

Referência:

Pais-Ribeiro, J. (2006). As variáveis psicológicas positivas como amortecedores entre situações de doença grave traumática e stress. In: P.Costa, Carlos Lopes Pires, J.Veloso & Catarina Lopes Pires (Org.). *Stresse Pós-Traumático - Modelos, Abordagens & Práticas* (pp.13-19). Leiria: Editorial Diferença

AS VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS POSITIVAS COMO AMORTECEDORES
ENTRE SITUAÇÕES DE DOENÇA GRAVE TRAUMÁTICA E STRESS

José Luis Pais Ribeiro- Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação –
Universidade do Porto

A experiência de uma doença grave é um acontecimento não-normativo, cuja ocorrência é susceptível de constituir uma situação traumática, conducente a sintomas que definam quadros de Perturbação de Stresse Pós-Traumático (PSPT). Por trauma entende-se um acontecimento perturbador que produz alterações negativas na vida e, pelo menos temporariamente, reacções do funcionamento psicológico caracterizadas por ansiedade, depressão e outros estados emocionais negativos (Taylor & Armor, 1996).

Há evidência de evolução no sentido da experiência de doença conduzir a PSPT: Kangas, Henry e Bryant (2002) referem-no para o cancro, Amir e Ramati (2002) referem-no mais especificamente para o cancro da mama, Shemesh et al. (2001) para o enfarte do miocárdio, Cuthbertson, Hull, Strachan e Scott (2004) para o internamento em unidades de cuidados intensivos, Krakow et al. (2000) referem-no para perturbações respiratórias no sono, Ehde, Patterson, Wiechman, e Wilson (1999) para lesões por queimaduras.

Relação entre doença grave e PSPT

Esta evolução de trauma associado a doença grave para PSPT é uma possibilidade recente. Até ao *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) da responsabilidade da *American Psychiatric Association* na sua versão IV, o DSM-IV (1994), as situações de doença eram explicitamente excluídas como stressores potencialmente graves, reconhecidos para dar origem a PSPT. Numa breve revisão histórica do próprio conceito de PSPT verificamos que só em 1980 a *American Psychiatric Assotiation* (APA) reconheceu que situações stressantes são susceptíveis de contribuir para um conjunto de sintomas que definem o quadro de *Post-Traumatic*

Stress Disorder, que em Português, e entre outras traduções, se tem designado por Perturbação de Stresse pós-Traumático. Nesta época passam a estar incluídas como uma perturbação no DSM-III (com exclusão de eventos como doença grave). Antes disto estas situações eram designadas no DSM-I, por “forte reacção ao stresse”; no DSM-II por “perturbação situacional transitória”. As razões da inclusão tardia das doenças graves deve-se, provavelmente, à própria evolução das doenças e do seu tratamento. As doenças graves que contribuem para as principais causas de mortalidade e mortalidade em Portugal (doenças cardiovasculares – do coração e acidentes vasculares cerebrais - e cancro) ganharam proeminência na segunda metade do século XX quando as doenças infecciosas passaram a estar controladas com a penicilina. Este controlo está associado ao envelhecimento da população. O Instituto Nacional de Estatística mostra que a expectativa de vida à nascença passou, em Portugal, entre 1950 e 2000, de 55,5 anos para os homens e 60,5 para as mulheres para, respectivamente, 72,4 e 79,4 anos. Por outro lado, as duas principais causas de morte em Portugal, que contribuem actualmente para cerca de 60% de todas as causas de morte, as doenças do aparelho circulatório triplicaram entre 1960 e 1990, e as por cancro duplicaram.

Simultaneamente o tempo de sobrevida com estas doenças graves tem aumentado. Por exemplo, para 24 tipos de cancro, dados publicados em 2002 provenientes de bases internacionais de estatística (*Surveillance, Epidemiology and End Results - SEER*) mostra que para 16 daqueles tipos de cancro a sobrevivência dos doentes a cinco anos é superior a 50%; a 10 anos e para 14 tipos de cancro a sobrevivência média dos doentes é superior a 50%; a 20 anos para 11 tipos de cancro a sobrevivência média dos doentes é superior a 50%. Como a probabilidade de ter estas doenças aumenta com a idade é natural que o aumento de expectativa de vida e a cronicização da doença seja susceptível de permitir o desenvolvimento da PSPT.

