

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



***Terapia por Eye Movement Dessensitization and Reprocessing e
possível impacto nos níveis de Bem-Estar Subjectivo: Um Estudo
de Caso***

Susanne Marie Ramos França

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde
Núcleo de Psicoterapia Cognitiva, Comportamental e Integrativa

2011

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



***Terapia por Eye Movement Dessensitization and Reprocessing e
possível impacto nos níveis de Bem-Estar Subjectivo: Um Estudo
de Caso***

Susanne Marie Ramos França

Dissertação Orientada pela Professora Doutora Maria Helena Águeda
Marujo

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde
Núcleo de Psicoterapia Cognitiva, Comportamental e Integrativa

2011

AGRADECIMENTOS

A si, Prof. Doutora Helena Águeda Marujo, minha orientadora neste estudo, pela inesgotável paciência, tolerância e eterno sorriso, que inspirou e iluminou os momentos mais desafiantes no percurso deste trabalho. Um Abraço e Muito Obrigada!

A ti Vera, amiga de sempre e para sempre. Obrigada pela ininterrupta e incansável ajuda, a qualquer hora do dia e noite. Senti sempre que estiveste presente. Abençoado seja o teu pragmatismo, capacidade de resolução de problemas e optimismo contagiante. Sem ti, este trabalho não teria sido concluído!

À participante neste estudo, que me ensinou que através da adversidade e sofrimento podemos sempre manter a dignidade e a esperança. Muito obrigada pela lição de humildade, e por me lembrar que a vida é preciosa, frágil e merecedora de ser vivida avidamente a cada momento.

À psicóloga da participante neste estudo, pelo profissionalismo, simpatia e dedicação. Obrigada por continuar a divulgar o EMDR, e a contribuir para a transformação da vida de tantas pessoas. A sua força e convicção são um exemplo para todos nós.

À minha família, pelo espaço e tempo que me facultaram, e pela ajuda na conciliação do meu papel de mãe, companheira, filha, profissional e estudante.

À Dr.^a Maria Madalena Lobo, directora da Oficina de Psicologia, meu local de trabalho, pelo encorajamento e respeito pelo meu ritmo de trabalho mais lento no período em que estive dedicada a este estudo. O seu profissionalismo e capacidade de gestão e assertividade são exemplos a seguir.

Ao Dr. Nuno Mendes Duarte, meu coordenador na Oficina de Psicologia, por ter tolerado a minha “ausência” nos últimos tempos, e ter respeitado a minha necessidade de espaço, de modo a ser possível terminar este trabalho.

À Prof. Doutora Alexandra Marques Pinto da Faculdade de Psicologia de Lisboa, pela prontidão e gentileza na autorização da utilização da versão portuguesa da escala PCL-C. Muito obrigada!

À Prof. Doutora Iolanda Costa Galinha da Universidade Autónoma de Lisboa, pela gentileza em autorizar a utilização da versão portuguesa da escala PANAS.

Ao Prof. Doutor José Pais-Ribeiro da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, a quem agradeço o apoio inicial que me ajudou a enveredar pelo caminho certo no processo de escolha de instrumentos de avaliação.

Ao Prof. Doutor José Henrique Barros de Oliveira, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, pela orientação e ajuda na utilização da Escala Sobre a Felicidade.

Ao Prof. Doutor Félix Neto da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, pela autorização concedida para o uso da versão portuguesa da Escala de Satisfação com a Vida.

*Ah, quanta vez, na hora suave
Em que me esqueço,
Vejo passar um voo de ave
E me entristeço!*

*Porque é ligeiro, leve, certo
No ar de amavio?
Porque vai sobre o céu aberto
Sem um desvio?*

*Porque ter asas simboliza
A liberdade
Que a vida nega e a alma precisa?
Sei que me invade*

*Um horror de me ter que cobre
Como uma cheia
Meu coração, e entorna sobre
Minh'alma alheia*

*Um desejo, não de ser ave,
Mas de poder,
Ter não sei quê do voo suave
Dentro em meu ser.*

Fernando Pessoa

RESUMO

Os acidentes rodoviários podem estar associados à sintomatologia da Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST), que por sua vez, pode estar associada ao risco de desenvolvimento de depressão, suicídio, consumo excessivo de álcool, ansiedade e problemas psicossomáticos. Cada caso traduz o sofrimento de um ser humano que vê comprometida a sua saúde física e mental. A Saúde Mental é a base do bem-estar individual e do funcionamento eficiente de uma comunidade. A promoção do bem-estar tem destaque na promoção da saúde mental, e o Bem-Estar-Subjectivo (BES) é o foco central deste estudo. Esta investigação consiste num estudo de caso exploratório, com o objectivo de registar as possíveis variações nos níveis de BES, observadas ao longo de um processo terapêutico de 25 sessões de terapia *Eye Movement and Dessensitisation Reprocessing* (EMDR). A participante no caso foi diagnosticada com PPST crónico após um acidente de viação. Procedeu-se à avaliação do impacto utilizando os instrumentos de avaliação: *PCL-C Checklist*, na avaliação da severidade dos sintomas de PPST; escala de Satisfação com a Vida (ESCV), no registo dos níveis de satisfação com a vida; e a *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS), no registo dos níveis de afecto positivo e negativo; e a Escala Sobre a Felicidade (ESF), no registo dos níveis de felicidade. Os resultados são indicativos de variações nos níveis de BES e grau de severidade do quadro sintomático, sugerindo um possível impacto do EMDR no BES. A inquestionável importância da saúde mental merece a formulação de hipóteses para futura investigação empírica, de modo a contribuir e ajudar a lidar com os impactos devastadores do PPST, e restituir níveis de BES, que por sua vez se vão reflectir na qualidade de vida pessoal e comunitária.

PALAVRAS-CHAVE: Bem-Estar Subjectivo, Perturbação Pós-*Stress* Traumático

ABSTRACT

Road traffic accidents are one of the possible causes of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), which can be related to an increased risk of developing depression, excessive alcohol consumption, anxiety and psychosomatic symptoms. Each case is a reflection of the pain involved in feeling our physical and psychological health compromised. Mental Health is the basis of individual and community well-being, thus enabling its efficient functioning. Promoting well-being is vital to promoting mental health, and Subjective Well-Being (SWB), takes a central focus in this study. This investigation consists of an exploratory case study, aiming to register possible variations on SWB levels, over a period of 25 sessions of Eye Movement and Dessensitisation Reprocessing (EMDR) therapy. The case study participant is a woman, who had been diagnosed with chronic PTSD, caused by a road traffic accident. The following measurement scales were used: PCL-C Checklist, to assess PTSD symptom severity; Satisfaction with Life Scale (SWLS), to assess Satisfaction with Life levels; Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) to assess negative and positive affect levels; and *Escala Sobre a Felicidade* (ESAF), to assess happiness levels. The results obtained are suggestive of changes on both SWB levels and PTSD symptom severity levels, suggesting a possible impact of EMDR in SWB. The importance of Mental Health is unquestionable, and deserves the formulation of hypothesis for future empirical investigation, in order to enable and help deal with the devastating impacts provoked by PTSD, restore SWB levels, which in turn will have an impact on both individual and community quality of life.

KEYWORDSD: Subjective Well-Being, Post Traumatic Stress-Disorder

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1-Perturbação Pós-Stress Traumático	3
<i>Definição e Sintomatologia</i>	3
<i>Crescimento Pós-Traumático</i>	5
<i>Perturbação Pós-Stress Traumático – A Realidade Portuguesa</i>	6
<i>Acidentes Rodoviários e Perturbação Pós-Stress Traumático</i>	6
2-Eye Movement Dessensitization and Reprocessing (EMDR)	7
<i>Caracterização da Terapia</i>	7
<i>Modelo de Processamento Adaptativo de Informação (AIP)</i>	10
<i>Estudos Empíricos</i>	12
<i>A fisiologia do Trauma e o EMDR</i>	14
3-Bem-Estar Subjectivo	16
<i>Psicologia Positiva</i>	16
<i>Bem-Estar Subjectivo: Definição e Caracterização</i>	18
<i>Bem-Estar Subjectivo e Saúde Mental</i>	19
<i>Bem-Estar Subjectivo e Felicidade</i>	19
<i>Teoria da Adaptação e Bem-Estar Positivo</i>	20
<i>Factores Sociodemográficos e Bem-Estar Subjectivo</i>	22
<i>Emoções Positivas e Negativas versus Emoções Adaptativas</i>	23
<i>A Importância da Felicidade na Saúde</i>	24
4. Instrumentos de Avaliação aplicados à PPST, Bem-Estar Subjectivo e Felicidade	27
<i>A avaliação e diagnóstico da Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)</i>	27
<i>Medidas aplicadas ao Bem-Estar Subjectivo</i>	29
	33

5 -Presente Estudo – Caracterização e Questões Exploratórias

Estudo de Caso 33

CAPITULO II – METODOLOGIA 35

1-Fases do Estudo 35

2-Instrumentos de Avaliação Utilizados no Estudo de Caso 36

3-Amostra e Calendarização do Estudo de Caso 38

4-Apresentação do Caso 39

CAPITULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS 42

1-Apresentação de Resultados 42

2-Discussão de Resultados 54

3-Limitações do Presente Estudo e Futura Investigação 55

Bibliografia

Índice de Quadros

Índice de Figuras

Índice Anexos

Índice de Quadros

Quadro 1.1 <i>Pontes de Corte Sugeridos pelo NCP para diagnóstico da PPST</i>	29
Quadro 3.1 <i>Resultados (pontuação total) obtidos na fase inicial e final da escala PCL-C</i>	43
Quadro 3.2 <i>Pontuações obtidas na escala ESCV na fase inicial e final do estudo</i>	48
Quadro 3.3 <i>Pontuações obtidas na escala ESAF na fase inicial e final do estudo</i>	51

Índice de Gráficos

Gráfico 3.1. Pontuações obtidas nas fases inicial e final do estudo, nos 17 itens da escala PCL-C, categorizados por critérios de diagnóstico do DSM-IV (B,C,D).	44
Gráfico 3.2. Pontuações obtidas na escala PANAS versão “geralmente” na fase inicial e final do estudo.	45
Gráfico 3.3. Pontuações obtidas na escala PANAS versão “últimas semanas” na fase inicial e final do estudo.	46
Figura 3.4. Pontuações obtidas na componente afectiva ao longo do processo terapêutico na escala PANAS versão “últimas semanas”	47
Gráfico 3.5. Pontuações obtidas nas três fases do estudo da dimensão afectiva do BES e nas fases inicial e final da dimensão cognitiva do BES.	49
Gráfico 3.6. Pontuações obtidas nos 18 itens da ESF na fase inicial e final do estudo.	52
Gráfico 3.7. Resultados obtidos na fase inicial, intercalar (PANAS) e final do estudo nas escalas; PCL-C, PANAS (afecto positivo”AP”, negativo”NA”), ESCV (Escala de Satisfação com a Vida) e ESAF (Escala Sobre a Felicidade).	52

Anexos

ANEXO A	Escala PCL-C
ANEXO B	Escala PANAS “geralmente”
ANEXO C	Escala PANAS “últimas semanas
ANEXO D	Escala de Satisfação com a Vida
ANEXO E	Escala sobre a Felicidade
ANEXO F	Consentimento Informado
ANEXO G	Pedido Colaboração no Estudo
ANEXO H	Ligação Internet U-TUBE com informação e um caso de EMDR aplicada a trauma de combate em guerra.

INTRODUÇÃO

O conceito de bem-estar tem surgido ligado à área da Saúde Mental, e vindo a auferir de uma crescente atenção da parte de diversas disciplinas científicas, agentes educativos e psicólogos em particular. O bem-estar físico, mental e social vai muito mais além do que representar ausência de doença ou perturbação. A saúde mental é um estado de bem-estar que permite que os indivíduos usufruam das suas capacidades, trabalhem e contribuam produtivamente para a comunidade, e lidem com situações desafiantes de uma forma eficiente e adequada. A Psicologia Positiva proporcionou-nos a possibilidade de termos uma perspectiva mais pormenorizada acerca do funcionamento psicológico positivo. Neste âmbito, inclui-se o conceito de Bem-Estar Subjectivo, que encara o bem-estar numa óptica centrada na avaliação subjectiva que uma pessoa faz acerca da sua própria vida.

Do mesmo modo que existem acontecimentos que percebemos como contribuidores construtivos à nossa história de vida, outros acontecimentos podem revestir-se de um carácter drástico e violento, denegrindo a nossa forma de estar e o nosso bem-estar. Os acidentes de viação estão incluídos entre os acontecimentos de vida categorizados como traumáticos, e possíveis originadores do desenvolvimento da sintomatologia associada à Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST). Portugal representa na Europa um dos países com taxa mais elevada de acidentes rodoviários (Direcção Geral de Viação, 2010). Perante este cenário, existem vítimas de acidentes de viação que desenvolvem PPST, facto que é corroborado por Aleksandra e colaboradores (2010), que verificaram que 87% de uma amostra constituída por vítimas de acidente de viação reportavam algum tipo de queixa de ordem psiquiátrica, e 36% um quadro sintomático que preenchia os critérios de diagnóstico para a PPST. Níveis elevados de exposição a *stress* crónico podem tornar o sistema imunitário mais susceptível a doenças, e pessoas expostas a esta forma de *stress* reportam níveis de felicidade mais reduzidos (Ng, Diener, Aurora & Harter, 2009). Sendo assim, a PPST tem um impacto directo na saúde mental e nos níveis de bem-estar.

O impacto da felicidade na saúde física e mental tem sido validado por diversos autores como um contributo valioso na prevenção de perturbações como a ansiedade e depressão, no aumento da capacidade de concentração, resiliência e neutralização do possível impacto prejudicial provocado pelas emoções negativas no nosso corpo e

mente (Seligman, Rashid & Parks, 2006). Assim, a felicidade parece poder exercer um efeito preventivo marcadamente relevante na área da promoção da saúde mental.

A presente investigação centra-se num estudo de caso em que a participante desenvolveu sintomatologia de PPST após um acidente de viação. O presente estudo pretende observar se existe um impacto nos níveis de BES, traduzidos por variações em vários domínios psicológicos, nos níveis registados antes, durante e depois de uma intervenção terapêutica. O estudo de caso reveste-se de um carácter exploratório sem manipulação de variáveis. A terapia utilizada neste estudo foi o *Eye Movement Desensitization Reprocessing* (EMDR).

O EMDR tem ganho destaque no âmbito do tratamento de sintomas provocados por acontecimentos traumáticos. Se, por um lado, necessita de mais apoio empírico que explique a base do seu funcionamento, por outro existe evidência robusta acerca da sua eficácia no tratamento da sintomatologia da PPST. Tendo por base este pressuposto, o presente estudo de caso propõe-se a observar e registar os efeitos da terapia EMDR no quadro sintomático, em especial a possível relação com prováveis variações dos níveis de BES. Dada a natureza do estudo, não são elaboradas hipóteses, mas sim questões exploratórias, que incidem primordialmente na observação dos possíveis efeitos registados na fase inicial (pré-intervenção EMDR) e final (pós-intervenção EMDR) do estudo. A metodologia aplicada ao estudo de caso liga-se com as questões exploratórias propostas, através da aplicação de instrumentos de auto-relato de avaliação de severidade e diagnóstico de PPST e avaliação de níveis de BES.

Com base num estudo efectuado em 20 países europeus, Portugal regista níveis significativamente baixos de BES (Lima & Novo, 2006). Este facto, conjugado com uma taxa elevada de acidentes rodoviários e uma prevalência de PPST semelhante à dos outros países desenvolvidos (Albuquerque, Soares, Jesus e Alves, 2003), remete para a importância deste estudo, no sentido de perceber possíveis relações entre EMDR no tratamento de PPST, e subsequente possível impacto nos níveis de Bem-Estar Subjectivo.

Será justo afirmar que o efeito devastador que a PPST pode ter no funcionamento psicológico, profissional e inter-relacional é indiscutível. Por sua vez, pode haver efeitos nos níveis de bem-estar, felicidade e saúde física e mental. Se o

EMDR tem evidenciado ser uma abordagem terapêutica com eficácia em casos de trauma, parece pertinente o estudo do efeito desta terapia na vida das pessoas com PPST, e neste caso particular, o seu possível impacto nos níveis de BES. As implicações teóricas deste estudo de caso, serão a formulação de hipóteses e realização de futuros estudos na área do EMDR e BES, de modo a perceber, ajudar e aliviar a sintomatologia associada à PPST e colaborar na promoção de estados de saúde física e mental mais saudáveis que se podem traduzir numa vida mais plena e satisfatória.

Este estudo será apresentado em três capítulos centrais constituídos por vários “sub-capítulos”. Após esta introdução, o capítulo seguinte irá abordar o enquadramento teórico de base deste trabalho e respectiva revisão bibliográfica, incluindo a perturbação pós-stress traumático, crescimento pós-traumático, terapia EMDR, bem-estar subjectivo e medidas de avaliação aplicadas aos conceitos apresentados. O primeiro capítulo termina com uma breve apresentação do estudo de caso e enumeração das questões exploratórias propostas. O segundo capítulo concentra-se na metodologia, calendarização e apresentação do estudo de caso. O terceiro capítulo será constituído pela apresentação e discussão dos resultados obtidos no estudo, assim como, limitações da presente investigação e apresentadas propostas para investigação futura.

CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Perturbação Pós-Stress Traumático

Definição e Sintomatologia

Trauma refere-se ao impacto que um acontecimento crítico e extremo tem no funcionamento físico e psicológico de um indivíduo. Um evento traumático é definido como uma situação de experiência de perigo de morte, morte efectiva, lesão significativa ou risco de integridade do indivíduo ou de outros. A resposta a um evento traumático envolve medo intenso, horror ou sentimento de impotência (Guerreiro, Brito, Baptista & Galvão, 2007). Exemplos de acontecimentos traumáticos incluem situações

de combate em contextos de guerra, raptos, terrorismo, homicídios, assaltos, acidentes de viação, desastres de causa natural ou humana, violações e doenças. A Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST) caracteriza-se por uma reacção intensa e prolongada como resultado à exposição a um acontecimento traumático.

Nos anos 60, efectuaram-se estudos com ex-combatentes da Guerra do Vietname, expostos a situações de combate, e verificou-se que estes apresentavam um conjunto de sintomas característico, em resposta aos acontecimentos traumáticos a que tinham estado expostos (Albuquerque, Soares, Jesus e Alves, 2003). Desde então, a PPST ganhou a atenção da comunidade científica e foi alvo de inúmeros estudos. A partir dos anos 80, o conceito da PPST alargou-se passando a incluir acontecimentos como catástrofes naturais e humanas, acidentes, abuso sexual, tortura, doença e assaltos.

A Associação Americana de Psiquiatria (APA) estipula como condições de diagnóstico da PPST: (a) o desenvolvimento de sintomas característicos em sequência da exposição a um acontecimento traumático em que a experiência pode ser pessoal directa, observada ou um confronto com um acontecimento ou acontecimentos, que envolvam ameaça de morte, morte, ferimento grave, ou ameaça à integridade física do próprio ou de outros; e (b) a resposta do indivíduo envolva medo intenso, sentimento de desprotecção ou horror (DSM-IV-TR, 2002).

O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) categoriza a PPST no Eixo I da classificação multiaxial na categoria das Perturbações de Ansiedade, e é o único diagnóstico que exige que um acontecimento específico tenha precedido o aparecimento da sintomatologia (Resick, Monson e Rizvi, 2001). O quadro sintomático divide-se em três categorias, tem que ter pelo menos um mês de duração e causar mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou em qualquer outra área importante do funcionamento quotidiano. As categorias sintomáticas são: (a) o revivenciar da experiência traumática em pesadelos recorrentes, pensamentos ou imagens vivas e intensas intrusivas (*flashbacks*), sentindo como se o acontecimento estivesse novamente a ocorrer, provocando angustia intensa; (b) o evitamento de todos os estímulos associados ao trauma (recordações e pessoas relacionadas com o trauma), desligamento e alheamento, “dormência” emocional e amnésia de factos relacionados com o trauma; e (c) hiperactividade neurovegetativa incluindo ansiedade persistente, irritabilidade, perturbações de sono, raiva, dificuldades de concentração, agitação motora e hipervigilância (Albuquerque et al., 2003; Guerreiro

et al., 2007; Cordeiro, 2005). A sintomatologia pode surgir logo após o acontecimento traumático, ter uma duração inferior a três meses (fase aguda), e em cerca de metade dos casos prolongar-se para além dos três meses (fase crónica). A sintomatologia pode perdurar durante anos ou toda a vida, e estar associada a um risco aumentado de desenvolvimento de sintomatologia depressiva, suicídio, excessivo consumo de álcool, dissociação da consciência, perturbação do pânico, ansiedade generalizada, toxicod dependência e perturbação somatoforme (Albuquerque et al., 2003; Cordeiro, 2005).

A exposição a um acontecimento potencialmente traumático não implica necessariamente o desenvolvimento da PPST. A resposta a um acontecimento é subjectiva e única a cada indivíduo envolvido. O que pode ser traumático para uma pessoa pode não o ser para outra. Pessoas expostas a um mesmo acontecimento podem reagir de modos distintos. As pessoas reagem de uma forma condicionada às suas aprendizagens, estilos de personalidade, avaliação do significado do impacto, e contexto e características da própria situação (Guerreiro et al., 2007). A reforçar o carácter subjectivo da vivência de experiências traumáticas, está o facto de uma situação traumática poder trazer para algumas pessoas consequências positivas, como a reavaliação e reorganização da vida pessoal, valores e objectivos (Albuquerque et al., 2003).

