2 EPIDEMIOLOGIA DA PERTURBAÇÃO PÓS-STRESS TRAUMÁTICO (PTSD) E AVALIAÇÃO DA RESPOSTA AO TRAUMA

Ângela Costa Maia e Eugénia Fernandes

Introdução

A Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD) foi primeiramente reconhe-cido como uma categoria de diagnóstico no Diagnostic and Stastistical Manual - III publicado pela APA em 1980, o que deu origem a um grande impulso na investigação e no tratamento desta perturbação. Mas o reconhecimento das situações de trauma como um factor de risco para o equilíbrio psicológico dos indivíduos, famílias ou organizações foi reconhecido muito antes (e.g. sobre civis e combatentes de guerra: Gillespie, 1942; sobre famílias: Hansen & Hill, 1964). Após a sua integração no DSM-III, em 1980, a designação de Post - Traumatic Stress Disorder começou a ser regularmente utilizada substituindo assim uma variedade de designações que coexistiam há muitos anos, relacionadas com a mesma perturbação, como choque nervoso (Page, 1885, citado por Joseph, Williams & Yule, 1997), neurose traumática (Oppenheim, 1892 citado por Joseph, et al., 1997), neurose de ansiedade (Freud, 1894 citado por Joseph, et al., 1997), neurose de susto (Kraeplin, 1886 citado por Joseph, et al. 1997) e choque de bombardeio (Mott, 1919; Southward, 1919, citados por Joseph, et al.1997).

Enquanto no DSM-III o primeiro critério para o desenvolvimento desta patologia era a existência de um stressor reconhecido, o DSM-III-R (APA, 1987) associava o stress pós-traumático à vivência de experiências que estavam fora do âmbito das experiências normais dos seres humanos, e, por isso, raras. Sabemos hoje que a possibilidade de ao longo da vida ter contacto com experiências que constituem ameaças sérias para a pessoa não é assim tão rara e, por isso, no DSM-IV esta questão da raridade foi retirada. De facto dados recolhidos por vários autores têm verificado que a probabilidade de uma pessoa lidar ao longo da vida com um acontecimento

traumático é de cerca de 70% (Norris, 1992; Resnick et al., 1993; Kubany, Haynes, Leisen, Owens, Kaplan, Watson & Burns, 2000)[1].

Se nos reportarmos exclusivamente a dados referentes a Portugal, segundo as estatísticas disponíveis pela Direcção Geral de Viação até 1999, ocorrem por ano cerca de 48 000 acidentes com vítimas, das quais resultam cerca de 1 800 mortos e 7 700 feridos graves e 58 000 feridos ligeiros. O número de crianças que sofrem maus tratos carregados de violência foi estimado por Amaro (1988) em 20 000 e por Marinheiro e Dionísio (1992, cit. por Silva, 1995) em 45 000, tendo sido registados pelas autoridades policiais 353 casos de abuso sexual de menores durante o ano de 1999. O número de mulheres vítimas de violência doméstica, segundo estatísticas da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (1995) atinge os 1238 casos, tendo sido apresentadas em 1999 30 000 queixas. Segundo as estatística do Ministério da Justiça os crimes contra a integridade física totalizaram 51 508 em 1999, dos quais 896 são acidentes corporais graves. Segundo a mesma fonte, o número de vítimas de violação foi, em 1999, de 383. Outros acontecimentos como os incêndios nas florestas, explosões ou incêndios em edifícios, e catástrofes naturais como as cheias e desabamentos que ocorreram nos últimos anos (Minho, Alentejo, Algarve, Açores, Castelo de Paiva) provocaram várias vítimas e danos consideráveis nas vidas de muitas pessoas. Além da população civil, soldados portugueses têm participado em acções de manutenção de paz em áreas de conflito como Angola, Kosovo e Timor, enfrentando por vezes situações de grande risco; e cerca de um milhão de portugueses estiveram involuntariamente envolvidos na guerra colonial que decorreu entre 1961 e 1974.

Para além destas vítimas directas, os bombeiros, pessoal das brigadas de trânsito e da emergência médica, são continuamente confrontados com situações muitas vezes chocantes, que constituem um desafio à capacidade de aceitação do sofrimento e da morte. O carácter recorrente e imprevisível destas situações torna estes sujeitos particularmente vulneráveis ao desenvolvimento de perturbação.

Todas estas experiências fazem parte do leque de acontecimentos que podem dar origem ao desenvolvimento de Perturbação de Stress Pós-traumático, o que, em termos de concepção etiológica, torna esta patologia na primeira em que é possível estabelecer um elo entre acontecimentos causais e sintomas. Como escreveu Caruth (1995, p. 5), "É sem dúvida a verdade da experiência traumática que constitui o centro desta psicopatologia. Não é a patologia da falsidade ou deslocamento de significado, mas da própria história".

[1] Como veremos adiante, no DSM-IV o critério A inclui, por um lado, a exposição a acontecimento ameaçador; e , por outro, a resposta a esse acontecimento envolver medo, impotência ou horror.

Embora a exposição a situações traumáticas seja uma condição necessária ao desenvolvimento de perturbações psicológicas, ela não é suficiente e muitas pessoas não parecem perturbadas mesmo pelas situações mais extremas. A avaliação do impacto destas experiências e o despiste da Perturbação de Stress Pós-traumático ou de outras consequências delas, é relevante não só para a realização de estudos epidemiológicos, como no desenvolvimento de investigação que possa ajudar a esclarecer quais os factores de risco e factores protectores para, face a uma destas experiências, desenvolver ou não perturbação. No âmbito clínico, por seu lado, o diagnóstico dos sujeitos que sofrem as consequências da experiência de situações traumáticas é essencial para o planeamento da intervenção.

Nosologia e epidemiologia do PTSD

Como referimos antes, o PTSD enquanto entidade nosológica surgiu inicialmente no DSM-III (1980), em grande parte devido ao acumular de estudos sobre os veteranos de guerra do Vietnam. Seguindo o modelo de dois factores – oscilação entre intrusões e evitamento ou negação – para explicar as reacções de trauma desenvolvidos por Horowitz (1975, 1976, 1979), no DSM-III para além da exposição ao acontecimento ameaçador, os critérios incluem sintomas de re-experienciação, diminuição da resposta ao mundo exterior e activação aumentada. No DSM-III-R (1997) foram introduzidas algumas alterações, nomeadamente a situação traumática foi definida como "acontecimento fora do âmbito da experiência humana normal" e os três grupos de critérios tornaram-se muito mais claros. Na revisão apresentada pelo DSM-IV (1994) foi excluída a ideia de que se tratava de uma experiência rara, e passou a ser incluída no critério A, para além da exposição a "acontecimento traumático", a resposta da pessoa: medo, impotência ou horror.