Questões de classificação de PSPT

No DSM-III para se definir PSPT deveria ter ocorrido um acontecimento “*outside usual experience*” (American Psychiatric Association, 1980, p. 236) tendo acrescentado no DSM-IV como condição suficiente para PSPT “*learning about a threat to the physical integrity of a close associate*” (American Psychiatric Association, 1994, p. 435). É suposto que o DSM e a International Classification of Diseases (ICD) descrevam as doenças do mesmo modo. No entanto enquanto o ICD manteve como condição para PSPT a necessidade da pessoa estar exposta a um acontecimento

traumático que envolve ameaça ou perigo excepcional, ou com um grau devastador tão elevado que causaria mal-estar permanente em praticamente qualquer indivíduo, o DSM-IV passa a incluir a experiência ou testemunho de um acontecimento que envolva morte, ferimento, ou ameaça à integridade física própria ou a de outra pessoa, ou a aprendizagem de um evento desse tipo vivido por um amigo próximo ou membro da família (Lamprecht, & Sack, 2002).

Se em Portugal se utilizar os critérios do DSM-IV em vez dos do ICD passam a poder ser incluídos nesta categoria de perturbação os familiares dos doentes ou outros próximos, ou os profissionais de saúde que lidam com estas situações graves. McNally (2003) explica que o PSPT tem características incomuns no sentido em que o diagnóstico especifica a etiologia (exposição a um stressor traumático) e, se os sintomas estiverem presentes mas sem esta causa, então não se trata de PSPT.

Magnitude do problema

Por exemplo, e para o cancro, uma revisão de investigação de Kangas et al. (2002) mostra valores de PSPT entre 0% e 35,1% com a maioria dos valores abaixo dos 10%. McNally (2003) refere que embora 60,7% da população americana tenha sido exposta a acontecimentos traumáticos somente 8,2% dos homens e 20,4% das mulheres tiveram alguma vez PSPT. Os dados mostram que a maioria dos indivíduos submetidos a trauma não desenvolve PSPT.

Creamer e Forbes (2003) apontam factores de comorbidade referindo que 90% dos sujeitos com PSPT evidenciam outras perturbações psiquiátricas. Estes autores referem evidência de vulnerabilidade pré PSPT como seja: baixo nível educacional e económico; casados, separados ou divorciados; género feminino; história psiquiátrica; depressão; e ansiedade.

A relação entre trauma e PSPT é frágil

É frequentemente ficar-se com a ideia, em boa parte à medida da lógica do modelo biomédico, que há uma relação directa entre acontecimento stressante e perturbação de PSPT. No entanto é aceite que a prevalência de PSPT é muito mais reduzida do que a prevalência de exposição a acontecimentos graves e ameaçadores (Aldwin, 1999; Bowman, 1999; Mikulincer & Florian, 1996)

Bowman (1999) explica que:

- a) A prevalência de PSPT é muito mais reduzida do que a prevalência de exposição a acontecimentos graves e ameaçadores,
- b) A discrepância verificada é suficientemente grande para ser explicada por variações populacionais
- c) Doentes com PSPT não mostram respostas biológicas normais ao stress;
- d) Acontecimentos traumáticos não são factores causais fiéis na explicação de PSPT

O coping é importante

Há reconhecimento crescente que a forma como os indivíduos lidam com/enfrentam (coping) o trauma pode ser mais importante no desenvolvimento de PSPT do que do a ocorrência do próprio trauma (Aldwin, 1999; Mikulincer & Florian, 1996). O uso de estratégias de coping apropriadas podem prevenir o desenvolvimento de PSPT, e os efeitos negativos na saúde podem ser reduzidos (Aldwin & Yancura, 2004; Creamer & Forbes, 2003).

Aldwin e Yancura, afirmavam que é surpreendente a ausência de estudos de coping com o trauma que recorram a modelos mais complexos tais como os de moderador ou mediador (Aldwin & Yancura, 2004) De facto o desenvolvimento de stress e nomeadamente a PSPT, é um processo: como tal há variáveis psicológicas moderadoras ou mediadoras, importantes, entre o estímulo desencadeador e a manifestação de sintomas, nomeadamente o coping. Este processo tem sido investigado no âmbito da psicologia e diversas variáveis têm sido consideradas, tendo-se acrescentado ultimamente as provenientes da psicologia positiva. Como a evolução entre o trauma e PSPT não é um processo automático, dependendo antes das características do indivíduo e do modo como ele percebe a situação e como a enfrenta, é suposto que existam variáveis psicossociais amortecedoras do impacto da situação stressante.