Crescimento Pós-Traumático

O conceito de Crescimento Pós-Traumático (CPT) tem ganho destaque e atenção da comunidade científica ao longo da última década. Sugere que o envolvimento numa situação traumática pode resultar num crescimento e amadurecimento emocional. Nishi, Matsuoka e Kim (2010), efectuaram um estudo com vítimas de acidentes de viação, tendo sido verificado que 18 meses após o acidente, algumas das características associadas ao CPT estavam positivamente correlacionadas com alguns dos sintomas característicos da PPST. Face a estes resultados, os autores sugerem a possibilidade de o CPT poder coexistir com a PPST, e em poderem ser criadas estratégias construtivas para lidar e dar sentido ao acontecimento traumático. Estas estratégias incluem a reinterpretção do acontecimento, o uso de recursos como o optimismo, afecto positivo e religião, e a aceitação da experiência traumática. Reys, Elhai e Ford (2008) sugerem

que pessoas com CPT reportam menor grau de perturbação psicológica e sintomatologia associada.

Perturbação Pós-Stress Traumático - A Realidade Portuguesa

Um estudo de Albuquerque e colaboradores (2003) feito com o objectivo de avaliar a taxa de ocorrência de PTSD, ao longo da vida na população adulta portuguesa, sugere que cerca de 75,7% da população adulta esteve exposta a pelo menos uma situação traumática. A taxa provável de ocorrência de PPST foi de 7,87%, equivalente a 653 945 casos. Até à data do estudo, a taxa de prevalência de PPST foi de 5,3%, equivalente a 440 395 casos, com predominância de incidência no sexo feminino, e em indivíduos viúvos e divorciados. A prevalência da PPST verificada em Portugal é semelhante à dos outros países desenvolvidos.

Acidentes Rodoviários e Perturbação Pós-Stress Traumático

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) morrem anualmente no mundo cerca de 1,3 milhões de pessoas em consequência de acidentes rodoviários (*World Health Organization*, 2009). Para além do número de vítimas mortais, entre 20 a 50 milhões de pessoas sofrem, todos os anos, ferimentos resultantes desse tipo de acidentes, sendo estes a principal causa de morte da população entre os 15 e os 44 anos de idade (Centro de Notícias da ONU, 2010).

Em Portugal existe um dos mais elevados índices de acidentes rodoviários da Europa, com apenas a Letónia e a Lituânia a excederem os nossos dados estatísticos de sinistralidade rodoviária (Direcção Geral de Viação, 2003). No Relatório Anual de Sinistralidade Rodoviária, referente ao ano de 2010, registaram-se um total de 35 426 acidentes com vítimas, e 46 561 feridos (Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, 2010).

Apesar dos acidentes rodoviários serem comuns e frequentes, a realidade é que são acontecimentos que estão associados a experiências de ameaça à vida, à perda de controlo, a sentimentos de terror e medo intenso, à morte e ameaças graves à integridade física e psicológica (Aleksandra et al., 2010). Os autores, num estudo efectuado com

150 indivíduos envolvidos num acidente rodoviário, ocorrido há pelo menos dois anos precedentes à data do estudo, verificaram que 87% dos participantes tinham apresentado algum tipo de queixa de natureza psiquiátrica, e 36% um quadro sintomático que preenchia os critérios de diagnóstico para a PPST. Na mesma linha de estudos, Ehlers, Mayou e Bryant (1998), realizaram um estudo longitudinal com 967 indivíduos envolvidos em acidentes de viação, e verificaram que a prevalência de PPST, três meses após o acidente, era de 23.1% e após um ano de 16,5%. Mais de 50% dos participantes apresentavam sintomas de re-experiência do acidente e hipervigilância, e as mulheres apresentavam maior prevalência de PPST. A relação entre a sinistralidade rodoviária e problemas do foro psiquiátrico e psicológico é reforçada por Jaspers (1998), quando afirma que cerca de 25% das vítimas envolvidas em acidentes rodoviários vêm a desenvolver PPST.

Este tipo de acontecimento, a que qualquer ser humano pode estar sujeito, carece de medidas de intervenção urgentes de modo a diminuir as consequências, por vezes devastadoras, à integridade física e psicológica de todos os que estão directa e indirectamente envolvidos. Tal como salientado no Plano Nacional de Prevenção Rodoviária (PNPR, 2003) “Na verdade, a frieza destes números impõe uma reflexão profunda na forma de abordagem desta problemática porquanto o seu combate, muitas vezes, traduz-se na defesa do direito à vida, da dignidade da pessoa humana e, em última análise, dos direitos do homem” (p.3)

2. Eye Movement Dessensitization and Reprocessing (EMDR)

Caracterização da Terapia

Eye Movement Dessensitization and Reprocessing (EMDR) é um método terapêutico do foro integrativo originalmente criado em 1987 por Francine Shapiro. Foi desenvolvido com o intuito inicial de tratar os sintomas resultantes da exposição a experiências traumáticas.

É um método terapêutico fenomenológico não directivo (Boudewyns & Hyer, 1996), que ajuda a lidar, processar e integrar experiências traumáticas. Dessensibiliza estímulos internos ou externos desencadeantes da sintomatologia associada ao trauma, e

incorpora estruturas (recursos) que permitam adoptar acções adaptativas no futuro. O EMDR integra os princípios de diversas abordagens psicoterapêuticas (Shapiro, 2001). Dá relevância à componente etiológica da sintomatologia, e estimula o processamento mental através da “associação livre”, características importantes na abordagem da terapia Psicodinâmica. Releva a componente do condicionamento inerente à Terapia Comportamental. Tem uma base cognitiva, identificando e alterando cognições negativas e implementando técnicas de auto-regulação. Lida com o processamento e reestruturação de afectos e sensações, que guiam e dinamizam o processo de mudança, factor de base comum às terapias do foro Experiencial, trabalha com a imagética e visualização utilizadas na terapia por Hipnose e com as variáveis contextuais abordadas numa abordagem do foro da psicoterapia Sistémica. O EMDR é uma terapia de processamento de informação, em que o paciente se concentra simultaneamente numa memória (imagem ou sensação) relacionada com o acontecimento traumático, e num estímulo externo. Este processo denomina-se processo de estimulação dual da atenção (*dual attention stimulation*), que tem sido associado à estimulação bilateral alternada. Durante a fase de processamento o paciente pode distanciar-se do material associado à memória, usando técnicas de imagética, deixando fluir o processo adoptando um papel de observador (Lee, 2008).

A estimulação bilateral promove a comunicação entre os hemisférios cerebrais e pode consistir em movimentos oculares laterais alternados, com determinado ritmo e duração, que são habitualmente guiados pela mão do terapeuta, ou através do uso de um aparelho para o mesmo efeito, sons alternados laterais que, da mesma forma, obedecem a um certo ritmo e duração, ou por toques (*tapping*), igualmente com um certo ritmo e duração, nas mãos ou joelhos do paciente (Maxfield & Hyer, 2002).

Em 1989, Shapiro publicou o seu primeiro estudo controlado com distribuição aleatória, com o intuito de avaliar os efeitos de uma sessão de EMDR em indivíduos com sintomas de PPST. Os efeitos do tratamento incidiram primordialmente na redução dos sintomas de ansiedade associada ao trauma. Na altura deste estudo, a terapia era denominada de *Eye Movement Desensitization* (EMD), devido à predominância de uma abordagem de base comportamental e ênfase dado ao movimento dos olhos como único meio de estimulação bilateral utilizado. A premissa que a eficácia do processo de dessensibilização era devida ao movimento lateral dos olhos foi alterada, e métodos

alternativos de estimulação bilateral foram incorporados (Shapiro, Kaslow & Maxfield, 2007).

Em 1990 o nome foi mudado de EMD para EMDR, de modo a abranger a natureza multidimensional do processamento de informação, e representar um paradigma de processamento de carácter mais integrativo (Shapiro, 2001).

O protocolo de intervenção consiste em oito fases (Shapiro, 2001; Shapiro & Maxfield, 2002), as quais seguidamente se enumeram.

1. Anamnese, factores e situações desencadeantes dos sintomas, delimitação de objectivos e elaboração da lista de sequenciação de alvos a serem posteriormente processados.
2. Preparação do paciente para o processamento dos estímulos alvo, tendo em conta as imagens associadas, sensações e cognições. Explicação acerca da terapia EMDR e seu modelo de base. Aplicação de técnicas de estabilização e regulação emocional
3. Decisão do alvo que será primeiramente processado com respectiva imagem perturbadora associada, identificação da cognição negativa, cognição positiva, emoção e sensação corporal desencadeadas pela imagem. Quantificação do índice subjectivo de perturbação (SUD) da cognição negativa e validade da cognição positiva (VOC).
4. Processamento com estimulação dual de atenção através da estimulação bilateral alternada com tempos de duração e ritmos específicos.
5. Re-avaliação da cognição positiva e medição da sua validade. Ligação da cognição positiva à imagem previamente processada. Instalação da cognição positiva por estimulação bilateral.
6. Sonda corporal (*body scan*), para verificar se existe ainda algum efeito residual perturbador no corpo.
7. Encerramento do protocolo de processamento.
8. Re-avaliação dos estímulos desencadeantes e imagem original, de modo a assegurar que o protocolo de processamento foi terminado. Nesta fase o

nível SUD deve ter diminuído ao seu limite mínimo, e o VOC aumentado até ao seu limite máximo. Este processo é indicativo da modificação das cognições, alteração e monitorização das sensações corporais e emoções, de modo a assegurar que a informação previamente bloqueada foi integrada e processada e foi atingida uma resolução adaptativa.

O EMDR é portanto uma abordagem terapêutica integrativa de processamento de informação, que associa ao movimento alternado bilateral emoções, sensações corporais, cognições positivas e negativas e pensamentos. A estimulação bilateral por si só, não é responsável pelo processamento, muito embora seja uma componente essencial, e está associada a protocolos de intervenção específicos e multidimensionais.

Modelo de Processamento Adaptativo de Informação (AIP)

Processos mentais como memória, emoção, atenção, regulação de comportamento e cognição, podem ser compreendidos através do estudo da natureza da actividade cerebral. O cérebro tem uma organização complexa composta por uma rede de cerca de 10 a 20 biliões de neurónios interconectados. A informação inerente aos estímulos externos e internos é representada por padrões de actividade neuronal que incluem sensações, percepções e imagens, e fluem em circuitos em forma de redes que formam mapas neuronais (Siegel, 2002).

O modelo de Processamento Adaptativo de Informação (AIP), é o modelo de base que enquadra a estrutura teórica do EMDR, contextualiza os princípios da intervenção terapêutica e conceptualização de caso, e fundamenta a base de explicação dos fenómenos que estão na origem dos processos psicopatológicos (Solomon & Shapiro, 2008). Oferece igualmente uma hipótese de trabalho, sujeita a actualizações e subsequentes modificações, utilizando uma linguagem baseada na neurofisiologia do processamento de informação. O AIP parte do pressuposto que o PPST é uma perturbação de processamento de informação, e tem como premissa que o processamento das memórias traumáticas constitui o elemento chave da terapia (Schubert & Lee, 2009).

A memória é um processo activo de assimilação e integração. As redes de memória estão interligadas e armazenam pensamentos, imagens, emoções e sensações relevantes, associados aos acontecimentos vivenciados. As redes de memória referentes a acontecimentos actuais ligam-se automaticamente a redes de memória pré-existentes e previamente processadas. O processamento adaptativo de informação acontece quando o novo material se liga ao já guardado e processado na memória, e são criadas novas associações que fomentam a aprendizagem (processamento), o alívio do desconforto emocional, e a integração de esquemas emocionais e cognitivos positivos que vão servir de apoio ao processamento de futuras situações. (Shapiro & Maxfield, 2002). As memórias, ao contrário de serem evocações precisas, são reconstruções e transformações de narrativas e histórias que partilhamos com outras pessoas. Este processo de narrativa ajuda a organizar, reavaliar e atribuir um significado coerente às experiências (Van der Kolk, 2002). De acordo com Siegel (2002), narrativas coerentes verbais ou não verbais são fundamentais para o processamento de situações, e emergem como resultado do processo de integração cerebral bilateral (Siegel, 2002).

Uma experiência pode ser considerada traumática quando ameaça a saúde e bem-estar de um indivíduo, e passa a condicionar e controlar o modo como uma pessoa organiza as suas percepções subsequentes (Brewin, Dalgleish & Joseph, 1996; Van Der Kolk, 2002). Um acontecimento traumático provoca uma intensidade emocional e níveis de activação cerebral de tal modo elevados que a organização da experiência numa narrativa coerente, capacidade de auto-reflexão e avaliação ficam afectadas, impossibilitando o processamento adequado do acontecimento (Van Der Kolk, 2002).

De acordo com o modelo AIP, o acontecimento traumático é armazenado e organizado no cérebro de um modo fragmentado, com emoções desconectadas, percepções visuais e sensações cinestésicas não coerentes, impossibilitando um mecanismo de processamento integrado. É originado um desequilíbrio ao nível do sistema nervoso, impossibilitando a ligação com outras redes de memória, já devidamente processadas, que contêm informação adaptativa. A informação relacionada com o acontecimento traumático fica “congelada” sensorialmente, isolada numa rede neuronal denominada de “nó”. A impossibilidade de ligação a outras redes de memória, inviabiliza que o acontecimento seja devidamente processado e integrado (Solomon & Shapiro, 2008).

Estímulos internos e externos podem desencadear respostas não adaptativas e exageradas, devido à associação automática a situações do passado que não foram devidamente processadas. Esta perspectiva de que os sintomas presentes são o resultado da activação de memórias que não foram devidamente processadas e armazenadas, é uma das bases conceptuais de grande relevância da terapia EMDR (Shapiro, 2001).

O processamento neuronal é um processo contínuo e mutável e o objectivo do EMDR é facultar o acesso e processamento de todos os “nós” de informação, através do fluir contínuo de informação, possibilitando alterações nas redes de memória e seus esquemas (Boudewyns & Hyer, 1996). Os mecanismos de acção envolvidos promovem a ligação da memória bloqueada e isolada, a outras estruturas de memória mais abrangentes e adaptativas, criando novas associações que promovem o processamento completo e a resolução adaptativa da situação traumática (Solomon & Shapiro, 2008; Smyth & Poole, 2002). Na terapia EMDR, a informação relevante da memória traumática é trazida à consciência, de modo a poder ser evocada e armazenada de um modo adaptativo, e incorporada de modo que o paciente possa aprender e integrar a memória como parte da sua história de vida.

Uma componente fundamental do modelo AIP é a ênfase no conceito de auto-cura inerente ao mecanismo de processamento mental. Shapiro refere em 1995 que “Existe um sistema inerente e todos nós que está fisiologicamente programado para processar informação em direcção a um estado de saúde mental” (Shapiro, 1995, citado por Bohart & Greenberg, 2002).

Apesar do trabalho extenso de investigação na área do EMDR, o mecanismo preciso através do qual o processamento das memórias é efectuado, não parece estar empiricamente explicado. O modelo de base do EMDR, Modelo de Processamento Adaptativo (AIP), possui evidências que suportam o seu funcionamento, mas carece de suporte empírico que fundamente e explique os mecanismos de base subjacentes a esse mesmo funcionamento (Shubert & Lee, 2009).

Estudos Empíricos

A terapia EMDR é dos processos terapêuticos mais extensivamente investigados (Schubert & Lee, 2009). Uma revisão da literatura acerca do impacto da terapia EMDR no tratamento da PPST categoriza o processo de investigação em fases distintas: na

avaliação da eficácia da terapia em casos de PPST; na comparação dessa possível eficácia com outras abordagens terapêuticas; e na compreensão dos mecanismos de funcionamento do EMDR, que possam corroborar e explicar o seu contributo no tratamento da sintomatologia associada à PPST (Schubert & Lee, 2009).

De acordo com o relatório do United Kingdom Department of Health (2001), as terapias Cognitivo-Comportamental e EMDR são nomeadas como tendo maior grau de eficácia no tratamento dos sintomas de PPST. Van Etten e Taylor (1998) numa meta-análise efectuada a 61 estudos comparativos de diversas abordagens de tratamento de PPST, incluindo a Terapia Cognitivo-Comportamental, EMDR, treino de relaxamento, Hipnose Clínica e terapia Psicodinâmica, vêm a concluir que a terapia cognitivo-comportamental e o EMDR são as abordagens mais eficazes no tratamento, e com taxas de sucesso equivalentes. Mais recentemente, Bisson (2009), numa meta-análise incidindo em investigação efectuada nos últimos 10 anos, conclui igualmente que a terapia cognitivo-comportamental e o EMDR apresentam boas evidências de eficácia no tratamento da PPST. A validar o papel significativo das duas abordagens terapêuticas, o National Institute for Clinical Excellence (NICE) publica em 2005, a recomendação do EMDR no tratamento de PPST, mas ressalva a falta de evidência que permita concluir ser um tratamento com resultados mais rápidos e eficazes do que a terapia cognitivo-comportamental (NICE, 2005).

Adoptando uma perspectiva de índole mais comparativa, Lee, Graviel, Drummond, Richards e Greenwald (2002), obtêm resultados de eficácia semelhante entre as duas abordagens, ressalvando que o EMDR manifesta resultados terapêuticos num menor espaço de tempo. Esta visão é apoiada por Ironson e colaboradores (2002), num estudo com uma amostra aleatória composta por 22 pacientes vítimas de violação e outros crimes. Os autores confirmam a eficácia do EMDR e da terapia de exposição prolongada, mas denotam que o EMDR alcança redução de sintomas de PPST mais rapidamente, e tem taxas de desistência da terapia significativamente mais baixas.

Ao longo das décadas, a terapia EMDR tem sido alvo de cepticismo e críticas. O valor da componente da estimulação bilateral alternada é questionado, e tem sido sugerido que o EMDR provavelmente é uma outra forma de terapia por exposição (Rubin, 2008). O método de estimulação bilateral mais estudado tem sido o ocular. Num estudo comparativo entre terapia EMDR efectuada com olhos estacionários e com

movimentos laterais alternados, Barrowclif (2004) obteve resultados indicativos de uma redução significativa da valência emocional, activação da memória autobiográfica e aumento da actividade ElectroDérmica, nos casos em que movimentos laterais oculares tinham sido aplicados. Davidson e Parker (2001), numa meta-análise incluindo 34 estudos, concluem que a eficácia da estimulação bilateral integrada na terapia EMDR não tem que ser necessariamente ocular outras formas de estimulação bilateral alternada, como o toque (*tapping*) e estímulos auditivos são igualmente eficazes.

Apesar da controvérsia gerada pelo EMDR, e falta de consenso relativamente à comprovação, avaliação e explicação dos mecanismos subjacentes ao funcionamento, um número significativo de estudos com rigor metodológico confirmam a sua eficácia no tratamento da PPST (Schubert & Lee, 2009). O EMDR é categorizado como um tratamento com suporte clínico e empírico no tratamento da PPST pela APA (2004), pelo U.S. Department of Veterans Affairs and Department of Defense (2004) e pelo U.K. National Institute for Clinical Excellence, que em 2005 refere que “Na generalidade, existem estudos com rigor que suportam a conclusão de que o EMDR é eficaz no tratamento da PPST” (NICE, 2005).

A fisiologia do Trauma e o EMDR

Um estímulo traumático provoca um impacto intenso na memória formando redes neuronais rígidas e inflexíveis, que contêm a informação emocional associada ao acontecimento. Quando expostos a estímulos que relembram o acontecimento traumático original, desencadeiam-se reacções psico-fisiológicas e neuro-endócrinas, que provocam reacções idênticas às reacções presentes na altura do acontecimento traumático inicial (Brewin et al., 1996; Van der Kolk, 2002). O reviver da experiência é vivenciado como se a situação original traumática estivesse novamente presente (distorção do tempo) (Rauch, Van der Kolk, Fisler & Alpert, 1996).

Num estudo utilizando Tomografia por Emissão de Positrões (PET), foi demonstrado que quando as pessoas revivem experiências traumáticas a actividade da Área de Broca - responsável pelo processamento da linguagem, produção da fala e compreensão – diminui, aumentando a actividade do sistema límbico no hemisfério

direito cerebral. O sistema límbico modera a actividade do sistema nervoso autónomo e endócrino, e está directamente ligado à avaliação e resposta a estímulos emocionalmente relevantes (Reyes, Elhai & Ford, 2008).

É extensa a literatura que suporta a importância da Amígdala, situada no lobo temporal, no domínio do comportamento emocional e no condicionamento do medo (Baptista & Magalhães, 2010). A amígdala é uma das estruturas neurológicas com maior índice de resposta ao medo, e encontra-se estrategicamente localizada de modo a mediar e avaliar os estímulos emocionais.

Os *flashbacks*, sintomas muito comuns na PPST, assemelham-se a redes de memória “congeladas no tempo”, que se tornam experiências repetitivas traumatizantes (Brewin et al., 1996). Acredita-se que são devidos a uma activação intensa do hemisfério direito (córtex visual), e subsequente desactivação do hemisfério esquerdo (área da fala), intérprete e responsável pela busca de relações causa-efeito e modos de funcionar lineares e lógicos. A diminuição de actividade do hemisfério esquerdo reduz assim a capacidade de integração dos elementos factuais e semânticos da memória dos eventos traumáticos, e altera a capacidade de processamento e interpretação do significado da experiência. Siegel (2002) presume que narrativas coerentes dependem em grande parte da integração do funcionamento de ambos os hemisférios cerebrais.

