



DA SOBREVIVÊNCIA FÍSICA À SOBREVIVÊNCIA MENTAL: ASPECTOS DO
FUNCIONAMENTO PSÍQUICO EM EX-COMBATENTES DA GUERRA
COLONIAL PORTUGUESA

Paulo Alexandre da Silva Correia Ferrajão

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Doutoramento em Psicologia

Área de especialidade Psicologia Clínica

2015

DA SOBREVIVÊNCIA FÍSICA À SOBREVIVÊNCIA MENTAL: ASPECTOS DO
FUNCIONAMENTO PSÍQUICO EM EX-COMBATENTES DA GUERRA
COLONIAL PORTUGUESA

Paulo Alexandre da Silva Correia Ferrajão

Tese orientada por:

Prof. Doutor Rui Aragão Oliveira (ISPA-IU)

Prof^a. Doutora Maria Emília Marques (ISPA-IU)

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Doutoramento em Psicologia

Área de especialidade Psicologia Clínica

2015

Tese apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Psicologia na área de especialização de Psicologia Clínica realizada sob a orientação do Prof. Doutor Rui Aragão Oliveira (ISPA-IU) e da Prof^a. Doutora Maria Emília Marques (ISPA-IU), apresentada no ISPA - Instituto Universitário no ano de 2015.

Esta Tese de Doutoramento foi inteiramente financiada pelo Programa Operacional de Potencial Humano, QREN Portugal, 2007-2013, através de uma Bolsa de Doutoramento (BD) da Fundação para a Ciência e Tecnologia - Ref.: SFRH/BD/68561/2010.



AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, o meu especial agradecimento aos meus orientadores por terem aceite o desafio que lhes foi proposto de iniciarem um trabalho intenso numa área de conhecimento pouco explorada. Em particular, o meu agradecimento ao Professor Doutor Rui Aragão Oliveira pela sua compreensão, paciência, conhecimento e incentivo. Em especial, obrigado por me ter proporcionado ao longo dum percurso que dura há já mais de sete anos, que culminou nesta Tese, a possibilidade de explorar e desenvolver as minhas ideias enquadradas nos projectos de investigação que permitiram a sua concretização. A sua experiência clínica e os seus conhecimentos científicos possibilitaram a oportunidade de crescer como investigador e psicólogo clínico. Um especial agradecimento à Professora Doutora Maria Emília Marques pela sua disponibilidade, incentivo e pelos momentos de discussão enriquecedores sobre a investigação em Psicologia Clínica. Queria agradecer-lhe a sua empatia com as minhas preocupações e dúvidas. A ambos, um agradecimento especial pelas recomendações e revisões dos trabalhos desenvolvidos nesta Tese.

Um agradecimento especial à Fundação para a Ciência e Tecnologia pela oportunidade que me ofereceram em desenvolver trabalhos de investigação e académicos. Este Doutoramento nunca teria sido realizado sem a Bolsa de Doutoramento de quatro anos financiada pela Fundação para a Ciência e Tecnologia.

A realização dum projecto de investigação nesta área nunca teria sido possível sem o apoio das instituições onde é efectuado trabalho terapêutico junto dos ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa. O meu agradecimento a toda a equipa da Associação dos Deficientes das Forças Armadas. À Dra. Teresa Infante pelo seu dedicado trabalho de selecção e convite dos participantes que preenchiam os critérios de inclusão para a participação neste estudo. O meu agradecimento a toda a equipa da APOIAR - Associação de Apoio aos Ex-combatentes Vítimas do Stress de Guerra. Em particular, à Dra. Susana Oliveira e à Dra. Carla Pinto que me auxiliaram num trabalho dedicado de acesso aos participantes neste estudo. Por último, queria agradecer à Direcção e restante equipa da Liga Dos Combatentes. Em particular, o meu especial

agradecimento ao Professor Doutor António Correia e ao Dr. Carlos Anunciação pelo seu dedicado trabalho de selecção e convite dos participantes e pelo que me ensinaram sobre o trabalho clínico junto dos ex-combatentes.

Um agradecimento especial a todos os ex-combatentes que participaram nesta investigação, pela sua amabilidade, interesse no trabalho e disponibilidade em poderem falar e pensar sobre situações que para muitos ainda são causadoras de significativo sofrimento pessoal. Tal como sempre lhes foi referido, o principal objectivo deste trabalho foi pensado para servir os seus interesses e necessidades.

O meu agradecimento ao ISPA-IU por me ter recebido como estudante do Doutoramento em Psicologia e ter-me oferecido todos os recursos para desenvolver o meu trabalho. Um agradecimento especial à Professora Doutora Teresa Neves pela oportunidade de reflexão crítica e momentos de discussão desafiadores sobre a investigação em Psicologia Clínica. O meu agradecimento à Filipa Rosado pelo apoio e colaboração nos trabalhos académicos deste Doutoramento.