O modelo de amortecimento (buffering model) postula a existência de variáveis que protegem as pessoas da influência patogénica ou iatrogénica de acontecimentos stressantes, nomeadamente de doenças agudas possíveis conducentes a PSPT.

Aspectos de personalidade e coping

Suls, David e Harvey (1996) descrevem a investigação psicológica sobre o coping em três gerações: a primeira, no princípio do século XX é representada pela psicanálise; a segunda geração inicia-se por volta de 1960 e está fortemente associada aos trabalhos

do grupo de Lazarus; a terceira geração inicia-se em meados da década de 90. Esta terceira perspectiva, dizem Suls, et al. (1996) resulta da consciência que os factores situacionais não explicam todas as variações no coping, e que há investigação sugerindo que tanto as situações como a personalidade contribuem para a sua explicação. Assim esta terceira geração de estudos procura ligações entre personalidade e coping. Somerfield e McCrae (2000) explicam que “na última década ficou claramente demonstrado que os comportamentos de coping são fortemente influenciados pelas características do indivíduo, especialmente os traços de personalidade”(p.623).

Assim, para além das apreciações pessoais sobre o stresse, reconhece-se que os traços psicológicos do indivíduo submetido ao stresse constituem uma fonte de variação importante na percepção desse stresse. Lazarus (1993) refere os seguintes aspectos de personalidade que parecem estar associados à resiliência: “Pensamento construtivo” (constructive thinking), “Dureza” (hardiness), “Esperança” (hope), “Aprendizagem Criativa” (learning resourcefulness), “Optimismo” (optimism), “Auto Eficácia” (self-efficacy), e “Sentido Interno de Coerência” (sense of coherence), a que Folkman (1997) acrescenta, mestria (mastery), neuroticismo, e ilusões positivas.

Folkman (1997) no âmbito de um estudo longitudinal com 314 conjugues cuidadores de doentes com SIDA refere os seguintes processos de coping associados a resultados psicológicos positivos, que têm em comum o tema “procurar por, e encontrar um significado positivo” e que jogam um papel importante na activação de crenças, valores e objectivos que ajudam a definir aspectos positivos dos acontecimentos:

Reavaliação positiva- refere-se a estratégias cognitivas visando um reenquadramento da situação para a ver numa perspectiva mais positiva;

Coping focado no problema dirigido para objectivos- refere-se a estratégias de procura de informação, tomada de decisão, planificação e resolução de conflitos que sejam obstáculo à resolução de problemas que impeçam ou bloqueiem o caminho para os objectivos e criem stress;

Crenças e práticas espirituais- Mueller, Plevak e Rummans (2001) definem espiritualidade como um processo experiencial cujas características incluem procura de significado e propósito, transcendência (a sensação que ser humano é mais do que existência material), laços (p.ex. com outros, com a natureza ou com uma divindade) e valores (p.ex. justiça);

Infusão de eventos vulgares com sentido positivo- refere-se a qualquer coisa que fez ou que aconteceu e que faz sentir bem e ajuda a passar melhor o dia;

Folkman (1997) questiona se os processos de coping que sustentam os estados psicológicos positivos serão expressão directa da personalidade e inteiramente determinados por ela, ou se o coping está para além da personalidade. Num estudo posterior e especificamente orientado para o coping com as doenças graves, Folkman e Greer (2000) sugerem que há três categorias de variáveis que contribuem para o bem estar psicológico em presença de doença grave: variáveis disposicionais ou de traço; crenças de eficácia e controlo relativos à situação; estratégias de coping específicas.

A importância do bem estar no coping

A compreensão do papel dos estados psicológicos positivos no processo de coping pode beneficiar do interesse por resultados positivos como seja o bem estar (Folkman, & Moskowitz, 2000).

Folkman (1997) explica que as teorias actuais de coping que focam a regulação do distresse precisam de actualizar o modelo de segunda geração de Lazarus e Folkman (Lazarus & Folkman, 1984) de modo a acomodar estados psicológicos positivos. Segundo Folkman (1997) esta integração envolve três vias:

- a) descrição de estados psicológicos positivos resultantes dos processos baseados no significado, que os indivíduos utilizam para lidar com o stressor. Estes processos podem servir, quer as funções de coping focadas no problema como as focadas nas emoções;
- b) a segunda via descreve o coping enquanto resposta ao distresse, em oposição às respostas às condições que criam stress;
- c) A terceira via reorienta os estados psicológicos positivos para a avaliação e o coping.