Nos casos de PPST a alteração do funcionamento dos processos de memória tem sido comparada aos processos nos pacientes com depressão. Parece existir uma tendência para ampliar a evocação de material relacionado com o trauma, e uma dificuldade na recuperação de memórias autobiográficas (Buckley, Blanchard & Neill 2000 citado por Brewin & Holmes, 2003). Proper e Christman (2008) defendem a noção de que a memória episódica, memória autobiográfica dos acontecimentos, é afectada pela exposição a situações traumáticas. A evocação da informação na memória episódica não é uma mera interpretação dos acontecimentos. Envolve a subjectividade temporal (podermos viajar no tempo), e o sentir das vivências como parte de um contínuo temporal que engloba as vivências passadas, presentes e futuras.

Tulving (2002) denomina esta capacidade de “viajar no tempo” de consciência auto-noética e considera-a parte fundamental da memória episódica, distinguindo-a da consciência noética, que por sua vez, faculta a consciência factual dos acontecimentos. Indivíduos que perderam a capacidade de consciência auto-noética, descrevem uma experiência como se sentissem a sua mente num “vazio”. Perdem a capacidade de viajar

mentalmente no tempo, de ter consciência que o presente é uma continuação do passado e precedente do futuro, e ficam num estado de consciência estagnada no tempo presente (Wheeler, Stuss e Tulving, 1997). Os autores sugerem que os elementos da consciência noética, elementos factuais e semânticos, estão armazenados primordialmente no hemisfério esquerdo, e as representações autobiográficas, consciência auto-noética, no hemisfério direito. Situações que impeçam a integração neuronal hemisférica, como o trauma, podem estar na base de experiências traumáticas não resolvidas e subsequente desenvolvimento de PPST.

A estimulação bilateral hemisférica usada na terapia EMDR pode catalisar a integração simultânea da evocação da consciência auto-noética (hemisfério direito), e seu processo de decodificação (hemisfério esquerdo), acelerando a activação dos dois hemisférios e permitindo a integração das representações autobiográficas e semânticas, repondo o equilíbrio da actividade hemisférica cerebral perturbada pela situação traumática. A integração bilateral pode ser a resolução terapêutica que activa representações flexíveis e auto-noéticas relacionadas com as memórias traumáticas, e permite a aquisição de um sentido temporal coerente, e aquisição de novos níveis de integração neuro-anatómicas que conduzem à resolução de situações de trauma (Siegel, 2002).

3. Bem-Estar Subjectivo

Psicologia Positiva

Antes da 2ª Guerra Mundial, a psicologia, ainda uma ciência na sua infância, tinha três objectivos: curar a doença mental, ajudar as pessoas a tornarem as suas vidas mais felizes, e identificar e estudar o potencial humano. Após a guerra, e conseqüente aumento do número de doenças e distúrbios psicológicos, a psicologia concentrou os seus esforços primordialmente no primeiro objectivo (Seligman, Parks e Steen, 2004). Apesar das décadas de ênfase no estudo e tratamento da patologia, o cenário actual na área da Saúde Mental não aparenta ser muito promissor. A OMS em 2011 publica que mais de 450 milhões de pessoas no mundo sofrem de algum tipo de perturbação mental. Seligman, Parks e Steen em 2004, já tinham chamado à atenção para o facto de cerca de

30% da população norte americana ter algum tipo de perturbação do foro psicopatológico. Perante este enquadramento algo pessimista, Martin Seligman (1998), então presidente da American Psychological Association (APA), apelou à necessidade de investimento pela parte da comunidade científica, em áreas de estudo que fossem de encontro às potencialidades e aspectos de funcionamento psicológico positivo, como as emoções positivas, optimismo, amor, gratidão, felicidade e criatividade. Nesse mesmo ano, Seligman convida Ray Fowler e o psicólogo húngaro especialista na área do *Flow*, Mihaly Csikszentmihalyi, para uma reunião numa praia paradisíaca em Akumal, no México, do que resulta o nascimento de uma nova área da psicologia – A Psicologia Positiva (Wallis, 2005). A missão da psicologia positiva é estudar o que é funcional e positivo no funcionamento psicológico humano, com o objectivo de compreender, desenvolver e reforçar o que permite aos indivíduos e sociedades crescer e florescer (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Diversas críticas insurgiram-se contra o trabalho proposto pelos psicólogos da psicologia positiva. A discórdia de Lazarus (2003) centrou-se na preocupação que ao se investir primordialmente na faceta positiva do funcionamento psicológico, se corra o risco de abandonar o lado mais realista do mundo em que habitamos. Argumenta que o pessimismo é mais condizente com as barbaridades frequentes cometidas à e pela humanidade, e o foco nos aspectos positivos pode perpetuar a indiferença perante tais atrocidades. Lazarus reconhece as qualidades e virtudes humanas, mas salienta que a dedicação ao positivo em detrimento do negativo, é demasiado simplista, uma vez que as duas facetas estão funcionalmente interligadas. Diener (2003) contra-argumentou, lembrando que a psicologia tem dedicado as últimas décadas ao estudo do carácter negativo do funcionamento psicológico, ignorando o seu lado positivo, não tirando proveito dos recursos valiosos na prevenção e intervenção na área da Saúde Mental. Diener expressa o desejo da existência de uma única psicologia integrativa de todas as facetas do funcionamento psicológico humano, sem justificação ou necessidade de partições (Diener, 2003). Uma das dificuldades de base salientadas por Diener reside na definição do conceito de Positivo, e na importância de encontrar uma descrição dotada de um carácter consensual e unânime de aplicabilidade a toda a comunidade científica (2003).

Bem-Estar Subjectivo: Definição e Caracterização

Durante as últimas décadas, o conceito de Bem-Estar Psicológico tem vindo a conquistar atenção na área da investigação científica. Vários autores provenientes de distintas tradições teóricas conceptuais e metodológicas, têm-se dedicado ao estudo do bem-estar. A disparidade de objectivos, definições e métodos avaliativos, tem contribuído para a dificuldade de encontrar consenso e uniformidade numa definição consensual do conceito (Bizarro, 1999). Ed Diener é considerado o investigador de destaque na área do construto do Bem-Estar Subjectivo (BES).

O conceito de BES insere-se no campo da psicologia positiva e consiste na avaliação subjectiva que uma pessoa efectua acerca da sua própria vida. O BES é constituído por duas dimensões. A Satisfação com a Vida, dimensão cognitiva, representada pelos julgamentos avaliativos efectuados acerca da satisfação com a vida como um todo integrado (ou em domínios de vida específicos), e os Afectos Positivo e Negativo, dimensão afectiva, avaliada subjectivamente sob a forma de sensações e emoções, medindo preponderância, duração e intensidade dos dois tipos de afecto. Actualmente é aceite que o afecto é composto por estados de humor e emoções, sendo a componente afectiva do BES, também denominada como o seu elemento emocional (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999). A dimensão cognitiva, a satisfação com a vida, é avaliada através da comparação das circunstâncias actuais da vida, com as circunstâncias que constituem um padrão médio aceitável. Quanto menor for esta discrepância, mais elevado o nível de satisfação com a vida (Diener, 1984).

As duas dimensões do BES (cognitiva e afectiva) estão altamente interligadas, e um nível elevado de satisfação com a vida, aliado a uma avaliação de vivência com predominância de emoções positivas, constitui um elevado nível de BES (Diener, 2000). Os investigadores na área do BES estão interessados nas variâncias observadas a longo prazo e não nas variações emocionais momentâneas. Não menosprezando a existência inevitável das flutuações de humor, e conseqüente alteração momentânea dos níveis de BES, os investigadores focam-se maioritariamente na experiência subjectiva e duradoura vivenciada a longo prazo.

Bradburn (1969) interessado em medir as duas componentes afectivas do BES, verificou que contrariamente ao que seria esperado, os valores de afecto positivo e

negativo eram estatisticamente independentes. O nível de afecto positivo não aparenta estar dependente do nível de afecto negativo (citado por Warr, Barter & Brownbridge, 1983). Sendo assim, o afecto positivo e negativo não constituem dois pólos opostos, e podem coexistir simultaneamente (Diener et al. 1999).

Bem-Estar Subjectivo e Saúde Mental

De acordo com a OMS (2011), a Saúde Mental é uma parte integral e essencial à saúde estipulando:

“Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade (...) Saúde mental é um estado de bem-estar em que o individuo toma consciência das suas capacidades, consegue lidar com os factores stressantes da vida quotidiana, trabalhar produtivamente e ter um contributo na sua comunidade. Nesta perspectiva positiva, saúde mental é a base do bem-estar individual e do funcionamento eficiente de uma comunidade”. (Fact sheet N°220, Setembro 2010)

A importância atribuída à saúde mental como parte integrante do funcionamento saudável, ao nível pessoal, social e psicológico, confere ao BES um papel importante na contribuição para a saúde mental, baseado na componente avaliativa da vida, a partir da percepção de experiência subjectiva de bem-estar, ou seja da percepção pessoal da vida.

Bem-Estar Subjectivo e Felicidade

Há milénios que estudamos o conceito e a importância da Felicidade. A doutrina hedónica da felicidade postulada por Aristippus (435-366 a.C.) valoriza o princípio da gratificação sensorial imediata e a busca do prazer (Peterson, 2006). Na perspectiva filosófica aristotélica (384-322 a.C.), a felicidade é sinónimo de *eudaimonia* que defende a necessidade das pessoas “... reconhecerem e viverem de acordo com o seu *daimon* ou verdadeiro *self*, isto é, de acordo com as suas mais elevadas capacidades e talentos, de forma a atingirem a perfeição e realização pessoal (Novo, 2003, p. 15).

Seligman (2011) expressa apreensão na adoção de uma doutrina nomista de definição de bem-estar e felicidade, propondo que o conceito de felicidade, (*authentic happiness*), que denomina de teoria do bem-estar, seja categorizado por cinco elementos; prazer na vida (ou emoções positivas); envolvimento com a vida (*engagement*) ou *flow* definido por Csikszentmihalyi; sentido e significado da vida (*meaning*) seja através do encontro com um propósito superior como a religião, política ou vida familiar; relações positivas (*positive relationships*) como partilha de momentos significativos que servem de antídoto ao sofrimento; e por último, realizações positivas (*positive accomplishments*).

Segundo Waterman (1993) a felicidade é uma forma de vivenciar a experiência hedónica, frequentemente ligada à vivência de afectos agradáveis e satisfação de necessidades, sejam estas físicas, intelectuais, psicológicas ou sociais. O BES tem sido coloquialmente associado ao conceito de felicidade (Diener 2000), facto que tem suscitado discórdia de diversos autores, incluindo Warr que em 1978 afirma que “Bem-estar” não é o mesmo que “felicidade”, embora a segunda possa estar incluída na primeira” (p.120). A ligação entre a felicidade e o BES aparenta ter derivado da frequente associação com a sua dimensão afectiva (afecto positivo). A componente cognitiva (satisfação com a vida), embora relacionada, não é facilmente associada ao conceito de felicidade. Não existindo diferenciação entre BES e felicidade, a dimensão cognitiva, satisfação com a vida, pode passar a ser percebida como um complemento à felicidade, isto é, um complemento da dimensão afectiva (positiva) do funcionamento psicológico (Ryff & Keyes, 1995). Os autores advogam que existem outros factores igualmente merecedores de atenção na sua contribuição para o bem-estar, não defendendo a ênfase colocada no conceito de felicidade. Apesar das vozes discordantes, o modelo de BES é considerado como uma das definições de felicidade mais consensualmente aceites, por uma vasta maioria de investigadores, sendo argumentado que as duas dimensões do BES proporcionam uma perspectiva integrada e multidimensional da percepção de felicidade (Schiffrin & Nelson, 2010).

Teoria da Adaptação e Bem-Estar Positivo

Um dos princípios básicos do funcionamento psicológico é a motivação para a proximidade a estímulos que causem prazer e o afastamento de estímulos causadores de

dor. Este princípio hedónico, baseado nos mecanismos adaptativos que guiam a nossa espécie na direcção aos recursos, tem um papel protector dos possíveis perigos do meio ambiente (Lucas, 2007). De acordo com o modelo de adaptação hedónica (*hedonic treadmill model*), alguns acontecimentos parecem afectar o nível de felicidade (BES), mas este impacto é aparentemente temporário. Passado o efeito provocado inicialmente, o nível de BES tende a reajustar-se a um nível basal (*set point*) de felicidade (Diener, Lucas & Scollon, 2006). Brickman, Coates e Janoff-Bullman (1978) concordam com a premissa que existe uma adaptação às condições de vida, negativas e positivas, e que após um nível de intensa infelicidade ou felicidade, os níveis de BES regressam a um nível de neutralidade hedónica. Num estudo arrojado efectuado pelos mesmos autores, pessoas vítimas de acidentes resultando em paralisia, registavam níveis de BES não muito mais baixos do que os apresentados por pessoas que tinham ganho a lotaria. Passado o choque inicial, as pessoas adaptavam-se à nova situação e normalizavam os níveis de BES. Tellegen e colegas (1988) colocam em questão a teoria da neutralidade hedónica, e sugerem que ao invés da existência de um nível de neutralidade de felicidade, existe um nível de base fixo determinado por factores hereditários. Por esta perspectiva, níveis de felicidade interindividuais são personalizados, e mesmo que sejam alterados temporariamente por acontecimentos da vida, voltam gradualmente a um nível de base estipulado pela componente do nosso código genético. Lucas (2007) refuta esta premissa, quando verifica num efectuado com indivíduos com doenças crónicas graves, descidas nos níveis de felicidade, motivadas pela doença, que perduram a longo prazo, e não regressam a um nível de base. Nestes casos, a capacidade de adaptação à doença crónica parece estar reduzida e não existir uma habituação às limitações provocadas pela doença.

Apesar da influência da componente genética na felicidade, e da capacidade da espécie humana para adaptação às mais diversas situações, parece que determinados acontecimentos podem afectar permanentemente os níveis de BES. Num estudo longitudinal com uma amostra de 24 000 indivíduos, Lucas e colaboradores (2003), ao avaliar os níveis de satisfação com a vida antes, durante e após uma situação de desemprego, verificam que a descida nos níveis de satisfação com a vida não recuperam os valores registados no início do estudo. Aliás, mesmo após resolução da situação profissional, os indivíduos não recuperaram os níveis assinalados inicialmente. Em 2006, Diener, Lucas e Scollon propõem uma revisão do modelo de adaptação hedónica,

sugerindo que o foco da investigação deveria incidir no estudo de quais os factores responsáveis pelas alterações de carácter permanente ou a longo prazo nos níveis de BES, e os factores responsáveis por alterações de carácter somente momentâneo, com readaptação posterior aos níveis originais.

Factores Sociodemográficos e Bem-Estar Subjectivo

Wilson (1967) caracterizou uma pessoa feliz como sendo uma “pessoa jovem, saudável, bem-educada, bem remunerada, extrovertida, optimista, sem preocupações, religiosa, casada, com auto-estima, aspirações modestas, de qualquer um dos sexos, e de um nível de inteligência geral e amplo” (p. 294). O trabalho de Wilson serviu de base ao estudo das variáveis sociodemográficas, possivelmente relacionadas com os níveis de BES. Três décadas após a publicação do estudo de Wilson, as investigações na área de BES evoluíram e multiplicaram-se com uma rapidez vertiginosa. Diener e colegas (1999), numa revisão de literatura, constataram que a ênfase dos estudos, inicialmente colocada na descrição das características demográficas associadas à felicidade, actualmente tinha alterado o foco para a compreensão do “como” e “porquê” subjacentes a uma avaliação positiva da vida. O factor personalidade é caracterizado como um dos preditores mais significativos do BES, sendo o neuroticismo e a extroversão apontados como os traços de personalidade que exercem maior influencia (Costa & McCrae, 1980, citado por Diener et al. 1999). Relativamente ao factor genético, exercem 40% de grau de impacto na variância de emoções positivas, e 55% nas emoções negativas (Tellegen, Lykken, Bouchard, Wilcox, Segal & Rich, 1988). Estudos longitudinais mais recentes efectuados com amostras constituídas por gémeos demonstram que o factor hereditariedade é responsável por cerca de 80% do nível previsível de BES ao longo da vida (Lykken & Tellegen, 1996).

O nível socioeconómico parece igualmente relacionado com o BES, mas não aparenta uma correlação tão forte, comparativamente aos outros factores, mesmo nos países com maior poder económico (Biswas-Diener, Diener & Tamir, 2004; Diener et al. 1999; Judge & Klinger, 2008). Myers (2000) defendeu a não existência de uma correlação positiva entre felicidade, idade, sexo e dinheiro, salientando a importância dos relacionamentos inter-pessoais, do exercício físico, da satisfação profissional e

dedicação ao lado espiritual, como factores que podem favorecer o BES, ajudando a criar uma vida feliz.

Mais recentemente, Diener (2010) publicou um artigo de esclarecimento de aspectos relevantes do BES, susceptíveis a juízos vagos e possivelmente confusos. Relativamente à relação entre o factor monetário e os níveis de BES, Diener remete para estudos inter-culturais, salientando o facto de pessoas que habitam em países com melhores condições monetárias apresentarem, na realidade, níveis médios de BES superiores aos que vivem em países com recursos escassos e níveis de pobreza elevados. Todavia, Diener realça a importância de uma metodologia rigorosa aplicada à interpretação de resultados, que tenha em atenção factores contextuais, culturais, tradições, religião, crenças e valores, e necessidades físicas e psicológicas das populações em estudo.

Os resultados da Gallup World Poll (efectuado a nível mundial) com o intuito de estudar as associações entre felicidade, rendimento monetário e satisfação de necessidades básicas físicas e psicológicas, demonstram que o factor monetário constitui um preditor moderadamente forte na avaliação da satisfação com a vida, e resulta da comparação efectuada entre as condições de vida actuais e condições desejadas. No que diz respeito à satisfação das necessidades psicológicas, como a educação, autonomia, mestria, respeito e o poder contar com os outros numa emergência, foi notória no estudo a sua correlação positiva com a dimensão afectiva do BES (Diener, Ng, Harter, & Arora, 2010).

Emoções Positivas e Negativas versus Emoções Adaptativas

Em 1884, William James postula que as emoções são “...respostas de um sistema complexo, cujo objectivo é o de preparar o organismo para responder aos estímulos do meio que tinham significado evolutivo” (citado por Vasco, 2009). As emoções tiveram, e têm, um papel fundamental, tendo evoluído de modo a permitir a sobrevivência da nossa espécie, e respectiva optimização da sobrevivência física e psicológica (Vasco, 2009; Diener, 2008). Alguns autores argumentam que as emoções negativas como a zanga, tristeza, medo (emoções primárias), servem uma função

adaptativa psicológica a determinadas situações. Perante determinados estímulos, emoções primárias negativas podem ser as mais apropriadas para a perseveração da saúde física e psicológica. Vasco (2009) refuta a visão dicotómica entre emoções “negativas” ou “positivas”. O autor defende que as emoções podem ser subjectivamente eufóricas (agradáveis) ou disfóricas (desagradáveis), adaptativas ou não adaptativas, e cumprem a função de sinalizar o grau de regulação da satisfação das necessidades vitais, tornando a essência do bem-estar psicológico na capacidade de regulação dessas mesmas necessidades.

Oishi, Diener e Lucas (2007), argumentam que apesar da maioria das pessoas beneficiarem em ter um nível elevado de emoções positivas, perante algumas circunstâncias, como o medo no evitamento do perigo, e a vergonha e culpa no evitamento de transgressões, as emoções positivas podem não ser as mais adequadas. Os mesmos autores, em 2006, constatam que pessoas felizes eram mais sociáveis e reportavam estar mais satisfeitas com os relacionamentos interpessoais, mas pessoas moderadamente felizes, reportavam maior sucesso nos domínios da motivação para alcançar objectivos, e na capacidade de alcançar uma situação monetária satisfatória.

Diener (2010) questionou o benefício num aumento dos níveis de BES nas pessoas que já reportavam um nível moderado e satisfatório de felicidade. Citou um exemplo clássico, quando numa viagem à Escócia foi confrontado por alguns escoceses que afirmavam ser suficientemente felizes, e não necessitarem que os americanos lhes ensinassem a ser ainda mais felizes (p. 507).

Surge a questão do que constitui na realidade um nível apropriado de BES. Se é verdade que a maioria das pessoas gosta e necessita de sentir felicidade, também parece ser realidade que para algumas pessoas um nível muito elevado de BES, não só não é desejável, como não constitui sinonimo de maior felicidade.

A Importância da Felicidade na Saúde

Se os factores que influenciam os níveis de felicidade e bem-estar são vitais na compreensão e melhoramento da saúde mental, igualmente importante será a avaliação

do impacto dos níveis de BES na vida pessoal, profissional, física, mental e psicológica dos indivíduos.