O meu agradecimento especial ao Professor Doutor Hugo Senra pelas sugestões que enriqueceram esta investigação e, em particular, os preciosos conselhos sobre investigação qualitativa.

Aos membros da faculdade e colegas do Research Training Program de 2012 da Psychoanalytical Association, e da International Psychoanalytic University em Berlim pelas suas sugestões para o desenvolvimento desta Tese. Em particular, um agradecimento especial ao Professor Doutor Martin Debanné pelas sugestões que enriqueceram e solidificaram o delineamento metodológico desta investigação. Ao Professor Doutor Horst Kächele pelos seus preciosos conselhos em investigação qualitativa. Ao Professor Doutor John Clarkin e à Professora Doutora Marianne Leuzinger-Bohleber pelos momentos de discussão sobre a experiência psicológica da traumatização.

Ao Professor Doutor Bent Rosenbaum, ao Professor Doutor Sverre Varvin e ao Professor Doutor Lutz Wittmann por terem aceitado o desafio vindo dum pequeno país do Sul da Europa e por partilharem a sua experiência clínica com pacientes traumatizados, e inciarem uma viagem de desenvolvimento de novas modalidades terapêuticas no tratamento destes pacientes.

Um agradecimento repleto de amor à minha família que sempre acreditou em mim desde o início deste projecto, dando-me em todos os momentos um apoio incondicional. Em especial, obrigado à minha esposa Armanda por todo o seu amor, paciência e capacidade de escutar as minhas angústias e incertezas e em fazer-me acreditar na minha capacidade em contribuir de forma modesta e gradual para a melhoria, da vida de outros. Obrigado por todos estes anos, meu amor! Aos meus pais, Raul e Alice, pelo seu apoio carinhoso.

*I can't remember anything/Can't tell if this is true or dream/Deep down inside I
feel to scream/This terrible silence stops me*

*Now that the war is through with me/I'm waking up, I cannot see/That there is
not much left of me/Nothing is real but pain now*

(One, And justice for all, Metallica)

Palavras-chave:

Perturbação de stresse pós traumático, ex-combatentes, resiliência, processos internos

Key Words:

Posttraumatic stress disorder, war veterans, resilience, internal processes

PsycINFO Classification Categories and Codes:

3200 Psychological & Physical Disorders

3210 Psychological Disorders

3215 Neuroses & Anxiety Disorders

3800 Military Psychology

SUMÁRIO

Enquadramento: A traumatização de guerra associada à perpetração e/ou testemunho de violência e os processos associados à recuperação da Perturbação de Stresse Pós-Traumático (PSPT) em ex-combatentes, são dois temas que têm merecido pouca atenção por parte da investigação científica. O impacto das consequências psicossociais da experiência de guerra na identidade dos indivíduos e a relação dessas variáveis com os processos internos e nas relações com os outros são dois temas considerados relevantes nestes processos, embora ainda pouco estudados.

Objectivos: A presente Dissertação teve como propósito produzir alguma evidência acerca dos tópicos referidos. Com estes estudos pretendemos explorar a experiência do processo de traumatização de guerra, os factores que influenciam as mudanças na identidade dos ex-combatentes, e as estratégias mentais utilizadas no coping das consequências da traumatização. Outro objectivo foi a investigação preliminar de potenciais relações entre variáveis como a função reflexiva, a reparação moral, percepção de suporte social, e o dano moral nos níveis de PSPT e Depressão.

Método: Para atingir os objectivos deste estudo, delineamos três investigações independentes. No Estudo 1, a amostra era constituída por 120 ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa (GCP) que recebiam tratamento clínico. Foi efectuado um estudo correlacional onde analisámos o efeito da exposição ao combate, o testemunho e a prática de violência abusiva, e do senso de coerência no desenvolvimento da PSPT e Depressão. Foram efectuadas análises de regressão logística binomial independentes e análises de regressão. No Estudo 2, a amostra era constituída por 60 ex-combatentes da GCP: um grupo com PSPT crónica ($n=30$) e um grupo com remissão da PSPT ($n=30$). A exploração das experiências traumáticas e dos factores atribuídos à restauração da resiliência foram recolhidas através duma metodologia qualitativa, com recurso a entrevistas semi-estruturadas realizadas individualmente a cada participante. No Estudo 3, a amostra era idêntica à do estudo anterior, tendo sido efectuado um estudo correlacional com delineamento de métodos mistos. A análise do conteúdo das entrevistas para ambos os estudos foi realizada com base no método de codificação categorial não indutivo de Bardin. Os níveis da PSPT e Depressão foram avaliados, respectivamente, através do Impact of Event Scale - Revised e do Brief Symptom Inventory.

