por um lado, a influência de processos globais não especificamente associados à PPST, como emocionalidade no relato ou outras alterações associadas à PPST que assumam um carácter de alteração inespecífica, mais do que alteração particular da PPST. Por outro lado, podem indiciar processos cuja associação com a PPST não é linear, o que será discutido adiante.

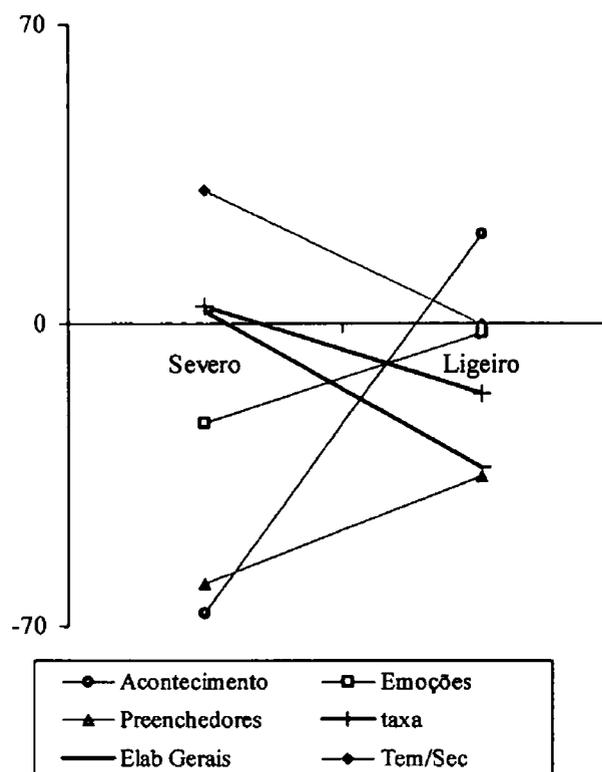
Os índices cujo valor não diferia entre tipo de narrativas, mas que se encontram associados à PPST são: a taxa de discurso, tempo por secção, elaborações gerais, descrição do acontecimento e alteração para irrelevante. Este facto para além das interpretações artefactuais a nível metodológico pode sugerir a especificidade destes índices relativamente a processos mais específicos da PPST. Esta especificidade não se traduziria nas diferenças de médias devido ao facto de as diferenças em função da severidade se anularem, a nível de médias (Ver Figura 15)

Pensando nos índices em termos de indicadores de evitamento e assimilação, esperava-se que a associação com a severidade não fosse no mesmo sentido para os dois tipos de processos. Assim, esperava-se uma associação negativa entre a severidade e o evitamento e uma associação dependente do grau de severidade da amostra para os índices de assimilação — ver secção “Dualidade no Processo Narrativo”. Como não foi possível criar índices

compósitos, estas ideias permanecem por testar. No entanto, a compreensão de certos índices é, ainda assim, clarificada por este tipo de considerações. Por exemplo, tendo em conta o evitamento típico da PPST, pode ver-se o acréscimo de tempo para o relato da narrativa traumática como indiciador do processo de assimilação na narrativa traumática (e de que a mesma não se encontra assimilada).

A figura 15, pretende clarificar a evolução do uso dos índices em função do processamento emocional do acontecimento traumático (ver figura 4 da secção “Dualidade no Processo Narrativo”). A figura parte do pressuposto que os dois grupos (Ligeiro e Severo) estão em diferentes níveis do processamento emocional do acontecimento traumático. Note-se, no entanto, que a perspectiva referida é uma perspectiva diacrónica, pelo que esta análise tem inúmeras limitações. Por exemplo, é perfeitamente plausível que os diferentes grupos tenham características diferentes em termos da Perturbação. Nomeadamente o grupo ligeiro pode ter um sub-tipo de PPST, em que os aspectos ligados ao processamento emocional não se colocam da mesma forma que para o grupo severo (i.e. o grupo ligeiro pode estar no mesmo nível de processamento e ter menos, por exemplo, sintomatologia de activação fisiológica aumentada). Por outro lado, tendo em conta o baixo critério de inclusão, em termos de PPST, pode sugerir um maior número de falsos positivos (ou variantes sub-clínicas de PPST) no grupo ligeiro. Finalmente, existe a possibilidade de o grupo severo, com natural acréscimo de evitamento, ter relatado acontecimentos menos traumáticos que o grupo ligeiro, e como tal as diferenças se deverem ao objecto narrado (o que ainda assim é pouco provável, já que a maioria dos índices evolui no sentido esperado). Tomando em consideração estas ressalvas é ainda assim interessante observar o comportamento dos índices consoante o subgrupo.

Índices com associações significativas com medidas clínicas



Índices com diferenças de médias entre a narrativa traumática e controlo

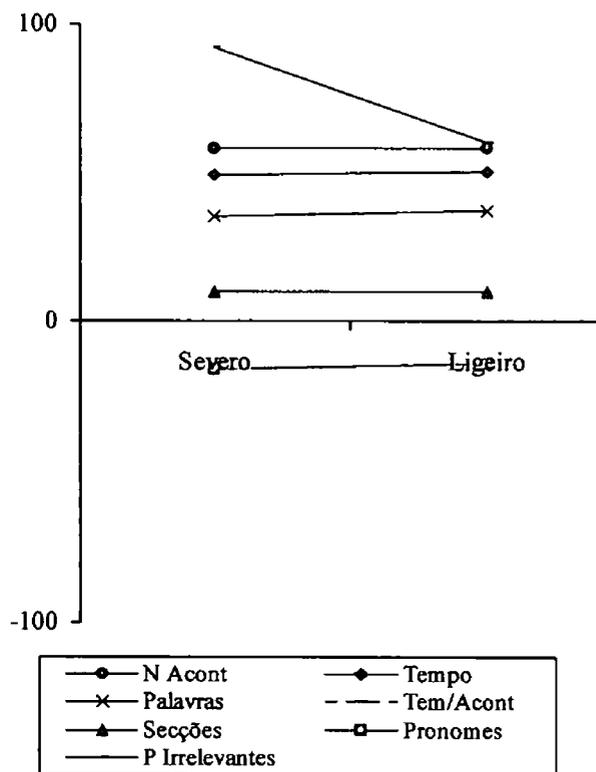


Figura 15 – Variação do uso médio dos índices (T-C) em função do subgrupo. (-100 a 0 significa T<C; 0 significa T=C; 0 e 100 significa T>C)²²

Tendo as limitações desta análise presentes, seria espectável que quanto mais processada estivesse a narrativa, mais os índices se aproximariam do zero (i.e. os índices não variariam entre a narrativa controlo e a traumática). E considerando os efeitos globais, é isto que tendencialmente se observa, principalmente nos índices com associação à PPST. No entanto, existem dois tipos de excepções. Em primeiro lugar, os índices que não variam com o processamento emocional do trauma (ex. pronomes e número de palavras) e em segundo lugar

²² Esta figura tem como finalidade apenas a clarificação da evolução dos índices em função do processamento emocional da experiência traumática. Pretende-se apenas destacar a proporção das diferenças médias por grupo para os índices, não sendo os valores comparáveis entre os índices (por representarem frequências diferentes). O que se pode extrair da figura é se o valor médio do índice indica maior uso para a narrativa do trauma (>0) ou para a narrativa controlo (<0) e se relativamente aos dois grupos considerado esse uso se torna mais ou menos presente. Para esta figura excluíram-se os índices que apenas variaram num subgrupo e os índices que se repetiam em ambas as figuras (Preenchedores)

os índices que estão próximos da linha de base e que se afastam depois (taxa de discurso e elaborações gerais). Relativamente ao segundo, torna-se pouco provável o papel de efeitos globais inespecíficos. À medida que o processamento emocional vai sendo feito, verifica-se, na narrativa traumática, uma inibição das elaborações gerais e a narrativa é relatada mais lentamente ou com mais pausas (i.e. vai sendo mais “digerida”) *do que outros acontecimentos negativos*. Se pensarmos nestes índices como indicadores de assimilação, verifica-se que, em ambos os casos, os índices de assimilação parecem afastar-se da linha de base, ao contrário de outros índices de assimilação e evitamento, para eventualmente depois regressarem num hipotético momento posterior.

Relativamente aos índices com evolução atípica, pode pensar-se que existe a possibilidade de não serem indicadores de assimilação, ou pode pensar-se que a assimilação consiste um processo complexo, não tendo uma associação linear com o processamento emocional do acontecimento traumático.

Esta observação aponta ainda para o facto de os índices de assimilação terem uma evolução diferente, podendo indiciar aspectos diferentes da assimilação (e.g. expressão de inconsistência, acomodação, sinais de reenquadramento). Esta observação também faz antecipar algumas dificuldades na criação de índices compósitos. No entanto, é consistente com a ideia de que a assimilação é um processo complexo e multi-facetado.

Influência de Esquemas Ansiogénicos e Assimilação como dois Níveis

Outro dado curioso que ressalta dos resultados é o facto de, no global, os índices que se encontram associados à severidade não serem os mesmos que se encontram associados ao enviesamento atencional. Adicionalmente, observa-se que as associações com o enviesamento atencional não se verificam, na sua maioria, na amostra global. Isto pode dever-se à referida

questão dos *outliers*. No entanto, relativamente à associação com medidas clínicas, obtiveram-se de grosso modo as associações esperadas, pelo que outros factores devem ser tidos em consideração. Os resultados sugerem duas explicações.

Por um lado, que as dimensões de assimilação e evitamento são relativamente independentes do enviesamento atencional. Ou seja, a presença de esquemas ansiogénicos relativos ao trauma, sequelas e auto-conceito negativo não tem influência directa a nível da assimilação do trauma. O enviesamento atencional seria, no entanto, relevante a nível de outras dimensões da PPST (já que se encontra associado a esta), que por sua vez se encontram associadas à assimilação.

Por outro lado, e como corolário desta independência, podemos assumir que se tratam de dois níveis em termos do sistema cognitivo-emocional (ver figura 16). Níveis esses que são relevantes de forma relativamente independente para a PPST. Podemos especular que os esquemas ansiogénicos para estes conteúdos determinam aspectos mais automáticos da resposta emocional, enquanto que a assimilação determina aspectos mais intencionais e de nível superior da resposta emocional e integração mnésica. Seria interessante verificar a evolução destas duas dimensões ao longo da terapia. Podemos admitir que é necessária alguma mudança a nível de esquema, para que o confronto com o trauma seja possível e a elaboração do mesmo (não sendo no entanto linear a associação entre as duas dimensões). Adicionalmente é possível admitir a assimilação do acontecimento traumático, mantendo-se alguma resposta de ansiedade (que assumirá um carácter mais fóbico). Finalmente, admite-se que alguns subtipos da PPST variem em função destas duas dimensões.

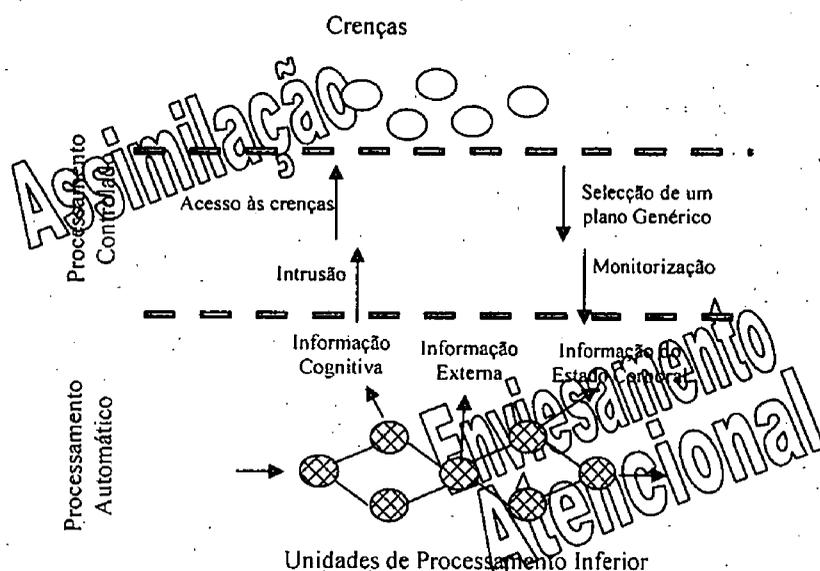


Figura.16 – Assimilação e Enviesamento atencional em função de níveis do sistema cognitivo (Esquema prévio, adaptado de Wells, 2003, ver secção “Memória”)

Dualidades a Nível de Paradigmas e Metodologias

A par desta distinção de níveis de análise, este trabalho, utilizou posturas paradigmáticas e metodologias diferentes para estudar as duas dimensões. A articulação entre as duas foi quantitativa, pelo que a análise qualitativa foi pouco ambiciosa. Dados como a articulação entre os níveis de análise narrativa (tempo e frequência) ou as sequências temáticas ou ainda outras análises mais qualitativas não foram realizadas, limitando a amplitude do estudo e constringido a interpretação dos índices em função das dimensões esperadas.