Diversos autores têm defendido que a felicidade pode aumentar a capacidade de concentração, criatividade e resiliência, neutralizando o possível dano provocado pelas emoções negativas no nosso corpo, e protegendo-nos da depressão, ansiedade e outras perturbações (Seligman, Rashid e Parks, 2006). O optimismo, coragem, perseverança e fé, parecem ter um papel importante na prevenção de determinadas doenças, no benefício de uma boa saúde física, na contribuição para uma vida com um humor mais positivo e na capacidade de usufruir de uma vida mais longa e mais feliz (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Fredrikson (1998, 2001) propõe um modelo denominado de *broaden- and-build*, para explicar o funcionamento das emoções positivas. De acordo com o modelo, o experienciar emoções positivas, incluindo alegria, contentamento, orgulho, amor e bondade, contribui para a expansão de reportórios, e uma maior capacidade de pensamento e de acção. Estes reportórios mais alargados contribuem para o desenvolvimento de recursos sociais, intelectuais e físicos, que podem ser de utilidade em situações de stress ou outras situações desafiantes (Fredrikson, 2001). A autora propôs (2001), que as emoções positivas possibilitam a prevenção e protecção da saúde, como doenças do foro cardíaco e oncológico. O efeito da reactividade cardíaca crónica e prolongada provocada pelas emoções negativas parece poder prejudicar o sistema cardíaco, o que chama a atenção para a possibilidade das emoções poderem estar relacionadas com determinadas doenças. Numa revisão de literatura acerca do efeito da felicidade na longevidade, Veenhoven (2008) verificou que o factor felicidade não prevê a longevidade em populações já afectadas por doença, mas o faz em populações saudáveis. A felicidade não parece exercer um efeito curativo, mas sim preventivo, marcadamente notável, sugerindo a sua importância na saúde pública. Guven e Saloumidis (2009), num estudo da relação entre a felicidade e a mortalidade, verificaram que por cada 10% de aumento nos níveis de felicidade, havia um decréscimo de 4% nos níveis de mortalidade, facto este, mais notório nos participantes com doença crónica. Assim, em 1984, pessoas avaliadas com níveis elevados de felicidade, tinham 4% menos probabilidade de falecer entre os anos de 1984 a 2007. O efeito positivo da felicidade aparenta de algum modo conseguir neutralizar o impacto negativo da doença crónica, e assim, reduzir a taxa de mortalidade. Na tentativa de

avaliar o efeito da sintomatologia depressiva nos índices de mortalidade, Blazer e Hybels (2004) realizam um estudo longitudinal ao longo de 10 anos, e verificam que 51% da amostra diagnosticada com depressão, no fim do estudo, tinha falecido. Os níveis de BES avaliados no início do estudo são sugestivos de uma relação entre as pessoas que faleceram, e as pessoas que tinham registado valores mais baixos de níveis de felicidade. De acordo com os resultados, foi colocada a possibilidade de a percepção subjectiva de bem-estar poder ser um dos factores mais importantes na previsão de mortalidade em adultos idosos com sintomas depressivos.

Seligman (2002), propõe que pessoas adoptam estilos de vida mais saudáveis, têm a tensão arterial mais baixa e sistemas imunitários mais fortes.

Ao longo dos últimos anos tem existido uma enorme diversidade de informação acerca dos efeitos do *stress* crónico na saúde. Existem evidências que apontam para o facto de pessoas expostas a estados de *stress* crónico atribuírem à sua vida níveis de felicidade mais reduzidos, e estarem mais susceptíveis a problemas de saúde mais frequentes, devido ao efeito que o *stress* crónico exerce no sistema imunitário (Ng, Diener, Aurora & Harter, 2009). No entanto, a relação entre o conceito de *stress* e seu efeito nos níveis de felicidade e saúde, não aparenta ser assim tão linear. Algumas pessoas pressionadas para cumprir prazos, reportam sentir um raciocínio mais aguçado, estados de alerta mais produtivos, maior capacidade de concentração e mobilização de recursos e aumento de produtividade. Este facto pode ser atribuído ao efeito físico e psicológico exercido por estados de *flow* (Csikszentmihalyi, 1990 citado por Ng et al. 2008). A ligação entre estados de *flow* e níveis de afecto positivo foi estudada em 2009 por Rogarkto, com estudantes que reportaram níveis de afecto positivo mais elevados e melhor rendimento académico após períodos de indução em estados de *flow*.

A relação entre efeitos do *stress*, trauma, estilos de coping e orientação para o crescimento foi estudado por Karlsen, Dybdahl e Vitterso (2006), com resultados sugestivos de que a exposição a estímulos traumáticos produzia impactos simultaneamente positivos e negativos. Remetendo novamente ao conceito de crescimento pós-traumático, verificamos que pessoas expostas ao trauma podem reportar níveis significativos de crescimento pessoal e reavaliação de objectivos de vida, como resultado da vivencia da experiencia traumática (Albuquerque et al., 2003). Uma

outra possível ligação conduz-nos novamente ao modelo de *broaden-and-build* de Fredrikson (1998), em que é proposto que emoções positivas podem ajudar a enfrentar situações adversas e promover a criação de recursos internos, fomentando a pro-actividade e resiliência.

4. Instrumentos de Avaliação aplicados à PPST, Bem-Estar Subjectivo e Felicidade

A avaliação e diagnóstico da Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)

Se pretendermos diagnosticar ou avaliar o grau de severidade da sintomatologia associada à PPST, existem instrumentos de avaliação específicos que cumprem essas funções com precisão. O *National Centre for PTSD* (NCP, 2010), pertencente ao *United States Department of Veterans Affairs* e a *Encyclopedia of Psychological Trauma* (Reyes, Elhai & Ford, 2008), disponibilizam uma vasta lista de métodos avaliativos mais frequentemente utilizados, abrangentes à população civil (adultos e crianças) e militar. Os instrumentos de avaliação mais comumente utilizados podem variar entre entrevistas, escalas de triagem e despiste de sintomatologia, escalas de avaliação que permitem efectuar diagnósticos diferenciais, e instrumentos de avaliação e diagnóstico do tipo auto-relato. Estas últimas apresentam claras vantagens quando usadas em conjunto com entrevistas estruturadas (CREST, 2003). As entrevistas estruturadas são amplamente usadas e variam no formato, forma de aplicação, cotação e natureza da informação avaliada. Como garantia a uma aplicação e cotação fidedigna, é aconselhável que a aplicação deste tipo de instrumento de avaliação, seja efectuada por profissionais com experiência e conhecimento específico na área da PPST. Seguidamente, serão muito sinteticamente descritos os instrumentos de avaliação mais frequentemente utilizados no diagnóstico, avaliação e monitorização de severidade de sintomatologia nos casos de PPST.

A ***Structured Clinical Interview for DSM – IV (SCID)*** é uma entrevista estruturada originalmente desenvolvida por First, Spitzer, Gibbon e Williams (1996),

com o intuito de avaliar todas as perturbações incluídas no DSM-IV-TR, incluindo a PPST. Avalia pormenorizadamente cada critério de diagnóstico (Reyes et al. 2008).

A *PTSD Symptom Scale – Interview* originalmente desenvolvida por Foa, Riggs, Dancu e Rothbaum (1993), é uma entrevista de 17 questões correspondentes aos critérios estabelecidos pelo DSM-IV para diagnóstico da PPST (Reyes et al. 2008).

A *Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)* é uma entrevista estruturada desenvolvida por Blake, Weathers, Nagy, Kaloupek, Charney e Keane (1996), composta por 30 itens que avaliam todos os critérios do DSM-IV-TR para diagnóstico da PPST. É considerada como um dos mais completos e precisos métodos avaliativos da PPST (NCP, 2010). Difere das outras entrevistas semi-estruturadas utilizadas na avaliação do PPST, no sentido em que adicionalmente à avaliação dos níveis de severidade da sintomatologia, avalia igualmente o impacto do quadro sintomático na vida profissional, familiar e social do indivíduo (CREST, 2003). As vantagens da CAPS consistem numa avaliação compreensiva da PPST e seus impactos na vida quotidiana e tem excelentes propriedades psicométricas. O tempo de aplicação é longo e requer que seja administrada por profissionais com treino específico na CAPS e PPST (Reyes et al. 2008).

A *Impact of Event Scale – Revised (IES-R)*, é uma escala auto-relato originalmente desenvolvida por Weiss e Marmar em 1996 (cit. em Bisson, 2009), que apresenta como vantagens o facto de ser uma escala curta e de fácil aplicação. Mede os sintomas PPST relacionados com um único evento traumático específico, e avalia 14 dos 17 sintomas estipulados pelo DSM-IV – Critérios B, C e D.

A *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist (PCL)* foi originalmente desenvolvida por Weathers, Litz, Huska e Keane em 1993 (cit. em NCP, 2010), com o intuito de avaliar, diagnosticar e monitorizar a severidade de sintomas de PPST. Existem actualmente três versões da escala PCL. A versão PCL-M (populações militares), PCL-C (populações civis) e PCL-S para diagnósticos referentes a um evento específico (NCP, 2010). A escala foi construída com base nos critérios B,C e D, do DSM-IV. As respostas são pontuadas numa escala de *likert* de cinco itens: 1= “nada”, 2= “Um pouco”, “3= “Moderadamente”, “4= Bastante” e “5= Extremamente”.

A versão portuguesa da PCL foi efectuada por Gonçalves, Lima e Marques Pinto em 2006 (citado por Oliveira, 2008).

A cotação dos resultados pode ser efectuada de três modos (Oliveira, 2008):

1. Cálculo da soma dos 17 itens (pontuação pode variar entre 17 e 85)
2. Soma de itens de sub-escalas (Critério B (1-5); Critério C (6-12); Critério D (13-17)).
3. Contagem dos itens com pontuação igual ou superior a 3, e depois seguir os critérios para o diagnóstico de PPST do DSM-IV. Pelo menos um sintoma do critério B (re-experienciar), pelo menos três sintomas do critério C (evitamento) e pelo menos dois sintomas do critério D (hiper-activação).

Quando se opta pelo primeiro modo de pontuação, podemos usar como base os pontos de corte do NCP (2010) conforme pode ser verificado no Quadro 1.1

Quadro 1.1

Pontos de corte sugeridos pelo NCP para diagnóstico PPST

Contexto	Pontuação Total
Doentes Psiquiátricos	56
Cuidados Primários	33
Em serviço militar Iraque/Afeganistão	28
Acidente de Viação (civis)	50
Fonte: National Centre for PTSD (2010)	

Medidas aplicadas ao Bem-Estar Subjectivo e Felicidade

Os desafios que enfrentamos quando nos propomos a medir emoções, se por um lado cativantes, por outro levantam questões pertinentes. Emoções são fenómenos de natureza subjectiva e fisiológica de tal modo complexa, que uma única medida não consegue capturar integralmente a sua complexidade multidimensional. Confrontados com este cenário, os psicólogos interessados no estudo dos afectos, têm optado por utilizar uma metodologia o mais diversificada possível, aplicada à área da investigação científica (Lucas, Diener & Larsen, 2009). A complexidade teórica e os múltiplos factores inerentes ao BES e felicidade têm constituído um desafio na criação de medidas de avaliação fidedignas. Diener (1984) apresenta esquematicamente 18 escalas sobre o BES efectuadas sobre critérios diversificados, que variam desde a incidência primordial

em factores de personalidade, sociodemográficos e contextuais. O autor aponta para o facto de algumas escalas serem baseadas em estudos que carecem de uma base teórica sólida acerca da estrutura psicológica do BES. Ryff (1989), chama a atenção para o facto de muitos estudos empíricos efectuados com base nas escalas sobre a felicidade, não definirem o conceito solidamente, construindo escalas com itens baseados em intuição e senso comum.

A maioria dos investigadores procura formular escalas que incluam itens abrangentes dos três componentes do bem-estar: julgamentos sobre a satisfação com a vida, afectos positivos e afectos negativos (Barros, 2010). As escalas de auto-relato são o tipo de instrumentos de avaliação habitualmente mais utilizado na avaliação das dimensões cognitiva e afectiva do BES. Primam pela simplicidade no processo de apuração da frequência e intensidade, atribuída pelos indivíduos à sua experiência subjectiva, e não exigem interpretações exaustivas ou inferências por parte do investigador (Pavot & Diener, 2008). Este tipo de metodologia tem sido alvo de algum ceticismo, dada a possível susceptibilidade a influências contextuais, factores de enviesamento e validade, e interpretação de dados. Todavia, vários autores defendem que a influência de factores contextuais e estilos de resposta é baixa e, na generalidade, as medidas de auto-relato possuem bons níveis de validade e precisão, constituindo uma metodologia de avaliação fiável na área do BES (Sandvik, Diener & Seidiiz, 1993).

Uma das escalas mais usadas para avaliar a felicidade é a *Oxford Happiness Inventory*, desenvolvida por Argyle, Martin e Crossland (1989), constituída por 29 itens com o objectivo de avaliar a felicidade num contexto mais abrangente. De acordo com os autores, a felicidade está dependente da frequência e intensidade de afecto positivo, alegria e elevados níveis de satisfação com a vida, e ausência de emoções negativas como a ansiedade e sintomas depressivos (citado em Liaghatdar, Jafari & Abedi, 2008).

A **Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)** - originalmente desenvolvida por Watson, Clarck e Tellengen (1988), a PANAS nasceu da necessidade de desenvolver instrumentos de medida breves, de fácil aplicação e boas propriedades psicométricas. A PANAS é uma medida de avaliação da dimensão afectiva do BES, responsável pela medição das emoções positivas e negativas. Constituída por 10 adjectivos representativos de emoções positivas, e 10 de emoções negativas, a PANAS é uma das escalas de afecto mais amplamente utilizadas (Watson et al. 1988). A

adaptação portuguesa da referida escala foi efectuada por Galinha e Pais-Ribeiro (2005). No estudo de adaptação à população portuguesa, os autores reconstruíram a escala original, replicando a metodologia seguida por Watson, atribuindo relevo às variáveis culturais, contextuais e linguísticas portuguesas. Foi efectuado um estudo de apuração dos 20 adjectivos descritivos das emoções positivas e negativas, significativamente representativos no léxico emocional português. Os itens representativos do afecto positivo na versão portuguesa são: Interessado, Entusiasmado, Excitado, Inspirado, Determinado, Orgulhoso, Activo, Encantado, Caloroso, Agradavelmente Surpreendido, e os itens representativos do afecto negativo: Perturbado, Atormentado, Amedrontado, Assustado, Nervoso, Trémulo, Remorsos, Culpado, Irritado, Repulsa. A correlação entre as duas categorias de afectos situou-se perto do zero, indicativa da independência entre os dois tipos de afecto da dimensão afectiva do BES. As respostas são avaliadas numa escala de cinco pontos: 1- “nada ou muito ligeiramente”, 2- “Um pouco”, 3- “Moderadamente”, 4- “Bastante” e 5- “Extremamente” (Galinha & Ribeiro, 2005). A versão portuguesa apresenta boas propriedades psicométricas, semelhantes à escala original. A PANAS tem uma amplitude temporal de resposta que varia entre; “hoje”, “neste momento”, “durante a última semana”, “durante o último mês”, “durante o último ano” e “geralmente, ou em média”, permitindo avaliar alterações momentâneas de humor, e estados afectivos de longo prazo associados a traços de personalidade (Lucas et al. 2009). Na amostra portuguesa foi verificado que a estabilidade da escala aumentava à medida que o período a que se referia a resposta alargava, sugerindo que o coeficiente de estabilidade da versão de amplitude temporal “geralmente” pode ser usado como medida de Afecto Traço (Galinha, 2010; Watson et al. 1988).

A escala *The Satisfaction with Life Scale (SWLS)* foi originalmente desenvolvida por Diener, Emmons, Larson e Griffin (1985), com a intenção de avaliar a percepção do indivíduo relativamente à satisfação com sua vida. Conforme já referido, a avaliação da satisfação com a vida é efectuada com base numa comparação da vida actual com um padrão de vida desejável (Diener et al. 1985). A escala é constituída por cinco itens e oferece boas propriedades psicométricas (Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, 1991). A escala foi revista por Pavot e Diener (2008), concluindo-se que é uma medida valida da dimensão cognitiva da BES, com aplicabilidade a diversos contextos de investigação e facilmente traduzida para diversas línguas. A SWLS é

presentemente considerada a melhor escala na função de avaliação da componente cognitiva do BES (Pavot et al. 1991).

A versão portuguesa da SWLS foi efectuada em 1990 (Neto, Barros & Barros), denominando-se Escala de Satisfação com a Vida (ESCV), e foi baseada na versão original de Diener et al. (1985). Consiste igualmente em cinco itens, sendo solicitado aos indivíduos o grau de concordância relativamente a cinco afirmações referentes à sua vida. Os cinco itens da ESCV são: (a) “em muitos aspectos a minha vida aproxima-se dos meus ideais”, (b) “as minhas condições de vida são excelentes”, (c) “estou satisfeito com a minha vida”, (d) “até agora, consegui obter aquilo que era importante na vida”, e (e) “se pudesse viver a minha vida de novo, não alteraria praticamente nada”. Para cada item existem sete alternativas de resposta apresentadas numa escala de *Likert*: 1- “totalmente em desacordo”, 2- “em desacordo”, 3- “mais ou menos em desacordo”, 4- “nem de acordo nem de desacordo”, 5- “mais ou menos de acordo”, 6- “de acordo”, e 7- “totalmente de acordo”. A cotação é efectuada pelo somatório das pontuações das respostas dadas nos cinco itens, podendo variar entre 5 (menor grau de satisfação com a vida), a 35 (maior grau de satisfação com a vida). Uma pontuação de valor 20 representa a pontuação “neutra” na escala. Pontuações entre 5 e 9 indicam que a pessoa sente-se “extremamente insatisfeita” com a sua vida, entre 31 a 35 “extremamente satisfeita”, entre 21 a 25 “ligeiramente satisfeita” e entre 15 a 18 “ligeiramente insatisfeita” (Diener & Pavot, 2008).

Foi efectuada outra versão portuguesa da escala de satisfação com a vida (Simões, 1992, citado por Bizarro, 1999), que difere da escala adaptada por Neto, Barros e Barros, no número de alternativas de respostas apresentadas para cada um dos cinco itens.

A **Escala Sobre a Felicidade - ESAF** foi originalmente criada por Barros (2001), tendo por base os factores idiossincráticos inerentes ao funcionamento psicológico dos indivíduos e factores sociodemográficos. Os itens desta escala foram formulados tendo por base as formulações apontadas por Ryff (1989), e outros autores que dão destaque aos factores personológicos relacionados com o construto felicidade (Barros, 2010). Esta escala reveste-se de um carácter eclético abrangente às diversas dimensões da felicidade, bem-estar e satisfação com a vida, e apresenta boas propriedades psicométricas aplicadas à população portuguesa e angolana. O autor realça a importância de uma abordagem mais abrangente, holística, personalizada e dinâmica

na criação de medidas de avaliação na área da felicidade, tendo em conta os factores endógenos e exógenos inerentes ao bem-estar e felicidade (Barros, 2010).

A ESF consiste em 18 itens, sendo solicitado aos indivíduos o grau de concordância relativamente a cada item. Os 18 itens da ESF são: (a) “Sinto-me bem comigo mesmo”, (b) “Tenho um bom conceito de mim mesmo”, (c) “Aceito-me como sou”, (d) “Relaciono-me bem com as outras pessoas”, (e) “Faço amigos facilmente”, (f) “Gosto de me sentir livre”, (g) “Controlo o ambiente em que vivo”, (h) “Aceito o meu passado”, (i) “Sei viver o momento presente”, (j) “Tenho projectos para o futuro”, (k) “Espero evoluir cada vez mais”, (l) “Sinto-me uma pessoa feliz”, (m) “Luto pelo meu bem-estar”, (n) “Considero-me uma pessoa alegre”, (o) “Sinto-me satisfeito com a vida”, (p) “Tenho conseguido atingir os meus objectivos”, (q) “Considero-me uma pessoa cheia de esperança”, e (r) “Tenho bastante sentido de humor”. Para cada item existem cinco alternativas de resposta apresentadas numa escala de *Likert*: 1- “totalmente em desacordo”, 2- “bastante em desacordo”, 3- “nem de acordo nem em desacordo”, 4- “bastante de acordo”, e 5- “totalmente de acordo”. A cotação é efectuada pelo somatório das pontuações das respostas dadas nos 18 itens, podendo variar entre: mínimo de felicidade – 18; e máximo de felicidade – 90 (Barros, 2001, citado em Barros, 2010)

5.. Presente Estudo – Caracterização e Questões Exploratórias

Estudo de Caso

De acordo com Fishman (1999, 2005) “O estudo de um caso que nos permite avaliar ao detalhe o desenrolar de acontecimentos ao longo do tempo, num contexto integrado acerca do caso, representa uma das formas mais pragmáticas, e orientadas para a prática, no âmbito da investigação no campo da psicoterapia” (citado por Gazzola, & Iwakabe, 2009).

O presente estudo de caso é de carácter exploratório, e não foram encontrados dados acerca de estudos anteriores que relacionassem as variáveis principais deste projecto (EMDR, PPST e BES). A monitorização e aplicação de medidas de avaliação

foram efectuadas ao longo de 11 semanas, durante o processo terapêutico que consistiu de 25 sessões de terapia EMDR.

A metodologia de estudo de caso prima por possuir uma abordagem idiográfica, na qual o participante é percebido como uma pessoa com características únicas, e o processo de investigação valoriza a observação destas características e suas variações ao longo do período de investigação (Iwake & Gazzola, 2009).

Não houve manipulação de variáveis e não se efectuaram generalizações a partir dos resultados. O objectivo não foi analisar o porquê dos resultados obtidos, mas sim, partir da premissa de que todos os resultados são válidos e contribuem para a compreensão do caso e das variáveis envolvidas.

O presente estudo de caso pretende recolher informação e perceber:

O POSSÍVEL IMPACTO DA TERAPIA EMDR APLICADA AO PPST, SOBRE OS NÍVEIS DE BES.

A um nível mais específico pretende-se responder às seguintes questões exploratórias:

Q1. Se o protocolo EMDR tem um impacto na sintomatologia associada ao PPST (escala PCL-C).