Critérios de diagnóstico para avaliação de PTSD segundo o DSM-IV (p. 439)

A. A pessoa foi exposta a um acontecimento traumático em que ambas as condições estiveram presentes:

(1) a pessoa experimentou, observou ou foi confrontada com um acontecimento ou acontecimentos que envolveram ameaça de morte, morte real ou ferimento grave, ou ameaça à integridade física do próprio ou de outros

(2) a resposta da pessoa envolve medo intenso, sentimento de falta de ajuda ou horror.

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

(1) lembranças perturbadoras intrusivas e recorrentes, do acontecimento que incluem imagens, pensamentos ou percepções.
(2) sonhos perturbadores recorrentes acerca do acontecimento
(3) actuar ou sentir como se o acontecimento traumático estivesse a recorrer (inclui a sensação de estar a reviver a experiência, ilusões, alucinações e episódios de *flashback* dissociativos, incluindo os que ocorrem ao acordar ou quando intoxicado)
(4) mal estar psicológico intenso com a exposição a estímulos internos que simbolizem ou se assemelhem a aspectos do acontecimento traumático.
(5) reactividade fisiológica quando exposto a pistas internas ou externas

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

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

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

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

Assim, para além da exposição e a resposta de medo ao acontecimento ameaçador, os critérios incluem sintomas de re-experienciação, evitamento de estímulos relacionados com o acontecimento e activação aumentada.

Por seu lado o sistema nosológico da Organização Mundial de Saúde, incluiu no ICD-9 (WHO, 1978) duas respostas possíveis às situações traumáticas: a Reacção Aguda de Stress e a Reacção de Ajustamento. Só o *ICD-10* (WHO, 1993) incluiu igualmente o PTSD, sendo essencial para o diagnóstico os sintomas de recordação repetitiva, intrusiva, ou a reactivação do acontecimento através de memórias, imagens

diurnas ou sonhos. No ICD-10 é reconhecida a possibilidade de o sujeito apresentar afastamento emocional, restrição de sentimentos e evitamento de estímulos relacionados com o trauma, mas contrariamente ao DSM-IV, estes sintomas não são considerados essenciais para o diagnóstico, o que faz com que mais pessoas recebam o diagnóstico de PTSD com base no ICD-10 do que no DSM-IV.

Epidemiologia

Os dados relativos à ocorrência de experiências traumáticas e à prevalência do PTSD são, como em relação a outras perturbações, muito variados e dependem grandemente quer da população estudada, quer dos instrumentos utilizados.

Relativamente ao critério A, exposição a situações traumáticas, encontramos na literatura resultados relativos a estudos realizados na comunidade e em populações específicas.

Quando nos reportamos aos estudos realizados na comunidade, verificamos que os vários estudos apontam para valores bastante elevados quanto à percentagem de pessoas expostas a acontecimentos traumáticos.

Breslau, Davis, Andresky e Peterson (1991) e Breslau e Davis (1992), usando uma entrevista semi-estruturada de avaliação de sintomas psicopatológicos (Diagnostic Interview Schedule – DIS) num estudo na comunidade com 1007 sujeitos entre os 21 e os 30 anos, encontraram que 39% dos sujeitos tinham sido expostos a acontecimentos que poderiam ser considerados traumáticos. Por seu lado numa amostra que incluía pessoas mais velhas e utilizando um instrumento que enumera um leque bastante grande de situações traumáticas que se pode enfrentar ao longo da vida – o Traumatic Stress Schedule (Norris, 1990), Norris (1992) verificou numa amostra de 1000 pessoas em quatro cidades americanas que a percentagem de sujeitos expostos a acontecimentos traumáticos era de 69% (sendo que 21% dos acontecimentos tinham sido experienciados no ano anterior), valor igual ao encontrado por Kubany, Haynes, Leisen, Owens, Kaplan, Watson & Burns (2000) numa amostra de estudantes universitários e por Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders e Best (1993) numa amostra nacional de mulheres. Kilpatrick, Saunders, Veronen, Best e Von (1987) encontraram, também numa amostra de mulheres, uma prevalência ao longo da vida na exposição a ameaças ainda um pouco superior (75%).

Os valores mais elevados encontrados na literatura referem-se a populações psiquiátricas. Por exemplo Kilpatrick, Edmunds e Seymour (1992) numa amostra de 528 adultos, 400 dos quais utentes de serviços psicológicos especializados em Stress Traumático, verificaram que 86,4% dos sujeitos tinham experienciado pelo menos um acontecimento traumático durante a vida e 64,3% relataram ter experienciado mais do que um, tendo o primeiro destes acontecimentos ocorrido antes dos 18 anos em 74,5%.

Briere e Zaidi (1989), num estudo realizado com os utentes de emergência psiquiátrica, encontraram valores de 87.4%.

Vários autores têm verificado que existe diferença na exposição dos dois sexos a alguns tipos de acontecimentos traumáticos. Por exemplo Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes e Nelson (1999) numa amostra de 8098 pessoas da comunidade, encontraram uma diferenciação significativa nos acontecimentos traumáticos experienciados por ambos os sexos. Os homens experienciam mais acidentes (25% contra 13,8% de mulheres), enquanto as mulheres experienciam mais violações (9,2% contra 0,7% nos homens). Finkelhor et al. (1990) verificaram igualmente diferença na exposição de homens e mulheres ao abuso sexual: 27% das mulheres contra 16 % dos homens.

Atendendo a que só em 1994, com o DSM-IV, a experiência subjectiva de intenso horror, impotência ou medo foi incluída nos critérios de diagnóstico do PTSD, muito dos estudos não avaliaram este impacto, mas apenas a ocorrência da situação em si.

Quanto à prevalência de PTSD, quando nos reportamos a dados relativos à população geral verificamos que os primeiros estudos baseados no Diagnostic Interview Schedule (DIS) em duas cidades envolvidas no grande projecto epidemiológico americano que foi o Epidemiologic Catchment Area revelaram valores de 0,5% entre os homens e 1,3% entre as mulheres (Helzer Robins & McEvoy, 1987). Por seu lado um estudo que empregou a versão revista do DIS de modo a estar de acordo com o DSM-III-R e que avaliou uma população mais jovem encontrou valores de 9,5% (11,3% para as mulheres e 5,6% para os homens) (Breslau, Davis, Andresky & Peterson, 1991).

No estudo já citado realizado por Kessler, e al. (1999) foi verificado que a prevalência de PTSD ao longo da vida era de 6,5%, com as mulheres a terem o dobro de probabilidade de desenvolverem PTSD quando comparadas com homens igualmente expostos. Norris (1992) utilizando o Traumatic Stress Schedule verificou que 7,4% dos 1000 sujeitos que estudou tinham tido sintomas de PTSD ao longo da vida. Por seu lado Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders e Best (1993), num estudo realizado nos Estados Unidos a nível nacional com mulheres, encontraram 12,3% de prevalência ao longo da vida.