Resultados: Os resultados do Estudo 1 revelaram que a participação e o testemunho de violência abusiva, e níveis mais reduzidos de senso de coerência associavam-se a probabilidades mais elevadas de exceder o ponto de corte para o diagnóstico de Depressão. Todas as variáveis associavam-se a probabilidades mais elevadas de exceder o ponto de corte para diagnóstico da PSPT. O senso de coerência era uma variável mediadora do efeito da exposição ao combate e do testemunho de violência abusiva nos níveis de PSPT e Depressão. No Estudo 2, foram identificados seis temas atribuídos à recuperação ou manutenção da perturbação: stressores de guerra, acontecimentos de vida stressores, estratégias mentais e de coping, auto-integração de experiências morais incongruentes nos esquemas pessoais, auto-compreensão dos estados mentais, e suporte social percebido. Estes temas suportaram um modelo compreensivo do processo de recuperação da traumatização de guerra, com base na reconciliação das experiências moralmente discrepantes nos esquemas do Self, e desenvolvimento de maior compreensão dos estados mentais do Self. No Estudo 3, a compreensão dos estados mentais e a integração de experiências de dano moral nos

esquemas pessoais eram variáveis preditoras dos níveis da PSPT e Depressão, enquanto o nível de exposição ao combate era preditor do nível da PSPT.

Conclusões: A traumatização de guerra parece constituir um processo de confronto cumulativo com acontecimentos disruptivos e stressores não traumáticos na guerra, e com as consequências biopsicossociais da experiência no pós-guerra. A reconciliação das representações associadas à traumatização no sistema de representações globais do Self e a função reflexiva surgiram como duas variáveis chave no processo de restauração da resiliência, apresentando um efeito transformador na restauração da coerência do Self dos indivíduos. A restauração de capacidades de resiliência associa-se à posse, ou restauração, de recursos intrapsíquicos e a mobilização de recursos ambientais. A associação verificada entre a função reflexiva e a reconciliação das representações associadas à traumatização no sistema de representações globais do Self com os níveis de PSPT e Depressão sugerem que a reorganização da estrutura psíquica e dos padrões interpessoais formam uma complexa matriz intrapsíquica subjacente às mudanças dos sintomas.

ABSTRACT

Background: War trauma related to perpetration and/or witnessing violent acts, and the processes related to recovery from Post traumatic stress disorder (PTSD), among war veterans, has deserved little attention by research in general. The psychological impact of psychosocial consequences of war experience on personal identity and the association of those variables with both the intrapsychic processes and the Self-other relationship have been stressed by some studies. However, little is known about it.

Aims: The current Dissertation aimed at filling in the knowledge gap regarding these topics. We intended to explore the experience of war traumatization, the factors involved in identity changes, and the mental strategies used to cope with consequences of war traumatic events among war veterans. In addition, we aimed at exploring a possible connection between the most relevant emerged variables of these experiences and the PTSD and depressive levels: moral injury, reflexive function, moral repair, and perceived social support.

Method: Three independent studies were performed, all cross-sectional. In Study 1, sample was composed of 120 Portuguese Colonial War veterans (mean age= 64 years old; age range: 59-72) receiving both psychiatric and psychological treatment. It was conducted a correlational study to analyse the effects of three war components - combat exposure, observation of abusive violence, and participation in abusive violence - and sense of coherence on the development of both PTSD and Depression. All variables were assessed using self-report measures. A binomial logistic regression analysis was performed to determine the effects of these variables on depression and PTSD diagnosis. Mediation test was performed by conducting several hierarchical regression analyses. In Study 2, participants were a sample ($N=60$) of war veterans (mean age= 64 years old; age range: 59-72): 30 suffered from chronic PTSD and 30 veterans with remission from PTSD. Qualitative data on the war traumatic experiences and the factors attributed to resilience restoration was collected by two semi-structured interviews for each patient. In Study 3, the sample was the same as the previous study; a naturalistic study was conducted using both qualitative and quantitative methods. In both studies (Studies 2 and 3) analysis of the interviews was conducted using the Thematic and Categorical Analysis proposed by Bardin. PTSD and Depression levels were assessed, respectively, using the Impact of Event Scale - Revised (IES-R; Weiss & Marmar, 1997) and the Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis & Melsaratos, 1983).

