

PSICOLOGIA

Revista da Associação Portuguesa de Psicologia
ISSN 2183-2471

Revista PSICOLOGIA, 2017, Vol. 31 (2), 313-319

Atas do IX Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia

A Perturbação de Stresse Pós-Traumático (PTSD) em Portugal: Relação com a estima de si e o *coping*

João Hipólito¹, Odete Nunes¹, Rute Brites¹, Tito Laneiro¹, António Correia¹² & Carlos Anunciação²

¹ Universidade Autónoma de Lisboa, CIP-UAL – Centro de Investigação em Psicologia

² Liga dos Combatentes

Resumo: A Perturbação de Stresse Pós-Traumático (PTSD) é uma perturbação da ansiedade resultante da confrontação com um agente stressor extremo. Perante a escassez de estudos sobre os combatentes da guerra colonial portuguesa (GCO) e destes em comparação com a população civil, realizámos um estudo comparativo com o objetivo de aceder à prevalência da sintomatologia ou diagnóstico de PTSD e seu impacto na estima de si e no *coping*, numa amostra de 874 participantes portugueses (combatentes e civis). Os resultados mostram mais sintomatologia de PTSD nos combatentes, menor estima de si e estratégias de *coping* controlo e suporte social inferiores, e de conversão e recusa superiores. Constatámos ainda a associação entre a diminuição da PSPT e o aumento da estima de si. Este estudo confirma a grande vulnerabilidade da população combatente da GCO. Sublinha, também, a vulnerabilidade psicológica associada ao impacto negativo da sintomatologia de PTSD, nos recursos internos individuais, em geral.

Palavras-chave: PTSD; Estima de si; Coping; Combatentes.

Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Portugal: association with self-esteem and coping. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) is an anxiety disorder resulting from the confrontation with an extreme stressor agent. Given the lack of studies on the combatants of the Portuguese colonial war (PCW), we developed a comparative study in order to access the prevalence of symptoms or diagnosis of PTSD and its impact on self-esteem and coping, in a sample of 874 Portuguese men (combatants and civilians). The results show that combatants presented higher PTSD symptomatology, lower self-esteem and less adaptive coping strategies. They also present higher levels of conversion and refusal strategies. We also found an association between the decrease of PTSD and the increase in self-esteem. This study confirms a great prevalence of PTSD symptoms among combatants. It stresses the psychological vulnerability associated with the negative impact of PTSD symptomatology on individual internal resources, in general.

Keywords: PTSD; Self-esteem; Coping; Combatants.

Pretendemos, neste estudo, avaliar a PTSD em combatentes da Guerra Colonial (GCO), em associação com a estima de si (ES) e o *coping*. Paralelamente, iremos comparar os resultados com um grupo civil.

A PTSD é uma perturbação relacionada com o trauma e stresse, estando estabelecida a sua comorbidade com depressão major, ansiedade e abuso de substâncias, fobia social, agorafobia ou dissociação (Shalev, 2000). Pode atingir até 80% dos indivíduos diagnosticados (Zerach, Greene, Ginzburg, & Solomon, 2014).

Os dados portugueses permitem traçar um perfil do impacto da PTSD, contudo, não são consensuais. Indicam uma prevalência elevada, porém díspar (ver tabela 1).

Tabela 1. Estudos realizados em Portugal relacionados com PTSD (amostras de combatentes)

Autores	Resultados
Monteiro-Ferreira (2003)	66% c/critérios para diagnóstico PTSD
Albuquerque, Soares, Jesus, & Alves (2003)	10.9% prevalência PTSD
Pereira, Pedras, Lopes, Pereira, & Machado (2010)	39.5% c/critérios PTSD; 80.9% c/perturbações emocionais
Maia, McIntyre, Pereira, & Ribeiro (2011)	39% c/critérios PTSD; 56% c/stresse psicológico
Ferrajão & Oliveira (2014)	Níveis reduzidos de consciência do estado mental e suporte social percebido

¹ Dados para correspondência: Rute Brites, Universidade Autónoma de Lisboa, R. Santa Marta, 47, 3º, sala 314, 1150-293 Lisboa. E-mail: rbrites@ual.pt

Estudos demonstram que a ES, quando elevada, traz benefícios ao nível da identidade, melhoria das relações interpessoais e adoção de estratégias de *coping* adaptativas (Coopersmith, 1967). Quando diminuída, tem um impacto negativo, desencadeando sofrimento psicológico e ansiedade (Crocker & Park, 2004). Os indivíduos com PTSD apresentarão uma ES diminuída pela vivência da sintomatologia e como consequência das situações traumáticas.