Entre as vítimas de ameaças naturais, acidentes ou crimes, a probabilidade de desenvolver PTSD é naturalmente muito mais elevada do que aquela que se encontra em estudos da comunidade; e a prevalência de PTSD é muito variada em função de diferentes tipos de acontecimentos. De facto há acontecimentos que parecem ser muito mais capazes de elicitar PTSD do que outros, sendo os desastres naturais aqueles que se relacionam com menor probabilidade de desenvolver perturbação, enquanto são a dor, ameaça ou morte infligida por outros seres humanos que são mais perturbadores. Smith e North (1993) apresentam mesmo este dado como consensual, devido ao facto de os desastres provocados pelo homem ou os desastres tecnológicos provocarem um

forte sentido de ser vítima deliberada do ser humano. No entanto, Ruboinis e Bickman (1991), numa meta análise das relações entre os desastres e a subsequente psicopatologia, encontram que os desastres naturais resultam em maiores graus de perturbação. Como veremos a seguir estes resultados podem resultar da falta de condições de conforto e segurança mesmo anos após os acidentes naturais.

PTSD em vítimas de acidentes naturais

A prevalência de PTSD entre vítimas de desastres naturais e tecnológicos é muito variada, dependendo do tipo de desastre e das condições que lhe estão associadas.

De La Fuente (1990) verificou que 30% dos sobreviventes dos tremores de terra do México tinham sintomas de PTSD; enquanto na Arménia, Goenjian (1993) encontrou em 600 sobreviventes um valor de 74% entre 3 e 6 meses depois. Entrevistas com os sobreviventes vieram a revelar que as pessoas mais afectadas eram aquelas que tinham visto corpos mutilados, ouvido os gritos das pessoas soterradas a pedir socorro ou observado as expressões aflitas de quem procurava familiares nos escombros (Goenjian et al., 1994).

Vários autores (Cook & Bicman, 1990; Krause, 1987; Phifer & Norris, 1989; Shore, Tatum & Vollmer, 1986; Steinglass & Gerrity, 1990) têm verificado que cerca de 18 meses após os desastres naturais a prevalência de perturbação tende a diminuir, mas no caso de desastres naturais os sintomas podem manter-se se a destruição for maciça e as condições pós-desastre forem más. A este respeito Lima, Pai, Santacruz e Lozano (1987, 1991) verificaram que mesmo cinco anos após um tremor de terra bastante destrutivo na Colúmbia, o número de pessoas perturbadas era muito elevado, e as condições físicas precárias pareciam contribuir para esta perturbação. Green, Lindy, Grace e Leonard (1992) num estudo com vítimas do desastre ocorrido numa barragem, com subsequente inundação ocorrido em 1972 (Buffalo Greek) encontraram que 59% tinham sintomas suficientes para receber o diagnóstico de PTSD, sendo que 25% após 14 anos ainda apresentavam critérios suficientes para manter o diagnóstico.

Em suma, apesar de os desastres naturais não serem considerados aqueles que mais probabilidade têm de contribuir para o desenvolvimento de PTSD, alguns estudos mostram que em situações de grande destruição o número de pessoas afectadas é muito elevado e os sintomas de perturbação prolongam-se no tempo[2].

---

[2] Para além da falta de condições físicas, um dos contributos para este efeito prolongado pode relacionar-se com o facto de em situações em que muitas pessoas foram afectadas, ser diminuída a possibilidade de receber suporte social. Por exemplo, Pennebaker e Harber (1991) verificaram que poucas semanas depois de um tremor de terra na Califórnia, havia muito poucas pessoas disponíveis para ouvir, mas muitas pessoas sentiam necessidade de falar sobre a sua experiência.

PTSD em vítimas de acidentes

Norris (1992) encontrou entre as vítimas de acidentes de viação graves que 11,5% desenvolviam PTSD. Curiosamente Breslau, Davis, Andresky e Peterson (1991) encontraram valores muito semelhantes: 11,6% dos sujeitos que tinham experienciado acidentes graves desenvolveram PTSD.

PTSD em vítimas de crimes

As vítimas de crimes parecem ter uma grande probabilidade de desenvolver PTSD, e esta probabilidade é maior quando há uma ameaça séria à vida. Kilpatrick, Saunders, Veronen, Besty e Von (1987) verificaram que as vítimas de violação têm uma probabilidade de desenvolver PTSD de 57% enquanto Resnick et al. (1993) verificaram que este valor era de 76% e Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock e Walsh (1992) encontraram uma percentagem de 94 % pouco tempo após ter sido vítima de violação.

PTSD em veteranos de guerra

A guerra representa a mais antiga e mais importante forma de violência provocada pelo homem em termos da magnitude dos seus efeitos (van der Kolk, Mc Farlane & Weisaeth, 1996). O impacto do envolvimento na guerra sobre o desenvolvimento de PTSD tem sido uma das áreas mais cuidadosamente estudadas, tendo-se verificado que o tipo de envolvimento em acções de combate está directamente relacionada com a probabilidade de desenvolver PTSD. A este propósito Foy et al. (1987) verificaram nos veteranos do Vietname que ser capturado, estar envolvido em mortes de civis e ser exposto a atrocidades são factores de maior risco para o desenvolvimento de PTSD de guerra, havendo uma proporção directa entre o grau de exposição e a gravidade dos sintomas. Assim, enquanto 25 a 30% dos veteranos que tinham sido pouco envolvidos em batalhas desenvolveram PTSD; 70% daqueles que estiveram expostos a situações muito ameaçadoras ou grotescas, como ser ferido, estar envolvido na morte de civis e exposição a atrocidades, desenvolveram esta perturbação. Solkoff et al. (1986) verificaram igualmente que o envolvimento em mortes e ver colegas a morrer era um factor de grande vulnerabilidade para o desenvolvimento de PTSD, enquanto Lund, Foy, Sipprelle e Strachan (1984) verificaram que os sujeitos expostos a mais acontecimentos e mais graves eram os mais sintomáticos em PTSD, comprovando assim a ideia de um efeito cumulativo para o desenvolvimento desta perturbação. Por seu lado Snow, Stellman, Stellman e Sommer (1988) encontraram uma prevalência de PTSD de 28% nos que tinham sido

expostos a um nível médio de combate enquanto que a prevalência encontrada nos veteranos sujeitos a níveis altos de exposição foi de 65%.

Os resultados do National Vietnam Veterans Adjustment Study (NVVRS; Kulka et al., 1990), estudo encomendado pelo Congresso Americano em 1984 de modo a fazer uma caracterização epidemiológica dos veteranos da guerra de Vietname, mostraram uma prevalência de 30,9% de PTSD. 49% dos que algumas vez tinha desenvolvido sintomas continuavam a apresentá-los, ou seja, sofriam de PTSD crónico. Também neste estudo, quanto mais graves os combates, maior a probabilidade de desenvolver PTSD.

Nos ex-combatentes da guerra colonial portuguesa foi estimado, a partir dos resultados dos estudos realizados nos Estados Unidos com veteranos do Vietname, que cerca de 140 000 ex-combatentes poderiam ter sequelas psicológicas decorrentes da sua participação na guerra colonial (Albuquerque, 1992).