Results: Data from Study 1 showed that observation and participation in abusive violence, and lower levels of sense of coherence were associated with increased odds for exceeding the clinical cutoff scores for diagnosis of depression. All variables were associated with increased odds for exceeding the clinical cutoff scores for diagnosis of PTSD. In mediation analysis, sense of coherence was a full mediator of the effects of observation of abusive violence and combat exposure on both depression and PTSD symptoms. Qualitative data from the study 2, on the factors attributed to recovery from posttraumatic disturbance retrieved six themes: war zone stressors, stressful life events, mental and coping strategies, self-integration in personal schemas of morally incongruent experiences, self-awareness of mental states, and perceived social support. These results supported a new model for the recovery from war traumatization, based on individual's reconciliation of morally discrepant experiences in their self- and relational-schemas, and development of higher self-awareness of their own mental states. In Study 3, self-integration of moral injury in personal schemas and self-

awareness of mental states were predictors of both PTSD and depression symptoms. Combat exposure was a predictor of PTSD symptoms.

Conclusions: In the three studies, war traumatization involved a cumulative process of exposure to disruptive events (victimization or perpetration) and non-traumatic events, and the exposure to post-war biopsychosocial consequences. The reconciliation of mental representations related to war in global self- and relational-schemas, and reflexive function play a pivotal role in resilience restoration, suggesting the potential transformative effect of these processes on restoring the perception of Self continuity and coherence. The restoration of resilience abilities seems to be related to possession, or restoration, of both intrapsychic resources and mobilization of environmental resources. The relationship found between the variables related to the recovery from posttraumatic experience and both PTSD and depressive levels suggest that the reorganization of both psychic structure and interpersonal patterns encompass an intrapsychic complex matrix underlying changes in symptom severity.

ÍNDICE

SUMÁRIO.....	viii
ABSTRACT	x
ÍNDICE.....	xii
LISTA DE TABELAS.....	xvi
LISTA DE FIGURAS.....	xviii
LISTA DE ANEXOS	xix
INTRODUÇÃO	1
1. Introdução.....	3
ESTADO DA ARTE	7
2. Perturbação psicológica em ex-combatentes.....	9
2.1. <i>Impacto psicológico da experiência de guerra</i>	<i>9</i>
2.2. <i>Consequências psicossociais</i>	<i>14</i>
2.3. <i>Memória</i>	<i>19</i>
2.4. <i>Representação do Self e representação das relações de objecto</i>	<i>21</i>
2.4.1. Representação do Self.....	21
2.4.2. Relações de objecto.....	26
3. Da traumatização à restauração da resiliência	33
3.1. <i>Traumatização de guerra e dano moral.....</i>	<i>33</i>
3.2. <i>Do trauma à traumatização.....</i>	<i>40</i>
3.3. <i>Restauração da resiliência</i>	<i>44</i>
3.4. <i>Estratégias de coping.....</i>	<i>48</i>
3.5. <i>Processos psíquicos de negociação e mediação da realidade interna e</i>	
<i>externa</i>	<i>52</i>
3.5.1. Dissociação	53
3.5.2. Narrativização	59

3.5.3. Traumatização e relações de objecto	66
3.5.4. Reparação moral	75
4. Problema	83
4.1. <i>Problemas dos estudos, Racional e Hipóteses</i>	86
4.1.1. Estudo 1 – Traumatização de guerra, senso de coerência e desenvolvimento de PSPT e Depressão	86
4.1.2. Estudo 2 – Factores atribuídos à recuperação da PSPT	88
4.1.3. Estudo 3 – Estudo da relação entre os factores intrapsíquicos e interpessoais e a severidade dos sintomas da PSPT e Depressão	89
4.1.4. Questões Centrais	92
4.2. <i>Objectivos</i>	92
4.2.1. Estudo 1	92
4.2.2. Estudo 2	93
4.2.3. Estudo 3	93
4.2.4. Objectivos gerais	93
5. Metodologia	95
5.1. <i>Estudo 1 - Efeitos dos componentes da experiência de guerra e do senso de coerência no desenvolvimento da PSPT e Depressão</i>	98
5.1.1. Artigo do Estudo das Variáveis intervenientes no desenvolvimento da PSPT e Depressão	99
5.2. <i>Estudo 2 - Estudo do processo de ajustamento às experiências traumáticas de guerra</i>	99
5.2.1. Artigo do estudo factores atribuídos à recuperação da perturbação pós-traumática	100
5.3. <i>Estudo 3 - Estudo da associação das variáveis intrapsíquicas e inter-relacionais com a severidade de sintomas da PSPT e Depressão</i>	100

5.3.1. Artigo do estudo da associação das variáveis intra e interpessoais associadas à traumatização de guerra com a severidade de sintomas da PSPT e Depressão	101
5.4. Esquema global dos artigos da Tese.....	101
6. Referências	105
ESTUDOS EMPÍRICOS	145
Estudo 1 - Efeitos dos componentes da experiência de guerra e do senso de coerência no desenvolvimento da PSPT e Depressão.....	147
Artigo - <i>The Effects of Combat Exposure, Abusive Violence and Sense of Coherence on PTSD and Depression in Portuguese Colonial War Veterans</i>	148
1. Abstract.....	149
2. Introduction.....	150
3. Method	152
4. Results	155
5. Discussion	158
6. References	162
7. Appendix	166
Estudo 2 – Estudo do processo de ajustamento às experiências traumáticas de guerra.....	173
Artigo - <i>From Self-integration in Personal Schemas of Morally Experiences to Self-awareness of Mental States: A Qualitative Study among a Sample of Portuguese War Veterans</i>	174
1. Abstract.....	175
2. Introduction.....	176
3. Method	179
4. Results	181
5. Discussion.....	187