Explorar se:

Q1.a) Os resultados obtidos na escala PCL-C, na fase inicial e final do estudo, são sugestivos de uma alteração na sintomatologia associada ao PPST

Q1.b) Forem verificadas variações na pontuação global da escala PCL-C, serão estas indicativas de um melhoramento na sintomatologia

Q1.c) Forem verificadas variações nas pontuações das questões referentes aos Critério B (1-5) – Re-experienciar; Critério C (6-12) – Evitamento e Critério D (13-17) – Hiper-activação, serão indicativas de um melhoramento na sintomatologia específica aos referidos critérios

Q2. Se existe impacto da intervenção EMDR nos níveis das dimensões cognitiva e afectiva do BES (escala PANAS e ESCV).

Explorar se:

Q2.a) Os níveis de afecto positivo obtidos na fase inicial, na escala PANAS, variam comparativamente com os níveis obtidos na fase final

Q2.b) Os níveis de afecto negativo obtidos na fase inicial, na escala PANAS, variam comparativamente com os níveis obtidos na fase final

Q2.c) A existir variação dos níveis de afecto positivo, esta variação poderá ser reflectida por um aumento dos níveis de afecto positivo

Q2.d) A existir variação dos níveis de afecto negativo, esta variação poderá ser reflectida por uma diminuição dos níveis de afecto negativo

Q2.e) Existem alterações nos níveis de afecto positivo e negativo na fase intercalar do estudo durante do processo terapêutico. Caso existam, verificar se a tendência é para uma subida gradual do afecto positivo e uma descida gradual do afecto negativo

Q2.f) Os níveis de satisfação com a vida obtidos na fase inicial, na escala ESCV, variam quando comparados com os níveis obtidos na fase final

Q2.g) A confirmar-se esta variação se poderá ser reflectida por um aumento nos valores dos níveis de satisfação com a vida na fase final da intervenção

Q2.h) Verificar se existem inter-relações nas possíveis variações observadas entre os dois tipos de afectos da dimensão afectiva do BES

Q2.i) Existe uma possível relação entre as eventuais variações dos níveis das duas dimensões do BES (cognitiva e afectiva)

Q3. Se existe impacto da intervenção EMDR nos níveis de Felicidade (ESAF).

Explorar se:

Q3.a) Os níveis de felicidade obtidos na fase inicial, na ESAF, variam quando comparados com os níveis obtidos na fase final

Q2.b) A confirmar-se esta variação, se poderá ser reflectida por um aumento nos valores dos níveis de felicidade, na ESAF, na fase final da intervenção

Q3.c) Existem inter-relações nas possíveis variações observadas entre os níveis de felicidade obtidos na ESAF, e níveis da dimensão afectiva do BES obtidos nas escalas PANAS e ESCV

CAPITULO II - METODOLOGIA

1. Fases do Estudo de Caso

Esta investigação consistiu num estudo de caso do tipo exploratório, sem manipulação de variáveis. O foco do estudo foi acompanhar a evolução de um caso de

PPST, devido a um acidente de viação, ao longo de um processo terapêutico com EMDR. O protocolo de intervenção EMDR foi o protocolo estruturado para casos de PPST, e a terapeuta foi uma psicóloga clínica com formação EMDR acreditada pelo *Accreditation Committee of the EMDR*, da *EMDR European Association*.

Esta investigação organizou-se em três fases distintas: fase inicial (pré-intervenção EMDR), fase intercalar (durante a intervenção EMDR) e fase final (pós-intervenção EMDR).

Na fase inicial a psicóloga estabeleceu contacto com a participante no sentido de apurar o possível interesse na sua colaboração neste estudo. A participante mostrou-se desde o início receptiva a participar no estudo, e foi agendada uma reunião de esclarecimento dos objectivos do estudo e formalização do pedido de colaboração. Foi obtido o consentimento informado por escrito, e efectuada a calendarização da terapia e das fases do estudo. A psicóloga e participante tinham decidido iniciar, com alguma urgência, um processo de abordagem intensiva psicoterapêutica, e o EMDR foi a abordagem eleita, devido à sua eficácia quando aplicada de forma intensiva a casos de PPST.

O quadro sintomático da paciente estava a agravar-se, e as repercussões a ganhar proporções notavelmente desfavoráveis ao nível do seu funcionamento em contexto profissional, pessoal e relacional.

2. Instrumentos de Avaliação Utilizados no Estudo de Caso

Para efeitos de apuração da severidade dos sintomas de PPST foi aplicada a escala de auto-relato *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist (PCL-C)*, versão civil, traduzida e adaptada para a população portuguesa por Gonçalves, Lima e Marques Pinto (2006, cit. por Oliveira, 2008). A escolha desta escala para a presente investigação baseou-se no facto de ter sido traduzida e aferida para a população portuguesa, ser uma escala de simples aplicação e pontuação, ter por base os critérios de diagnóstico do DSM-IV e ser popularmente utilizada em contexto de investigação e psicoterapia. A cotação dos resultados foi realizada calculando a soma dos 17 itens (pontuação pode variar entre 17 e 85), com um ponto de corte situado nos 50 para diagnóstico de PPST conforme aplicado nos casos de acidente de viação pelo NCP. Procedeu-se igualmente à contagem dos itens com pontuação igual ou superior a 3, seguindo os critérios para o

diagnóstico de PPST do DSM-IV: Pelo menos um sintoma do critério B (re-experienciar); pelo menos três sintomas do critério C (evitamento); e pelo menos dois sintomas do critério D (hiper-activação).

A escala foi aplicada na fase inicial e final do estudo, para permitir registar possíveis variações de pontuação, e respectiva alteração da severidade do quadro sintomático e diagnóstico.

A Positive and Negative Affect Schedule - PANAS versão portuguesa de Galinha e Ribeiro (2005), foi aplicada com o intuito de registar possíveis variações e tendências das pontuações, de afecto positivo e negativo do BES nas três fases do estudo.

As amplitudes temporais aplicadas neste estudo foram a referente a uma avaliação dos níveis mais estáveis de afecto traço (“geralmente, em média”), e outra referente a níveis mais flutuantes de variação afectiva (“as ultimas semanas). Na fase inicial do estudo aplicou-se a versão de amplitude temporal -“geralmente, em média”e “ultimas semanas” - na fase intercalar, procedeu-se a duas aplicações (em Agosto e Setembro de 2011) da versão de amplitude temporal -“últimas semanas”- e na fase final foi repetida a aplicação da versão de amplitude temporal - “geralmente, em média” e “ultimas semanas”.

A versão portuguesa da **Escala de Satisfação com a Vida – ESCV**, utilizada nesta investigação foi efectuada por Neto, Barros & Barros (1990, cit. por Bizarro, 1999). Destina-se a avaliar a componente cognitiva do BES – satisfação com a vida. A escolha desta versão portuguesa da escala prendeu-se ao facto de ser uma réplica da escala original desenvolvida por Diener e colaboradores em 1985. Os cinco itens da ESCV foram cotados efectuando o somatório das pontuações das respostas dadas nos cinco itens. A aplicação da ESCV foi efectuada na fase inicial e final do estudo com o objectivo de verificar a possível existência de variações nos níveis de satisfação com a vida.

A Escala Sobre a Felicidade - ESAF criada por Barros (2001), destina-se a avaliar os níveis de felicidade. Os itens foram cotados efectuando o somatório das pontuações das respostas dadas nos 18 itens. As pontuações podem variar entre: 18 (o

valor mínimo de felicidade) e 90 (o valor máximo de felicidade). A aplicação da ESF foi efectuada na fase inicial e final do estudo com o objectivo de verificar a possível existência de variações nos níveis de felicidade.

3. *Amostra e Calendarização do Estudo de Caso*

Na fase inicial do estudo foi efectuada a primeira aplicação dos instrumentos de avaliação. O intuito foi estabelecer os níveis de partida da severidade dos sintomas, dos níveis de afecto positivo e negativo, satisfação com a vida, níveis de felicidade.

A participante no estudo tem 35 anos de idade, é licenciada na área das ciências sociais e chama-se Sofia (nome fictício).

Seguidamente será apresentada a calendarização da organização do estudo de caso:

- No dia **5 de Julho de 2011** teve lugar a primeira sessão de psicoterapia Cognitivo-Comportamental.
- No dia **10 de Julho** procedeu-se ao primeiro encontro de esclarecimento dos objectivos do estudo e formalização de participação no estudo. Obteve-se o consentimento informado por escrito e assinado pela participante.
- No dia **11 de Julho** começou-se a fase inicial do estudo com a aplicação:
 - PCL-C Checklist (versão portuguesa)
 - Positive and Negative Affect Schedule – PANAS (versão portuguesa)
 - Escala de Satisfação com a Vida – ESCV (versão portuguesa)
 - Escala Sobre a Felicidade - ESAF
- As sessões de EMDR iniciaram no dia **18 de Julho de 2011**. As sessões tiveram lugar nas seguintes datas:
 - 18, 20 e 22 de Julho de 2011
 - 25, 27 e 29 de Julho de 2011
 - 1, 3 e 5 de Agosto de 2011
 - 8, 10 e 12 de Agosto de 2011
 - Duas semanas de intervalo para férias
 - 01 de Setembro de 2011
 - 5, 7 e 9 de Setembro de 2011
 - 12, 14 e 16 de Setembro de 2011
 - 19, 21 e 23 de Setembro de 2011

- 26, 28 e 30 de Setembro de 2011
- A participante teve um total de 25 sessões de EMDR, entre as datas de 18 de Julho a 30 de Setembro de 2011, com um intervalo de duas semanas em Agosto para férias.
- Na fase intercalar do estudo a escala PANAS foi aplicada mensalmente nos dias: **05 de Agosto de 2011 e 02 de Setembro de 2011.**
- A fase final do estudo foi no dia **03 de Outubro de 2011** com a aplicação:
 - PCL-C Checklist (versão portuguesa)
 - Positive and Negative Affect Schedule – PANAS (versão portuguesa)
 - Escala de Satisfação com a Vida – ESCV (versão portuguesa)
 - Escala Sobre a Felicidade - ESAF

4. Apresentação do Caso

Sofia (nome fictício) tem 35 anos, é técnica superior com um mestrado numa área de Ciências Sociais e Humanas. É coordenadora de uma equipa com mais de 40 pessoas, dispersas de Norte a Sul de Portugal. Tem uma profissão exigente, com acções de formação regulares, e viaja com frequência dentro e fora do país. Adora ler, estudar, viajar, socializar e caminhar. É uma pessoa inteligente e ambiciosa e muito exigente com a qualidade do seu trabalho. Chega a trabalhar fins-de-semana e tem horários de trabalho irregulares. Tem uma irmã e um irmão e é filha de pais divorciados. A família mais chegada não vive perto da zona de residência da Sofia.

Num dia de Verão de 2008, por volta das 19h, foi vítima de um acidente de viação, no qual o seu carro foi embatido pela traseira quando estava parado na luz vermelha de uns semáforos. Foi um choque em cadeia envolvendo três carros. Viajava em viatura própria, era a condutora e viajava sozinha. Foi transportada de ambulância para o hospital, e no dia seguinte ao acidente teve que ser transferida para outro hospital. As lesões corporais diagnosticadas foram: Traumatismo craniano sem perda de consciência; Traumatismo cervical/cervicalgias e Traumatismo torácico (provocado pelo cinto de segurança).

Na noite do acidente começou a sentir dormência nos braços e mãos, dores na coluna dorsal, coluna lombar e cabeça. A partir do dia seguinte ao acidente, começou a ter perturbações visuais (incapacidade de ler, escrever, focar a visão, intolerância ao

movimento de objectos e pessoas, intolerância a estímulos como a televisão, etc.) com agravamento das dores de cabeça, náuseas e distúrbios de sono (insónia).

Sofia ficou incapacitada de cumprir as suas funções profissionais durante aproximadamente dois meses após o acidente.

Durante os meses subsequentes manteve dormência nos braços e mãos, dor crónica e aguda na coluna cervical e lombar, dores de cabeça crónicas, confusão e alterações visuais, e dor com sensação de queimadura na perna direita. A situação foi-se agravando ao ponto de ter dores crónicas e crises frequentes de dor aguda, acompanhadas de incapacidade funcional. As tarefas quotidianas como vestir-se, preparar refeições, sair de casa para fazer compras, transportar e pegar em objectos com as mãos, abrir e fechar torneiras, fazer a cama, ler, socializar e fazer caminhadas, tornaram-se quase impossíveis de realizar autonomamente. A assiduidade profissional ficou comprometida, assim como as viagens e formações associadas à profissão.

Habituada a ser autónoma e independente, começou a sentir-se cada vez mais isolada. A sua vida social e afectiva ficou severamente afectada pelo condicionamento provocado que o estado de saúde impunha, impedindo saídas e socialização. Toda a sua rotina ficou afectada. De um dia para o outro, a Sofia tinha-se transformado numa pessoa que não reconhecia, não aceitava e lhe trazia enorme sofrimento físico e emocional. O relacionamento afectivo com o namorado sofreu um grande impacto com a repentina mudança abrupta do estilo de vida, e acabou por sucumbir à pressão e terminar. Assim, à medida que o quadro sintomático físico se agravava, também começavam a ser notórios os sintomas de PPST, que tiveram início dentro dos seis meses após a data do acidente. A Sofia começou a ter níveis de ansiedade extrema e crónica, fobia de conduzir, ataques de pânico, frequentes e marcadas alterações de humor, insónia e uma tristeza muito profunda agravada pelo isolamento social. Adicionalmente, os problemas de concentração e memória agravaram-se, assim como, uma enorme sensibilidade ao ruído.

Em Fevereiro de 2009, foram detectados na coluna lombar diversos Cistos de Tarlov (acidentes de viação são a primeira causa deste tipo de quistos). A sintomatologia associada aos Cistos de Tarlov pode incluir: dor e parestesia (sensação de queimadura, picada ou formigueiro) sacral, lombar e nos membros inferiores, disestesias (sensações dolorosas provocadas por estímulos que normalmente não provocam dor) nos pés, incontinência urinária, dor perineal, dor em membros inferiores,

cóccix, dor e queimação lombar com irradiação para os membros inferiores (De Sa, D'Angelo, Malacarne, Neto e Pagura, 2008).

Com o decorrer dos meses a Sofia foi submetida a diversas intervenções cirúrgicas, consultas frequentes de especialidade, incluindo Ortopedia, Oftalmologia, Clínica da Dor, Psiquiatria e Fisioterapia.

Foi formalmente diagnosticada com PPST, e por recomendação psiquiátrica iniciou psicoterapia em 2010. A Sofia estava medicada para a sintomatologia psiquiátrica e de controlo da dor, incluindo opiáceos. Os efeitos secundários da medicação eram traduzidos num enorme cansaço, sonolência, vômitos, tonturas, problemas de concentração e memória.

O prognóstico dos profissionais de saúde do estado de saúde da Sofia foi desanimador, tendo sido informada que teria lesões irreversíveis na Coluna Cervical que seriam responsáveis por dor e problemas de mobilidade (pescoço tem menor rotação), futuras dificuldade em voltar a conduzir e fazer determinado tipo de manobras, dificuldade em manter o corpo em determinadas posições por longos períodos de tempo, que teriam impacto na sua vida profissional e social. Tarefas domésticas, idas ao cinema, usar mala de senhora, usar o computador por longos períodos de tempo, dificuldade em segurar o telefone, livros ou revistas com as mãos e viajar, seriam actividades que iriam ficar condicionadas. Foi igualmente informada que poderia no futuro ter dificuldade em engravidar e sustentar uma gravidez, devido às lesões corporais resultantes do acidente. Os Cistos de Tarlov podiam igualmente agravar-se piorando o prognóstico e a dor crónica lombar iria dificultar a possibilidade de longas viagens de carro, avião, comboio, etc.

O medo de conduzir permaneceu durante muito tempo após o acidente. Quando voltou a tentar conduzir, começou a ter muito medo de conduzir à noite, atravessar pontes, conduzir em auto-estradas e ficar parada nos semáforos. Tinha uma sensação de perigo iminente de que poderia ter um acidente a qualquer momento e morrer. Não conseguia deixar de reviver mentalmente o acidente e re-experienciar o som e o susto provocados pela violência do embate. A auto-confiança deteriorou-se com um aumento crescente de sentimento de incapacidade e insegurança. As relações interpessoais ficaram afectadas pelo facto da Sofia estar frequentemente doente e limitada, e não conseguir planear saídas devido à imprevisibilidade do seu estado de saúde. Começou a ficar cada vez mais preocupada com o seu futuro profissional.

As crises de irritabilidade agravaram-se com frequentes ataques de raiva. A ideia de ter que viver o resto da sua vida com estas limitações, e ter que aceitar uma vida com dor e medo, começou a assustá-la cada vez mais e a sintomatologia depressiva agravou-se.

A Sofia tomou conhecimento da terapia por EMDR, e dos resultados empíricos que apoiavam a eficácia desta terapia nos casos de PPST. O EMDR ainda é uma terapia pouco divulgada em Portugal, mas a Sofia conseguiu o contacto de uma psicóloga com formação e qualificação na área do EMDR. Foi nesta altura que foi estabelecido o primeiro contacto com a Sofia e demos início à fase inicial do presente estudo.

CAPITULO III - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

1. Apresentação de Resultados

A apresentação dos resultados obtidos no estudo de caso foi organizada em conformidade com as questões exploratórias enunciadas na parte inicial deste trabalho.

Como referido, a recolha de dados foi efectuada em três fases distintas: fase inicial (pré-intervenção); fase intercalar (fase intervenção); e fase final (pós-intervenção). Não houve manipulação das variáveis principais em estudo e não foram efectuadas generalizações a partir dos resultados. Espera-se que a partir da apresentação dos resultados seja possível formular hipóteses que sirvam de base à realização de futuros estudos no âmbito do tema aqui exposto.

Seguidamente será efectuada a apresentação dos resultados obtidos segundo a ordem das questões exploratórias.

Q1. Se o protocolo EMDR tem um impacto na sintomatologia associada ao PPST (escala PCL-C).

Explorar se:

Q1.a) Os resultados obtidos na escala PCL-C, na fase inicial e final do estudo, são sugestivos de uma alteração na sintomatologia associada ao PPST

Q1.b) Forem verificadas variações na pontuação global da escala PCL-C, serão estas indicativas de um melhoramento na sintomatologia

No Quadro 3.1 pode ser observado o resumo dos resultados obtidos na escala PCL-C, resultante do cálculo do somatório dos 17 itens da referida escala.

Quadro 3.1

Resultados (pontuação total) obtidos na fase inicial e final da escala PCL-C

<i>Fase Inicial e Final</i>	<i>Pontuações</i>
11 Julho 2011	70
03 Outubro 2011	32

Da observação dos resultados das pontuações dos 17 itens que constituem a escala PCL-C, pode ser verificada uma descida nos valores totais entre a fase inicial e final do estudo. A pontuação na fase inicial foi de 70, e na fase final de 32. Na fase inicial a pontuação era indicativa de diagnóstico de PPST (ponto de corte = 50 aplicado a acidentes de viação), e na fase final a pontuação obtida era indicativa de uma redução da intensidade da sintomatologia associada à PPST com uma pontuação abaixo do nível de significância para diagnóstico.

Q1.c) Forem verificadas variações nas pontuações das questões referentes aos Critério B (1-5) – Re-experienciar; Critério C (6-12) – Evitamento e Critério D (13-17) – Hiper-ativação, serão indicativas de um melhoramento na sintomatologia específica aos referidos critérios

Os critérios de diagnóstico do DSM-IV estipulam a existência de pelo menos um sintoma com pontuação igual ou superior a 3 no Critério B - Re-experienciar (Itens 1-5); pelo menos três sintomas com pontuações iguais ou superiores a 3 no Critério C - Evitamento (Itens 6-12), e pelo menos dois sintomas com pontuações iguais ou superiores a 3 no Critério D - Hiper-ativação (Itens 13-17). No Gráfico 3.1. podem ser observados os resultados obtidos na escala PCL-C categorizados por critérios de diagnóstico.

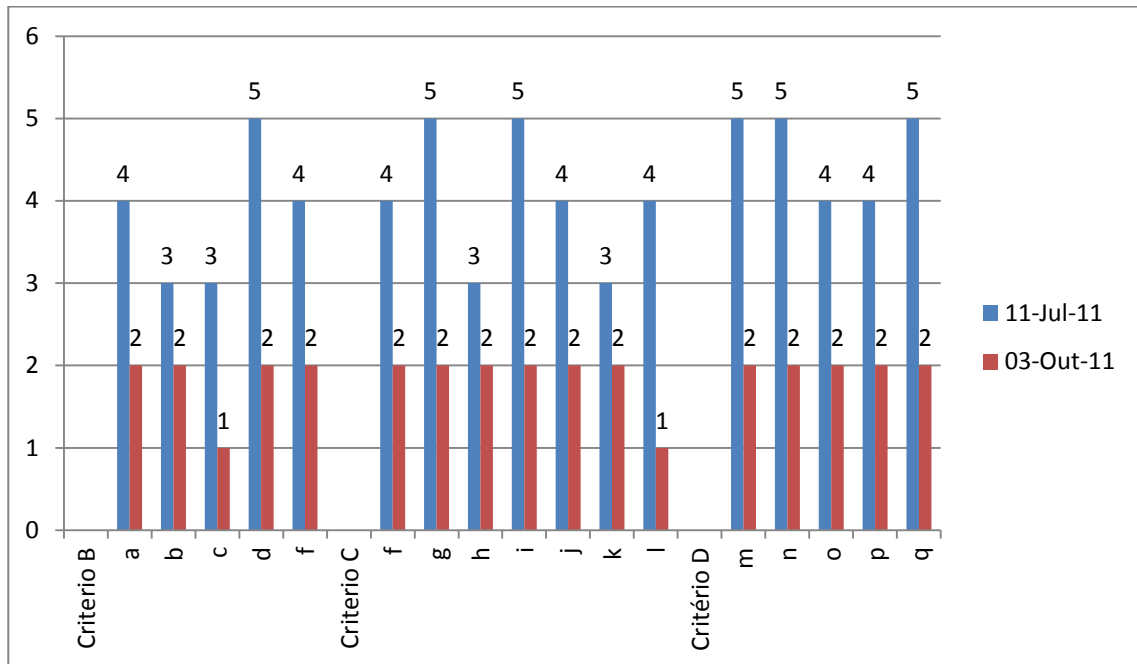


Gráfico 3.1. Pontuações obtidas nas fases inicial e final do estudo, nos 17 itens da escala PCL-C, categorizados por critérios de diagnóstico do DSM-IV (B,C,D).