Sendo os resultados da análise narrativa meramente quantitativos, podia colocar-se a questão de saber se se tratou mesmo de uma análise qualitativa assente num pressuposto mais construtivista (em oposição a uma análise de conteúdo simples assente em pressupostos mais empiristas). A resposta a esta questão faz-se com três argumentos. Em primeiro lugar, considerou-se o conceito de assimilação como sendo melhor conceptualizado dentro de uma

postura construtivista, na medida em que se assume que não é o trauma mas sim a elaboração do mesmo que é significativa a nível do processamento emocional e a pessoa não é passiva neste processo. Foi com esta postura em mente que foram criados os índices em causa. Em segundo lugar, embora se tivesse em conta a literatura anterior, a criação dos índices nasceu em relação com o material em causa. No Método apresentam-se as expectativas de valor conceptual dos índices (em termos de assimilação e evitamento), mas tal foi feito apenas por clarificação das expectativas do autor. O significado dos índices emerge da leitura e do comportamento dos mesmos em função da severidade e do tipo de narrativa. De modo concordante com uma postura mais construtivista tem de se admitir a possibilidade de os índices se comportarem de modo diferente com outras populações ou problemáticas. Assim, por exemplo, as elaborações gerais surgem como possível indicador de não assimilação, por se inferir que elas ocupam o lugar de outras elaborações (i.e. o trauma é olhado por fora e não de dentro). No entanto, é perfeitamente plausível que as elaborações gerais fossem indiciadoras de assimilação, caso o trauma tivesse ocorrido há dias e não há décadas, como é o caso na presente amostra. Em terceiro lugar, a leitura dos resultados é mais compreensível se se assumir que as metodologias usadas correspondem a duas posturas paradigmáticas, um pouco como a alegoria dos dois cegos a descreverem um elefante²³. Não sendo a assimilação e o enviesamento atencional independentes da severidade da PPST e sendo a severidade uma medida de sintomas (i.e. elementos mais externos), seria natural que a assimilação e o enviesamento atencional (i.e. elementos internos), estivessem associados pelo facto de serem variáveis mediadoras, mesmo assumindo a ideia de alguma independência dos dois níveis. Dito isto, é plausível que a opção por duas posturas e metodologias diferentes tenha afectado negativamente os resultados em termos da associação entre os dois níveis. No entanto julgou-

²³ A alegoria consiste em dois cegos a descreverem táctilmente um elefante. O primeiro que toca na tromba, define o elefante como mole e flexível enquanto que o que toca na pata traseira define-o como sendo rígido e pesado. Ou seja, ao abordarem o elefante de diferente modo, os cegos descrevem o mesmo elefante de maneira diferente.

se que a análise das duas dimensões seria melhor realizada em função de paradigmas diferentes de análise. O uso de um auto-relato para avaliar a assimilação ou as medidas de esquema poderia ter aumentado as associações entre os vários níveis. No entanto, mantinha-se a questão da independência e da validade das medidas.

Possíveis Implicações Práticas

Um estudo sobre conceptualização de uma perturbação acaba por ser um estudo com implicações a nível teórico. No entanto, caso essas implicações não tenham consequências a nível prático, acabam por ser preciosismos conceptuais. As implicações práticas deste tipo de trabalhos associam-se à ênfase dada em psicoterapia a determinados elementos.

A implicação mais elementar é que, estando o terapeuta mais atento a certos detalhes da narrativa, em função do discurso base do paciente, obtém informações valiosas sobre o grau de processamento emocional do acontecimento traumático. A descrição do acontecimento, se assumir um carácter traumático, tenderá a ser mais longa, menos personalizada (pronomes), menos articulada entre proposições (preenchedores) e com mais evitamento (pormenores irrelevantes). Certos indicadores dentro da narrativa indiciarão a severidade da PPST (e provavelmente o grau de processamento do trauma), a menor lentidão ou menor número de pausas (taxa de discurso), a menor elaboração emocional (palavras de emoções), o menor número de fugas (alternância para pormenores irrelevantes), o carácter "saltitante" do discurso (tempo por secção temática) e a menor articulação entre proposições (preenchedores).

A nível de intervenção, o trabalho a nível cognitivo-emocional parece ser mais relevante que o trabalho a nível cognitivo-racional (e.g. de compreensão ou estabelecimento de ligações de causalidade sobre o acontecimento). A supressão das elaborações gerais sobre

o acontecimento parece estar associada a uma maior assimilação do acontecimento. Por outro lado, o aumento de palavras emocionais parece corresponder a uma diminuição da severidade. Finalmente, como já se referiu as elaborações auto-referentes estão associadas positivamente às emoções e negativamente às elaborações gerais. Assim a intervenção cognitiva para a PPST beneficiará mais de um enfoque a nível emocional auto-referente, do que a nível de por exemplo, considerações sobre o que aconteceu.

O trabalho cognitivo sobre a visão de si (Stroop para auto-conceito negativo) pode ser relevante a nível da PPST, particularmente se a perturbação tiver uma preponderância de sintomas de evitamento. Outro exemplo poderá ser o maior ênfase no trabalho sobre a culpa, que tipicamente implica uma visão negativa de si e que está tipicamente ligada à PPST (note-se que a culpa não foi avaliada para o presente trabalho).

A nível mais cognitivo-comportamental, este estudo destaca a necessidade de intervenção nas respostas de ansiedade derivadas da percepção de ameaça associadas a representações do trauma (Stroop para trauma). Estratégias focadas nas sequelas, como estratégias de gestão da ansiedade ou manejo da zanga, embora imprescindíveis, em certos casos, para o bem-estar da pessoa, poderão não ser muito significativas a nível da percepção de ameaça associada à PPST.

Outra questão relevante, suscitada pela discussão em termos dos níveis do sistema cognitivo, é a de que existe alguma independência entre os dois níveis considerados. Note-se, porém que se trata de uma avaliação transversal realizada no início de terapia. Ainda assim não é possível assumir que a mudança a nível da elaboração e assimilação do trauma se traduza na redução da resposta de ansiedade em toda a sua extensão. Existe a possibilidade de haver alguns casos cujo acontecimento se encontra processado e ainda assim há reacções fóbicas ou casos em que não havendo respostas de ansiedade significativas, há necessidade de intervenção a nível da assimilação do acontecimento traumático. Esta ideia também é

compatível com a observação em terapia de uma *décalage* entre o *insight* e a mudança (nos casos em que essa mudança deriva apenas do *insight*).

Esta ideia vem ainda reforçar a noção de subtipos de PPST, à qual convém também considerar a associação diferencial associada entre o enviesamento atencional e os índices com as sub-componentes da PPST. Por exemplo, podemos pensar que o subtipo “sobre-processado” proposto por Brewin (Brewin, Dalgleish e Joseph, 1996), pode estar associado quer a um trabalho psicoterapêutico (ou evolução espontânea) mais a nível de assimilação do que esquemático, quer a uma eventual elaboração que assuma um carácter exclusivamente emocional ou excessivamente de articulação. Ou seja, a identificação de subtipos associados a processos, eventualmente avaliados neste estudo, pode sugerir intervenções diferenciais em função dos mesmos.

Finalmente, as implicações da discussão sobre o carácter diacrónico, ficam sujeitas às múltiplas ressalvas referidas. No entanto, à medida que a terapia evolua (i.e. à medida que o processamento emocional do acontecimento traumático seja efectuado), espera-se que os indicadores de evitamento no relato vão diminuindo e que os indicadores de assimilação vão subindo. Tal corresponderá à intensificação de sintomas verificada no início da terapia. À medida que o trabalho de integração do acontecimento for realizado, o que idealmente seria em função das componentes mais relevantes – como o evitamento emocional ou a desarticulação/deselaboração – os índices de assimilação tenderão a regressar à linha de base do indivíduo. Diz-se tenderão, já que por muita terapia que se faça, o acontecimento traumático nunca se tornará um acontecimento negativo normal.

Os índices marcariam a evolução nestes dois processos e salientariam intervenções ora focalizadas no evitamento, ora para as componentes da assimilação.

Limitações do Estudo e Constrangimentos às Conclusões

Para além das limitações associadas ao uso de dois tipos de metodologias, referidas em cima, o estudo apresenta, um conjunto de limitações e factores que restringem o âmbito das conclusões efectuadas.

A tarefa de Stroop, ao ser apresentada em cartão, implicou que os resultados tivessem valores de tipo *outlier*, cuja interpretação é difícil de realizar e que terá afectado as associações verificadas. Por outro lado, o facto de se medir o tempo global da lista, não permitiu o controlo de palavras individuais, que eventualmente não provocassem enviesamento atencional. Finalmente a escolha de frutos como categoria controlo da condição Trauma e o seu abandono pelos motivos apresentados na secção dos resultados, implicou que a Condição Trauma seja distinta das outras condições, pelo que se levantam sempre questões associadas à equiparabilidade das mesmas. A própria aplicação da tarefa de Stroop depende da automaticidade da leitura, que está associada à partida do grau de escolaridade. Tendo os participantes uma escolaridade média baixa, é de esperar a inexistência de enviesamento atencional em algumas pessoas devido a este facto.

A nível das narrativas, a escolha de uma narrativa controlo não traumática, para além das limitações inerentes (e.g. diferenças devidas ao objecto narrado) às conclusões possíveis de extrair, teve uma implicação em particular. Ao procurar-se um acontecimento suficientemente negativo em termos emocionais abriu-se a possibilidade de o acontecimento controlo ser traumático (mesmo tendo em conta a exclusão de narrativas de acontecimentos obviamente traumáticos). Convém não esquecer que a maior parte dos acontecimentos traumáticos são satisfatoriamente assimilados, não assumindo assim um carácter traumatizante. Por outro lado, relativamente à narrativa traumática, ao não exigir o relato do acontecimento mais marcante na guerra, admite-se a possibilidade de alguns dos acontecimentos de guerra relatados não serem traumatizantes e admite-se ainda a

possibilidade das pessoas com PPST mais severo terem relatado acontecimentos menores como estratégia de evitamento.

Estes dois tipos de limitações referidos foram a consequência de escolhas que tinham como finalidade garantir a validade dos resultados. Os efeitos que estas limitações possam ter vão contra as hipóteses avançadas pelo que se considera não invalidarem os resultados obtidos. Têm, no entanto, a eventual consequência de limitar os tamanhos dos efeitos e de não se obterem associações mais subtis entre a influência de esquemas ansiogénicos e a assimilação de acontecimentos traumáticos.