PTSD em prisioneiros de guerra, refugiados e vítimas de ataques

A prevalência de PTSD encontrada em vários estudos com prisioneiros de guerra, variou entre 50% e 70% (van der Kolk et al. 1996), valor semelhante ao encontrado num conjunto de estudos realizados com amostras de refugiados onde foi encontrada uma prevalência de PTSD igual ou superior a 50% (e.g. Carlson & Rosser-Hogan, 1991).

Alguns estudos focalizados em vítimas de ataques terroristas encontram uma prevalência de PTSD que varia entre 20% (e.g. Abenhaim, Dab & Salmi, 1992) e 40% (e.g. Curran et al. 1990; Weisaeth, 1993).

Para além das populações anteriormente referidas, existem ainda o que Mitchell; Everly e Mitchell (1999) designaram por "vítimas escondidas". Alguns autores (eg. Austin & Godleski, 1999; Kelly, 1997) têm-se interessado por estudar o impacto que a actividade de socorro a vítimas de acidentes de viação, acidentes naturais, acidentes tecnológicos, tem sobre os técnicos que exercem esta actividade. O carácter recorrente e imprevisível destas situações torna estes sujeitos particularmente vulneráveis ao desenvolvimento de perturbação. Por exemplo estudos com bombeiros, pessoal de emergência médica têm mostrado que a participação em actividades de salvamento e muitas vezes o confronto com o sofrimento e a impossibilidade de evitar a morte das vítimas directas destas situações está associada com o desenvolvimento de sintomas físicos e psicológicos. Por exemplo, McFarlane (1988) estudou uma amostra representativa de bombeiros expostos a graves desastres naturais na Austrália e encontrou uma prevalência de PTSD de 16% e Beaton, Murphy e Pike, (1996) tendo estudado uma amostra de bombeiros e paramédicos verificaram que 95% relataram pelo menos uma queixa física.

Quando estes técnicos vêm o seu esforço insuficiente para salvar a vida daqueles a quem socorrem, o impacto psicológico pode ser intenso. Por exemplo Genest, Levine , Ramsden e Swanson (1990) verificaram que entre os paramédicos que não tiveram sucesso nas tentativas de ressuscitação manifestam como consequência pensamentos, emoções e imagens mentais relacionadas com esta tentativa que são vividas como involuntárias, incontroláveis, que são bastante perturbadoras.

Em suma, acontecimentos que envolvem morte e/ou destruição generalizada, que são causados intencionalmente pelo homem, ou que são ameaças físicas graves têm uma grande probabilidade de perturbar seriamente as pessoas envolvidas e dar origem a PTSD. Ainda que factores de vulnerabilidade ou resiliência prévios, bem como o contexto físico e o suporte social disponível depois da experiência traumática possam explicar a diferença de reacções e o facto de algumas pessoas se manterem bem, parece haver evidência para afirmar que em algumas situações o desenvolvimento de sintomas de stress pós-traumático é a forma "normal" de reagir às situações, ou seja, face a situações extremamente anormais, a resposta normal é a perturbação. No ponto seguinte serão descritos alguns dos instrumentos que existem para avaliar a exposição a situações de trauma e os sintomas de PTSD.

AVALIAÇÃO

Nos inúmeros instrumentos que existem para avaliar a experiência de trauma, o impacto do trauma e a presença ou não de PTSD, encontramos alguns que visam somente avaliar se o sujeito, ao longo da vida, foi exposto à experiência de trauma; outros para além das situações procuram avaliar como é que o sujeito lhes respondeu; enquanto outros centram-se mais nas respostas e sintomas actuais relacionados com esse trauma. Por exemplo Norris e Riad (1997) apresentam 20 instrumentos estandardizados para medir a experiência de trauma e a resposta a esta experiência, organizando-os em dois grupos diferentes. No primeiro incluem as escalas que permitem avaliar a história de trauma; ou seja, a presença do Critério A para o PTSD – exposição a situação ameaçadora; enquanto no segundo incluem todos aqueles que avaliam os sintomas. Neste trabalho foi também esta a organização escolhida.

Avaliação da exposição a situações traumáticas

No DSM-IV (APA, 1994), a definição de trauma é a seguinte: " a experiência pessoal de um acontecimento que envolve a morte ou ameaça de morte ou ferimento grave, ou outra ameaça à integridade física; ou testemunhar um acontecimento que

envolve a morte, ferimento ou ameaça à integridade de outra pessoa; ou ter conhecimento de uma morte inesperada ou violenta, ferimento grave ou ameaça de morte ou doença grave num familiar ou amigo próximo ... A resposta da pessoa ao acontecimento tem de envolver medo intenso, impotência ou horror" (p. 424)

Por esta definição conclui-se que os acontecimentos que estão relacionados com o desenvolvimento de PTSD estão geralmente fora do controle da pessoa, são imprevisíveis e envolvem ferimento grave ou morte. Os vários instrumentos que avaliam a exposição das pessoas a este tipo de situações podem ser mais ou menos exaustivos quanto aos acontecimentos potencialmente traumáticos, e por isso o número de itens é variado. Como, apesar de a lista de acontecimentos poder ser longa, dificilmente algum instrumento poderia incluir todas as situações, a maioria deles tem uma questão em aberto sobre "outra situação traumática."

Traumatic Stress Schedule (TSS; Norris, 1990). A escala avalia 8 acontecimentos potencialmente traumáticos: assalto; ataque físico; ataque sexual; perda de ente querido por acidente, homicídio ou suicídio; perda de propriedade ou ferimentos por fogo, inundação ou desastre; ser evacuado ou ter uma ameaça ambiental séria; ter um acidente motorizado grave; outra experiência aterrorizadora. Após cada resposta positiva há questões acerca de perdas, número de pessoas abrangidas, ameaça à vida, culpa, familiaridade e reacção traumática.

Traumatic Events Questionnaire (TEQ; Vrana & Lauterbach, 1994). Avalia 11 acontecimentos potencialmente traumáticos: combate; fogo/explosão; acidentes industriais graves; ataque sexual/violação; desastre natural; crime violento; relações adultas abusivas; abuso físico / sexual na infância; testemunhar alguém a ser mutilado, magoado ou morto violentamente; outras situações de vida ameaçadoras; morte violenta ou inesperada de um ente querido.

Trauma History Questionnaire (THQ; Green, 1995). Contém 24 itens: mugging; roubo à força, assalto à casa com sujeito presente; e assalto à casa com o sujeito ausente; acidente grave; desastre natural; desastre não natural; outro ferimento sério; outra situação em que o sujeito temeu morrer ou ficar ferido; exposição a tóxicos; testemunhar ferimentos ou morte; mover corpos; familiar ou amigo ser morto por condutor bêbado; morte de cônjuge ou filho; ter doença grave; familiar ou amigo ter doença grave, ser ferido ou ter morte inesperada; combate; sexo forçado; toque forçado de partes íntimas; outros contactos sexuais indesejados; ataque grave; ataque simples; ser batido, espancado, arrastado; outro acontecimento extraordinariamente stressante.