Os resultados obtidos na avaliação na fase inicial do estudo são demonstrativos de que todos os itens da escala PCL-C registaram pontuações iguais ou superiores a 3, indicativas de que os Critérios B, C e D, estavam dentro dos parâmetros estipulados para o diagnóstico de PPST (DSM-IV). Comparativamente, as pontuações obtidas na fase final do estudo são demonstrativas de uma descida acentuada nos valores das pontuações nos itens dos referidos critérios. Na fase final do estudo, todas as pontuações estavam abaixo do valor de pontuação 3, indicando uma provável melhoria no quadro sintomático da participante no estudo.

Q2. Se existe impacto da intervenção EMDR nos níveis das dimensões cognitiva e afectiva do BES (PANAS e ESCV).

Explorar se:

Q2.a) Os níveis de afecto positivo obtidos na fase inicial, na escala PANAS, variam comparativamente com os níveis obtidos na fase final

Q2.b) Os níveis de afecto negativo obtidos na fase inicial, na escala PANAS, variam comparativamente com os níveis obtidos na fase final

Q2.c) A existir variação dos níveis de afecto positivo, esta variação poderá ser reflectida por um aumento dos níveis de afecto positivo

Q2.d) A existir variação dos níveis de afecto negativo, esta variação poderá ser reflectida por uma diminuição dos níveis de afecto negativo

No Gráfico 3.2 podem ser verificados os valores atribuídos na fase inicial do estudo, à experiência subjectiva da componente afectiva do BES, relativamente à instancia temporal “geralmente, em média”, da escala PANAS.

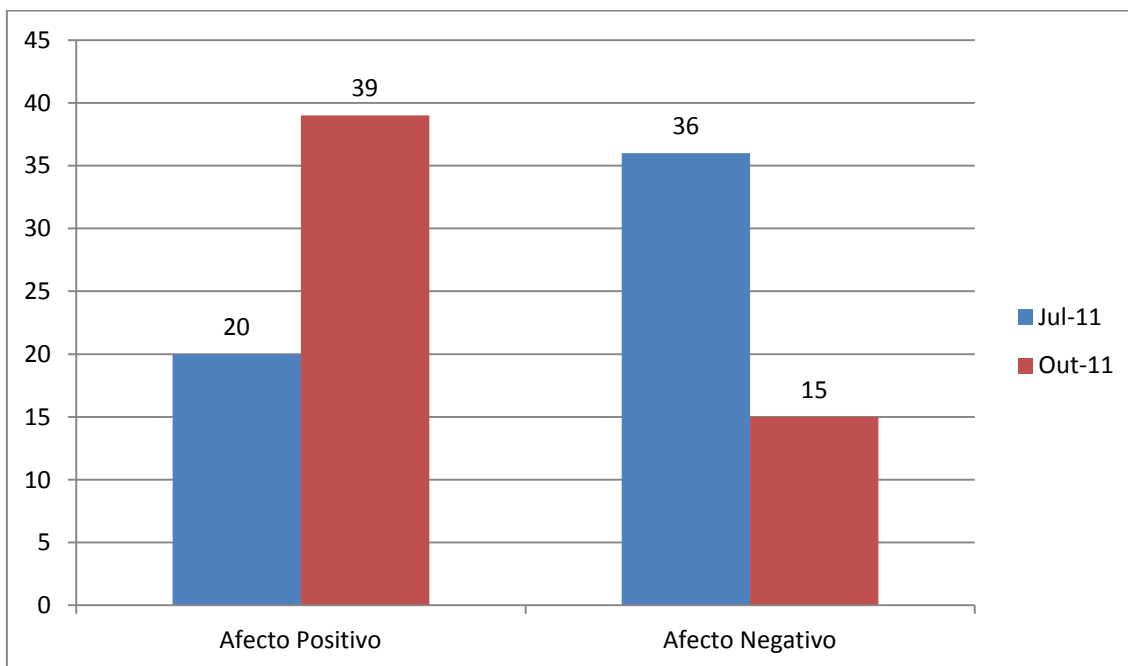


Gráfico 3.2. Pontuações obtidas na escala PANAS versão “geralmente” na fase inicial e final do estudo.

As respostas são avaliadas numa escala *Likert* de cinco pontos com variação entre “1=nada ou muito ligeiramente” a “5=extremamente”. Conforme pode ser constatado, a participante atribuiu na fase inicial ao afecto positivo, uma pontuação de 20 e na fase final de 39. Relativamente ao afecto negativo denota-se uma pontuação de 36 na fase inicial e na fase final uma pontuação de 15. As respostas denotam uma alteração nas pontuações. Verifica-se uma variação nos valores, com uma subida de afecto positivo entre a fase inicial e final do estudo na versão de amplitude temporal “geralmente”, e no nível de afecto negativo, com uma descida entre a fase inicial e final na versão de amplitude temporal “geralmente”

Seguidamente, no Gráfico 3.3, apresentam-se os resultados obtidos na fase inicial e final do estudo da versão de amplitude temporal “ultimas semanas”.

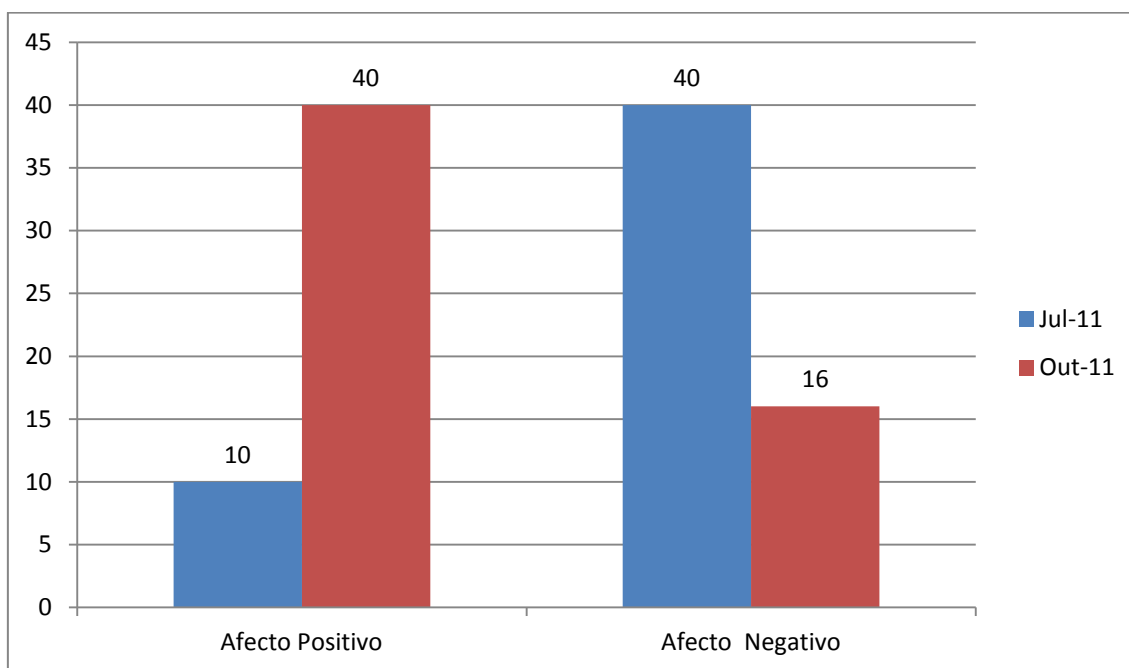


Gráfico 3.3. Pontuações obtidas na escala PANAS versão “últimas semanas” na fase inicial e final do estudo.

Conforme pode ser verificado no afecto positivo, na fase inicial foi obtida uma pontuação de 10 e na fase final de 40. Relativamente ao afecto negativo registou-se uma pontuação de 40 na fase inicial do estudo e 16 na fase final. Verifica-se uma variação nas pontuações dos dois tipos de afectos, entre a fase inicial e final, com uma subida até ao limite máximo de pontuação possível no afecto positivo na fase final do estudo, e uma descida significativa na pontuação do afecto negativo. Pode ser constatado que houve alteração nos níveis da componente afectiva do BES entre a fase inicial e final do estudo, com subida do nível de afecto positivo e descida do nível de afecto negativo.

No Gráfico 3.4 apresentam-se os resultados obtidos na componente afectiva do BES, ao longo do processo terapêutico, na fase intercalar do estudo.

Q2.e) Existem alterações nos níveis de afecto positivo e negativo na fase intercalar do estudo durante do processo terapêutico. Caso existam, verificar se a tendência é para uma subida gradual do afecto positivo e uma descida gradual do afecto negativo

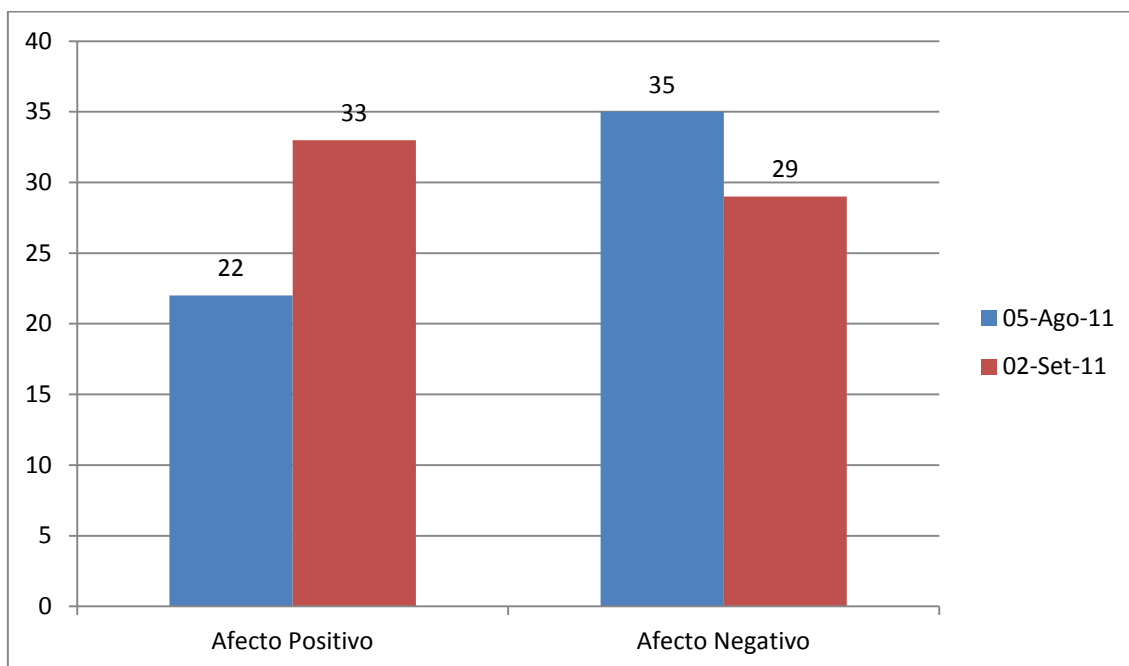


Figura 3.4. Pontuações obtidas na componente afectiva ao longo do processo terapêutico na escala PANAS versão “últimas semanas”.

Pode ser verificada uma variação das pontuações nos níveis de afecto positivo e negativo ao longo do processo terapêutico, indicativo de uma diminuição gradual dos níveis de afecto negativo e de um aumento gradual dos níveis de afecto positivo.

Relativamente à escala **ESCV**, apresentam-se as pontuações obtidas na fase inicial e final do estudo. No Quadro 3.2 pode ser verificada uma variação nos níveis atribuídos à satisfação com a vida, reflectida por um aumento nas pontuações entre a fase inicial e final.

Q2.f) Os níveis de satisfação com a vida obtidos na fase inicial, na escala **ESCV**, variam quando comparados com os níveis obtidos na fase final

Q2.g) A confirmar-se esta variação se poderá ser reflectida por um aumento nos valores dos níveis de satisfação com a vida na fase final da intervenção

Quadro 3.2

Pontuações obtidas na escala ESCV na fase inicial e final do estudo

Itens	Jul-2011	Out 2011
1.Em muitos aspectos a minha vida aproxima-se dos meus ideais	3	3
2.As minhas condições de vida são excelentes	3	3
3.Estou satisfeita com a minha vida	3	5
4.Até agora, consegui obter aquilo que era importante na vida	5	5
5.Se pudesse viver a minha vida de novo, não alteraria praticamente nada	1	5
Totais	15	21

Os cinco itens foram avaliados numa escala de *Likert* de sete pontos com variação entre 1= “totalmente em desacordo”, a 7= “totalmente de acordo”. A cotação foi efectuada pelo somatório das respostas dadas nos cinco itens. Uma pontuação de valor 20 representa a pontuação “neutra” na escala. Pontuações entre 5 e 9 indicam que a pessoa sente-se “extremamente insatisfeita” com a sua vida, entre 31 a 35 “extremamente satisfeita”, entre 21 a 25 “ligeiramente satisfeita” e entre 15 a 18 “ligeiramente insatisfeita” (Diener e Pavot (2008).

Pode ser observado que na fase inicial a pontuação foi de 15, situada no limite mínimo “ligeiramente insatisfeita”, e na fase final a pontuação foi de 21, situada no limite mínimo de “ligeiramente satisfeita”. O item 1-“Em muitos aspectos a minha vida aproxima-se dos meus ideais”, não sofreu alteração na pontuação entre a fase inicial e final do estudo, verificando-se uma pontuação fixa de 3. O item 2-“ As minhas condições de vida são excelentes”, não sofreu igualmente alteração entre as duas fases do estudo, tendo sido atribuída uma pontuação de 3. O item 4- “Até agora, consegui obter aquilo que era importante na vida”, também não sofreu alteração de pontuação nas fases do estudo, registando-se a pontuação fixa de 5. De salientar a resposta atribuída ao item 5- “Se pudesse viver a minha vida de novo, não alteraria praticamente nada”, que foi o que demonstrou uma alteração mais pronunciada de pontuação, variando de 1 na fase inicial para 5 na fase final do estudo.

No Gráfico 3.5 podemos verificar na fase inicial e final, a relação entre as variações observadas entre o afecto positivo e negativo da escala PANAS, nas versões

de amplitudes temporais “geralmente” e “últimas semanas”. Pode ser observada a tendência progressiva das pontuações nos referidos afectos durante a fase intercalar do estudo, e a relação entre as variações das pontuações obtidas nas duas dimensões do BES na fase inicial e final do estudo.

Q2.h) Verificar se existem inter-relações nas possíveis variações observadas entre os dois tipos de afectos da dimensão afectiva do BES

Q2.i) Existe uma possível relação entre as eventuais variações dos níveis das duas dimensões do BES (cognitiva e afectiva)

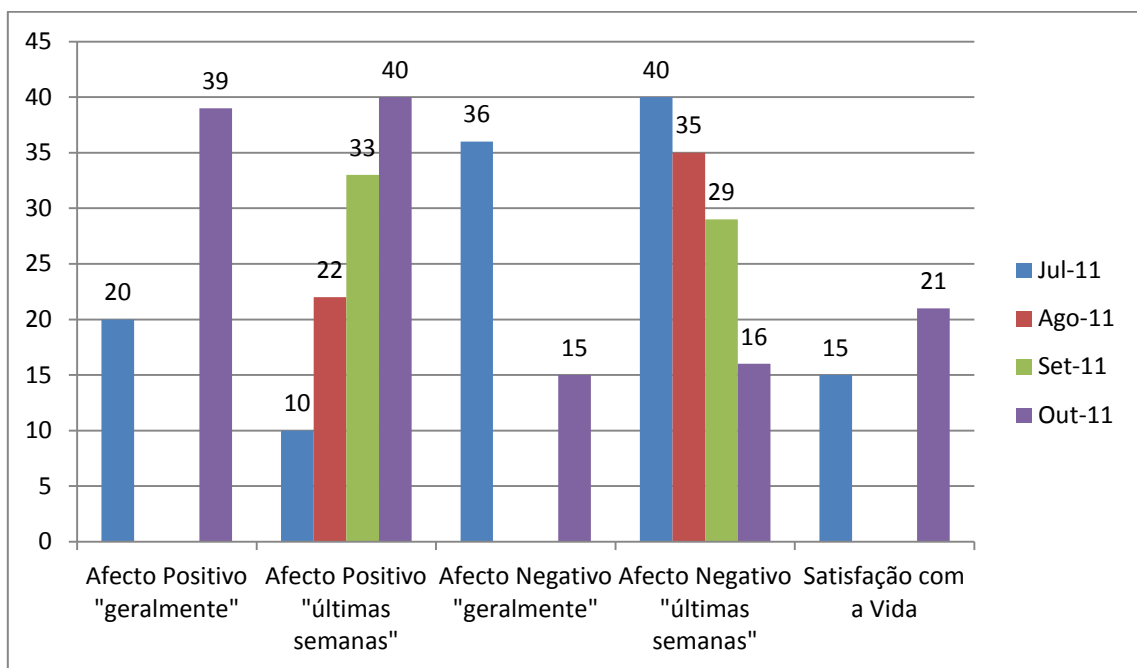


Gráfico 3.5. Pontuações obtidas nas três fases do estudo da dimensão afectiva do BES e nas fases inicial e final da dimensão cognitiva do BES.

Como pode ser verificado, os níveis da dimensão afectiva nas fases inicial, intercalar e final do estudo sofreram alterações, verificando-se uma subida gradual na pontuação do afecto positivo, e uma descida gradual na pontuação do afecto negativo. Relativamente à dimensão cognitiva do BES, foi verificada igualmente uma subida entre a fase inicial e final, apesar de não apresentar uma variação tão pronunciada comparativamente à variação da dimensão afectiva. O afecto negativo na fase inicial atingiu a pontuação de 36, e a pontuação máxima possível de 40, nas versões de amplitude temporal “geralmente” e “últimas semanas”, respectivamente. Na fase final pode ser verificada uma descida para 15 na versão de amplitude temporal “geralmente”,

e uma descida para 16 pontos para a versão de amplitude temporal “últimas semanas”. O afecto positivo na fase inicial obteve a pontuação mínima possível de 10 pontos na versão de amplitude temporal “últimas semanas”, e uma pontuação de 20 na versão de amplitude temporal “geralmente”. Na fase final o afecto positivo obteve uma pontuação situada no limite máximo (40) na versão de amplitude temporal “últimas semanas”, e uma pontuação de 39 na versão de amplitude temporal “geralmente”. Na fase intercalar do estudo, foi verificada uma subida gradual nas pontuações referentes ao afecto positivo e uma descida gradual nas pontuações referentes ao afecto negativo. No geral, relativamente à dimensão afectiva do BES, verificou-se uma variação dos níveis de afecto positivo e negativo, nas duas versões de amplitudes temporais “geralmente” e “últimas semanas” da escala PANAS, nas três fases do estudo, com um aumento nas pontuações dos níveis de afecto positivo e uma diminuição dos níveis de afecto negativo.

Na componente cognitiva do BES foram verificadas variações nas pontuações referentes à fase inicial e final do estudo; contudo, estas variações não aparentam ser tão pronunciadas comparativamente à dimensão afectiva do BES. O nível de satisfação com a vida aumentou de 15 (ligeiramente insatisfeita) para 21 (ligeiramente satisfeita).

Q3. Se existe impacto da intervenção EMDR nos níveis de Felicidade (ESAF).

Explorar se:

Q3.a) Os níveis de felicidade obtidos na fase inicial, na ESAF, variam quando comparados com os níveis obtidos na fase final

Q2.b) A confirmar-se esta variação, se poderá ser reflectida por um aumento nos valores dos níveis de felicidade, na ESAF, na fase final da intervenção

Q3.c) Existem inter-relações nas possíveis variações observadas entre os níveis de felicidade obtidos na ESAF, e níveis da dimensão afectiva do BES obtidos nas escalas PANAS e ESCV

No Quadro 3.3 podemos observar as pontuações registadas na ESAF nas fases inicial e final do estudo.