Outra limitação prende-se com o lato critério de inclusão no estudo. Apesar de se obter uma amostra mais ampla, resta sempre a possibilidade dos casos mais ligeiros não terem presentes, de modo significativo, os processos ligados à PPST (por serem falsos positivos), e como tal as associações serem espúrias. Em alguns casos as associações verificadas na amostra global perdem a significância na amostra menos severa. No entanto, isto não acontece em todas as variáveis. A taxa de discurso e o tempo por secção associados à severidade parecem dever essa associação ao subgrupo ligeiro. Por outro lado, pode-se sempre pensar que os processos relevantes para a PPST se encontram representados em pessoas com variantes sub-clínicas, apenas não com uma influência suficientemente grande para criar todos os sintomas da PPST.

Finalmente a escolha do CES como medida de exposição ao acontecimento traumático (i.e. grau de severidade "objectivo" do acontecimento) acarretou algumas limitações. Note-se que se trata de uma medida que não é relativa ao acontecimento narrado, tem um carácter retrospectivo, foi criada para a guerra do Vietname e foi traduzida para o presente estudo.

Outro tipo de factores restringe, no entanto, as conclusões deste estudo. Em primeiro lugar, embora se pretenda concluir sobre a PPST, a amostra em causa foi com um tipo de

trauma específico – guerra. E de alguma forma este tipo de trauma tem implicações importantes. Por exemplo, a guerra está frequentemente associada a traumas múltiplos e não é desassociada de um contexto político-social. O facto de se tratar de uma guerra que ocorreu há mais de trinta anos também tem implicações. Por um lado, trata-se de uma amostra de PPST com evolução prolongada e carácter crónico o que pode implicar a existência de ganhos secundários associados à perturbação, que o desenvolvimento da pessoa após os 20 anos tenha sido afectado pela problemática e que tenha havido uma evolução da sintomatologia, que estará associada a mudanças espontâneas quer a nível esquemático quer de processamento do acontecimento. Por exemplo, é frequente o relato de maior prevalência de sintomatologia intrusiva no período após o retorno do ultramar. Isto pode, por exemplo, ajudar a compreender a inexistência de associação entre o Stroop para Trauma e a intrusão ou a existência de enviesamento para Sequelas que não se associa à severidade. Por outro lado, como se referiu na secção “Perspectiva de Esquemas Centrais”, é possível que traumas diferentes afectem crenças diferentes, pelo que, por exemplo, o enviesamento atencional para auto-conceito negativo não seja relevante em todos os contextos ou que as elaborações gerais constituam índices de assimilação noutros contextos.

Em segundo lugar, estudou-se a PPST em função de duas dimensões. É provável que outras dimensões, para além de serem relevantes para a PPST possam afectar (inclusive mediando ou moderando) a associação entre a presença de esquemas ansiogénicos e a assimilação do acontecimento. Outras dimensões, como a presença de fenómenos dissociativos, questões mnésicas não ligadas ao processamento, embotamento afectivo, sobre-generalização, as questões ligadas à noção de modo, entre outras, simplesmente não foram consideradas. Existe sempre a possibilidade de alguns dos índices representarem estas dimensões que podem estar associadas por si à severidade ou assumir um papel de terceira variável que se associa independentemente à severidade ou enviesamento/assimilação.

Para além das questões das terceiras variáveis, um estudo assente em associações levanta sempre questões relativas à causalidade. Neste estudo estas questões não se colocam com a mesma incidência, já que se trata de variáveis mediadoras, de carácter interno. Será de esperar a existência de uma relação circular entre estas duas dimensões. Ou seja a percepção de ameaça dificulta a assimilação do acontecimento traumático e a presença de acontecimento traumático não assimilado deverá contribuir para a percepção de ameaça em relação a conteúdos traumáticos.

Perspectivas Futuras

O estudo da relação entre os índices das narrativas e variáveis clínicas está ainda no começo. O mapeamento de processos em função dos índices é essencialmente tentativo e apenas o diversificar da investigação nesta área permitirá de modo conclusivo a identificação de índices para determinados processos em determinados contextos. A criação de índices compósitos, que não foi realizada neste trabalho, seria uma forma possível de enquadrar dimensões psicológicas complexas. Também seria interessante aprofundar a análise narrativa, o que permitiria compreender o significado dos índices em função da relação dos mesmos com outros aspectos da narrativa.

Ainda a nível dos índices, verificou-se a importância de incluir índices não verbais e índices verbais de forma/estilo, já que a maior parte das associações foram relativas a estes. A identificação de novos índices e a inclusão de variáveis em termos de análise da onda sonora do discurso, poderão alargar o espectro destas conclusões. A nível de índices de conteúdo, mais do que elaborações sobre o trauma, importa saber que tipos de elaborações estão a ser realizadas sobre o trauma. Neste estudo fez-se a distinção entre elaborações de revolta, gerais e auto-referentes. Outras categorizações poderão obter melhores associações com os processos envolvidos.

A nível do enviesamento atencional, voltou a observar-se a sua relevância enquanto paradigma de investigação na prática clínica. A sua utilização como indicador da influência de esquemas relevantes para esse conteúdo é apoiada pela associação com variáveis clínicas e pelas associações diferenciais com outras medidas (e.g. o BDI associa-se ao Stroop A, mas não Stroop T), mas não apoiada pela fraca associação com os índices (a não ser que se assuma uma definição modular de esquema). O papel das sequelas fica por esclarecer. Embora se tenha verificado enviesamento em relação a esse tipo de conteúdos, esse enviesamento não se associou com medidas clínicas. Existe a possibilidade de este tipo de conteúdos ter uma relevância diferencial em função do tipo de trauma ou duração da perturbação.

Finalmente, seria interessante observar a influência de esquemas ansiogénicos e dos processos de assimilação numa perspectiva diacrónica, nomeadamente ao longo da terapia. Só dessa forma se poderia estabelecer a evolução dos índices ao longo do processamento emocional do trauma e a influência dos esquemas ansiogénicos neste processo. Do mesmo modo permitiria verificar quais os índices que dependem do objecto narrado e quais os associados aos processos postulados e a eventual relevância exclusiva do enviesamento atencional para sequelas em termos de perturbação secundária.

Este trabalho começou com uma citação de Nietzsche sobre a preponderância da vontade sobre a memória da realidade. Viu-se que, em alguns casos, essa relação pode ser circular e que a vontade não corresponde só a uma intenção da pessoa, mas à necessidade de consistência do sistema em que consiste a pessoa. A questão que este estudo procurou ajudar a compreender, e que ainda subsiste, é a de quais as circunstâncias que facilitam a conciliação entre a memória e a vontade relativamente acontecimentos que violam as mais elementares premissas pessoais. As respostas a esta pergunta irão ajudar a desenvolver as actuais

intervenções psicoterapêuticas que poderão ajudar as pessoas com Perturbação Pós Stress Traumático e problemáticas associadas.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P.M., & Alves, C. (2003). Perturbação pós-traumática do stress (PTSD): Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 1-12.
- Albuquerque, A., Fernandes, A., Saraiva, E. & Lopes, F. (1992). Distúrbios pós-traumáticos do stress em ex-combatentes da guerra colonial. *Revista de Psicologia Militar*, 1992, 1-9.
- Alvarez-Conrad, J., Zoellner, L.A., & Foa, E.B. (2001). Linguistic predictors of trauma pathology and physical health. *Applied Cognitive Psychology*, 15, 159-170.
- American Psychiatric Association (2000). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-IV-TR)*. Lisboa, Pt: Climepsi.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistic manual for mental disorders (DSM-III)*. Washington, D.C, EU: American Psychiatric Association.
- Amir, N., Stafford, J., Freshman, M.S., & Foa, E.B. (1998). Relationship between trauma narratives and trauma pathology. *Journal of Traumatic Stress*, 11 (2), 385-392.
- Beck, A.T. (1996). Beyond Belief: a theory of modes, personality and psychopathology. In Salkovskis, P.M. (Ed). *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 1-25). New York, EU: The Guilford Press.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, EU: The Guilford Press.
- Beck, A., Steer, R., & Garbin, M. (1988). Psychometric properties of the Beck depression inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychological Review*, 8, 77-100.
- Blake, D., Weathers, F., Nagy, L., Kaloupek, D., Gusman, F., Charney D., & Keane, T. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8 (1), 75-90.

- Blake, D., Weathers, F., Nagy, L., Kaloupek, D., Klauminzer, G., Chamey, D., Keane, T., & Buckley, T.C. (2000). *Clinician-administered PTSD scale: Instruction manual*. Boston, EU: National Centre for Posttraumatic Stress Disorder.
- Brewin, C., Joseph, S., & Dalgleish, T. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103 (4), 670-686.
- Brewin, C. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Reserach and Therapy*, 39, 373-393.
- Bryman, A., & Cramer, D. (2003). *Análise de dados em ciências sociais*. Oeiras, Pt: Celta.
- Bryant, R.A., & Harvey, A.G. (1995). Processing information in posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 104 (3), 537-541.
- Buckley, T.C., Blanchard, E.B., & Hickling, E.J. (2002). Automatic and strategic processing of threat stimuli: A comparison between PTSD, panic disorder and nonanxiety controls. *Cognitive Therapy and Research*, 26 (1), 97-115.
- Buckley, T.C., Blanchard, E.B., & Neil, W.T. (2000). Information processing and PTSD: A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 28 (8), 1041-1065.
- Campbell, R.S., & Pennebaker, J.W. (2003). The secret life of pronouns: Flexibility in writing style and physical health. *Psychological Science*, 14(1), 60-65.
- Cassiday, K.L., McNally, R.J., Zeitlin, S.B. (1992). Cognitive processing of trauma cues in rape victims with post-traumatic stress disorder. *Cognitive Therapy & Research*, 16(3), 283-295.
- Cloitre, M. (1998). Sexual revictimization: risk factors and prevention. In Follette, V.M., Ruzek, J.I., & Abueg, F.R. (Eds.). *Cognitive-behavioral therapies for trauma* (pp. 278-304). New York, EU: The Guilford Press.

- Compton, J.S., & Follette, V.M. (1998). Couples surviving trauma: Issues and interventions. In Follette, V.M., Ruzek, J.I., Abueg, F.R. (Eds). *Cognitive-behavioral therapies for trauma* (pp. 321-354). New York, EU: The Guilford Press.
- Constans, J.I., McCloskey, M.S., Vasterling, J.J., Brailey, K., & Mathews, A. (2004). Suppression of attentional bias in PTSD. *Journal of Abnormal Psychology, 113* (2), 315-323.
- Dekel, R., Solomon, Z., Elklit, A. & Ginzburg, K. (2004). World assumptions and combat-related posttraumatic stress disorder. *The Journal of Social Psychology, 144* (4), 407-420.
- Dunmore, E., Clark, D.M., & Ehlers, A. (1999). Cognitive factors involved in the onset and maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy, 37*, 809-829.
- Ehlers, A., & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 319-345.
- Ehlers, A., Hackmann, A., Steil, R., Clohessy, S., Wenninger, K., & Winter, H. (2002). The nature of intrusive memories after trauma: the warning signal hypothesis. *Behaviour Research and Therapy, 40*, 995-1002.
- Flack Jr., W.F., Litz, B.T., & Keane, T.M. (1998). Cognitive-behavioral treatment of war-zone-related posttraumatic stress disorder. In Follette, V.M., Ruzek, J.I. & Abueg, F.R. (Eds.), *Cognitive-behavioral therapies for trauma* (pp. 3-14). New York, EU: The Guilford Press.
- Fleming, M., & Difede, C. (1999). Effects of varying scoring rules of the clinician administered PTSD scale (CAPS) for the diagnosis after acute burn injury. *Journal of Traumatic Stress, 12* (3), 353-542.