Os processos de coping que geram estados psicológicos positivos e os próprios estados psicológicos positivos, provavelmente, ajudam a apoiar novos esforços de coping focados no problema e nas emoções para lidar com situações crónicas de distresse. Com base neste pressuposto Folkman (1997) aperfeiçoa o modelo clássico de Lazarus e Folkman (1984) gerado 20 anos antes.

Noutro estudo Folkman e Greer (2000) postulam que o bem estar psicológico e os processos de coping que o suportam são complementos importantes ao foco tradicional das ciências médicas e comportamentais nos sintomas psiquiátricos. O bem-estar psicológico é uma variável positiva susceptível de amortecer o impacto de situações stressantes no bem-estar individual. Como explicam Folkman e Greer este

aspecto associado à resposta que o doente dá a situações stressantes tem sido negligenciado.

Promoção do bem-estar psicológico

A promoção do bem-estar psicológico visa aumentar o conforto e a funcionalidade das pessoas. Como já se referiu, Folkman (1997) identifica a importância de variáveis positivas, e questiona se estas variáveis são produto da personalidade ou se são resultado do coping. De qualquer modo ela identifica que o bem-estar quer um conjunto de componentes associados a ele, e descritos acima que jogam, por sua vez, um papel importante nos resultados do confronto com situações stressantes graves. Assim, a promoção do bem-estar será uma estratégia importante no fortalecimento dos recursos psicológicos dos indivíduos submetidos a trauma forte susceptível de conduzir a PSPT.

Especificamente para lidar com o stress Folkman e Greer, (2000) sugerem como estratégias a utilizar em terapia de apoio visando a promoção e a manutenção do bem-estar psicológico.

1-Criar condições para o acontecimento stressante ser avaliado como desafio (avaliar oportunidades para ganhos e controlo com significado). Estes autores salientam nesta fase dois temas importantes: encontrar o que é significativo; e depois identificar objectivos relevantes que sejam alcançáveis. Mais concretamente propõem:

- a) procurar o que é significativo para o doente
- b) definir objectivos
- c) salientar as oportunidades para estar em controlo

2-Encorajar acções conducentes aos objectivos- implica definir objectivos e desenvolver perícias que permitam perseguir esses objectivos, ou ajustar os objectivos imediatos às perícias de coping actuais.

3-Manter o humor positivo de base- manter um estado afectivo positivo é decisivo. Uma das formas salientadas por estes autores é levar o doente a relembrar e recontar acontecimentos positivos, e explorar o que tornou esse evento positivo.

Outra estratégia para promover o bem-estar, embora não específica para as doenças graves, é a terapia de bem-estar de Fava (1999). Fava propõe um modelo de promoção de bem-estar psicológico alicerçado no modelo cognitivo de bem-estar psicológico de Ryff (1989) que pode ser útil na prevenção de efeitos deletérios do adoecer.

Esta é uma terapia breve (8 sessões), que salienta a auto observação com recurso a um diário estruturado e interacção doente terapeuta. As primeiras sessões visam identificar e contextualizar episódios de bem-estar e que, no caso de doença grave, será um processo semelhante à sequência proposta por Folkman e Greer (2000). A fase intermédia visa identificar pensamentos e crenças que interromperam o bem-estar. A última fase visa ajudar o terapeuta a tomar consciência dos aspectos específicos que limitam o bem-estar de acordo com o modelo de Ryff.

O modelo de Riff inclui as seguintes dimensões: domínio/controlo do meio; crescimento pessoal; finalidade da vida; autonomia; auto aceitação; relações positivas com os outros.