Estudos sobre o *coping* demonstram a associação entre estratégias instrumentais e boa adaptação ao stress, e entre estratégias passivas e desadaptação (Olf, Langeland, & Gersons, 2005). Sharkansky et al. (2000) verificaram a associação entre estratégias cognitivas e de controlo e menor sintomatologia psicológica, especificamente depressão, mas não PTSD. Outros encontraram uma associação entre aumento da sintomatologia, estratégias de evitamento (Benotsch et al., 2000) e pior funcionamento social, em combatentes sintomáticos (Wright, Kelsall, Sim, Clarke, & Creamer, 2013). Anunciação, Marques-Pinto e Lima (2011), verificaram um menor recurso dos combatentes com PTSD a estratégias centradas na resolução de problemas.

Embora não seja possível avaliar os recursos internos prévios destes combatentes, considerando a cronicidade e impacto da doença, podemos hipotetizar que os combatentes apresentarão valores de PTSD significativamente superiores, uma ES significativamente inferior e estratégias menos adaptativas, comparativamente aos civis. A PTSD constituirá um fator preditor da ES e de *coping*.

MÉTODO

Participantes

Participaram no estudo 874 homens, 71.7% combatentes e 28.3% civis (Idade: $M = 58.78$, $DP = 16.05$)². Os combatentes (GV) pertenceram, durante o serviço militar obrigatório, maioritariamente, ao Exército, prevalecendo o primeiro ciclo de escolaridade. No grupo civil (GC), prevalece o curso médio/superior. A maioria dos participantes da amostra é casada. Na amostra, 63.3% refere um evento traumático relacionado com a experiência militar. O valor é de 17.8% no GC, sendo o principal acontecimento um acidente/outra ameaça à integridade física.

Instrumentos

Escala Toulousiana de Coping (reduzida) – ETC-R. Escala com 20 itens (Nunes, Brites, Pires, & Hipólito, 2014), construída a partir da versão de Tap, Costa e Alves (2005). Avalia as estratégias de *coping* da pessoa, em cinco fatores: Controlo, Recusa, Conversão, Suporte Social e Distração (4 itens/fator). Apresenta propriedades psicométricas satisfatórias ($\alpha = .59$ a $.80$) (Nunes et al., 2014).

Escala de Estima de Si S.E.R.T.H.UAL (reduzida) – SERTHUAL-R. Instrumento com 20 itens, validado para Portugal (Brites, Pires, Nunes, & Hipólito, 2014), que permite obter uma pontuação global de ES. Apresenta propriedades psicométricas satisfatórias ($\alpha = .65$ a $.85$).

Posttraumatic Stress Disorder Checklist (Civilians) – PCL-C. Escala utilizada no rastreamento de diagnóstico de PTSD (Weathers, Litz, Herman, Huska, & Keane, 1993). É composta por 17 questões, análogas aos sintomas de PTSD (DSM-IV). Instrumento adaptado para a população portuguesa, com boas propriedades psicométricas ($\alpha = .86$ a $.94$) (Marcelino, & Gonçalves, 2012).

Posttraumatic Stress Disorder Checklist – (Military) – PCL-M. Tem como objectivo rastrear o diagnóstico de PTSD (Weathers et al., 1993). Possui 17 questões, correspondentes aos 17 sintomas de PTSD (DSM-IV). Validado para a população militar da GCO (Carvalho, Pinto-Gouveia, Cunha, & Duarte, 2015), com elevada consistência interna (escala total: $\alpha = .96$; re-experiência: $\alpha = .95$; hipervigilância: $\alpha = .92$; evitamento: $\alpha = .91$).

Procedimento

Recolheram-se os dados durante o ano 2012, justificando a utilização do PCL (instrumento desenvolvido segundo o DSM-IV). Critérios de inclusão: idade ≥ 18 anos; ausência de experiência/carreira militar (grupo civil).