Traumatic Life Events Questionnaire (TLEQ; Kubany et al., 2000). Inclui 17 acontecimentos: desastre natural; acidente motorizado; outros acidentes

envolvendo feridos ou mortes; combate; morte inesperada de familiar ou amigo por acidente, assassínio ou suicídio; ser assaltado sob ameaça de arma; ser atacado fisicamente por conhecido ou desconhecido; observar alguém a ser assaltado ou atacado; ter ameaça de morte ou ferimento grave; abuso físico na infância; abuso físico pelo companheiro; testemunhar violência familiar; contacto sexual na infância por alguém cinco anos mais velho; contacto sexual na infância por alguém menos de cinco anos mais velho; ser perseguido; outra experiência perturbadora (para os itens escolhidos, é pedido para classificar a situação em termos de medo intenso, impotência ou horror)

Para além dos questionários de auto-relato, existe pelo menos uma entrevista que procura averiguar a exposição do sujeitos a acontecimentos altamente perturbadores:

Potential Stressful Events Interview (PSEI; Kilpatrick, Resnick & Freedy, 1991). É constituído por uma bateria de vários módulos desenvolvidos pelo Crime Victims` Research and Treatment Center at the Medical University of South Carolina; sendo o High-Magnitude Stressor um dos módulos. Esta entrevista avalia dimensões objectivas e subjectivas de 13 acontecimentos potencialmente traumáticos de alta magnitude: experiência de combate ou permanência em zona de guerra; acidente grave; desastre natural; doença grave como SIDA ou cancro; abuso sexual na infância; ataque sexual na infância; ataque físico na infância; contacto sexual forçado; ameaça física grave com arma; ameaça física sem arma; outra situação que envolva ameaça física ou de morte; testemunhar ameaça física ou morte; outro acontecimento extraordinariamente stressante.

Devido ao interesse com o estudo de sequelas de guerra e o número de sujeitos envolvidos na Guerra do Vietnam, foram desenvolvidas várias escalas especificamente para avaliar a exposição a acontecimentos potencialmente traumáticos relacionados com o combate. Keane, Newman e Orsillo (1997) listam catorze, embora reconheçam que tem havido mais esforço em desenvolver e validar instrumentos para avaliar PTSD do que em relação a instrumentos para avaliar stressores.

Alguns instrumentos, como o **Vietnam Veterans Combat Exposure Scale** (Figley & Strech, 1980) e o **Combat Exposure Scale** (Keane et al., 1989), são compostos por itens (respectivamente 7 e 5) que procuram detalhar a intensidade, frequência e duração de experiências de combate tradicionais que envolvem ameaças de perigo, morte ou ferimento grave, situações que são consideradas factores de risco para o desenvolvimento de PTSD. Outras escalas avaliam a exposição a situações que não estão relacionadas com os combates tradicionais, mas que ocorrem em algumas zonas de guerra, como lutas de guerrilha em que existem mutilações e mortes

grotescas, muitas vezes de civis. É o caso da **Atrocity Scale** (Brett & Laufer, cit. por Yehuda et al., 1992) e a **Abusive Violence Scale** (Hendrix & Schumm, 1990). Uma terceira abordagem consiste em avaliar outros parâmetros da experiência militar que podem ter um impacto negativo, como falta de condições físicas para dormir, falta de condições de higiene, falta de comida ou água potável, condições climáticas adversas ou falta de apoio pelos superiores. Por exemplo, a **Exposure to War Zone NSVG** (Schlenger et al., 1992) tem 100 itens, que avaliam, para além do envolvimento em situações de combate, as condições físicas que o sujeito experienciou durante a permanência em zona de guerra, bem como o apoio recebido durante a pós a sua participação em combate.

Em suma, os instrumentos disponíveis para avaliar a exposição a situações potencialmente traumáticas são recentes e consistem em listagens de situações que estão relacionadas com o desenvolvimento de PTSD. O que apresentamos a seguir são os instrumentos desenvolvidos para avaliar a presença dos sintomas desta perturbação.

Avaliação de sintomas de PTSD

A definição de "caso" nos estudos epidemiológicos implica uma decisão binária: uma pessoa ou tem os sintomas necessários para ser incluída como "caso", ou não. Para além da diferença existente entre diferentes sistemas nosológicos (sujeitos que não são caso segundo o DSM-IV podem sê-lo segundo o ICD-10), no PTSD, como em outras psicopatologias, os resultados obtidos não são independentes dos instrumentos utilizados.

Desde os meados dos anos oitenta (após o aparecimento da entidade nosológica de PTSD na publicação do DSM-III em 1980) foram desenvolvidas várias escalas para avaliar a presença dos sintomas de PTSD. Uma das primeiras tentativas para elaborar um instrumento estandardizado foi apresentada por Fredericks (1985), ao elaborar uma escala composta por 20 itens sintomáticos respondidos numa escala de 0 a 4 (**Reaction Index** – RI). A **Mississipi Scale for Combat Related PTSD** (M-PTSD; Keane, Caddell & Taylor, 1988), que também permite avaliar não só a presença, mas igualmente a severidade dos sintomas; ou a **National Women`s Study PTSD Module** (NWS; Kilpatrick et al., 1989) constituem outros exemplos de escalas que se basearam no DSM-III.

No início dos anos 90, e integrando algumas das achegas do DSM-III-R, surgiram novos instrumentos de auto-relato para avaliar a presença de PTSD. Entre eles contam-se o **Penn Inventory of PTSD** (Hammarberg, 1992), o **PTSD Symptom Scale-SR** (PSS-SR; Foa et al. 1993) ou o **Modified PTSD Symptom Scale** (MPSS-

SR; Falsetti et al., 1993). Entretanto surgiu ainda uma revisão do Mississipi Scale, dando origem à **Revised Civilian Mississipi Scale** (Norris & Perilla, 1996).

Com a publicação do DSM-IV, houve necessidade de construir instrumentos que estivessem de acordo com os seus critérios de diagnóstico. É o caso da **Purdue PTSD Scale-Revised** (Lauterbach & Vrana, 1996) - Baseada no DSM-IV, tem 17 itens que corresponde aos 17 sintomas de PTSD. Sobre cada um deles o sujeito tem de referir quanto esteve presente no último mês numa escala de 5 pontos. A cotação pode ser feita de forma contínua ou dicotómica.