6.	References	193
7.	Appendix	197
<i>Estudo 3 – Estudo da associação das variáveis intrapsíquicas e inter-relacionais</i>		
<i>com a severidade de sintomas da PSPT e Depressão.....</i>		<i>201</i>
<i>Artigo - Self-Awareness of Mental States, Self-integration of Personal Schemas,</i>		
<i>Perceived Social Support, Posttraumatic and Depression Levels, and Moral Injury: A Mixed</i>		
<i>Method Study among Portuguese War Veterans</i>		<i>202</i>
1.	Abstract.....	203
2.	Introduction.....	204
3.	Method	206
4.	Results	210
5.	Discussion	212
6.	References	217
7.	Appendix	221
DISCUSSÃO GERAL.....		229
Discussão.....		231
Referências		287
ANEXOS		307

LISTA DE TABELAS

Estudo 1

Table 1 - Correlations Matrix	154
Table 2 - Logistic regression analysis	155
Table 3 - Mediation Test on PTSD symptoms	156
Table 4 - Mediation Test on Depression symptoms	158

Estudo 2

Table 1 - Themes Frequencies among Recovered and Unrecovered Groups	184
---	-----

Estudo 3

Table 1 - Sample Demographic Characteristics	207
Table 2 - Themes Levels Frequencies among Recovered and Non-recovered Groups	209
Table 3 - Correlations Matrix	210
Table 4 - Mean Differences in PTSD Symptoms between Themes Levels	211
Table 5 - Mean Differences in Depressions Symptoms between Themes Levels	212
Table 6 - Multiple Linear Regressions	213

Discussão

Tabela 1 - Avaliação Psicológica: Intervenção Primária	256
Tabela 2 - Factores do Processo de Traumatização	257
Tabela 3 - Avaliação Psicológica: Intervenção Secundária	259

LISTA DE FIGURAS**Metodologia**

Figura 1 – Estrutura do Delineamento da Tese	93
--	----

Estudo 2

Figure 1 – Categories, Themes and Subthemes emerged from Interviews	185
---	-----

Figure 2 – Recovery Model	186
---------------------------	-----

Discussão

Figura 1 – Modelo de Intervenção Biopsicossocial	255
--	-----

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A - Consentimento informado dos participantes no estudo	288
ANEXO B - Brief Symptom Inventory: Avaliação dos sintomas de Depressão (Versão Portuguesa)	291
ANEXO C - Impact of Event Scale – Revised (Versão Portuguesa)	296
ANEXO D - Combat Exposure Scale (Versão Portuguesa)	300
ANEXO E - Sense of Coherence Questionnaire (Versão Portuguesa)	302
ANEXO F - Adaptação do Traumagraf: Avaliação testemunho e participação em violência abusiva	308

INTRODUÇÃO

1. Introdução

O principal objectivo da presente Dissertação teve origem num conjunto de ideias e hipóteses provenientes tanto do Estado da Arte, como da nossa experiência clínica e no âmbito da selecção de pessoal. Anteriormente, trabalhámos, durante um conjunto de anos, numa força de segurança numa organização para-militar junto de indivíduos que exerciam actividade policial em território nacional e, nalguns casos, integravam Forças de manutenção da paz em diversos territórios internacionais (e.g., Timor-Leste, Iraque, Bósnia-Herzgovina, Afeganistão, Libéria). O trabalho por nós desenvolvido incluiu: avaliação psicológica, selecção de pessoal, intervenção em contexto de crise, follow-up após a realização de intervenção psicoterapêutica, desenvolvimento de programas de prevenção do confronto com stressores, e desenvolvimentos de programas de reabilitação após o confronto com stressores no exercício da actividade profissional.

No decurso da nossa experiência profissional, fomos nos deparando com diferenças individuais assinaláveis no ajustamento psicossocial dos indivíduos após o confronto com acontecimentos potencialmente traumáticos. Na maioria dos casos, registámos um período de desorganização psicológica após o confronto com essas experiências que era seguido por um processo gradual de normalização do funcionamento psicológico desses profissionais. Porém, noutros casos verificámos o desenvolvimento de acentuada perturbação psicológica após a exposição aos stressores que requeriam intervenção psicológica e/ou psiquiátrica. Nalguns casos, estas situações conduziam ao abandono do exercício da actividade profissional durante um período temporal prolongado. Adicionalmente, fomos confrontados com forte ideação suicida e tentativas de suicídio nestes profissionais.