RESULTADOS

Os resultados indicam uma presença significativamente superior de sintomatologia/ diagnóstico de PTSD nos combatentes. Quase um quarto da amostra preenche todos os critérios para PTSD (DSM-IV, APA, 2002) (ver tabela 2).

² Trata-se de uma característica incontornável da amostra, dado que grande percentagem dos homens portugueses com mais de 50 anos esteve na GCP (cerca de 800.000, segundo Albuquerque et al, 2003) e não poderiam ser integrados no grupo civil que, necessariamente, engloba participantes com atributos diferentes.

Tabela 2. Pontuações de PTSD, Segundo Formas de Cotação do PCL-M.

	Total		Combatentes		Civis		Diferença
	M	DP	M	DP	M	DP	t
Gravidade de sintomas	39.78	16.53	42.71	16.97	32.42	12.72	9.59*
DSM-IV B	12.74	5.98	14.03	6.01	9.52	4.53	11.81*
DSM-IV C	14.73	6.52	15.56	6.76	12.63	5.34	6.65*
DSM-IV D	12.38	5.65	13.22	5.90	10.27	4.29	8.05*
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	χ^2
Diagnóstico PTSD	205	23.6	199	22.9	6	0.7	85.54*

* $p < .05$

O GV apresenta valores significativamente superiores de PTSD, e valores significativamente inferiores de ES, $t = -7.61$, $p < .001$ (GV: $M=1.17$, $SEM=.04$; GC: $M=1.79$, $SEM=.06$). Se compararmos a ES dos indivíduos que preenchem os critérios para o diagnóstico, a diferença desaparece, $t = -1.50$, $p = .14$.³

Realizámos regressões hierárquicas para examinar a relação PTSD/ES (ver tabela 3). No modelo 1, ser civil e a diminuição das pontuações de PTSD predizem uma ES mais elevada. No modelo 2 (participantes c/critérios para PTSD), mantém-se a PTSD como preditor.

Tabela 3. Resumo de análises de regressão para a ES

	β	F (ANOVA)	R ²	ΔR^2
Modelo 1: ES				
Passo 1		61.52**	0.07	0.07**
Grupo	.26**			
Passo 2		220.20*	0.35	0.28**
Grupo	.11**			
PTSD	-.55**			
Modelo 2: ES (Grupo com PTSD)				
Passo 1		2.25	.01	.01
Grupo	.11			
Passo 2		8.80**	.08	.07**
Grupo	.08			
PTSD	-.27**			

* $p < .05$, ** $p < .001$

No *coping*, o GV apresenta valores inferiores de controlo, $t = -4.78$, $p < .001$, e suporte social, $t = -2.55$, $p = .01$. Apresenta valores superiores de conversão, $t = 3.69$, $p < .001$, e recusa, $t = 3.40$, $p = .001$.

A tabela 4 apresenta os resultados das regressões para o *coping*. Os modelos ímpares respeitam a amostra total; os modelos pares, os participantes com critérios para PTSD (dadas as diferenças entre grupos, introduzimos o Grupo na regressão, exceto na Distração).

Nos modelos 1 e 2, Grupo (GV ou GC) e PTSD predizem significativamente o Controlo, o primeiro positivamente e o segundo negativamente. No modelo 2, Grupo (GV a GC) e PTSD são preditores significativos negativos, mas somente em conjunto. Nos modelos 3 e 4 (Conversão) e 5 e 6 (Recusa), o peso de regressão do Grupo (GV a GC) desaparece, ao incluir-se a PTSD. Os modelos 7 e 8 apresentam os resultados do Suporte Social: No 7, o Grupo prediz positivamente essa variável, desaparecendo a relação no modelo 8. Os modelos 9 e 10 confirmam a PTSD como preditor positivo significativo da Distração.