- Foa, E.B., Keane, T.M., & Friedman, M.J. (2000). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the international society for traumatic studies*. New York, EU: The Guilford Press
- Foa, E.B., Molnar, C., & Cashman, L. (1995). Change in rape narratives during exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 8* (4), 675-690.
- Foa, E.B., & Rothbaum, B.O. (1998). *Treating the trauma of rape: cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York, EU: The Guilford Press.
- Follette, V.M., Ruzek, J.I., & Abueg, F.R. (1998). Contextual analysis of trauma: Theoretical considerations. In Follette, V.M., Ruzek, J.I., & Abueg, F.R. (Eds.). *Cognitive-behavioral therapies for trauma* (pp. 3-14). New York, EU: The Guilford Press.
- Freud, S (1999) Introduction to psycho-analysis and the war neuroses. In Horowitz, M.J. (Ed). *Essential papers on posttraumatic stress disorder* (pp. 99-106). New York, EU: New York University Press.
- Gray, M.J., & Lombardo, T.W. (2001). Complexity of trauma narratives as an index of fragmented memory in PTSD: a critical analysis. *Applied Cognitive Psychology, 15*, 171-186.
- Halligan, S.L., Michael, T., Clark, D.M., & Ehlers, A. (2003). Posttraumatic stress disorder following assault: The role of cognitive processing, trauma memory and appraisals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(3), 419-431.
- Harmon-Jones, E., & Mills, J. (1999). *Cognitive dissonance: Progress on a pivotal theory in social psychology*. Washington, D.C, EU: American Psychological Association.
- Honos-Webb, L., Harrick, E.A., Stiles, W.B., & Park, C.L. (2000). Assimilation of traumatic experiences and physical health outcomes: Cautions for the Pennebaker paradigm. *Psychotherapy, 37* (4), 307-314.

- Horowitz, M.J. (1983). Posttraumatic stress disorders. *Behavioral Sciences & The Law*, 1 (3), 9-23.
- Horowitz, M.J. (1999). A model of mourning: Change in schemas of self and other. In Horowitz, M.J. (Ed). *Essential papers on posttraumatic stress disorder* (pp. 253-273). New York, EU: New York University Press.
- Horowitz, M.J., Stinson, C., Curtis, D., Ewert, M., Redington, D., Singer, J., Bucci, W., Mergenthaler, E., Milbrath C., & Hartley, D. (1993). Topics and signs: Defensive control of emotional expression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 421-430.
- Janoff-Bulman, R. (1998). From terror to appreciation: Confronting chance after extreme misfortune. *Psychological Inquiry*, 9, 99-101.
- Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic growth: Three explanatory models. *Psychological Inquiry*, 15, 30-34.
- Jaycox, L.H., Foa, E.B., & Morral, A.R. (1998). Influence of emotional engagement and habituation on exposure therapy for PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (1), 185-192.
- Jones, G.V., Stacey, H., & Martin, M. (2002). Exploring the intensity paradox in emotional Stroop interference. *Cognitive Therapy and Research*, 26 (6), 831-839.
- Keane, T., Fairbank, J., Caddell, J., Zimering, R., Taylor, K., & Mora, C. (1989). Clinical evaluation of a measure to assess combat exposure. *Psychological Assessment*, 1 (1), 53-55.
- Kimble, O.K., Riggs, D.S., & Keane, T.M. (1998). Cognitive behavioral treatment for complicated cases of post-traumatic stress disorder. In Tarrier, N., Wells, A. & Haddock, G. (Eds). *Treating complex cases: The cognitive behavioural therapy approach* (pp. 105-130). Chichester, EU: John Wiley & Sons.

- Kinderman, P., Prince, S., Waller, G., & Peters, E. (2003). Self-discrepancies, attentional bias and persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology, 42*, 1-12.
- Kubany, E.S. (1998). Cognitive therapy for trauma-related guilt. In Follette, V.M., Ruzek, J.I., & Abueg, F.R. (Eds.), *Cognitive-behavioral therapies for trauma* (pp. 124-161). New York, EU: The Guilford Press.
- Kunda, K. (1999). *Social cognition: Making sense of people*. Cambridge, Massachusetts, EU: The MIT Press.
- Lang, P (1999). Imagery in therapy: an information processing analysis of fear. In Horowitz (Ed.). *Essential papers on posttraumatic stress disorder* (pp. 387-412). New York, EU: NY University Press.
- MacKay, D.G., Shafto, M., Taylor, J.K., Marian, D.E., Abrams, L., & Dyer, J.R. (2004). Relations between emotion, memory and attention: Evidence from taboo Stroop, lexical decision and immediate memory tasks. *Memory & Cognition, 32* (3), 474-488.
- McKenna, F.P., & Sharma, D. (1995). Intrusive cognitions: An investigation on the emotional Stroop task. *Journal of Experimental Psychology, 21* (6), 1595-1607.
- McNally, R.J. (1998). Experimental approaches to cognitive abnormality in posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 18* (8), 971-982.
- Michael, T., Ehlers, A., & Halligan, S.L. (2005). Enhanced priming for trauma-related material in posttraumatic stress disorder. *Emotion, 5* (1), 103-112.
- Minnen, A., Wessel, I., Dijkstra, T., & Roelofs, K (2002). Changes in PTSD patients' narratives during prolonged exposure therapy: A replication and extension. *Journal of Traumatic Stress, 15* (3), 255-258.
- Pennebaker, J.W., Francis, M.E., & Booth, R.J. (2001). Linguistic inquiry and word count: LIWC2001 manual. (Manual disponibilizado na internet em: <http://homepage.psy.utexas.edu/homepage/faculty/Pennebaker/Reprints/LIWC2001.pdf>).

- Pennebaker, J.W., Mayne, T.J. & Francis, M.E. (1997). Linguistic predictors of adaptive bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(4), 863-871.
- Pennebaker, J.W., Mehl, M.R., & Niederhoffer, K.G. (2003). Psychological aspects of natural language use: Our words, our selves. *Annual Review of Psychology*. 54, 547-577.
- Peters, L., Slade, T., & Andrews, G. (1999). A Comparison of ICD10 and DSM-IV criteria for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 12 (2), 335-343.
- Pinho, R., & Coimbra, J.L. (2003). *Escala de PTSD administrada pelo clínico para a DSM-IV*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Universidade do Porto
- Rachman. S. (2001). Emotional processing, with special reference to post-traumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry*, 13, 164-171.
- Salkovskis, P.M. (1996). The Cognitive Approach to Anxiety: threat beliefs, safety-seeking behavior and the special case of health anxiety and obsessions. In Salkovskis (Ed). *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 48-74). New York, EU: The Guilford Press.
- Stiles, W.B. (2001). Assimilation of problematic experiences. *Psychotherapy*, 38 (4), 462-465.
- Stiles, W.B., Honos-Webb, L., & Lani, J.A. (1999). Some functions of narrative in the assimilation of problematic experiences. *Journal of Clinical Psychology*, 55(10), 1213-1226.
- Schwarz, N. (1999). Self-Reports: How the questions shape the answers. *American Psychologist*, 54 (2), 93-105.
- Taft, C.T., Pless, A.P., Stalans, L.J., Koenen, K.C., King, L.A., & King, D.W. (2005). Risk factors for partner violence among a national sample of combat veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (1), 151-159.
- Teasdale, J.D. (1996). Clinically relevant theory: Integrating clinical insight with cognitive science. In Salkovskis (Ed). *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 26-47). New York, EU: The Guilford Press.

- Vrana, S.R., Roodman, A., & Beckham, J.C. (1995). Selective processing of trauma-relevant words in posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 9* (6), 515-530.
- Vrij, A., Edward, K., & Bull, R. (2001). People's insight into their own behaviour and speech content while lying. *British Journal of Psychology, 92*, 373-389.
- Wagner, A.W., & Linehan, M.M. (1998). Dissociative behavior. In Follette, V.M., Ruzek, J.I. & Abueg, F.R. (Eds.), *Cognitive-behavioral therapies for trauma* (pp. 191-225). New York, EU: The Guilford Press.
- Weathers, F.W., Keane, T., & Davidson, R.T. (2001). Clinician-administered PTSD scale: A review of the first ten years of research. *Depression and Anxiety, 13*, 132-156.
- Weathers, F.W., Ruscio, A.M., & Keane, T. (1999). Psychometric properties of nine scoring rules for the clinician-administered posttraumatic stress disorder scale. *Psychological Assessment, 11* (2), 124-133.
- Wells, A. (2003). *Perturbações emocionais e metacognição*. Lisboa, Pt: Climepsi Editores.
- Wells, A. & Matthews, G. (2001). *Atenção e emoção: Uma visão clinica*. Lisboa, PT: Climepsi Editores.
- Williams, J.M., Mathews, A., & McLeod, C. (1996). The emotional Stroop task and psychopathology. *Psychological Review, 120* (1), 3-24.
- Williams, J. M., Stiles, W.B., & Shapiro, D.A. (1999). Cognitive mechanisms in the avoidance of painful and dangerous thoughts: Elaborating the assimilation model. *Cognitive Therapy and Research, 23* (3), 285-306.
- Williams, J.M., Watts, F.N., MacLeod, F.N., & Mathews, A. (1997). *Cognitive psychology and emotional disorders*. Chichester, EU: John Willey & Sons.
- World Health Organization (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders*. Geneva, SU: W.H.O.

ANEXOS

ANEXO I – Discussão deste tema fora da Psicologia	122
ANEXO II – Folha de resumo da CAPS	123
ANEXO III – Tradução do Combat Exposure Scale (CES)	125
ANEXO IV – Definição dos índices para a análise das narrativas	126
ANEXO V – Folha de cotação da narrativa	128
ANEXO VI – Exemplo de narrativa codificada em termos de frequência	129
ANEXO VII – Exemplo de narrativa codificada em termos de tempo	130
ANEXO VIII – Escala para a elaboração das palavras da Tarefa de Stroop-Emocional	131
ANEXO IX – Resposta à escala e critérios de escolha	133
ANEXO X – Cartões da Tarefa de Stroop usados no presente estudo	136
ANEXO XI – Folha de recolha de dados demográficos e da Tarefa de Stroop	144
ANEXO XII – Consentimento Informado	145
ANEXO XIII – Normalidade das variáveis usadas nos testes paramétricos	146
ANEXO XIV – Alternativa não paramétrica (teste das ordens de Wilcoxon) à análise por sub-grupos na comparação de médias	147
ANEXO XV – Alternativa não paramétrica (correlação de Spearman) à análise por sub-grupos na associação com outras medidas	149
ANEXO XVI – Intercorrelações entre medidas clínicas	151

ANEXO I

DISCUSSÃO DESTE TEMA FORA DA PSICOLOGIA

- Fiz isso - diz a minha memória. - Eu não posso ter feito isso - diz o meu orgulho, e mantém-se irreduzível. Por fim a minha memória cede.

Nietzsche¹

Apesar de ser grande a diferença entre a memória e a recordação, elas são muitas vezes confundidas. Na vida dos homens esta confusão oferece oportunidade para estudar a profundidade do indivíduo. Porque a recordação é da ordem da idealidade, e enquanto tal implica um esforço e uma responsabilidade muito maiores do que a memória, que é indiferente ao conteúdo. A recordação trata de conservar, para o indivíduo, a eterna continuidade na vida, e de assegurar-lhe que a sua existência terrena se mantém unotenore [de um modo uniforme] ”

Kierkgaard²

“Um homem é sempre um narrador de histórias: vive cercado das suas histórias e das de outrem, vê tudo o que lhe sucede através delas; e procura viver a sua vida como se estivesse a contá-la.
Mas é preciso escolher: viver ou contar.”

Sartre³

“Os incansáveis esforços para banir o sofrimento só têm como resultado fazê-lo mudar de figura.”