Conclusão

Uma vivência longa com uma doença grave vai-se tornando usual com o aumento da longevidade e das doenças crónicas entendidas como graves. De facto esta gravidade das doenças é desafiada pelas evidências estatísticas que mostram que a sobrevivência a essas doenças é cada vez mais longa e, com frequência, com uma boa qualidade de vida. Dadas as expectativas, as crenças, os estereótipos sociais, os próprios tratamentos, é possível que uma pequena parte dos indivíduos portadores de doença crónica grave desenvolvam PSPT e, se não, pelo menos sofram de stress grave. Então uma estratégia do sistema social ou do sistema de saúde em sentido alargado, será fortalecer os recursos pessoais para enfrentar a situação. Autores clássicos com estudos sólidos na área da relação entre aspectos psicossociais, doenças graves e resultados positivos (Folkman, 1997, Folkman & Greer, 2000) têm identificado e proposto estratégias para lidar com esta situação, em que as variáveis positivas, como o bem-estar, parecem jogar um papel protector importante. Há modelos de terapia de apoio como o proposto por Fava (1999) e outras formas de apoio como as recomendadas por Folkman e Greer, (2000) que visam promover estas dimensões positivas e que são plausíveis de implementar nestas situações de doença grave e das suas consequências psicológicas.

Referências

Aldwin, C. & Yancura, L. (2004). Coping and Health: A Comparison of the Stress and Trauma Literatures. In: P. P. Schnurr & B. L. Green (Eds.), *Trauma and Health: Physical Health Consequences of Exposure to Extreme Stress*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Aldwin, C. M. (1999). *Stress, coping, and development: An integrative approach*. New York: Guilford.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed.). Washington (DC):American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (3rd ed). Washington (DC):American Psychiatric Association;
- Amir, M., & Ramati, A. (2002). Post-traumatic symptoms, emotional distress and quality of life in long term survivors of breast cancer: a preliminar research. *Anxiety Disorders*,16, 191-206
- Bowman,M.L. (1999). Individual Differences in Posttraumatic Distress: Problems With the DSM-IV Model. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 21–33.
- Creamer, M., & Forbes, D. (2003). Long-term effects of traumatic stress. In: G. Kearney, M. Creamer, & R. Marshall (Edts.). *Military stress and the performance- The Australian Defense Force Experience* (pp. 175-186). Melbourne: University Press.
- Cuthbertson, B., Hull, A., Strachan, M., & Scott, J. (2004). Post-traumatic stress disorder after critical illness requiring general intensive care. *Intensive Care Medicine*, 30, 450-455.
- Ehde, D.,Patterson, D., Wiechman, S., & Wilson, L. (1999). Post-traumatic stress symptoms and distress following acute burn injury, *Burns*, 25, 587-592.
- Fava, G. (1999). Well-being therapy: Conceptual and technical issues. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68,171-179.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine*, 45(8), 1207-1221.
- Folkman, S. & Greer, S. (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology*, 9, 11-19Folkman, S. & Moskowitz, J. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55(6), 647-654.
- Kangas, M., Henry, J., & Bryant, R. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer. A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review*,22, 499-524.
- Krakov, B., Lowry, C., Germain, A., Gaddy, L., Hollifield, M., Koss, M., et al. (2000). A retrospective study on improvements in nightmares and post-traumatic stress disorder following treatment for co-morbid sleep-disordered breathing. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 291-298.

Lamprecht, F., & Sack, M. (2002). Posttraumatic Stress Disorder Revisited. *Psychosomatic Medicine* 64, 222–237.

Lazarus, R. (1993). From psychological stress to emotions: a history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.

McNally, R. (2003). Progress and controversy in the study of posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Psychology*, 54, 229-252.

Mikulincer, M., & Florian, V. (1996). Coping and adaptation to trauma and loss. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp.554-572). New York: John Wiley & Sons.

Mueller, P., Plevak, D., & Rummans, T. (2001). Religious involvement, spirituality and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clinics Proceedings*, 76, 1225-1235.

Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.

Shemesh, E., Rudnick, A., Kaluski, E., Milovanov, O., Salah, A., Alon, D., et al. (2001). A prospective study of posttraumatic stress symptoms in survivors of a myocardial infarction (MI). *General Hospital Psychiatry*, 23, 215-222.

Somerfield, M., & McCrae, R. (2000). Stress and coping research: methodological Challenges, theoretical advances, and clinical applications. *American Psychologist*, 55 (6), 620-625

Suls, J., David, J., & Harvey, J. (1996). Personality and coping: Three generations of research. *Journal of Personality*, 64(4), 711-735

Taylor, S., & Armor, D. (1996). Positive illusions and coping with adversity. *Journal of Personality*, 64, 873-898.