³ A dimensão reduzida do grupo civil com critérios para o diagnóstico de PTSD ($n=6$) limita a relevância deste resultado

Tabela 4. Resumo de análises de regressão para o *coping*

	β	F(ANOVA)	R ²	ΔR^2
Modelo 1: Controlo				
Passo 1		25.55***	0.03	0.03***
Grupo	.18***			
Passo 2		20.75***	0.05	0.02***
Grupo	.14***			
PTSD	-.14***			
Modelo 2: Controlo (Grupo com PTSD)				
Passo 1		3.25	.02	.02
Grupo	-.13			
Passo 2		5.03**	.05	.03**
Grupo	-.15*			
PTSD	-.18***			
Modelo 3: Conversão				
Passo 1		12.94***	0.02	0.02***
Grupo	-.13***			
Passo 2		166.74***	0.29	0.28***
Grupo	.03			
PTSD	.55***			
Modelo 4: Conversão (Grupo com PTSD)				
Passo 1		0.23	.00	.00
Grupo	-.03			
Passo 2		8.47***	.08	.08***
Grupo	-.00			
PTSD	.28***			
Modelo 5: Recusa				
Passo 1		12.24***	0.02	0.02***
Grupo	-.12***			
Passo 2		22.19***	0.05	0.04***
Grupo	-.06			
PTSD	.20***			
Modelo 6: Recusa (Grupo com PTSD)				
Passo 1		0.35	.00	.00
Grupo	-.04			
Passo 2		2.71	.03	.03*
Grupo	-.02			
PTSD	.16*			
Modelo 7: Suporte social				
Passo 1		7.47**	0.01	0.01**
Grupo	.10**			
Passo 2		3.77*	0.01	0.00
Grupo	.09*			
PTSD	-.01			
Modelo 8: Suporte social (Grupo com PTSD)				
Passo 1		2.30	.01	.01
Grupo	-.11			
Passo 2		1.36	.01	.00
Grupo	-.11			
PTSD	-.05			
Modelo 9: Distração				
Passo 1		38.34***	.05	.05***
Grupo	.21***			
Modelo 10: Distração (Grupo com PTSD)				
Passo 1		6.67*	.03	.03*
Grupo	.18*			

* $p < .05$, ** $p < .001$

DISCUSSÃO

O GV apresenta mais sintomatologia e uma prevalência superior de PTSD, indo ao encontro dos dados que salientam a vulnerabilidade dos combatentes em cenários de guerra (Carvalho *et al.*, 2015; Richardson, Frueh & Acierno, 2010), comparativamente à generalidade da população, na medida em que os resultados são inferiores aos encontrados por Marcelino e Gonçalves (2012). Litz (2014) assinala a importância de analisarmos a experiência dos combatentes, para uma compreensão dos processos psicológicos subjacentes.

Os combatentes apresentam um olhar mais crítico sobre si, crendo que os outros também o têm. Desvalorizam-se e consideram-se menos merecedores de confiança, em consonância com os resultados sobre o impacto no funcionamento interpessoal, diminuindo a ES, a auto-confiança, e aumentando a insegurança (Resick, 2001). Têm, também, mais dificuldade em planificar a resolução de problemas. O evento traumático pode alterar a compreensão do indivíduo sobre o mundo, sentindo-se mais vulnerável e com menos controlo (Vaz-Serra, 2003).

Os combatentes utilizam menos estratégias de suporte social e distração e mais de conversão; isolam-se, responsabilizam-se mais por resolver os seus problemas, distanciando-se cognitivamente e emocionalmente. Algumas investigações têm demonstrado a importância da percepção dos combatentes das reações sociais daqueles que os rodeiam, tendo Schumm, Koucky e Bartel (2014) assinalado a importância das diferenças culturais.

A PTSD prediz o uso das estratégias conversão/ isolamento/recusa; os indivíduos com sintomatologia tendem a isolar-se, processo provavelmente associado aos *clusters* da perturbação (APA, 2012), que colorem o relacionamento interpessoal. Vários estudos confirmam o recurso a esta estratégia pelos indivíduos com PTSD, na população geral (Hruska, Fallon, Spoonster, Sledjeski, & Delahanty, 2011) e nos combatentes (Monfort & Tréhel, 2012). A ansiedade social pode contribuir para a compreensão destes mecanismos (Collimore, Carleton, Hofmann, & Asmundson, 2010).

Quanto ao suporte social, será a condição (combatente/ civil) o elemento diferenciador, não funcionando a PTSD como preditor. O fato destes combatentes se sentirem incompreendidos, uns “defensores da pátria esquecidos”⁴ devido ao não reconhecimento da sua missão e à falta de apoio do próprio país (Pereira *et al.*, 2010), poderá contribuir para o resultado.