Em Portugal, McIntyre e Ventura (1995) desenvolveram uma escala para a avaliação de sintomas de PTSD em adolescentes, havendo ainda uma versão para adultos (McIntyre, 1997). Estas escalas são compostas por uma primeira parte em que é pedido para descrever o acontecimento traumático (critério A do DSM-IV) e uma segunda, composta de 17 itens divididos em três partes seguindo os critérios B a D do DSM-IV. Estes itens são afirmações sobre sintomas, sendo pedido ao sujeito para indicar se as afirmações são verdadeiras ou não para si. Além disso existe também uma grleha de avaliação de acontecimentos traumáticos - traumagraf (valentine, 2002) – que foi adaptada à população portuguesa (Pereira e Valentine, 2002) e que identifica o tipo de trauma, estádio de desenvolvimento na altura do acontecimento traumático, sintomas associados e intensidade, bem como o apoio (psicológico e/ou amigos) recebido.

O sujeito tem apenas de escolher, de um número de possibilidades, aquelas que melhor correspondem à sua situação.

Para além de escalas de auto-relato, foram desenvolvidas entrevistas para avaliar acerca da presença de PTSD. É acerca de algumas delas que nos debruçaremos de seguida.

Entrevistas clínicas estruturadas

Tal como aconteceu em relação às escalas de auto-relato, também para as entrevistas de avaliação de PTSD a publicação do DSM-III em 1980 constituiu um incentivo.

A avaliação de sintomas de PTSD através de entrevistas estruturadas pode fazer-se quer utilizando as questões sobre sintomas de PTSD integradas em entrevistas mais amplas, que avaliam muitos outros quadros psicopatológicos, quer recorrendo a entrevistas que foram elaboradas para avaliar exclusivamente o PTSD. Entre as primeiras entrevistas estruturadas para avaliação dos diferentes quadros nosológicos que integraram módulos para averiguação de sintomas de PTSD encontramos o **Diagnostic Interview Schedule** (DIS; Robins & Helzer, 1985). Na mesma linha, a **Structured Clinical Interview Schedule** (SCID; Spitzer, Williams & Gibbon, 1990),

elaborada a partir do DSM-III-R, tornou-se rapidamente na entrevista mais utilizada em investigação e o módulo de PTSD foi utilizado em estudos tão importantes como o National Vietnam Veterans Readjustment Study NVVRS (Kulka et al., 1990). A versão actual (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997), reformulada de acordo com os critérios do DSM-IV, oferece um meio bastante eficaz para avaliar quer os sintomas actuais, quer a sua presença no passado. Para além da avaliação de PTSD, o SCID-I é um excelente instrumento para avaliar a presença de sintomas do eixo I[3], o que, como veremos adiante, é extremamente importante em vítimas de trauma devido à probabilidade de co-morbilidade entre PTSD e outros sintomas..

Embora os módulos integrados em entrevistas mais amplas sejam usados quer na avaliação clínica, quer em investigação, existem várias entrevistas elaboradas especificamente para avaliar a presença de sintomas de PTSD:

Structured Interview for PTSD (SI-PTSD; Davidson, Smith & Kudler, 1989). Foi desenvolvida a partir do DSM-III, e reformulada para o DSM-III-R e DSM-IV. Permite quer cotação contínua, quer dicotómica; sendo possível fazer o diagnóstico actual ou no passado.

PTSD - Interview (**PTSD-I** Watson, Juba, Manifold, Kucala & Anderson, 1991). Este instrumento foi desenvolvido com veteranos de guerra e baseia-se nos critérios do DSM-III-R. Após questionar acerca da experiência de acontecimento altamente perturbador e os detalhes desse acontecimento (critério A), tem 17 itens avaliados numa escala de sete pontos.

PTSD Symptom Scale-I (PSS-I; Foa et al. 1993). Baseada no DSM-III-R, foi inicialmente desenvolvida para estudar mulheres vítimas de violação e tem 17 itens, avaliados numa escala de 4 pontos.

Clinician - Admisnistered PTSD Scale (CAPS-1; Blake, Weathers, Nagy, et al., 1990; Blake et al., 1995). Baseia-se nos critérios do DSM-IV e tem 17 questões. Avalia a prevalência de PTSD ao longo da vida e a presença de sintomas no momento da avaliação, bem como a frequência e a intensidade, não se limitando, por isso, a notar a presença ou ausência do sintoma. Para além disso avalia a adaptação social e laboral, e sintomas como a culpa e a dissociação. Atendendo às suas características psicométricas é considerada uma excelente escala de avaliação de PTSD.

Como se pode verificar, existem inúmeros instrumentos que permitem avaliar acerca da presença de sintomas de PTSD. Desde as escalas de auto-relato, até às

[3] Existe igualmente o SCID - II para a avaliação de perturbações do eixo II; e o SCID - D para avaliação de perturbações dissociativas (este último editado em Portugal pela Lilly Farm).

entrevistas estruturadas, os clínicos ou os investigadores podem seleccionar os meios que lhe pareçam mais adequados para fazer essa avaliação atendendo quer aos seus objectivos, quer às características dos sujeitos em causa.

Caracterizamos até agora o PTSD como resposta psicológica ao trauma. No entanto, como vimos, nem todas as pessoas desenvolvem PTSD. Algumas mantém-se bem, outras desenvolvem outras perturbações e outras, além do PTSD, cumprem igualmente critérios de outras perturbações. Joseph, Williams e Yule (1997) incluem entre esses sintomas a ansiedade e a depressão, abuso de substâncias, problemas cognitivos, problemas de saúde e problemas nas relações interpessoais[4].. Por exemplo, McFarlane e Papay (1992) verificaram que nos estudos publicados 80% dos sujeitos com PTSD tinham outras perturbações e Kessler et al. (1999) encontraram que aqueles sujeitos que tinham desenvolvido PTSD tinham maior risco de desenvolver outras perturbações psiquiátricas, especialmente a ansiedade e perturbações afectivas.

Com base no reconhecimento que os sujeitos vítimas de trauma exibem frequentemente outros sintomas, na literatura é normalmente acentuada a necessidade de fazer uma avaliação que permite concluir acerca da presença de outras perturbações. Alguns dos instrumentos mais utilizados são apresentados de seguida.

Avaliação de outros sintomas em vítimas de trauma

Impact of Event Scale (IES; Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979). Baseia-se no modelo de dois factores de Horowitz e por isso os seus 15 itens medem os sintomas de intrusão e evitamento. A escala de intrusão inclui itens como “Eu pensei no acontecimento quando não o desejava” “Imagens da situação invadiam-me a mente” “Outras coisas lembram-me o acontecimento”. A escala de evitamento inclui itens como “Tentei não falar sobre isso” “Afastei-me de coisas que me podiam fazer lembrar essa experiência” “Tentei não pensar sobre o assunto”. As respostas são dadas numa escala de 4 pontos, que vão do “nunca” (pontuação 0), “raramente” (pontuação 1); “às vezes” (pontuação 3) e “frequentemente” (pontuação 5). Para além da escala dar um valor em cada uma das subescalas, dá também um valor da escala total. Esta escala tem uma correlação alta com medidas de PTSD.