Shopenhauer⁴

¹ Nietzsche (1996). *Máximas*. Lisboa: Europa América. (pp.4)

² Kierkgaard (2005). *In Vino Veritas*. Lisboa: Antígona. (pp.15)

³ Sartre (1997). *A Náusea*. Mem Martins: Europa América. (pp.54)

⁴ Shopenhauer (1995). *Dores do Mundo*. Lisboa: Hiena. (pp.28)

ANEXO II
FOLHA RESUMO DA CAPS

A. Acontecimento traumático: _____

B. Sintomas relacionados com reviver a experiência

	Mês Passad		
	Frq	Int	F+I
(1) recordações invasivas	—	—	—
(2) sonhos angustiantes	—	—	—
(3) agir ou sentir como se o acontecimento estivesse novamente a ocorrer	—	—	—
(4) angústia psicológica quando exposto a estímulos	—	—	—
(5) reacção psicológica quando exposto a estímulos	—	—	—
Número de sintomas do Critério B (necessário 1)			

C. Sintomas de evitamento e de entorpecimento

	Mês Passad		
	Frq	Int	F+I
(6) evitamento de pensamentos ou sentimentos	—	—	—
(7) evitamento de actividades, lugares ou pessoas	—	—	—
(8) incapacidade de recordar aspectos importantes do trauma	—	—	—
(9) interesse reduzido em actividades	—	—	—
(10) afastamento ou indiferença	—	—	—
(11) âmbito reduzido do afecto	—	—	—
(12) sentimento de um futuro encurtado	—	—	—
Número de sintomas do Critério C (necessário 3)			

D. Sintomas de hiperexcitação

	Mês Passad		
	Frq	Int	F+I
(13) dificuldade em adormecer ou permanecer a dormir	—	—	—
(14) irritabilidade ou acessos de cólera	—	—	—
(15) dificuldade de concentração	—	—	—
(16) hipervigilância	—	—	—
(17) resposta de alarme exagerada	—	—	—
Número de sintomas do Critério D (necessário 2)			

Totais de Frequência, Intensidade e Severidade

	Mês Passad		
	Frq	Int	F+I
Soma dos Subtotais (B+C+D)			

E. Duração da perturbação

	Actual	
(19) Duração da perturbação de pelo menos um mês	N	S

F. Angústia ou desajustamento significativo no funcionamento

	Mês Passad	
(20) angústia subjectiva	_____	
(21) diminuição no funcionamento social	_____	
(22) diminuição no funcionamento ocupacional	_____	
PELO MENOS UM ≥ 2	N	S

Diagnóstico PSPT

	Actual	
PSPT PRESENTE -TODOS OS CRITERIOS (A-F) APROVADOS	N	S
Especifique:	N	S
(18) Com início tardio (≥ 6 meses de atraso)		
(19) Agudo (< 3 meses) ou Crónico (≥ 3 meses)	Agudo	Crónico

Avaliações globais

	Mês Passad
(23) Validade global	_____
(24) Severidade global	_____
(25) Melhoria global	_____

Nota: Não se apresenta a entrevista estruturada para preservar os direitos de autor e de acordo com a autorização de cedência para fins de investigação.

O CAPS pode ser obtido através do *National Center for PTSD* do *U.S. Department of Veterans Affairs*, no site: <http://www.ncptsd.va.gov/publications/assessment/>

ANEXO III**TRADUÇÃO DO COMBAT EXPOSURE SCALE (CES)**

Keane, Faribank, Caddell, Aimering, Taylor e Mora (1989)

Items

- 1 – Did you ever go on combat patrols or have other very dangerous duty?
1) Foi alguma vez em missões de combate ou teve outra acção muito perigosa?
- 2 – Were you ever under enemy fire?
2) Esteve alguma vez debaixo de fogo inimigo?
- 3 – Where you ever surrounded by the enemy?
3) Esteve alguma vez cercado pelo inimigo?
- 4 – What percentage of the men in your unit were killed (KIA), wounded or missing in action (MIA)?
4) Qual foi a percentagem de homens na sua unidade que foram mortos, feridos ou desaparecidos em combate?
- 5 – Ho often did you fire rounds at the enemy?
5) Quantas vezes fez fogo sobre o inimigo?
- 6 – How often did you see someone hit by incoming or outgoing rounds?
6) Quantas vezes viu alguém ser atingido por fogo inimigo ou amigo?
- 7 – How often were you in danger of being injured or killed (i.e. pinned down, overrun, ambushed, near miss, etc.)?
7) Quantas vezes esteve em perigo de ser ferido ou morto (ex. encurralado, emboscado, quase atingido, etc...)

Nota: Não se apresenta as denominações dos pontos da escala de likert, nem a codificação para preservar os direitos de autor e de acordo com a autorização de cedência para fins de investigação.

O CES pode ser obtidos através do *National Center for PTSD* do *U.S. Department of Veterans Affairs*, no site: <http://www.ncptsd.va.gov/publications/assessment/>

ANEXO IV

DEFINIÇÃO DOS ÍNDICES PARA A ANÁLISE DAS NARRATIVAS

Índices Medidos por Tempo (segundos)

Descrição do Acontecimento: Elementos indispensáveis para o relato do acontecimento. Consiste na narrativa dos factos e ocorrências que constituem o acontecimento

“E ao ver que ele não me respondeu ahhh duas ou três vezes à minha chamada, eu rastejei até ao local dele... quando rastejei eu vi sangue” (MT6)

“E... e no meio do caminho recebo... Chegando a casa, recebo um telefonema, a dizer que ele tinha acabado de morrer” (MC9)

Pormenores Relevantes para a Sequencia do Acontecimento: Elementos acessórios para o relato do acontecimento, mas que complementam a sua narrativa. Inclui entre outros, elementos de identificação dos locais e elementos sensoriais.

“E esse era assim mulato. O que desceu era assim meio amulatado com olhos claros, mais ou menos da minha estatura e... entretanto... entretanto...” (MT14)

“Tinha feito a rotunda e ia em direcção à... NOME⁵, por aquele desvio dos LOCAL, não sei se o Sr. Dr. está a ver...” (MC25)

Pormenores Irrelevantes para a Sequencia do Acontecimento: Elementos acessórios para o relato do acontecimento e que não complementam a narrativa. Inclui desvios do assunto ou pormenorizações claramente secundárias à narrativa.

“sabe o que é estar uma hora e meia... Eu até tenho fotografias disso... se quiser... um dia mostro-lhe. Tenho a fotografia dessa mesma viatura onde eu fiquei debaixo” (MT14)

“E ouvíamos lá no rádio lá em casa... a minha família também era tudo pescadores, era uma família que andava sempre no mar e tal” (MC28)

Elaborações auto-referentes: Considerações, avaliações ou pensamentos sobre o acontecimento ou associados a ele que estejam relacionados com o próprio. Inclui a descrição do impacto do acontecimento na pessoa.

“Isto foi um dos actos que me marcou imenso, não é? Porque o est...o... o desespero é total e pronto...” (MT17)

“Portanto, isso criou em mim, uma ah uma... despertou em mim uma situação de ansiedade e... e algum pânico. Ahh quer dizer, há... há situações que não... eu não me posso sentir fechado...” (MC18)

Elaborações Gerais: Considerações, avaliações ou pensamentos sobre o acontecimento ou associados a ele que não estejam relacionados com o próprio. Inclui considerações sobre os motivos ou causas dos acontecimentos.

“ele devia ser tipo... um elo de ligação com o LOCAL, com os POVO, qualquer coisa...” (MT20)

“mas isso são coisas normais da vida, que a gente sabe que mais tarde ou mais cedo, que acontecem” (MC13)

Temáticas de Revolta: elaborações que envolvam noções de injustiça ou falta de reconhecimento

“Ah isto é que é? Sim senhora... o monumento aos heróis da pátria.” Até me dá vom... heróis são aqueles que vão para lá de boina aqueles que quis dar uma cacetada ao... ao Mário Soares” (MT11)

“e foi preciso ser um... uma pessoa da limpeza que me levou lá aquele local para... ele disse olhe...” (MC22)

Tempo Total

⁵ As palavras em maiúsculas correspondem a elementos identificativo retirados para preservar confidencialidade

Índices Medidos por Frequência

Repetições – Qualquer palavra ou conjunto de palavras repetidas sequencialmente

Frases Inacabadas – Frase ou palavra que não é concluída

Preenchedores de discurso⁶ – Palavra sem significativo conteúdo semântico relevante para o discurso, mas que serve como marcador de discurso. Ex. não é, pronto, portanto

Interjeições – Expressões não verbais presentes no discurso. Ex. hum, ahm, ahhh ...

Pronomes Pessoais – eu... eles, me, te, o, a, se, nos, vos, os, as, lhe, lhes, mim, ti, si.

Palavras Sugestivas de Causalidade – Palavras indicadores de causalidade ou finalidade. Ex. afecta, porque, causa, conseqüentemente, tem como efeito.

Palavras Sugestivas de Emoções – Qualquer palavra que indique a presença de uma emoção em particular. Ex. triste, chocado, nervoso e alegre

Nº de Palavras – Número de palavras da narrativa, medido através do “Nº de Palavras” do Microsoft Word

Nº de alternâncias do Acontecimento (Descrição+Pormenores relevantes) para pormenores irrelevantes

Nº de alternâncias do Acontecimento (Descrição+Pormenores relevantes) para elaborações

Nº de alternâncias do Acontecimento (Descrição+Pormenores relevantes) para outro acontecimento

Nº de Secções Temáticas: Nº de secções, dos conteúdos medidos em tempo.

Nº de Acontecimentos – Número de acontecimentos narrados. Não inclui acontecimentos exclusivamente mencionados

Índices compósitos:

Taxa de discurso: n palavras/tempo

Tempo por Secção: Tempo total/Nº de secções temáticas

Tempo por Acontecimento: Tempo total/Nº de acontecimentos

⁶ As definições e exemplos das categorias de palavras referidas, exceptuando-se as interjeições, foram adaptadas da concepção de Pennebaker, Francis e Booth (2001). As interjeições não estão incluídas no LIWC

ANEXO V
FOLHA DE COTAÇÃO DA NARRATIVA _____

Traumática

Acontecim.	P Relevantes	P Irrelevant	Elabor Auto	Elab Gerais	Revolta	N Acontecim

Alter Irrelevant	Alter Elaboraç	Alter Aconteci	Pronomes	Causalidade	Emoções

Preench. Discur.	Interjeições	Repetições	Frases Inacabad

<u>N Palavras</u>

Controlo

Acontecim.	P Relevantes	P Irrelevant	Elabor Auto	Elab Gerais	Revolta	N Acontecim

Alter Irrelevant	Alter Elaboraç	Alter Aconteci	Pronomes	Causalidade	Emoções

Preench. Discur.	Interjeições	Repetições	Frases Inacabad

<u>N Palavras</u>

ANEXO VI

EXEMPLO DE NARRATIVA CODIFICADA EM TERMOS DE FREQUÊNCIA

Memória Traumática 6

Á única baixa que tivemos no meu... no meu pelotão. Ahhh. Estávamos... ahhh... estávamos ahhh numa missão e... como nós actuávamos ahhh bastante longe uns dos outros eu quis comunicar com o meu colega que estava à direita. Que ele era... era um rapaz com quem eu me dava muito bem. E dávamos... nós tínhamos uma união muito grande forte uns com os outros. Mas ahhh aquele particularmente porque dormia por cima de mim na minha camarata. E ao ver que ele não me respondeu ahhh duas ou três vezes à minha chamada, eu rastejei até ao local dele... quando rastejei eu vi sangue... vi sangue e... peguei nele às costas e trouxe-o para a retaguarda de combate... ao pé do homem do rakel – do... do rádio – e pedia a evac... a evacuação dele. Só quando... só quando o helicóptero já vinha a caminho é que o rakel e eu voltei para o meu local... Para o meu local de protecção, porque tinha de fazer frente... tinha que fazer frente à progressão do... do inimigo. E... e por isso... ahhh... Só passado algum tempo é que o... é que o homem do rádio me disse que... o rapaz tinha morrido. E eu... fiquei bastante abalado, com a situação. Foi a única baixa que tenho. É o único camarada que eu tenho a boina dele em minha casa. Assim como tenho a minha, tenho a dele. Não... não o consegui salvar. Por isso ele foi atingido mortalmente e por isso não tinha... tinha salvação. Foi a coisa mais... mais... mais traumatizante, talvez e... e inglória, por ao cabo e ao resto... por isso eu sai da minha trincheira, sujeito a... a morrer também... não é... a lerpar, como a gente dizia... ahhh pondo em primeiro lugar ahhh o salvamento do meu camarada. É aquilo que... que eu guardo com mais... com mais carinho e com mais tristeza e com mais dor. E é o facto da guerra que eu... que eu tenho mais... e que me vêm as lágrimas aos olhos, como o sr. dr. está a ver, com muita facilidade, porque é... é aquilo que mais me custou. Não foi o combater, não foi o... destruir se calhar alguma coisa sem... sem... coisa... porque a gente às vezes a gente destruía e matávamos coisas... mas não sabíamos que matávamos... não sabíamos nada. Mas... É aquilo. É quase o nosso sangue... é os nossos irmãos que estão ali. Porque nós tínhamos amizade e uma obrigação muito forte uns com os outros. Foi isso que me custou mais. Foi essa parte.