Efetivamente, a sintomatologia contribui para a diminuição de recursos internos adaptativos, como a ES e o *coping*, indo ao encontro da afirmação de Dekel, Peleg e Solomon (2013, p. 241), de que a PTSD crónica conduz a uma “amplification of pathogenic outcomes over time”, sublinhando a importância duma intervenção adequada.

No que se refere aos pontos fortes da investigação, a recolha de dados junto do grupo de combatentes permitiu obter dados de indivíduos com um avançado nível de idade e que estiveram expostos a uma experiência única e provavelmente irrepitível, em termos da realidade portuguesa. Possibilitou, por outro lado, analisar o funcionamento psicológico atual de indivíduos que foram sujeitos a uma vivência traumática há muito tempo atrás, mas cujos efeitos são observáveis, actualmente, pela cronicidade dos seus sintomas.

Adicionalmente, assinalamos as limitações inerentes aos resultados. Trata-se de um estudo transversal – o que impede o estabelecimento de relações de causalidade – e que avaliou a prevalência de PTSD décadas após o evento traumático. Nesta medida, é impossível discernir entre as consequências da exposição ao combate e aquelas provocadas por outras experiências de vida, potencialmente traumáticas, como as que estão presentes no grupo civil. Outra limitação é o facto da totalidade dos dados ter sido obtida por auto-relato, o que restringe a validade clínica do diagnóstico de PTSD. Finalmente, apesar de estudos anteriores em Portugal terem obtido resultados concordantes com os agora apresentados, os dois grupos que compõem a amostra apresentam características muito diferentes, restringindo a aplicabilidade das comparações efetuadas.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P. M., & Alves, C. (2003). Perturbação pós-traumática de stress: Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 309-320.
- Anúnciação, C., Marques Pinto, A., & Lima, M. L. (2011). Estratégias de *coping* em combatentes da guerra colonial portuguesa com perturbação pós stress traumático – estudo comparativo. *Revista de Psicologia Militar*, 20, 27-41.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.) (pp. 265-290). Washington, DC: APA.