Trauma Symptom Checlist - 40 (TSC - 40; Briere & Runtz, 1989; Briere, 1995). Foi desenvolvida para estudar o impacto do abuso sexual, e a versão actual tem 40

[4] Segundo a teoria do Terr (1991), enquanto a exposição a um acontecimento traumático está relacionado com o desenvolvimento de PTSD, a exposição repetida a situações traumáticas, como se passa no abuso infantil, está relacionado com o desenvolvimento de perturbações da personalidade.

itens em 6 subescalas: ansiedade, depressão, dissociação, trauma após abuso sexual, problemas sexuais e perturbação de sono.

Trauma Symptom Inventory (TSI; Briere, Elliott, Harris, & Cotman, 1995). Tem 100 itens que avaliam sintomas pós-trauma durante 6 meses. Tem 10 subescalas ansiedade/activação; raiva/irritabilidade; depressão; evitamento defensivo; dissociação; perturbação do comportamento sexual; experiências intrusivas; auto-referência comprometida; preocupações sexuais; e comportamentos de externalização para reduzir a tensão.

Atendendo à relação entre a vivência de situações extremamente traumáticas e o desenvolvimento de sintomas dissociativos, é frequente avaliar as vítimas de trauma com instrumentos específicos para esta perturbação. Para além da possibilidade de utilização do SCID - D (Steinberg, 1993), existem pelo menos duas escalas de auto-relato.

Peritraumatic Dissociative Checlist Questionnaire (Marmar et al., 1994). Tem 8 itens que incluem despersonalização, desrealização, amnésia, experiência de estar fora do corpo e percepção alterada.

Dissociative Experiences Scale (Bernstein & Putnam, 1986). Tem 28 itens que avaliam absorção, despersonalização, desrealização e experiências de amnésia.

Conclusão

Ainda que o facto de passar por situações traumáticas poder ter como consequência a reformulação dos pressupostos em relação a si e ao mundo e um maior apreço pela vida e pelos outros, muitas vezes estas situações trazem consigo um impacto psicológico negativo que pode perdurar.

Sendo o PTSD caracterizado por sintomas como o evitamento de todos os estímulos que possam fazer lembrar a situação traumática, a avaliação pode despoletar sintomas, uma vez que constitui uma exposição aos temas e problemas que o sujeito lida com dificuldade e normalmente evita. Quem avalia deve ser cuidadoso e estar atento à possibilidade da intensificação dos sintomas[5]. O processo de questionamento deve ser feito de modo cuidadoso e apoiante o que ajuda a ultrapassar emoções como a vergonha ou a culpa, e a refornecer poder e auto-eficácia.

Para que este processo de revelação das experiências ocorra num clima de segurança, é importante reconhecer as emoções e sentimentos do sujeito atendendo a

[5] Quando a avaliação é feita no contexto da investigação o investigador deve ter disponível uma lista de recursos de saúde que os sujeitos poderão utilizar se sentirem necessidade porque o conteúdo da entrevista e as emoções expressas podem ser uma sobrecarga para os entrevistados.

que é comum observar-se emoções discordantes ou nenhuma emoção, sentimentos caóticos e contraditórios, bloqueio, negação ou distorção. É possível narrar as experiências traumáticas de modo desumanisado e robótico, ou de modo completamente distorcido (Walker, 1995). Aceitar e reconhecer estas dificuldades ajuda a que o sujeito perceba que está a ser acreditado. Em casos de entrevista, ajudar a começar (ou a recomeçar) pode ser muito importante para ultrapassar estes momentos. Por exemplo, "Tem alguma ideia do que será mais fácil para si contar?"

A avaliação deve ainda incluir a exploração das redes de apoio e suporte social, a identificação de estratégias de coping e de experiências de vida protectoras, uma vez que a presença ou ausência destes factores poderá explicar as diferenças nas reacções manifestadas por diferentes sujeitos em situações traumáticas similares.

Bibliografia

AMARO, F. (1988). Aspectos socioculturais dos maus tratos e negligência de crianças em Portugal. *Revista do Ministério Público*. 35 / 36, 85 – 90.

American Psychological Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.

American Psychological Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

Austin, L.S. & Godleski, L.S. (1999). Therapeutic approaches for survivors of disaster. *Psychiatric Clinics of North America, 22*, pp. 897-910.

Beaton, R., Murphy, S. & Pike, K. (1996) PROCURAR PSICLIT FICHEIRO 167.

Bernstein, E. M. & Putnam, F.W. (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 724-735.

Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L.M. et al, (1990). A Clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS – I. *Behavior Therapy*, 13, 187-188.

Breslau, N. & Davis, G.C. (1992). Posttraumatic stress disorder in na urban population of young adults: Risk factors for chronicity. *American Journal of Psychiatry*, 170, 1015-1019.

Breslau, N., Davis, G.C. Andresky, P. & Peterson, E. (1991). Traumatic events and post traumatic stress disorder in a urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216-222.

Briere, J. & Runtz, M. (1989). The Trauma Symptom Checklist (TSC – 33): Early data of a new scale. *Journal of Interpersonal Violence*, 4, 151-163.;

Briere, J. (1995) *Trauma Symptom Inventory (TSI): Professional Manual*. Odessa, F.L. Psychological Assessment Resources.

Caruth, C. (1995). *Trauma and memory*. Baltimore: Johns Hoptkins University Press.

Cook, J.D. & Bicman, L. (1990). Social support and psychological psychopathology following a natural disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 541-557.

Davidson, L. M.; Weiss, L., O`Keffe, M. & Baum, A. (1991). Acute stressors and cronic stress at Three Mile Island. *Journal of Traumatic Stress*, 4, 481-493.

De La Fuente, R. (1990). The mental consequences of the 1985 earthquakes in Mexico. *International Journal of Mental Health*, 19, 21-29.

Falsetti, S., Resnick, H.S., Resick, P. & Kilpatrick, D. (1993). The Modified PTSD Symptom Scale: A brief self-report measure of posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapist*, 16, 161-162.

First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M.S.W. & Williams, J.B.W.W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*. New York: New York State Psychiatric Institute. Biometrics Research Deparment.

Foa, E., Riggs, D., Dancu, C., & Rothbaum, B. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459-474.

Foy, D.W., Resnick, H.S., Sipprelle, R.C. & Carroll, E.M. (1987). Preliminary, military and postmilitary factors in the development of combat related stress disorders. *The Behaviour Therapist*, 10, 3-9.

Frederick, C.J. (1985). Selected foci in the spectrum of posttraumatic stress disorders. In S. Murphy & J. Laube (Eds.), *Perspectives in disaster recovery* (pp.65-108). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Freud, S. (1894). ON the grounds for detaching a particular syndrome from neurasthenia under the description "anxiety neurosis". *The Standard Edition*, Vol.3. London: Hogarth Press.

Genest, M., Levine, J., Ramsden, V. & Swanson, R. (1990). The impact of providing help: Emergency workers and cardiopulmunary resusciatation attempts. *Journal of Traumatic Stress, 3*, 305-313.