Quadro 3.3

Pontuações obtidas na escala ESAF na fase inicial e final do estudo

Itens Escala Sobre a Felicidade	Pontuações	Pontuações
	11 Julho 2011	03 Outubro 2011
1 Sinto-me bem comigo mesmo	2	4
2 Tenho um bom conceito de mim mesmo	2	4
3 Aceito-me como sou	2	4
4 Relaciono-me bem com as outras pessoas	4	4
5 Faço amigos facilmente	4	4
6 Gosto de me sentir livre	4	4
7 Controlo o ambiente em que vivo	1	2
8 Aceito o meu passado	2	4
9 Sei viver o momento presente	2	4
10 Tenho projectos para o futuro	2	4
11 Espero evoluir cada vez mais	4	4
12 Sinto-me uma pessoa feliz	2	4
13 Luto pelo meu bem-estar	4	4
14 Considero-me uma pessoa alegre	2	4
15 Sinto-me satisfeito com a vida	2	4
16 Tenho conseguido atingir os meus objectivos	4	4
17 Considero-me uma pessoa cheia de esperança	1	4
18 Tenho bastante sentido de humor	4	4
Pontuação Total	48	70

Conforme pode ser verificado existem variações nas pontuações atribuídas aos 18 itens da escala ESAF. A pontuação total dos 18 itens na fase inicial do estudo é de 48 e de 70 na fase final. As pontuações são sugestivas de um aumento dos níveis de felicidade entre as duas fases do estudo, nos itens referidos. De salientar que na fase final do estudo a participante atribuiu uma pontuação de “4” em todos os itens, com excepção ao item “7- Controlo o ambiente em que vivo”, que na fase inicial teve uma pontuação de 1 e na fase final de 2, denotando uma subida de apenas um ponto. O item “17- Considero-me uma pessoa cheia de esperança” registou uma subida acentuada de 1 (fase inicial) para 4 (fase final). Os itens “4- Relaciono-me bem com as outras pessoas”, “5- Faço amigos facilmente”, “6- Gosto de me sentir livre”, “11- Espero evoluir cada vez mais” e “18- Tenho bastante sentido de humor”, obtiveram a mesma pontuação de 4 nas duas fases do estudo, não existindo alteração nas pontuações destes itens nas duas fases do estudo. Na fase inicial do estudo observaram-se dois itens (7 e 17) com pontuação mínima de 1, e na fase final do estudo nenhum item obteve pontuação máxima (5).

No Gráfico 3.6 são apresentados os mesmos resultados obtidos na escala ESAF nas fases inicial e final do estudo, nos 18 itens.

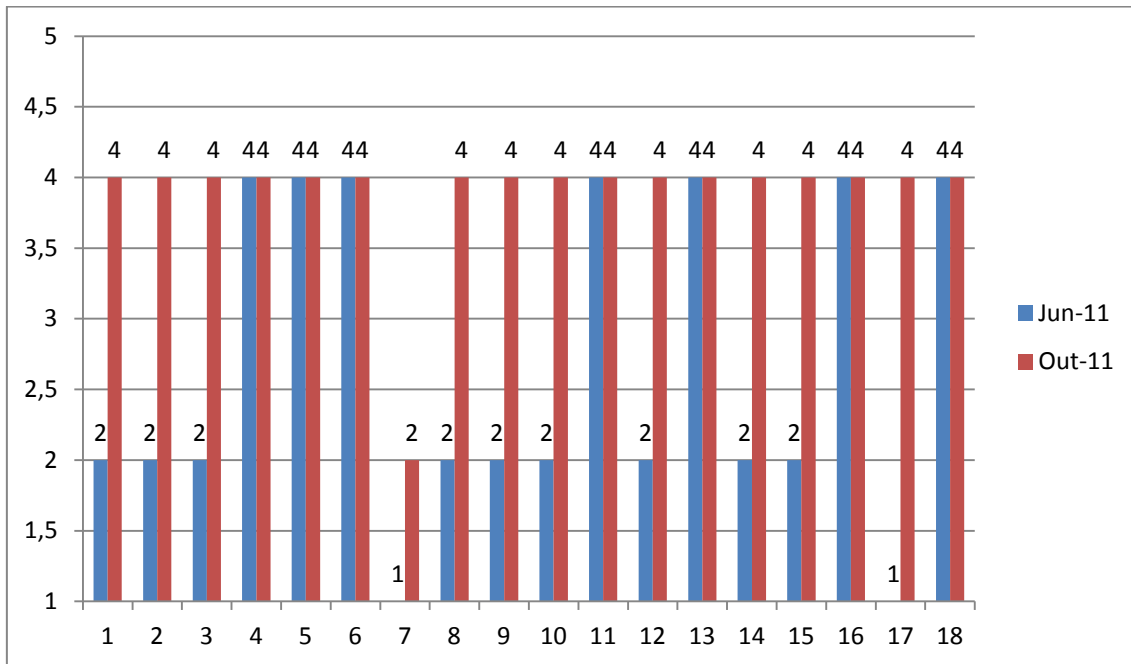


Gráfico 3.6. Pontuações obtidas nos 18 itens da ESF na fase inicial e final do estudo

No Gráfico 3.7 apresentam-se os resultados obtidos em todas as escalas aplicadas neste estudo (PCL-C; PANAS; ESCV; e ESAF).

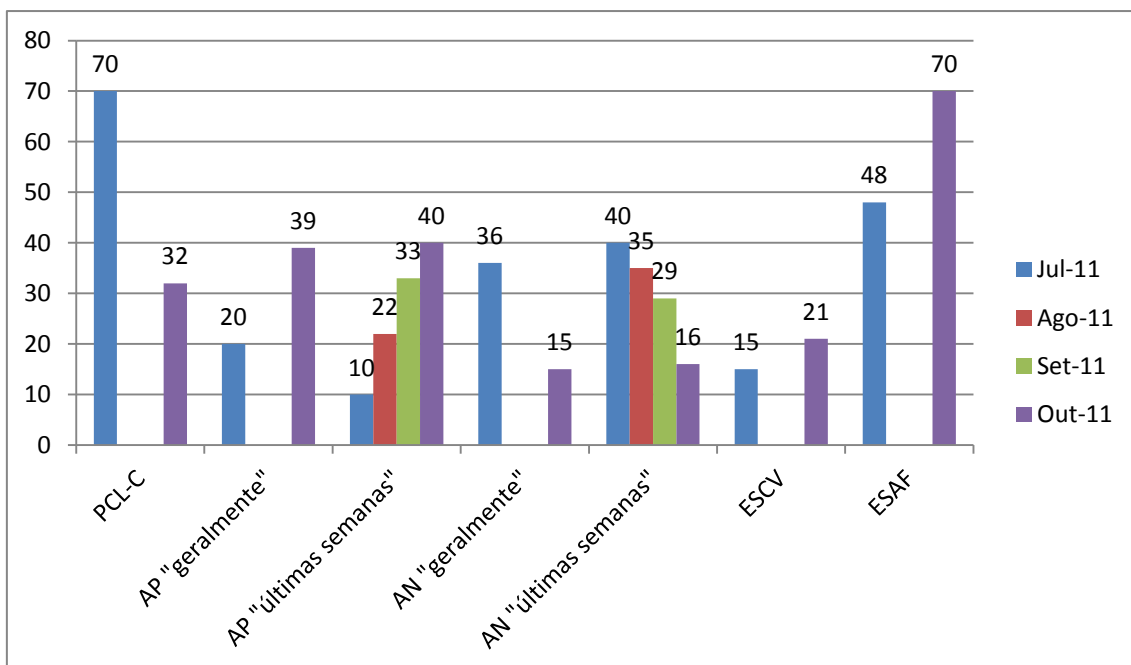


Gráfico 3.7. Resultados obtidos na fase inicial, intercalar (PANAS) e final do estudo nas escalas; PCL-C, PANAS (afecto positivo "AP", negativo "NA"), ESCV (Escala de Satisfação com a Vida) e ESAF (Escala Sobre a Felicidade)

O Gráfico 3.7 apresenta um resumo de todas as pontuações obtidas neste estudo. Sendo este estudo de caso de carácter exploratório, sem levantamento de hipóteses nem deduções efectuadas acerca dos resultados obtidos, não é adequada a realização de afirmações conclusivas. Todavia, tomando unicamente como base os resultados verificados, parece existir uma tendência possivelmente indicativa de um impacto da intervenção terapêutica por EMDR nos níveis de severidade da sintomatologia associada à PPST, registados nas variações das pontuações obtidas na escala PCL-C, em que o nível de severidade na sintomatologia diminuiu entre as fases inicial e final do estudo, com uma pontuação total de 70 e 32 respectivamente. Na dimensão afectiva do BES nas duas versões de variação temporal, registaram-se variações nos níveis de afecto positivo no sentido de uma subida de pontuação entre a fase inicial e final do estudo (fase inicial “geralmente” = 20 e fase final = 39, fase inicial “últimas semanas” = 10 e fase final = 40), e uma descida nos níveis de afecto negativo nas mesmas fases do estudo (fase inicial “geralmente” = 36 e fase final = 15, fase inicial “últimas semanas” = 40 e fase final = 16). Verificou-se igualmente uma subida gradual nos níveis de afecto positivo na fase intercalar, de 22 para 33, e uma descida dos níveis de afecto negativo, de 35 para 29, na mesma fase do estudo.

A dimensão cognitiva do BES - satisfação com a vida - revelou identicamente uma subida entre a fase inicial (15) e final do estudo (21), no entanto, não aparenta sugerir uma variação de pontuação tão acentuada comparativamente à dimensão afectiva.

Na Escala Sobre a Felicidade, verificaram-se variações nas pontuações dos 18 itens, observando-se uma subida na pontuação total dos níveis de felicidade entre a fase inicial (48) e final do estudo (70). Nos itens (ver Quadro 3.3) “7- Controlo o ambiente em que vivo”, na fase inicial teve uma pontuação de 1 e na fase final de 2, denotando uma subida de apenas um ponto. E o item (ver Quadro 3.3) “17- Considero-me uma pessoa cheia de esperança” registou uma subida acentuada entre a fase inicial e final do estudo.

Todas as pontuações obtidas nos instrumentos de avaliação aplicados neste estudo registam variações indicativas de um possível impacto da intervenção EMDR nos níveis de severidade da sintomatologia da PPST, nos níveis das dimensões afectiva e cognitiva do BES e nos níveis de Felicidade.

2. *Discussão de Resultados*

Dada a natureza exploratória deste estudo de caso, será efectuada uma discussão dos resultados sem alusão a propostas conclusivas. O tema central deste estudo incidiu no possível impacto da terapia por EMDR sobre os níveis de BES.

Dada a crescente importância atribuída ao funcionamento psicológico positivo e seu papel na área da saúde mental, torna-se igualmente pertinente, a dedicação a estudos centrados em intervenções psicoterapêuticas que possam ter um impacto no sentido de aumentar os níveis de bem-estar, e reduzir os impactos prejudiciais associados a determinadas sintomatologias e acontecimentos. A PPST é uma das perturbações que pode drasticamente reduzir a qualidade de vida e bem-estar de um indivíduo, quer ao nível pessoal, profissional e psicológico, quer ao nível de relacionamentos interpessoais. Os efeitos da PPST não se limitam a afectar a pessoa directamente envolvida, repercutindo-se às pessoas que estão directa e indirectamente envolvidas com a vítima do trauma.

A terapia EMDR, ainda pouco divulgada em Portugal, tem vindo a ganhar excelente reputação no tratamento de casos de PPST. Este estudo de caso centrou-se numa participante de 35 anos de idade, diagnosticada com PPST crónico provocado por um acidente de viação. Os resultados obtidos nas escalas aplicadas sugerem variações nas pontuações obtidas, e subsequente possível impacto nos níveis das dimensões cognitiva e afectiva do BES, na redução da severidade da sintomatologia e nos níveis de felicidade.

As emoções são respostas complexas do nosso organismo a estímulos exógenos e endógenos. As emoções primárias disfóricas são adaptativas em determinadas situações. No entanto, o *stress* crónico e as emoções negativas associadas à PPST podem eventualmente afectar negativamente a nossa saúde física e mental. Seligman, Rashid e Parks (2006) alertaram para o facto das emoções negativas poderem afectar as nossas defesas imunitárias, resiliência e capacidade de concentração. Fredrikson (2001) reforça esta perspectiva afirmando que as emoções positivas podem expandir reportórios que, por sua vez, aumentam recursos que possivelmente nos protegem e permitem lidar com situações desafiantes e stressantes.

Os resultados deste estudo de caso apontam para um aumento nos níveis de afecto positivo, que podem ser sugestivos de uma provável futura melhoria na saúde mental e física e reforço de recursos e resiliência, na participante do estudo.

Peterson (2002) define como um bom nível de BES: um nível razoavelmente elevado de afecto positivo; relativamente baixo de afecto negativo; e um julgamento subjectivo positivo de satisfação com a vida. Neste estudo, os níveis de afecto positivo apontam para um aumento entre a fase inicial e final do estudo, os níveis de afecto negativo para uma diminuição, e os níveis de satisfação com a vida para um moderado aumento. Assim, e com base exclusivamente nos resultados deste estudo, será provável deduzir, que o EMDR neste caso específico teve um impacto nos níveis de BES da participante no estudo.

3. Limitações do Presente Estudo e Futura Investigação

O presente estudo de caso apresenta limitações que são merecedoras de atenção e serão seguidamente enunciadas:

- Este estudo de caso não incluiu uma avaliação posterior à fase final do estudo. Teria sido desejável uma avaliação e monitorização, utilizando os mesmos instrumentos de avaliação, num período de seis meses e um ano após a fase final do estudo (após termino da terapia).
- O presente estudo de caso baseou-se exclusivamente na aplicação de instrumentos de avaliação de carácter auto-relato de metodologia quantitativa. Seria recomendada a utilização de uma metodologia mais integrativa, incluindo uma entrevista semi-estruturada no período inicial e final do estudo, e outras medidas de avaliação e monitorização de carácter qualitativo.
- Não se procedeu à avaliação de outro tipo de perturbação comumente associada à PPST, como a depressão. No entanto, pode ser sugerido que o afecto negativo da escala PANAS, monitorizado neste estudo, possa de algum modo estar associado a um estado de humor com características depressivas.

No que diz respeito a sugestões para futura investigação, pode ser sugerida a formulação de hipóteses que sirvam de base a uma avaliação do tema em estudo, e à

realização de estudos com aplicação de metodologias, rigorosamente controladas, aplicadas a populações aleatórias de carácter mais diversificado. Igualmente importante, será o estudo da terapia EMDR aplicada a outras causas de PPST, e seus possíveis impactos nos níveis de BES, incluindo uma avaliação pormenorizada das perturbações mais frequentemente associadas à PPST, nomeadamente perturbações de humor (sintomatologia depressiva).

Este estudo de caso concentrou-se especificamente na perturbação de ansiedade PPST e possíveis impactos nos níveis de BES, todavia, existe um extenso leque de situações que podem impactar nos níveis de BES, e identicamente beneficiar de uma intervenção terapêutica EMDR.

Atendendo ao elevado índice de sinistralidade rodoviária em Portugal, será importante perceber em estudos futuros efectuados com amostras constituídas por vítimas de acidentes de viação, se existem factores específicos à sintomatologia PPST nestes casos. Sendo a PPST uma perturbação de ansiedade que abrange um variado leque de tipologia de acontecimentos traumáticos, será fulcral perceber se a PPST, nos casos de acidentes de viação, tem particularidades inerentes, como grau de severidade e sintomatologia mais típica e específica. Na mesma linha de raciocínio, igualmente relevante será aprofundar a questão da eficácia da terapia EMDR nos casos de PPST associados à sinistralidade rodoviária, dada a probabilidade de existir em Portugal um elevado número de pessoas nessa situação, facto que reforça a relevância do estudo do impacto do EMDR na PPST nesta população específica.

Por último, será relevante salientar que este estudo de caso só abordou o construto BES como variável do funcionamento psicológico positivo. Dada a importância da saúde mental, será importante estudar igualmente outros factores que podem estar relacionados com o bem-estar, como o optimismo, bem-estar psicológico, sentido de humor e esperança. Deste modo, o conceito de bem-estar será mais amplamente estudado, tendo em conta todas as suas importantes facetas e dimensões, e as conclusões de futura investigação, poderá contribuir e trazer benefícios à saúde mental individual e comunitária.

BIBLIOGRAFIA

- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P. & Alves, C. (2003). Perturbação Pós Traumática do Stress (PTSD). Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 309 – 320.
- Aleksandra, D., Martinovic, S., Vuckovic, N., Dickov, V., Dragin, D., Budisa, D., & Sekulic-Nad, I. (2010). Post traumatic stress disorder (ptsd) after traffic accident. *HealthMed*, 41037-1043. Retrieved from EBSCOhost.Abstract
- Aristóteles (1985). *Nicomachean Ethics* (Tradução, introdução e notas de Terence Irwin). Indianapolis: Hackett. Obtido em 10 de Outubro de www.eses.pt
- Associação Americana de Psiquiatria (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais Texto revisto*. (4ª ed). Lisboa: Climepsi.
- Baptista, J. & Freitas-Magalhães, A. (2010). A Neuropsicofisiologia do medo: A capacidade de reconhecimento e identificação em lesões cerebrais. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia Universidade do Minho, Portugal*
- Barros, O. (2010). *Psicologia Positiva: Uma Nova Psicologia*. Porto: Legis Editora.
- Barrowcliff, A. L., Gray, N. S., MacCulloch, S., Freeman, T. C. A., & MacCulloch, M. J. (2003). Horizontal rhythmical eye-movements consistently diminish the arousal provoked by auditory stimuli. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 289–302
- Bisson J. & Andrew M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews 2007*, Issue 3.

- Biswas-Diener, R. (2008). Material Wealth and Subjective Well-Being. In Eid, M. & Larsen, R. J., *The Science of Subjective Well-Being* (p.307-322). NY: The Guildford Press.
- Biswas-Diener, R., Diener, E., & Tamir, M. (2004). The psychology of subjective well-being. *Daedalus*, 133, 18-25.
- Bizarro, L. (2000). *Estudo do bem-estar psicológico durante a adolescência*. Tese de doutoramento. FPCE-UL. Lisboa.
- Blazer, D. G., & Hybels, C. F. (2004). What Symptoms of Depression Predict Mortality in Community-Dwelling Elders? *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(12), 2052-2056.
- Bohart, A. & Greenberg, L. (2002). EMDR and Experiential Therapy. In Shapiro, F., *EMDR as an Integrative Psychotherapy Approach* (p. 85-122). Washington, DC: American Psychological Society.
- Bohart, A. C., Elliott, R., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2002). Empathy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 89–108). NY: Oxford University Press.
- Boudewyns, P. A., & Hyer, L. A. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as treatment for post-traumatic stress disorder (PTSD). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3, 185–195
- Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 339–376.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103(4), 670-686

- Brickman, P., Coates, D., & Janoff-Bulman, R. (1978). Lottery winners and accident victims: Is happiness relative?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36(8), 917-927
- Campbell, A. (1976). Subjective measures of well-being. *American Psychologist*, 2, 117-124.
- Cordeiro, J. D. (2005). *Manual de Psiquiatria Clínica* (3ª Edição ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Davidson, P. R., & Parker, K. H. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 305-316.
- De Sá, M., D'Angelo, C., Da Ros Malarcarne, G., Neto, P., Pagura, J. (2008). Cisto Tarlov: Definição, Etiopatogenia, Propedêutica e Linhas de Tratamento. Artigo de Revisão. *Acta Medica Portuguesa*, 21, (171-178).
- Department of Veterans Affairs & Department of Defense Practice Guidelines obtido em 10 de Outubro 2011 em <http://www.healthquality.va.gov/>
- Diener, E. (2008). Myths in the Science of Happiness, and Directions for Future Research. In Eid. M. & Larsen, R. J., *The Science of Subjective Well-Being* (p.307-322). NY: The Guildford Press.
- Diener, E., Ng, W., Harter, J., & Arora, R. (2010). Wealth and happiness across the world: Material prosperity predicts life evaluation, whereas psychosocial prosperity predicts positive feeling. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(1), 52-61.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.

Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent Findings on Subjective Well-Being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24(1), 25-41. Obtido no dia 10 de Outubro de 2011 no <http://www.mendeley.com/research/recent-findings-subjective-wellbeing/>

Direcção Geral de Viação (2003). *Sinistralidade rodoviária 2003 – elementos estatísticos*. Ministério da Administração Interna. Observatório de Segurança Rodoviária.

Ehlers, A., Mayou, R. A., & Bryant, B. (1998). Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(3), 508-519.

Ehlers, A.; Mayou, R. & Bryant (1998). Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 508-519.

Foa, E. B., & Meadows, E. A. (1997). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review. *Annual Review of Psychology*, 48(1), 449. Retrieved from EBSCOhost.

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

Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions?. *Review of General Psychology*, 2(3), 300-319.

Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218–226.

- Fredrickson, B. L., & Levenson, R. W. (1998). Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition and Emotion, 12*, 191–220.
- Galinha, I. & Ribeiro, P. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica, 2*, 219-227.
- Galinha, I. & Ribeiro, P. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS): I – Abordagem Teórica ao conceito de afecto. *Análise Psicológica, 2*, 209-218.
- Galinha, I. (Eds). (2010). *Bem-Estar Subjectivo: Factores Cognitivos, Afectivos e Contextuais*. Lisboa: Placebo Editora LDA.
- Gazzola, N. & Iwakabe, S. (2009). From single-case studies to practice-based knowledge: Aggregating and synthesizing case studies. *Psychotherapy Research, 19*, 601-611.
- Guerreiro, D., Brito, B., Baptista, J.L. & Galvão, F. (2007). Stresse Pós Traumático. Os mecanismos do trauma. *Acta Médica Portuguesa, 20*, 347-354.
- Güven, C., & Saloumidis, R. (2009). Why Is the World Getting Older?: The Influence of Happiness on Mortality. *SOEPpapers, 198*, DIW Berlin, The German Socio-Economic Panel (SOEP). site http://ideas.repec.org/p/diw/diwsop/diw_sp198.html
- Ironson, G., Freud, B. B., Strauss, J. L., & Williams, J. J. (2002). Comparison for two treatments for traumatic stress: A community-based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology, 58*(1), 113-128.
- Jaspers, J. C. (1998). Whiplash and post-traumatic stress disorder. *Disability & Rehabilitation, 20*(11), 397. Retrieved from EBSCOhost.