⁴ Expressão dos autores

- Associação Psiquiátrica Americana (2002). Perturbação aguda de stress. *Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais (DSM IV - TR)* (pp. 473-477). Lisboa: Climepsi.
- Benetsch, E. G., Brailey, K., Vasterling, J., Uddo, M., Constans, J., & Sutker, P. B. (2000). War zone stress, personal and environmental resources, and PTSD symptoms in Gulf war veterans: A longitudinal perspective. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 205-213. <https://doi.org/10.1037//0021-843X.109.2.205>
- Brites, R., Pires, M., Nunes, O., & Hipólito, J. (2014). Escala de Estima de Si – S.E.R.T.H.UAL Versão Reduzida. *Psique, X*, 9-37.
- Carvalho, T., Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., & Duarte, J. (2015). Portuguese version of the PTSD checklist-military version-II: Diagnostic utility. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 37*, 55-62. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1319>.
- Collimore, K., Carleton, R., Hofmann, S., & Asmundson, G. (2010). Posttraumatic stress and social anxiety: the interaction of traumatic events and interpersonal fear. *Depression and Anxiety, 27*, 1017-1026. <https://doi.org/10.1002/da.20728>.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: W. H. Freeman & Co.
- Crocker, J. & Park, L. (2004). The costly pursuit of self-esteem. *Psychological Bulletin, 130*, 392-414. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.3.392>
- Dekel, S., Peleg, T., & Solomon, Z. (2013). The Relationship of PTSD to negative cognitions: A 17-year longitudinal study. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes, 76*, 241-255. <https://doi.org/10.1521/psyc.2013.76.3.241>.
- Ferrajão, P.C., & Oliveira, R. (2014). Self-awareness of mental states, self-integration of personal schemas, perceived social support, posttraumatic and depression levels, and moral injury: A mixed-method study among Portuguese war veterans. *Traumatology, 20*, 277 - 285. <https://doi.org/10.1037/trm0000016>.
- Hruska, B., Fallon, W., Spoonster, E., Sledjeski, E., & Delahanty, D. (2011). Alcohol use disorder history moderates the relationship between avoidance coping and posttraumatic stress symptoms. *Psychology of Addictive Behaviors, 25*, 405-414. <https://doi.org/10.1037/a0022439>.
- Litz, B. (2014). Clinical heuristics and strategies for service members and veterans with war-related PTSD. *Psychoanalytic Psychology, 31*, 192-205. <https://doi.org/10.1037/a0036372>
- Maia, A., McIntyre, T., Pereira, M. G., & Ribeiro, E. (2011). War exposure and post-traumatic stress as predictors of Portuguese colonial war veterans' physical health. *Anxiety, Stress, & Coping, 24*, 309-325. <https://doi.org/10.1080/10615806.2010.521238>
- Marcelino, D., & Gonçalves, S. (2012). Perturbação de pós-stress traumático: características psicométricas da versão portuguesa da *Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 30*, 71-75. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.03.003>.
- Monfort, E., & Tréhel, G. (2012). Classification des styles de coping dans une population d'anciens combattants âgés. *Annales Medico-Psychologiques, 170*, 636-641. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2012.05.017>.
- Monteiro-Ferreira, J. (2003). A guerra – Aspetos psicológicos. In M. G. Pereira & J. Monteiro-Ferreira (Eds.), *Stress traumático: Aspetos teóricos e intervenção* (pp. 127-146). Lisboa: Climepsi.
- Nunes, O., Brites, R., Pires, M., & Hipólito, J. (2014). *Escala Toulousiana de Coping (ETC) – Versão reduzida*. Relatório técnico. Lisboa: Centro de Investigação em Psicologia, Universidade Autónoma de Lisboa.
- Olf, M., Langeland, W., & Gersons, B. (2005). The psychobiology of PTSD: Coping with trauma. *Psychoneuroendocrinology, 30*, 974-982. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2005.04.009>.
- Pereira, M. G., Pedras, S., Lopes, C., Pereira, M., & Machado, J. (2010). PTSD, psicopatologia e tipo de família em combatentes de guerra colonial portuguesa. *Revista de Psicologia Militar, 19*, 211 - 232.
- Resick, P. (2001). *Stress and Trauma*. USA: Psychology Press.
- Richardson, L. K., Frueh, B., & Acierno, R. (2010). Prevalence estimates of combat-related post-traumatic stress disorder: critical review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 44*, 4-19. <https://doi.org/10.3109/00048670903393597>
- Shalev, A. Y. (2000). PTSD diagnosis, history and life course. In D. Nutt, J. R. T. Davidson, & J. Zohar (Eds.), *PostTraumatic Stress disorder: Diagnostic, management and treatment* (pp. 1-15). London: Martins Dunitz.
- Sharkansky, E., King, D., King, L., Wolfe, J., Erickson, D., & Stokes, L. (2000). Coping with gulf war combat stress: Mediating and moderating effects. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 188-197. <https://doi.org/10.1037//0021-843X.109.2.188>
- Schumm, J. A., Koucky, E. M., & Bartel, A. (2014). Associations between perceived social reactions to trauma-related experiences with PTSD and depression among veterans seeking PTSD treatment. *Journal of Traumatic Stress, 27*, 50-57. <https://doi.org/10.1002/jts.21879>.

- Tap, P., Costa, E., & Alves, M. (2005). Escala Toulousiana de Coping (ETC): Estudo da adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde e Doenças, VI*, 47-56.
- Vaz-Serra, A. (2003). *O distúrbio de Stress Pós-traumático*. Coimbra: Gráfica Editora.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993). The PTSD checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. Paper presented at the *Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies*, San Antonio, TX.
- Wright, B., Kelsall, H., Sim, M., Clarke, D., & Creamer, M. (2013). Support mechanisms and vulnerabilities in relation to PTSD in veterans of the gulf war, Iraq war, and Afghanistan deployments: A systematic review. *Journal of Traumatic Stress, 26*, 310–318. <https://doi.org/10.1002/jts.21809>
- Zerach, G., Greene, T., Ginzburg, K., & Solomon, Z. (2014). The relations between Posttraumatic Stress Disorder and persistent dissociation among ex-prisoners of war: A longitudinal study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 6*, 99–108. <https://doi.org/10.1037/a0031599>

Historial do artigo

Recebido 18/01/2017
Aceite 09/10/2017
Publicado 11/2017