Legenda:

Interjeições Frases Inacabadas Repetições Preenchedores de Discurso Pronomes
Palavras de Causalidade Emoções

ANEXO VII

EXEMPLO DE NARRATIVA CODIFICADA EM TERMOS DE TEMPO

	Memória traumática 9
9	Hum. São várias. São várias.
15	Há um belo dia em que... ahhh... ...um belo dia em que fomos fazer uma coluna, em que...
7	no... no início, no início de estar no...no norte EX-COLÓNIA⁷...
3	fomos fazer uma coluna... e... tínhamos que atravessar o rio,
9	que é o rio NOME... e assim que passámos para o outro lado, onde havia um destacamento, que se chamava os NOME, que era os NOME,
26	embargámos logo, fomos atacados... e...e... o resultado daí foram 2 ou 3 feridos e... não me recordo já se houve mortos... foram 2 ou 3 feridos que resultaram... prostramos e pronto...quer dizer e... e depois entretanto o quartel fez... fez fogo de... de... de ARMAMENTO para... para acabar com o resto de de... inimigo que lá houvesse... e... e pronto... seguimos o nosso caminho...
3	tivemos que trazer os feridos ahhh... para o quartel
4	e seguimos caminho.
8	É uma das... uma das situações... há uma outra... há umas cómicas, outras menos cómicas.
13	Há um belo dia, no princípio de lá estar, ahhh... havia lá... uma cidade... XXX um cafezinho... havia lá um cafezito... e... e chego...
6	achei graça... hoje acho graça aquilo, na altura não achei tanta piada, mas... ahhh.
28	E começaram a cair umas mina... umas mi ahhh... ARMAMENTO e ARMAMENTO... estavam dois tipinhos sentados, sossegadamente a comer, já não me recordo o quê, e a beber a sua cerveja... e ficaram impávidos e serenos naquela mesma posição sem se mexerem, sem se moverem, durante todo aquele, todo aquele fogachal, que foi durante muito tempo... toda a gente fugiu, para tudo o que era sítio. Ahhh e eles ficaram impávidos e serenos...
4	na altura... achei estes gajos são doidos, completamente doidos. Ahhh
17	e depois recordo-me que no final da comissão acontecia exactamente a mesma coisa como esta... estava a chover... o fogachal e nos estávamos sempre sossegadinhos... sossegadinhos na bebida como se não fosse nada connosco... coisas assim do género...
13	era... era uma porcaria de uma operação e... e... chegava a hora de comer e nós sentados no primeiro sítio que tínhamos para sentar... assim pretos assim... uma coisa qualquer... assim para comer e pronto.
8	É a tal história, que a morte não tem... deixa... deixa... não, não, não tem significado. É uma coisa tão, tão real, acontece
12	e estamos tão... tão sujeitos a ela que... que é a única... a única verdade que nós temos, não é? e... e naquele nosso caso era... tão...tão palpável, no dia a dia, que não... deixava de ter sentido...
18	e... às vezes quando contava isso às pessoas... as pessoas ficam assim... um bocado “ah, mas como é que é possível?”... as pessoas mortas, e não sei quê, e vocês sentavam-se a comer...
6	era o dia a dia... o programa... e como esta há tanta coisa... tantas situações...

Legenda:

Descrição do Acontecimento, Pormenores Relevantes, Pormen. Irrelevantes, Elaboraça. Gerais, Elab. Auto-Referentes, (XXXXX – partes incompreensíveis da gravação).

⁷ As palavras em maiúsculas referem-se a detalhes identificativos, retirados para manter a confidencialidade

ANEXO VIII
ESCALA PARA A ELABORAÇÃO DAS PALAVRAS
DA TAREFA DE STROOP EMOCIONAL

Este pequeno questionário destina-se à construção de um instrumento para avaliar a reacção emocional à guerra colonial portuguesa. Todos os dados fornecidos serão mantidos anónimos e confidenciais.

1 - Por favor, indique 10 palavras relacionadas com a sua experiência militar no ultramar

Palavra:	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

2 - Por favor, indique 10 palavras relacionadas com a sua vivência de stress de guerra

Palavra:	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

3 - De seguida, para os dois grupos de 10 palavras, indique o nível de perturbação que a palavra lhe desperta.

Nenhuma Perturbação		Média Perturbação		Muita Perturbação
①	②	③	④	⑤

Exemplo:

9. PALAVRA	3
------------	---

ANEXO IX

RESPOSTAS À ESCALA E CRITÉRIOS DE ESCOLHA

Todas as Palavras de Trauma Dispostas Alfabeticamente

n	Palavra	p
10	ABANDONADO	1
4	ACAMPAMENTO	4
10,13	ACIDENTE	5,2
11	AGITAÇÃO	4
4	ÁGUA	5
9	ÁLCOOL	5
5	ALDEAMENTOS	5
7	AMIGO	4
8	AMIZADE	5
10	ANGOLA	5
12	ANGÚSTIA	3
8	ARMAMENTO	3
3,12	AUSÊNCIA/AUSENTE	5,3
2	CAMARADAGEM	3
3	CANSAÇO	4
5	CARRO	5
4	CERVEJAS	2
5	CHUVA	4
1	CLIMA	3
5	COMBOIO	5
5	COMIDA	5
1	CONHECIMENTO	3
9,13	CORREIO	5,1
1	DESLOCAÇÃO	3
7	DESNECESSÁRIA	5
2,11	DESTROÇOS	4,4
7,9	DESTRUIÇÃO/DESTRUIR	4,4
3	DISCIPLINADO	5
6	DOENÇA	5
6	DOR	5
5	DORMIDA	5
5	EMBOSCADAS	3
1	ESPERANÇA	2
13,9	ESTILHAÇOS	3,5
11	FADIGA	3
7	FAMÍLIA	5
6	FEBRE	4
5,9,10	FERIDOS(2)/FERIDO	5,5,5
6,7	FERIMENTO	5,5
3,4,6,7	FOME	5,5,3,5
3	FORTE	5
2,4,9,13	GUERRA	5,5,5,4
6	HOSPITAL	5
1	IGNORANCIA	4

n	Palavra	p
10	INCONFORMADO	5
1	INFORMAÇÃO	3
7,9	INIMIGO	5,4
7	INTERESSES	3
2	LEMBRANÇAS	5
4	LUTAR	5
8	MATURIDADE	4
1,2,6,8,12,13	MEDO	4,4,5,5,5,4
5,2	MINA/MINAS	5,5
3	MISÉRIA	5
2	MOÇAMBIQUE	3
2,7,11,4	MORTE (3), MORRER	5,5,5,5
9,13,10	MORTOS (2)/MORTES	5,3,1
4	NINO VIEIRA	5
13	NOTÍCIAS	1
3	OBEDIÊNCIA	4
8	OBSERVAÇÃO	3
2	ÓDIO	4
6,13	PALUDISMO	5,5
10	PERDIDO NO MATO	4
2	PICADA	5
7	POLÍTICA	3
3	PONTUALIDADE	5
4,9	PRETOS	3,5
13	REBENTAMENTOS	4
11	RECEIO	2
1	RELACIONAMENTO	2
8	RESISTENCIA	3
8	RESPEITO	5
11,12,10	REVOLTA(2)/REVOLTADO	4,3,3
3,6	SEDE	5,4
8	SILÊNCIO	5
10	SOBRESSALTO	2
3	SOFRIMENTO	5
8	TÁCTICA	4
6	TERROR	5
5	TIROS	5
10	TRISTEZA	5
13	TROVOADAS	5
4,9	TURRAS	4,5
1	VEGETAÇÃO	2
8	VISUALIZAÇÃO	5
1	VONTADE	2

Todas as Palavras de Sequelas Dispostas Alfabeticamente

n	Palavra	P
9,10,8	AGRESSIVO(2)AGRESSIVIDADE	5,5,4
2	AJUNTAMENTOS	4
6,9	ANGUSTIA	5,5
7,12	ANSIEDADE	5,3
10	ARRELIADO	2
11	BARULHO	3
2	CALADO	3
4	CAMARADAS	3
4,6,8	CANSAÇO	5,4,3
1	CEMITÉRIOS	5
5	COMPORTAMENTO	5
8	CONTACTOS FOGO	5
1	CONTENDOS	5
1	DEFICIÊNCIAS	4
9	DEPRESSÃO	5
10,11	DESCONFIADO/DESCONFIANÇA	2,3
11	DESCONTRÓLO	3
4	DESGOSTO	5
1	DESGRAÇA	4
11	DESMOTIVAÇÃO	3
7	DESTRUIÇÃO	5
10	DESVALORIZADO	5
6,4	DOENÇA/DOENTE	5,5
2	DOMÍNIO	4
9,13	DORMIR	5,5
3	EMBOSCADAS	3
3	ESCOLTAS	5
5	ESTAR	4
11	ESTAR SÓ	2
5	ESTÓMAGO	4
5	EXALTADO	5
1,2,13	FAMÍLIA	4,3,5
6	FAMÍLIA DESTRUIDA	5
9	FATIGADO	5
8	FERIDOS	5
2	FOGUETES	3
7	FUGA	1
3	GRANADAS	4
3	HÉPATITE	4
10	INCONVENIENTE	2
4,8	INIMIGO	5,5

n	Palavra	P
7,10,12	INSONIAS	5,3,1
3	INTERNAMENTO	4
1	IRASCÍVEL	5
6,7,12	IRRITABILIDADE	3,5,3
13	ISOLADO	3
6,7,9,2	ISOLAMENTO(3)ISOLAR-ME	4,1,5,5
1	LEMBRANÇA	5
6	MAU VIVER	5
2,3,7,8,9,13,10	MEDO (6) MEDROSO	4,5,4,5,5,3,3
4	MINAS	5
8	MORTE	5
1,4	MORTOS	5,5
6	NÃO DORMIR	5
10,13,5	NERVOSO (2) NERVOS	4,4,5
3	OBRIGADO	5
2	ÓDIO	4
3,5	PALUDISMO	4,5
3	PATRIOTISMO	5
5,8	PENSAMENTOS	5,5
10,11	PERTURBAÇÃO	3,3
6,7,9	PESADELOS	4,5,5
3	PICADAS	5
13	PREJUDICAR-ME	2
12	PROBL. GASTROINTESTINAIS	3
12	PROBLEMAS MUSCULARES	3
2,11	REFUGIAR-ME	5,3
10	RESPONDÃO	5
8	SANGUE	5
4	SEDE	5
5	SEXUAL	5
7	SILÊNCIO	1
9,2	SÓ/SOZINHO	5,4
4	SONO	5
8	SUICÍDIO	4
5	SURDO	5
4	SUSTOS	5
1	TIROS	5
5	TONTURAS	5
6,7,9	TRISTEZA	5,1,5
1	VIOLENTO	4
13	VIZINHOS	3

Análise das Respostas

1º Passo – Aglutinam-se homónimos e plurais

2º Passo – Ordenam-se as palavras de acordo com os seguintes critérios:

1º Critério – Número de vezes que a palavra é mencionada

2º Critério – Para as palavras mencionadas o mesmo número de vezes, tem prevalência a com média de perturbação superior

Escalonamento das 18 primeiras palavras de acordo com os 2 critérios referidos

Trauma			Sequelas		
N	Palavra	P	N	Palavra	P
1	MEDO (6)	4,5	1	MEDO (6), MEDROSO (1)	4,1
2	MORTE (3), MORRER (1)	5,0	2	ISOLAMENTO (3), ISOLAR-ME (1)	3,8
3	GUERRA (4)	4,8	3	AGRESSIVO (2), AGRESSIVIDADE (1)	4,7
4	FOME (4)	4,5	3	PESADELOS (3)	4,7
5	FERIDOS (2), FERIDO (1)	5,0	4	NERVOSO (2), NERVOS (1)	4,3
6	REVOLTA (2), REVOLTADO (1)	3,3	5	CANSAÇO (3)	4,0
7	MORTOS (2), MORTES (1)	3,0	5	FAMÍLIA (3)	4,0
8	MINA (1), MINAS (1)	5,0	6	IRRITABILIDADE (3)	3,7
8	FERIMENTO (2)	5,0	6	TRISTEZA (3)	3,7
8	PALUDISMO (2)	5,0	7	INSÓNIAS (3)	3,0
9	INIMIGO (2)	4,5	10	ANGÚSTIA (2)	5,0
9	SEDE (2)	4,5	10	DOENÇA (1), DOENTE (1)	5,0
9	TURRAS (2)	4,5	10	MORTOS (2)	5,0
10	DESTROÇOS (2)	4,0	10	DORMIR (2)	5,0
10	DESTRUIÇÃO (1), DESTRUIR (1)	4,0	10	INIMIGO (2)	5,0
10	AUSÊNCIA (1), AUSENTE (1)	4,0	10	PENSAMENTOS (2)	5,0
10	ESTILHAÇOS (2)	4,0	11	SÓ (1), SOZINHO (1)	4,5
10	PRETOS (2)	4,0	11	PALUDISMO (2)	4,5

3º Passo – Excluíram-se as palavras mencionadas em ambas as listas dentro das 6 primeiras palavras (MEDO)

4º Passo – Dentro de cada lista, para as 6 primeiras palavras excluíram-se palavras semanticamente idênticas (MORTOS, FERIMENTO) tendo-se optado pela palavra de escalonamento superior (MORTE e FERIDOS)

5º Passo – Entre MINA e PALUDISMO (8ª palavra) optou-se por MINA por PALUDISMO surgir na 10ª posição na lista das sequelas

6º Passo – Para palavras com vários sinónimos optou-se pelo sinónimo referido mais frequentemente. Entre MINA e MINAS, a escolha foi aleatória.

6 Palavras de Trauma, Sequelas

Palavra de Trauma	P	Palavra de Sequelas	P
MORTE (4)	5,0	ISOLAMENTO (4)	3,8
GUERRA (4)	4,8	AGRESSIVO (3)	4,7
FOME (4)	4,5	PESADELOS (3)	4,7
FERIDOS (3)	5,0	NERVOSO (3)	4,3
REVOLTA (3)	3,3	CANSAÇO (3)	4,0
MINAS (2)	5,0	FAMÍLIA (3)	4,0
Média (3,3)	4,60	Média (3,2)	4,26

ANEXO X**CARTÕES DA TAREFA DE STROOP USADOS NO PRESENTE ESTUDO**

Nota: Os cartões que seguem foram impressos em folhas de cartolina branca

QUATRO
DOIS
SEIS
QUATRO
DOIS
CINCO
TRÊS
UM
CINCO
UM
SEIS
DOIS
CINCO
SEIS
UM
TRÊS
UM
TRÊS
DOIS
TRÊS
CINCO
TRÊS
QUATRO
UM
DOIS
SEIS
QUATRO
SEIS
CINCO
QUATRO

FAMÍLIA
NERVOSO
ISOLAMENTO
CANSAÇO
FAMÍLIA
NERVOSO
AGRESSIVO
CANSAÇO
PESADELOS
ISOLAMENTO
FAMÍLIA
CANSAÇO
ISOLAMENTO
PESADELOS
ISOLAMENTO
AGRESSIVO
FAMÍLIA
NERVOSO
PESADELOS
AGRESSIVO
CANSAÇO
NERVOSO
PESADELOS
ISOLAMENTO
AGRESSIVO
PESADELOS
NERVOSO
FAMÍLIA
AGRESSIVO
CANSAÇO

PÊRA

FIGO

MELÃO

MORANGOS

MAÇÃ

PÊRA

MELÃO

BANANA

MORANGOS

FIGO

MAÇÃ

FIGO

MELÃO

BANANA

MAÇÃ

PÊRA

MELÃO

FIGO

MAÇÃ

FIGO

PÊRA

MELÃO

BANANA

MORANGOS

MAÇÃ

BANANA

PÊRA

MORANGOS

BANANA

MORANGOS

ARMÁRIO
ESTANTE
ARMÁRIO
CADEIRA
CANDEEIRO
ESCRIVANINHA
CORTINADO
ESTANTE
CADEIRA
CANDEEIRO
CORTINADO
ARMÁRIO
ESCRIVANINHA
CORTINADO
ESTANTE
ESCRIVANINHA
CADEIRA
CANDEEIRO
CADEIRA
ESCRIVANINHA
CORTINADO
CADEIRA
CANDEEIRO
ESTANTE
CORTINADO
ESCRIVANINHA
CANDEEIRO
ARMÁRIO
ESTANTE
ARMÁRIO

INADEQUADO
ESTÚPIDO
INFERIOR
INADEQUADO
ESTÚPIDO
MAU
FEIO
FALHADO
MAU
FALHADO
INFERIOR
ESTÚPIDO
MAU
INFERIOR
FALHADO
FEIO
FALHADO
FEIO
ESTÚPIDO
FEIO
MAU
FEIO
INADEQUADO
FALHADO
ESTÚPIDO
INFERIOR
INADEQUADO
INFERIOR
MAU
INADEQUADO

HIPOPÓTAMO
LEOPARDO
HIPOPÓTAMO
PORCO
CAVALO
CÃO
ELEFANTE
HIPOPÓTAMO
PORCO
CAVALO
LEOPARDO
CÃO
PORCO
ELEFANTE
LEOPARDO
CAVALO
PORCO
HIPOPÓTAMO
CÃO
LEOPARDO
ELEFANTE
PORCO
CAVALO
CÃO
HIPOPÓTAMO
LEOPARDO
ELEFANTE
CÃO
ELEFANTE
CAVALO

MINAS
GUERRA
FERIDOS
MORTE
REVOLTA
MINAS
MORTE
GUERRA
FOME
REVOLTA
MORTE
FERIDOS
GUERRA
FERIDOS
REVOLTA
FOME
MINAS
FOME
FERIDOS
REVOLTA
MINAS
GUERRA
FOME
FERIDOS
MORTE
MINAS
FOME
GUERRA
REVOLTA
MORTE

ANEXO XI

FOLHA DE RECOLHA DE DADOS DEMOGRÁFICOS E TAREFA DE STROOP

1 - Introdução

Este estudo tem como objectivo analisar um conjunto de dimensões do stress de guerra em pessoas que estiveram na guerra colonial portuguesa. [aquando do consentimento informado esclarecem-se dúvidas que possam surgir].

2 – Consentimento informado

3 – Dados demográficos:

Número: _____	Iniciais: _____	Idade: _____	Escolaridade: _____	Data: _____
Est. Civil: _____	Medicação: _____			
Teatro: _____	Comissão ano: _____	Comissão duração: _____		
Meses em zona de guerra: _____	Posto: _____	Especialidade _____		

4 - BDI

5 – Tarefa de Stroop Modificada

Agora vamos fazer um teste de concentração. Vou-lhe apresentar uma lista de palavras, cada uma com uma cor [mostrar folha de teste]. Peço-lhe que me diga o mais rapidamente que conseguir o nome da cor de todas as palavras, ignorando o significado da palavra. Vamos começar? [fazer ensaio da folha de teste, se não compreender repetir instruções e realizar ensaio novamente]

TE	GuerE ____	GuerC ____	SeqE ____	SeqC ____	NegaE ____	NegaC ____
Erros						
Temp						

6 – Memória

Instrução para a Memória Controlo

Gostaria que me contasse um acontecimento negativo, que se tenha passado num dia qualquer, excepto durante o período em que estive na guerra do ultramar.

Instrução para a Memória Traumática

Gostaria que me contasse um acontecimento de guerra que lhe tenha custado particularmente.

7 – CAPS e CES

ANEXO XII**CONSENTIMENTO INFORMADO**

Concordo em participar numa investigação sobre memória traumática e características da atenção em pessoas com Perturbação Pós Stress Traumático de Guerra, no âmbito de Mestrado de Stress e Bem-Estar (Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação - UL). Confirmando que tive a oportunidade de colocar as questões que achei importantes e que compreendi o sentido da investigação que está a ser realizada.

Concordo com a gravação da entrevista para facilitar a recolha dos dados.

Compreendo que a minha participação é voluntária e que posso desistir em qualquer altura, sem que os cuidados prestados sejam afectados de alguma forma.

Sei que as gravações e os dados recolhidos são anónimos e confidenciais.

Em caso de dúvida telefone para o investigador, David Neto, através do telefone 218 510 516, de 2ª a 6ª feira das 14h às 20h.

Lisboa, _____ de _____ de _____

(O Participante)

(Investigador Responsável)

ANEXO XIII

NORMALIDADE DAS VARIÁVEIS USADAS NOS TESTES PARAMÉTRICOS

Variável	N	Min	Max	Mediana	Média	Dvp	Kolmogorov-Smirnov	Asymp.Sig. (2-tailed)
Stroop T ¹	33	-5,05	25,97	4,40	5,91	7,164	,857	,454
Stroop S	33	-28,00	36,33	2,61	2,56	11,450	,741	,643
Stroop A	33	-8,95	30,40	,54	1,74	9,054	1,243	,091
Tempo Tot ²	34	-300,0	517,0	22,62	49,98	131,902	,928	,356
N Secç. Temáticas	34	-9,0	46,0	5,50	10,91	15,196	,958	,318
N Palavras	34	-334,0	1882,0	243,50	364,76	461,092	,830	,496
Taxa de Discurso	34	-1,28	,53	-,084	-,064	,3883	,939	,341
Tempo/Secção	34	-28,47	18,33	2,505	1,536	7,4683	1,051	,219
N Acontecimentos	34	-1,00	3,00	,000	,588	1,0185	2,130	,000
Tempo/Acontecim.	34	-300,0	517,0	22,62	49,98	131,902	,928	,356
Descrição ³	34	-,476	,309	,009	-,023	,1842	,569	,903
Pormenores	34	-,190	,308	,042	,025	,1244	1,149	,143
Irrelevante	34	-,209	,476	,037	,066	,1747	,622	,833
Elabor. Auto.	34	-,626	,315	-,051	-,058	,1845	,724	,672
Elabor. Gerais	34	-,175	,138	-,010	-,015	,0766	,501	,963
Revolta	34	-,325	,226	,000	,005	,0799	2,378	,000
Alter. Irrelevantes	34	-,142	,233	,0082	,0189	,07278	,775	,586
Alter. Elaboraões	34	-,275	,166	-,0368	-,0377	,11659	,728	,664
Alter. Acontecim.	34	-,025	,050	,0000	,0029	,01218	2,793	,000
Pronomes	34	-,087	,021	-,0147	-,0150	,02422	,709	,696
Causalidade	34	-,010	,015	,0000	-,0007	,00594	,560	,913
Emoções	34	-,010	,006	-,0003	-,0013	,00387	,777	,581
Preenchedores	34	-,036	,018	-,0029	-,0047	,01278	,585	,883
Interjeiões	34	-,019	,021	-,0006	-,0006	,01012	,421	,994
Repetiões	34	-,036	,050	,0066	,0048	,01666	,916	,371
F. Inacabadas	34	-,023	,035	,0027	,0023	,01523	,676	,751
Intrusão	34	6	26	15,50	14,88	4,669	,552	,921
Evitamento	34	9	34	18,00	18,35	5,794	,598	,867
Activação	34	9	29	17,50	19,00	6,778	1,133	,153
Severidade	34	26	79	53,50	52,24	13,558	,474	,978
BDI	34	13	42	25,00	25,15	7,739	,675	,752
CES	34	0	40	21,00	22,21	8,119	,745	,636