Frequentemente, observámos a expressão de emoções negativas intensas, como raiva, depressão ou ansiedade, associadas à descrição do confronto com múltiplos stressores inerentes ao exercício da actividade profissional (trabalho por turnos, carga horária, falta de recursos materiais, dificuldades de gestão da vida familiar) como factores atribuídos às dificuldades psicológicas vividas pelos indivíduos. Num trabalho por nós efectuado junto desta população, verificámos que o exercício da actividade policial requer desses profissionais a posse de recursos internos e a capacidade de mobilização de recursos externos que permitam o coping eficaz do conjunto de stressores inerentes à actividade policial e das consequências psicossociais do confronto com os stressores (Ferreira, Duarte, & Oliveira, 2009). Em termos psicopatológicos, a investigação verificou uma prevalência superior de Perturbação de Stresse Pós-Traumático (PSPT; American Psychiatric Association, 1994, 2000, 2013),

comparativamente à população geral, em elementos das forças de segurança (Carlier, Lambert & Gersons, 1997, 2000).

No decurso da nossa experiência junto desses indivíduos, verificámos que os modelos dominantes na literatura revelavam-se insuficientes para abranger tanto as experiências percepcionadas como traumáticas, bem como os recursos e processos associados à vulnerabilidade ou resiliência desses indivíduos. Por outro lado, a literatura mais recente regista divergências na compreensão dos factores de vulnerabilidade no desenvolvimento de perturbação psicológica e dos processos associados à resiliência nestes indivíduos (Agaibi & Wilson, 2005; Marchand, Nadeau, Beaulieu-Prévost, Boyer, & Martin, 2015; Masten & Wright, 2010; Varvin & Rosenbaum, 2015). Por este facto, concluímos a necessidade aprofundar o conhecimento nesta área de estudo.

De acordo com Violanti (1996), a actividade policial assemelha-se à experiência do cenário de guerra dos militares. Esta convergência decorre do confronto dos profissionais das forças de segurança com situações que apresentam semelhanças com o contexto de guerrilha, nomeadamente o desconhecimento da identidade do “inimigo”, o sentimento contínuo de insegurança, falta de suporte, e o testemunho de situações de violência e danos físicos (Violanti, 1996). Adicionalmente, os profissionais das forças de segurança, tal como sucede com os militares envolvidos em cenários de guerra, são confrontados com a influência de processos culturais, sociais e organizacionais dirigidos para a negação do impacto psicológico do confronto com os stressores no exercício da sua actividade profissional (Ferrajão et al., 2009). Este processo é influenciado por representações idealizadas de força e invulnerabilidade associadas a representações sociais de eficácia e eficiência (Violanti, 1996).

Com este objectivo, optámos por efectuar um estudo junto duma amostra de ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa (GCP) em virtude do cenário de guerra constituir “um campo fértil, propício à ocorrência de acontecimentos traumáticos, que tendem a ser repetidos e a prolongar-se no tempo (Vaz Serra, 2003). Considerámos que o estudo junto desta população nos poderia ajudar a compreender os factores associados à resiliência num grupo de indivíduos expostos a uma experiência com similaridade com a actividade policial (Violanti, 1996). Este facto decorreu igualmente, tal como referido por Vaz Serra (2003), pelo facto do trauma a que eventualmente um combatente pode ser submetido não dizer apenas respeito ao risco de combate; mas envolver igualmente as acções cruéis cometidas ou observadas pelo combatente, ou a morte dos companheiros no cenário de combate, situações a que os elementos das forças policiais são igualmente expostos. A estes aspectos acrescem

ainda o stresse devido à fadiga prolongada, as privações relacionadas com as condições de vida, de alimentação, de adaptação ao meio ambiente e ao afastamento da família (Vaz Serra, 2003). Por outro lado, considerando o tempo decorrido desde o fim desse conflito militar, aproximadamente 40 anos, o estudo junto destes indivíduos permitia a análise e compreensão do impacto a longo-prazo dessas experiências na saúde mental desses indivíduos.

Adicionalmente, apesar da extensa investigação na área, a literatura regista ainda uma lacuna na identificação dos factores fiáveis associados às consequências na saúde mental dos militares participantes em cenário de guerra (Burnell, Coleman, & Hunt, 2006). Por outro lado, do nosso ponto de vista, os modelos de intervenção dominantes junto de indivíduos expostos a acontecimentos violentos no cenário de guerra são dominados por modelos médicos, revelando-se incapazes de abrangerem os processos intrapsíquicos e relacionais que compõem as consequências da exposição a acontecimentos traumáticos de guerra (Wheeler & Bragin, 2007). Neste particular, a literatura regista uma lacuna na compreensão dos processos internos e das relações entre o Self e os outros associados à resiliência face à experiência de traumatização de guerra (Alayarian, 2011).