Gillespie, R. D., (1942) *Psychological effects of war on citizen and soldier*. New York: Norton.

Goenjian, A. (1993). A mental health relief programme in Armenia after the 1988 earthquake; Implementation and clinical observations. *British Journal of Psychiatry*, *163*, 230-239.

Green, B. (1995). *Trauma History Questionnaire* . Unpublished instrument and data.

Hammarberg, M. (1992). Penn Inventory of Posttraumatic Stress Disorder: Psychometric properties. *Psychological Assessment*, *4*, 67-76.

Hansen, D. & Hill, R. (1964). Families under stress. In H.T. Christensen (Ed.), *Handbook of marriage and the family*. Chicago: Rand McNally.

Helzer, J.E., Robins, L.N., McEvoy, L. (1987). Post-traumatic stress disorder in the general population: Findings of the epidemiological catchment area survey. *New England Journal of Medicine, 317*, 1630-1634.

Horowitz, M.J. (1975). Intrusive and repetitive thoughts after stress. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1457-1463.

Horowitz, M.J. (1976). *Stress response syndromes*. New York: Jason Aronson.

Horowitz, M.J. (1979). Psychological response to serious life events. In V. Hamilton and D. M. Warburton (Eds.), *Human Stress and Cognition: An information processing approach*. New York: Wiley.

Horowitz, M.J. Wilner, N. & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychossomatic Medicine, 41*, 209-218.

Joseph, S. Williams, R. & Yule, W. (1997). *Understanding Post-Traumatic Stress: A Psychosocial Perspective on PTSD and treatment*. Chichester: John Wiley & Sons.

Keane, T.M., Caddell, J.M. & Taylor, K.L. (1988). Mississipi Scale for Combat Related Posttraumatic Stress Disorder: Three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*, 85-90.

Kilpatrick, D., Resnick, H. & Freedy, J. (1991). *The Potential Stressful Events Interview*. Medical University of South Carolina, Charlston, South Carolina.

Kilpatrick, D.G., Resnick, H.S. Saunders, B.E., & Best, C.L., (1989). *The National Women`s Study PTSD Module*. Medical University of South Carolina, Charslton, South Carolina.

Kilpatrick, D.G., Saunders, B.E., Veronen, L.J., Best, C.L., Von, J.M. (1987). Criminal victimisation: Lifetime prevalence reporting to police, and psychological impact. *Crime and Delinquency, 33*, 479-489.

Kilpatrick, Edmunds e Seymour (1992)

Krause, N. (1987). Exploring the impact of a anatural disaster on the health and well being of older adults. *Journal of Human Stress, Summer*, 61-69.

Kubany, E.S., Haynes, S.N., Leisen, M.B., Owens, J.A., Kaplan, A.S., Watson, S.B. & Burns, K. (2000). Development and preliminary validation of a brief broad-spectrum measure trauma exposure: the Traumatic Life Events Questionnaire. *Psychological Assessment*, 12, 210-424.

Kulka, R.A., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., Jordan, B.K., Hough, R.L., Jordon, B.K., Marmar, C.R. & Weiss, D.S. (1990). *Trauma and the Vietnam war generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Adjustment Study*. New York: Brunner/Mazel.

Lauterbach, D. & Vrana, S. (1996). Three studies on the reliability and validity of a self-report measure of posttraumatic stress disorder. *Assessment, 3*, 17-25.

Lima, B.R., Pai, S., Lozano, J. & Santacruz, H., (1991). The stability of emotional symptoms among disaster victims in a developing country. *Journal of Traumatic Stress, 3*, 497-506.

Lima, B.R., Pai, S., Santacruz, H., & Lozano, J. (1987). Screening for the psychological consequences of a major disaster in a developing country. *Acta Psychiatric Scandinavia, 76*, 561-567.

Marmar, C.R., Weiss, D.S., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., Jordan, B.K., Kulka, R., & Hough, R.L. (1994). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theatre veterans. *American Journal of Psychiatry, 151*, 902-907.

McFarlane, A.C. & Papay, P. (1992). Multiple diagnoses in post-traumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 17*, 393-408.

McFarlane, A.C. (1988). The aetiology of post-traumatic stress disorders following a natural disaster. *British Journal of Psychiatry, 152*, 116-121.

Mitchell; Everly & Mitchell (1999) PROCURAR NO FICHEIRO DO PSICLIT

Norris, F. & Perilla, J. (1996). Reliability, validity and cross-language stability of the Revised Civilian Mississipi Scale for PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 9*, 285-298.

Norris, F. & Riad, J.K. (1997). Standardized elf-report measures of civilian trauma and posttraumatic stress disorder. In J.P. Wilson & T.M. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (pp. 7-43).New York: The Guilford Press.

Norris, F. (1990). Screening for traumatic stress: A scale for use in the general population. *Journal of Applied Social Psychology, 20*, 1704-1718.

Norris, F. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potencially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 409-418.

Resnick, H., Kilpatrick, D., Dansky, B., Saunders, B. & Best, C. (1993). Prevalence of civilian trauma and postraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 984-991.

Robins, L.N. & Helzer, H.E. (1985). *Diagnostic Interview Schedule* (DIS). Version III-A St Louis, MO: Washington University.

Rothbaum, B.O., Foa, E.B., Riggs, D.S., Murdock, T., & Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 455-476.

Shore, J.H., Tatum, E.L. & Vollmer, W.M. (1986). Psychiatric reactions to disaster: The Mount St Helens experience. *American Journal of Psychiatry*, 143, 590-595.

Spitzer, R.L., Williams, J.B., & Gibbon, M. (1987). Structured Clinical Interview for DSM-III-R. Schedule (SCID). New York: New York State Psychiatric Institute. Biometrics Research Deparment.

Steinberg, M.(1993). Interviewer guide to the structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders (SCID-D). Washington, APA. (tradução portuguesa de A. Canhão e H. Santo, Lilly Farma)

Steinglass, P. & Gerrity, E. (1990). Natural disasters and post-traumatic stress disorder: Short-versus long-term recovery in two disaster-affected communities. *Journal of Applied Social Psychology, 20*, 1746-1765.

Terr, L.C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry, 148*. 10-20.

Vrana, S. & Lauterbach, D., (1994). Prevalence of traumatic events and post-traumatic psychological symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress, 7*, 289-302.

Watson, C., Juba, M., Manifold, V., Kucala, T. & Anderson, P. (1991). The PTSD – Interview: Rationale, description, reliability and concurrent validity of a DSM-III based technique. *Journal of Clinical Psychology, 47*, 179-185.

World Health Organisation (1978). Mental Disorders: Glossary and guide to their classification in accordance with the ninth revision of the international classification of diseases. Geneva: WHO.

World Health Organisation (1993). Mental Disorders: Glossary and guide to their classification in accordance with the tenth revision of the international classification of diseases. Geneva: WHO.