- Judge, T. & Klinger, R. (2008). Job Satisfaction: Subjective Well-Being at Work. In Eid, M. & Larsen, R. J., *The Science of Subjective Well-Being* (p.307-322). NY: The Guildford Press.
- Judge, T. A., & Klinger, R. (2008). Job satisfaction: Subjective well-being at work. In M. Eid, & R. Larsen (Eds.), *The Science of Subjective Well-Being* (pp. 393-413). New York: Guilford Publications.
- Karlsen, E., Dybdahl, R., & Vitterso, J. (2006). The possible benefits of difficulty: How stress can increase and decrease subjective well-being. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47(5), 411-417.
- Lazarus, R. S. (2003). AUTHOR'S RESPONSE: The Lazarus Manifesto for Positive Psychology and Psychology in General. *Psychological Inquiry*, 14(2), 173. Retrieved from EBSCOhost.
- Lazarus, R. S. (2003). Does the Positive Psychology Movement Have Legs?. *Psychological Inquiry*, 14(2), 93-109.
- Lee, C. W. (2008). Crucial processes in EMDR: More than imaginal exposure. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(4), 262-268.
- Lee, C., Gavriel, H., Drummond, P., Richards, J., & Greenwald, R. (2002). Treatment of PTSD: Stress Inoculation Training with Prolonged Exposure Compared to EMDR. *Journal of Clinical Psychology*, 58(9), 1071. Retrieved from EBSCOhost.
- Liaghatdar, M., Jafari, E., Abedi, R., & Samiee, F. (2008). Reliability and Validity of the Oxford Happiness Inventory among University Students in Iran. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(1), 310-313.
- Lima, M., & Novo, R. (2006). So far so good? Subjective and social well-being in Portugal and Europe. *Portuguese Journal of Social Science*, 5(1), 5-33.

- Lucas, R. E. (2007). Long-term disability is associated with lasting changes in subjective well-being: Evidence from two nationally representative longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(4), 717-730.
- Lucas, R. E., Clark, A. E., Georgellis, Y., & Diener, E. (2003). Reexamining adaptation and the set point model of happiness: Reactions to changes in marital status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(3), 527-539.
- Lucas, R. E., Clark, A. E., Georgellis, Y., & Diener, E. (2004). Unemployment Alters the Set Point for Life Satisfaction. *Psychological Science*, 15(1), 8-13.
- Lykken, D., & Tellegen, A. (1996). Happiness is a stochastic phenomenon. *Psychological Science*, 7, 186-189.
- Maxfield, L., & Hyer, L. A. (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 23-41.
- Ministério da Administração Interna (2006). *Sinistralidade Rodoviária 2005. Observatório de Segurança Rodoviária*.
- Ministério da Administração Interna (Março, 2003). *Plano Nacional de Prevenção Rodoviária*.
- Mohammad, J., Ebrahim, J. & Fatemeh S. (2008). Reliability and Validity of the Oxford Happiness Inventory among University Students in Iran. *The Spanish Journal of Psychology*, 11, 310-313.
- Myers, D. G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55(1), 56-6

- Nações Unidas. (2002). *Global road safety crisis*. 14 Abril 2004. Obtido em 20 Setembro 2011 em <http://www.globalroadsafety.org/>
- National Centre for PTSD (2010). *Using the PTSD Checklist (PCL)*. US Department of Veteran Affairs. Obtido em 15 de Outubro de 2011 em www.ptsd.va.gov
- National Institute for Clinical Excellence (2005). *Post-Traumatic Stress Disorders: The Management of adults and children in primary and secondary care*. London: NICE Guidelines <http://guidance.nice.org.uk/CG26/Guidance/pdf/English>
- Ng, W., Diener, E., Harter, J., & Arora, R. (2009). Affluence, feelings of stress, and well-being. *Social Indicators Research*, 94, 257-271.
- Nishi, D., Matsuoka, Y., Kim, U. (2010). Posttraumatic Growth, Posttraumatic Stress Disorder and Resilience of Motor Vehicles Accident Survivors. *Bio PsychoSocial Medicine*, 4:7. Obtido em 23 de Setembro em <http://www.bpsmedicine.com/content/4/1/7>
- Novo, R. (2003). *Para Além da Eudaimonia-O Bem-Estar Psicológico em Mulheres na Idade Adulta Avançada*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Oishi, S., Diener, E., & Lucas, R. E. (2007). The optimum level of well-being: Can people be too happy? *Perspectives on Psychological Science*, 2, 346–360.
- Oliveira, S. (2008). *Traumas de Guerra : Traumatização Secundária das famílias dos ex-combatentes da guerra colonial com PTSD*. Tese de mestrado em Psicologia (Stress e Bem-Estar), apresentada à Universidade de Lisboa através da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Obtido em 20 de Setembro de 2011 em www.repositorio.ul.pt
- Orlando Neves (2005). Obtido em 11 de Outubro de 2011 de <http://www.vidaslusofonas.pt/aristoteles.htm>

- Pavot, W., & Diener, E. (2008). The Satisfaction With Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. *Journal of Positive Psychology, 3*(2), 137-152.
- Peterson, C. (2006). *A Primer in Positive Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Pires, F. (2005). *Perturbação de stress pós-traumático em vítimas de acidentes Rodoviários*. Obtido em 15 de Setembro de 2011 de <http://hdl.handle.net/1822/4907>
- Propper, R. E., & Christman, S. D. (2008). Interhemispheric interaction and saccadic horizontal eye movements. *Journal of EMDR Practice and Research, 2*, 269–281.
- Rauch, S. L., Van der Kolk, B. A., Fisler, R. E., & Alpert, N. M. (1996). A symptom provocation study of posttraumatic stress disorder using positron emission tomography and script-driven imagery. *Archives of General Psychiatry, 53*(5), 380-387. Retrieved from EBSCOhost.
- Resick, P., Monson, C. & Rizvi, S. (2008). Post-Traumatic Stress Disorder. In Barlow, D., *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (pp. 65-121). New York: The Guildford Press.
- Reyes, G., Elhai, J. & Ford, J. (2008). *The Encyclopedia of Psychological Trauma*. New Jersey: John Willey & Sons.
- Rogatko, T. (2009). The Influence of Flow on Positive Affect in College Students. *Journal of Happiness Studies, 10*(2), 133-148.
- Rubin, A. (2003). Unanswered Questions about the Empirical Support for EMDR in the Treatment of PTSD: A review of research. *Traumatology, (9)*, 4-30.

- Ryff, C. (1989). Happiness is Everything, or is it? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Ryff, C., & Keyes, L. (1995). The Structure of Psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol.69 (4) US : American Psychological Association pp. 719-727.
- Sandvik, E., Diener, E., & Seidlitz, L. (1993). Subjective Well-Being: The Convergence and Stability of Self-Report and Non-Self-Report Measures. *Journal of Personality*, 61(3), 317-342.
- Schiffirin, H., & Nelson, S. S. (2010). Stressed and Happy? Investigating the Relationship Between Happiness and Perceived Stress. *Journal of Happiness Studies*, 11(1), 33-39.
- Schubert, S., & Lee, C. W. (2009). Adult PTSD and Its Treatment With EMDR: A Review of Controversies, Evidence, and Theoretical Knowledge. *Journal of EMDR Practice & Research*, 3(3), 117-132.
- Seligman, M. (2002). *Authentic Happiness. Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: First Free Press.
- Seligman, M. (2011). *A Visionary New Understanding of Happiness and Well-Being: Flourish*. New York: First Free Press.
- Seligman, M., Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Seligman, M., Parks, C.A., Steen, T. (2004). A Balanced Psychology and a Full Life. *The Royal Society*, 359, 1379-1381.

- Shapiro, F. (Eds). (2001). *Eye Movement Desensitization Reprocessing: Basic Principles, protocols, and procedures*. New York: Guildford Press.
- Shapiro, F., & Maxfield, L. (2002). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Information Processing in the Treatment of Trauma. *Journal of Clinical Psychology*, 58(8), 933-946.
- Shapiro, F., Kaslow, F., & Maxfield, L. (2007). *Handbook of EMDR and Family Therapy Processes*. US: John Wiley & Sons, Inc.
- Shcimmack, U. (2008). Measuring Subjective Well-Being. In Eid. M. & Larsen, R. J., *The Science of Subjective Well-Being* (p.307-322). NY: The Guildford Press.
- Siegel, D., (2002). The Developing Mind and the Resolution of Trauma: Some ideas About Information Processing and an Interpersonal Neurobiology of Psychotherapy. In Shapiro, F., *EMDR as an Integrative Psychotherapy Approach* (p. 85-122). Washington, DC: American Psychological Society.
- Smyth, N. J., & Poole, A. D. (2002). EMDR and cognitive-behavior therapy: Exploring convergence and divergence. In Shapiro, F. (Ed.), *EMDR as an integrative psychotherapy approach* (pp. 151–180). Washington, DC: American Psychological Association.
- Solomon, R. M., & Shapiro, F. (2008). EMDR and the adaptive information processing model: Potential mechanisms of change. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(4), 315.
- Suh, E., Diener, E., & Fujita, F. (1996). Events and subjective well-being: Only recent events matter. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(5), 1091-1102.

- Tellegen A, Lykken DT, Bouchard TJ, Wilcox KJ, Rich S, Segal NL (1988). Personality similarity in twins reared apart and together. *Journal Personality and Social Psychology*, 54(6):1031-1039.
- Tulving, E. (2002). EPISODIC MEMORY: From Mind to Brain. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 1. Retrieved from EBSCOhost.
- United Kingdom Department of Health (2001). *Treatment Choice in psychological therapies and counselling evidence based clinical practice guideline*. London, England. Obtido em 29 de Setembro de 2011 em <http://www.dh.gov.uk>
- Van der Kolk, B., (2002). Beyond the Talking Cure: Somatic Experience and Subcortical Imprints in the Treatment of Trauma. In Shapiro, F., *EMDR as an Integrative Psychotherapy Approach* (p. 85-122). Washington, DC: American Psychological Society.
- Van Etten, M., & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 126–145.
- Vasco-Branco, A. (2009). *Regulation of Needs Satisfaction as the Touchstone of Happiness. Meanings of Happiness and Psychotherapy*, 16th Conference European Association for Psychotherapy. Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa
- Vasco-Branco, A. (2009). *Sinto, Logo Também Existo! III Seminário Espaço S. Emoções e Juventude – Abordagem Psicológica das Emoções*. Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Veenhoven, R. R. (2008). Healthy happiness: effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *Journal of Happiness Studies*, 9(3), 449-469.

- Wallis, C. (2005). The New Science of Happiness. *Time, Mind & Body*, 65, 38-44.
- Warr, P. (1978). A study of psychological well-being. *British Journal of Psychology*, 69(1), 111. Retrieved from EBSCOhost.
- Warr, P., Barter, J., & Brownbridge, G. (1983). On the independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 644-651.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- Wheeler, M. A., Stuss, D. T., & Tulving, E. (1997). Toward a theory of episodic memory: The frontal lobes and autonoetic consciousness. *Psychological Bulletin*, 121(3), 331-354.
- Wilson, W. R. (1967). Correlates of Avowed Happiness. *Psychological Bulletin*, 67(4), 294-306.
- World Health Organization (2009). *Global status report on road safety: time for action*. Obtido em 20 Setembro 2011 em www.who.int/violence_injury_prevention

ANEXO A

Gonçalves, Marques Pinto e Lima (2006)

PCL-C (*)

Instruções: O seguinte questionário descreve sintomas ou queixas que as pessoas por vezes têm após terem vivido uma experiência traumática. Pedimos-lhe agora que concentre a sua atenção no **acontecimento/ experiência** que considera ter sido **a mais traumática** para si e que referiu na pergunta anterior.

Por favor, leia cada frase que se segue cuidadosamente e assinale em que medida apresentou os seguintes sintomas no **último mês**. Para tal **assinale com um círculo (O) o valor que melhor corresponde à sua opinião utilizando a escala apresentada:**

<i>Em que medida sofreu dos seguintes sintomas:</i>	Nos tempos seguintes ao acontecimento traumático				
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>a) Recordações, pensamentos e imagens perturbadoras e repetitivas referentes ao acontecimento traumático.....</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>b) Sonhos perturbadores e repetitivos referentes ao acontecimento traumático.....</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>c) Agir ou sentir-se subitamente como se o acontecimento traumático estivesse a acontecer de novo (como se o estivesse a reviver).....</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>d) Sentir-se muito preocupado(a) quando algo o(a) relembra do acontecimento traumático.....</i> <i>.....</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>e) Ter reacções físicas (ex.: coração acelerado, dificuldades respiratórias, transpiração) quando algo o(a) relembra do acontecimento traumático.....</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>f) Evitar pensar ou falar sobre o acontecimento traumático, evitar ter sentimentos relacionados com esse acontecimento.....</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>g) Evitar actividades ou situações porque elas lhe relembram o acontecimento traumático.....</i> <i>.....</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>

h) Ter dificuldade em relembrar aspectos importantes do acontecimento traumático.....
.....

1 2 3 4 5

i) Perder o interesse por actividades de que antes costumava gostar.....

1 2 3 4 5

j) Sentir-se distante ou isolado(a) das outras pessoas.....

1 2 3 4 5

k) Sentir-se emocionalmente adormecido(a) ou incapaz de sentir afecto pelas pessoas que lhe são próximas.....

1 2 3 4 5

l) Sentir que a sua vida futura vai acabar cedo.....

1 2 3 4 5

m) Ter dificuldade em adormecer ou em manter-se a dormir.....

Quanto tempo depois do acontecimento traumático é que estes sintomas surgiram?

₁ Nos primeiros 6 meses

₂ Após 6 meses ou mais

2. Durante quanto tempo, após a ocorrência do acontecimento traumático, teve os sintomas acima descritos?

₁ Menos de 1 mês

₂ Menos de 3 meses

₃ 3 meses ou mais

Versão portuguesa de Gonçalves, Marques Pinto e Lima (2006) do *PCL-C for DSM-IV*, desenvolvido por Weathers, F.W., Huska, J.A., Keane, T.M. - Boston: National Center for PTSD – Behavioral Science Division, 1991.

ANEXO B

Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)

(Versão portuguesa de Galinha, I. & Ribeiro, J. (2005))

Esta escala consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada palavra e marque a resposta adequada no espaço anterior à palavra. Indique em que medida sente, **geralmente, ou seja em média**, cada uma das emoções.

- 1- Nada ou muito Ligeiramente
- 2- Um Pouco
- 3- Moderadamente
- 4- Bastante
- 5- Extremamente

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Interessada | <input type="checkbox"/> Orgulhosa |
| <input type="checkbox"/> Perturbada | <input type="checkbox"/> Irritada |
| <input type="checkbox"/> Excitada | <input type="checkbox"/> Encantada |
| <input type="checkbox"/> Atormentada | <input type="checkbox"/> Remorsos |
| <input type="checkbox"/> Agradavelmente surpreendida | <input type="checkbox"/> Inspirada |
| <input type="checkbox"/> Culpada | <input type="checkbox"/> Nervosa |
| <input type="checkbox"/> Assustada | <input type="checkbox"/> Determinada |
| <input type="checkbox"/> Calorosa | <input type="checkbox"/> Trémula |
| <input type="checkbox"/> Repulsa | <input type="checkbox"/> Activa |
| <input type="checkbox"/> Entusiasmada | <input type="checkbox"/> Amedrontada |

Obrigada pela sua participação!

Data:

ANEXO C

Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)

(Versão portuguesa de Galinha, I. & Ribeiro, J. (2005))

Esta escala consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada palavra e marque a resposta adequada no espaço anterior à palavra. Indique em que medida sentiu cada uma das emoções durante as **últimas semanas**.

- 6- Nada ou muito Ligeiramente
- 7- Um Pouco
- 8- Moderadamente
- 9- Bastante
- 10- Extremamente

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Interessada | <input type="checkbox"/> Orgulhosa |
| <input type="checkbox"/> Perturbada | <input type="checkbox"/> Irritada |
| <input type="checkbox"/> Excitada | <input type="checkbox"/> Encantada |
| <input type="checkbox"/> Atormentada | <input type="checkbox"/> Remorsos |
| <input type="checkbox"/> Agradavelmente surpreendida | <input type="checkbox"/> Inspirada |
| <input type="checkbox"/> Culpada | <input type="checkbox"/> Nervosa |
| <input type="checkbox"/> Assustada | <input type="checkbox"/> Determinada |
| <input type="checkbox"/> Calorosa | <input type="checkbox"/> Trémula |
| <input type="checkbox"/> Repulsa | <input type="checkbox"/> Activa |
| <input type="checkbox"/> Entusiasmada | <input type="checkbox"/> Amedrontada |

Obrigada pela sua participação!

Data:

ANEXO D

Escala de Satisfação com a Vida

(Versão Portuguesa de Neto, Barros e Barros, 1990)

Encontra a seguir cinco afirmações com as quais pode concordar ou discordar. Utilizando a escala de 1 a 7 abaixo indicada, refira o seu grau de acordo com cada frase, fazendo uma cruz no número apropriado.

Procure ser sincera nas respostas que vai dar.

A escala de 7 pontos:

- 1- Totalmente em desacordo
- 2- Em desacordo
- 3- Mais ou menos em desacordo
- 4- Nem de acordo nem em desacordo
- 5- Mais ou menos de acordo
- 6- De acordo
- 7- Totalmente de acordo

As frases para analisar:

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| - Em muitos aspectos, a minha vida aproxima-se dos meus ideais | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| - As minhas condições de vida são excelentes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| - Estou satisfeita com a minha vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| - Até agora, consegui obter aquilo que era importante na vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| - Se pudesse viver a minha vida de novo, não alteraria praticamente nada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Obrigada pela sua participação!

Data:

ANEXO E

Escala sobre a Felicidade

(Barros, 2001)

Este questionário pretende conhecer o que pensam as pessoas a respeito de si mesmas e da vida. Responda sinceramente a todas as perguntas, conforme aquilo que verdadeiramente sente e não como gostaria de ser. Todas as respostas são boas, desde que sinceras. O questionário é anónimo. Obrigado pela sua colaboração.

Faça um círculo (só um em cada resposta) em volta do número que melhor corresponda à sua situação (evitando, se possível, o número intermédio), conforme este significado:

1. Totalmente em desacordo (absolutamente não)
2. Bastante em desacordo (não)
3. Nem de acordo nem em desacordo (mais ou menos)
4. Bastante de acordo (sim)
5. Totalmente de acordo (absolutamente sim)

1. Sinto-me bem comigo mesmo	1 2 3 4 5
2. Tenho um bom conceito de mim mesmo	1 2 3 4 5
3. Aceito-me como sou	1 2 3 4 5
4. Relaciono-me bem com as outras pessoas	1 2 3 4 5
5. Faço amigos facilmente	1 2 3 4 5
6. Gosto de me sentir livre	1 2 3 4 5
7. Controlo o ambiente em que vivo	1 2 3 4 5
8. Aceito o meu passado	1 2 3 4 5
9. Sei viver o momento presente	1 2 3 4 5
10. Tenho projectos para o futuro	1 2 3 4 5
11. Espero evoluir cada vez mais	1 2 3 4 5
12. Sinto-me uma pessoa feliz	1 2 3 4 5
13. Luto pelo meu bem-estar	1 2 3 4 5
14. Considero-me uma pessoa alegre	1 2 3 4 5
15. Sinto-me satisfeito com a vida	1 2 3 4 5
16. Tenho conseguido atingir os meus objectivos	1 2 3 4 5
17. Considero-me uma pessoa cheia de esperança	1 2 3 4 5
18. Tenho bastante sentido de humor	1 2 3 4 5

Data:

Cf. Barros, J. (2001). Felicidade: Natureza e avaliação (proposta de uma nova escala). *Psicologia, Educação e Cultura*, 5 (2), 289-318.



ANEXO F

Consentimento Informado

Eu, _____, aceito participar de forma voluntária neste estudo, realizado no âmbito de um projecto de investigação para a conclusão do Mestrado Integrado em Psicologia na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, secção de Psicologia Clínica e da Saúde, núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativa.

Foi-me assegurado que a informação que escolher revelar será tratada de forma anónima e confidencial e será usada apenas no âmbito desta investigação.

Confirmo, ainda, que fui informada sobre os meus direitos enquanto participante voluntária nesta investigação, e devidamente informada sobre a minha participação e todas as dúvidas que coloquei foram esclarecidas.

Autorizo o acesso e inclusão no estudo de dados do meu historial clínico e pessoal e acesso aos registos da terapia EMDR, que sejam de pertinência ao objectivo do estudo em causa

Lisboa, 10 Julho de 2011

(a participante)



ANEXO G

Pedido Colaboração

Venho por este meio formalizar o meu pedido de colaboração no projecto de investigação que estou a desenvolver, sob a supervisão da Prof. Doutora Helena Águeda Marujo, no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, secção de Psicologia Clínica e da Saúde, núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativa.

O objectivo do estudo de caso é o de avaliar o possível impacto da aplicação da terapia EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*), no tratamento da Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD), e possíveis impactos nos níveis de Bem-Estar Subjectivo.

Todos os dados recolhidos serão tratados de forma anónima e confidencial, sendo que, findo o trabalho de análise dos mesmos, me comprometo a facultar uma cópia do referido estudo à participante.

Agradeço desde já a sua colaboração e o tempo despendido,

Lisboa, 10 de Julho de 2011

Prof. Doutora Helena Águeda Marujo _____

Susanne Marie Ramos França _____

ANEXO H

**Ligação para sítio na Internet com informação e ilustração da intervenção EMDR,
aplicada a um caso de trauma relacionado com combate em guerra.**

<http://youtu.be/zBtqWrs2-K0>.