Um conjunto de trabalhos resultantes de observações clínicas e investigação conceptual tem avançado um conjunto de hipóteses sobre os processos internos e inter-relacionais envolvidos na sobrevivência mental no processo pós-traumático após a exposição a acontecimentos de violência extrema no contexto de guerra (Bragin, 2011; Herman, 1992; Martz, 2010; Shay, 2002; Varvin, 2007). Porém, as evidências originárias destes trabalhos apresentam uma precária ligação entre si. Por outro lado, as hipóteses geradas na situação clínica requerem a oportunidade da sua operacionalização e teste fora do contexto clínico (Kächele, Schachter, & Thomä, 2008; Leuzinger-Bohleber & Target, 2002). O teste destas hipóteses fora do contexto clínico permite um contributo para o conhecimento dos fenómenos e a reflexão das evidências obtidos para a sua aplicação no contexto clínico (Chiesa, 2005; Kächele et al., 2008).

Com este propósito, nesta Dissertação foram efectuados um conjunto de estudos extra-clínicos, i.e., externos ao setting clínico, com o propósito de analisar o processo de traumatização de guerra numa amostra de ex-combatentes da GCP. Adicionalmente, foram analisados os processos intrapsíquicos e inter-relacionais associados tanto à manutenção, como à recuperação, da PSPT em participantes que apresentavam diferenças no processo de recuperação da perturbação. Neste sentido, a nossa opção metodológica de comparação entre ex-combatentes com remissão da PSPT e ex-combatentes com PSPT crónica, ao invés da

tradicional abordagem comparativa entre ex-combatentes com PSPT e ex-combatentes sem PSPT após a guerra, deveu-se ao facto de o estudo dos factores e processos subjacentes à recuperação psicológica e restauração da resiliência face à traumatização permitirem a compreensão dos indivíduos com maior risco face à experiência, bem como no delineamento de programas de intervenção facilitadores da recuperação (Lee, Sudom, & Zamorski, 2013).

Desta forma, realça-se a necessidade da realização de mais investigação junto desta população com vista a uma melhor compreensão das variáveis da experiência de combate e dos recursos e processos que poderão afectar a saúde mental dos ex-combatentes (Currier, Holland, & Malott, 2014a). Esta necessidade advém tanto dos benefícios ligados à prática clínica que esta Dissertação poderá contribuir, como nos factores socio-económicos associados ao tratamento nesta população. Neste particular, a investigação verificou que o tratamento de ex-combatentes com PSPT e/ou Depressão envolvia quase o triplo dos custos com a saúde comparativamente à população geral (Watkins et al., 2011). Desta forma, uma melhor compreensão dos factores que influenciam o tratamento desta população permitirá otimizar a eficácia das intervenções que possibilitará igualmente a redução dos gastos com a saúde nesta população (Forbes, Parslow, Fletcher, McHugh, & Creamer, 2010).



ESTADO DA ARTE

2. Perturbação psicológica em ex-combatentes

2.1. Impacto psicológico da experiência de guerra

A GCP, ou Guerra do Ultramar, compreendeu o período de confrontos militares (1961-74) ocorridos entre as Forças Armadas Portuguesas e os Movimentos de Libertação de Angola, Guiné-Bissau e Moçambique, então províncias ultramarinas (Albuquerque, Soares, Jesus, & Alves, 2003; Campos, 2008; Começanha, 2011). Neste período, milhares de portugueses foram mobilizados, com carácter obrigatório, para as frentes de combate nos três Teatros de Operações (TO). Estima-se que aproximadamente 1.000.000 de soldados participaram na GCP (Albuquerque et al., 2003; Começanha, 2011; Maia, McIntyre, Pereira, & Fernandes, 2006; M. G. Pereira, Pedras, Lopes, M. Pereira, & Machado, 2010a, 2010b), entre os quais aproximadamente 10.000 terão perdido a vida e 40.000 foram feridos (Começanha, 2011; Maia et al., 2006).

Estas cifras da GCP constituem indicadores do impacto da experiência da guerra na saúde física dos seus intervenientes. Porém, as consequências do envolvimento no TO poderão repercutir-se igualmente no funcionamento psicológico e social desses indivíduos, bem como na organização social dos países (Martz, 2010; Varvin, 2003). Este impacto resulta das características singulares do cenário de guerra, constituindo um contexto de violência organizada, prolongada, premeditada e intencional executada por seres humanos contra outros seres humanos e/ou propriedades visando a aniquilação da existência histórica, social e psíquica do Homem (Ajdukovic et al., 2013; Bohleber, 2007; Figley & Nash, 2007; Varvin, 2010; Viñar, 2005). Estes efeitos atingem tanto a população civil, como, particularmente, os militares intervenientes no conflito armado.