¹ Os Valores do Stroop correspondem ao tempo da tarefa experimental – controlo

² Os índices globais da narrativa correspondem ao tempo ou frequência da narrativa controlo – experimental

³ Os índices das narrativas correspondem ao (valor do índice traumático/total de tempo ou frequência) – (valor do índice controlo/total de tempo ou frequência)

ANEXO XIV

ALTERNATIVA NÃO PARAMÉTRICA (TESTE DAS ORDENS DE WILCOXON)
 À ANÁLISE POR SUB-GRUPOS NA COMPARAÇÃO DE MÉDIAS

		Condição	N	Mean Rank	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Ligeiro		NC<TE	10	9,70	-1,500	,134
		NC>TE	6	6,50		
		SC<SE	11	8,91	-1,551	,121
		SC>SE	5	7,60		
		NC<NE	8	7,63	-,362	,717
		NC>NE	8	9,38		
		Condição	N	Mean Rank	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Severo		NC<TE	13	8,62	-2,275(a)	0,023
		NC>TE	3	8,00		
		SC<SE	10	9,40	-0,828(a)	0,407
		SC>SE	7	8,43		
		NC<NE	9	9,11	-0,260(a)	0,795
		NC>NE	8	8,88		

Tabela XXXXX – Comparação dos grupos alvo e grupos controlo para a tarefa de Stroop, no grupo severo (Nota: como este teste refere-se às medianas não se retiraram os *outliers*)

		Grupo Ligeiro				Grupo Severo				
		N	Mean Ranks	Z	Sig (2t)	N	Mean Ranks	Z	Sig (2t)	
Narrativa do Acontecim.	T>C	11	8,82	-0,970	0,332	T>C	6	8,50	-1,207	0,227
	T<C	6	9,33			T<C	11	9,27		
Pormenores Relevantes	T>C	8	12,50	-1,112	0,266	T>C	10	8,50	-0,402	0,687
	T<C	9	5,89			T<C	7	9,71		
Pormenores Irrelevantes	T>C	8	8,63	-1,491	0,136	T>C	11	8,36	-1,817	0,069
	T<C	6	6,00			T<C	4	7,00		
Elaboração Auto Referente	T>C	5	9,00	-1,491	0,136	T>C	8	7,75	-0,686	0,492
	T<C	12	9,00			T<C	9	10,11		
Elaborações Gerais	T>C	7	6,86	-1,349	0,177	T>C	9	8,33	-0,071	0,943
	T<C	10	10,50			T<C	8	9,75		
Temáticas de Revolta	T>C	2	1,50	0,000	1	T>C	2	3,50	-0,730	0,465
	T<C	1	3,00			T<C	2	1,50		
Altern. para Irrelevante.	T>C	8	7,38	-0,943	0,345	T>C	9	6,78	-1,083	0,279
	T<C	5	6,40			T<C	4	7,50		
Altern. para Elaboração	T>C	6	7,58	-1,165	0,180	T>C	7	7,00	-1,302	0,193
	T<C	10	9,05			T<C	10	10,40		
Alt. para outro Acontecim	T>C	2	1,50	-1,342	0,180	T>C	2	2,50	-1,069	0,285
	T<C	0	,00			T<C	1	1,00		
Pronomes	T>C	6	5,50	-2,059	0,039	T>C	4	6,00	-2,485	0,013
	T<C	11	10,91			T<C	13	9,92		
Palavras de Causalidade	T>C	5	5,80	-1,475	0,140	T>C	8	7,75	-0,114	0,910
	T<C	9	8,44			T<C	7	8,29		
Palavras de Emoções	T>C	4	8,00	-0,549	0,583	T>C	4	5,25	-1,977	0,048
	T<C	8	5,75			T<C	10	8,40		
Preenchedores de Disc.	T>C	7	8,43	-0,828	0,407	T>C	4	7,75	-1,913	0,056
	T<C	10	9,40			T<C	12	8,75		
Interjeições	T>C	5	6,60	-1,533	0,125	T>C	9	10,22	-0,734	0,463
	T<C	10	8,70			T<C	8	7,63		
Repetições	T>C	10	8,90	-0,592	0,554	T>C	14	9,57	-2,722	0,006
	T<C	7	9,14			T<C	3	6,33		
Frases Inacabadas	T>C	8	10,88	-0,497	0,619	T>C	9	9,89	-0,592	0,554
	T<C	9	7,33			T<C	8	8,00		

Tabela XXX – Comparação de medianas para os vários índices em função do sub-grupo

ANEXO XV

ALTERNATIVA NÃO PARAMÉTRICA (CORRELAÇÃO DE SPEARMAN)
 À ANÁLISE POR SUB-GRUPOS NA ASSOCIAÇÃO COM OUTRAS MEDIDAS

	Ligeiros			Severos		
	Stroop T	Stroop S	Stroop A	Stroop T	Stroop S	Stroop A
Intrusão	,158	,378	-,089	,351	-,257	,138
Evitamento	-,031	-,140	,568(*)	,016	-,400	,317
Activacao	,368	,307	,140	,576(*)	-,026	,138
Severidade	,240	,195	,286	,610(**)	-,522(*)	,430
BDI	,055	,233	,471	,209	-,171	,066

* Correlação é significativa ao nível 0.05 (2-tailed).

** Correlação é significativa ao nível 0.01 (2-tailed).

Tabela 1 – Associações entre o enviesamento atencional e medidas clínicas

	Ligeiros					Severos				
	Intrusão	Evitam.	Activac.	Severid.	BDI	Intrusão	Evitam.	Activac.	Severid.	BDI
tempoTOT	-,018	-,031	-,100	-,103	-,276	,226	-,046	-,027	-,189	-,007
SecçTema	,333	,160	-,022	,189	,584(*)	,536(*)	,296	-,053	,198	,069
nPalavras	,375	,059	-,115	,116	,379	,427	,086	,016	,014	-,031
TaxaDiscur	,245	,435	,448	,580(*)	,116	,098	-,202	,120	-,027	-,071
TempoSecç	-,226	-,091	-,507(*)	-,398	-,579(*)	,131	,126	-,033	-,109	,211
nAcontecim.	,236	,054	-,081	,115	,572(*)	,006	,270	-,110	,167	,126
TempoAcont.	-,018	-,031	-,100	-,103	-,276	,226	-,046	-,027	-,189	-,007
Acontecim.	-,062	-,070	-,024	-,037	,342	,112	-,255	,345	,237	-,479
Pormenores	-,364	-,198	-,144	-,318	,108	-,166	,044	-,010	-,192	-,081
Irrelevante	-,256	,203	-,062	-,099	-,289	,156	,409	-,245	,048	,371
ElabAuto	,372	,043	-,040	,219	,037	-,240	-,070	-,357	-,339	-,147
ElabGerais	,059	,135	,523(*)	,349	-,190	,354	-,039	,150	,354	,242
Revolta	,202	-,151	-,111	-,137	,131	-,058	-,040	,551(*)	,145	,494(*)
Alterlrr	,020	,004	-,198	-,072	,095	,614(**)	-,051	-,055	,223	,167
AlterElab	,089	-,152	,059	,033	,051	-,419	-,052	-,023	-,037	-,167
AlterAcont	,324	-,259	-,082	-,075	,325	-,174	-,420	,280	-,089	-,060
Pronomes	,144	,249	,078	,195	,094	,281	-,080	,409	,269	,025
Causalidade	,245	,245	,037	,159	-,015	-,268	-,205	-,006	-,250	-,297
Emoções	,197	,250	,391	,492(*)	,157	-,149	,421	-,290	,106	-,067
Preenched.	-,492(*)	,294	-,300	-,183	-,017	-,401	-,595(*)	-,142	-,467	-,172
Interjeições	,110	,126	,147	,210	,319	-,169	,070	-,059	,108	,253
Repetições	,310	-,367	-,211	-,224	-,214	,184	,207	-,011	,326	,455
Inacabadas	-,180	,104	,364	,178	-,350	-,095	-,129	-,094	-,197	-,157

* Correlação é significativa ao nível 0.05 (2-tailed).

** Correlação é significativa ao nível 0.01 (2-tailed).

Tabela 2 – Associações entre os índices das narrativas e medidas clínicas

	Ligeiros			Severos		
	Stroop T	Stroop S	Stroop A	Stroop T	Stroop S	Stroop A
tempoTOT	-,132	,106	,341	-,375	,277	,029
SecçTema	-,380	,271	,458	-,290	,131	,072
nPalavras	-,391	,250	,147	-,177	,232	,140
TaxaDiscur	,374	,159	,171	-,304	-,282	,248
TempoSecç	-,165	-,185	-,285	,270	,370	,005
nAcontecimentos	-,458	,058	-,051	,147	-,047	,062
TempoAconteci	-,132	,106	,341	-,375	,277	,029
Acontecimento	-,112	,074	,018	,029	-,039	,002
Pormenores	-,226	,068	,044	-,127	,400	-,248
Irrelevante	-,106	,003	,059	-,049	-,283	-,011
ElabAuto	,382	-,303	-,209	-,051	,294	-,176
ElabGerais	-,056	,153	,297	-,083	-,275	,137
Revolta	-,453	,341	,099	,267	,178	,151
AlterIrr	-,594(*)	-,372	,206	,046	,074	-,237
AlterElab	,486	,031	-,492	,230	-,184	-,123
AlterAcont	-,307	,493	-,268	,114	,356	-,203
Pronomes	-,518(*)	-,012	-,238	,637(**)	-,297	-,120
Causalidade	,301	,295	,283	-,354	,232	,307
Emoções	,475	-,045	-,069	-,157	-,118	,420
Preenchedores	,259	-,679(**)	,032	-,125	,257	,007
Interjeições	,208	-,085	,481	,096	-,250	,238
Repetições	-,103	,076	-,409	,439	-,196	-,037
Inacabadas	,144	-,150	,068	,159	,248	-,625(**)

* Correlação é significativa ao nível 0.05 (2-tailed).

** Correlação é significativa ao nível 0.01 (2-tailed).

Tabela 3 – Associações entre os índices das narrativas e o enviesamento atencional

ANEXO XVI

INTERCORRELAÇÕES ENTRE MEDIDAS CLÍNICAS

		BDI	CES	Intrusão	Evitamento	Activacao	Severidade
BDI	Pearson Sig.(2T) N						
CES	Pearson Sig.(2T) N	,369(*) ,032 34					
Intrusão	Pearson Sig.(2T) N	,402(*) ,018 34	,319 ,066 34				
Evitamento	Pearson Sig.(2T) N	,539(**) ,001 34	,302 ,083 34	,353(*) ,040 34			
Activacao	Pearson Sig.(2T) N	,409(*) ,016 34	,173 ,328 34	,582(**) ,000 34	,338 ,051 34		
Severidade	Pearson Sig.(2T) N	,574(**) ,000 34	,325 ,061 34	,786(**) ,000 34	,718(**) ,000 34	,845(**) ,000 34	

* Correlação é significativa ao nível 0,05 (2-tailed).

** Correlação é significativa ao nível 0,01 (2-tailed).

Faculdade de Psicologia
e Ciências da Educação
Universidade de Lisboa
BIBLIOTECA