A literatura tem assinalado que os militares destacados para diferentes TO são confrontados com um conjunto de situações stressoras e/ou potencialmente traumáticas no decurso da sua presença no cenário de guerra: a perda do contexto sociocultural; fracas condições logísticas; perda da privacidade, individualidade e iniciativa individual; aborrecimento e tédio; ameaça de morte ou ferimento; morte ou ferimento de camaradas; fracasso na protecção dos camaradas da morte ou ferimento; e, prática ou testemunho de assassinio e violência (Bartone, 2005; Drescher & Foy, 2008; Fontana & Rosenheck, 1999; Lee et al., 2013; Nash, 2007a, 2007b; Shalit, 1988; Vasterling, Daly, & Friedman, 2011).

De forma semelhante, alguns trabalhos efectuados junto de ex-combatentes da GCP encontraram a descrição da exposição a múltiplos stressores no decurso da sua participação

naquele conflito militar, nomeadamente a morte ou ferimento de camaradas, acontecimentos envolvendo ameaça à própria vida ou de outros, manipulação de cadáveres, privações logísticas (e.g., fome, sede, e condições climatéricas adversas), isolamento social, separação familiar e do contexto sociocultural, morte dos inimigos, assassinato e tortura (Albuquerque, Fernandes, Saraiva, & Lopes, 1992a; Começanha, 2011; Maia et al., 2006; Maia, McIntyre, Pereira, & Ribeiro, 2011; Pereira, 2012).

Por outro lado, a literatura tem destacado que a sobrevivência física aos stressores de guerra não é sinónimo de sobrevivência psicológica, existindo maior risco de desenvolvimento de perturbação psiquiátrica comparativamente ao risco de ser morto em combate (Grossman, 1996; Grubrich-Simitis, 1981). A investigação junto de ex-combatentes de diferentes TO observou uma proporção considerável de ex-combatentes com sequelas a longo prazo na saúde mental associadas à experiência de guerra (Durai et al., 2011; Kimhi & Eshel, 2009; Kulka et al., 1990; Schnurr, Lunney, Sengupta, & Waelde, 2003). Salienta-se que aproximadamente metade dos ex-combatentes iniciou tratamento para perturbação psiquiátrica (Burnell et al., 2006; Kimhi & Eshel, 2009). No caso da GCP, foram igualmente encontradas sequelas psicológicas crónicas numa proporção assinalável de ex-combatentes (Albuquerque, Fernandes, Saraiva, & Lopes, 1992b; Campos, 2008; Começanha, 2011; Pereira et al., 2010a, 2010b), e a presença de mais problemas psicológicos em ex-combatentes da GCP comparativamente a um grupo de controlo (Começanha & Maia, 2011).

Porém, assinala-se uma escassez de estudos do impacto psicológico da GCP em ex-combatentes. Este facto foi atribuído a um processo de silenciamento cultural, social e político a que foram submetidas as histórias da GCP visando o evitamento da atrocidade e da violência extremas da guerra (Campos, 2008; Quintais, 2000). Assinalamos que o reconhecimento da PSPT como deficiência resultante da experiência de guerra apenas ocorreu em 1999 através do decreto-lei 46/99, de 16 de Junho. Porém, contrariamente a outros países com legislações similares, persiste uma assinalável ausência de financiamento estatal para o apoio psicológico desta população (Campos, 2008; Começanha, 2011; Maia et al., 2006). Por outro lado, consideramos que a investigação se tem centrado maioritariamente nos factores associados ao diagnóstico positivo para perturbação mental, ocorrendo uma escassez de trabalhos focados em abordagens terapêuticas diferenciadas e na compreensão do fenómeno da recuperação.

A PSPT tem sido a entidade diagnóstica mais estudada nos efeitos na saúde mental dos ex-combatentes associada à guerra. Este foco, comum a outras experiências de

traumatização, resulta da especificidade dos critérios diagnósticos desta perturbação mental. De acordo com o critério A do DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition; APA, 2013), o diagnóstico da PSPT requer a exposição a pelo menos um acontecimento envolvendo morte, ameaça de morte, ferimento grave ou ameaça de ferimento grave, violência sexual ou ameaça de violência sexual, por exposição directa, testemunho, ou conhecimento que um familiar ou amigo próximo foi exposto a um trauma, ou a exposição repetida ou extrema aos detalhes aversivos do acontecimento sobretudo no âmbito do exercício da actividade profissional.

Um conjunto de trabalhos encontrou uma prevalência entre 15-30% de ex-combatentes com diagnóstico da PSPT num período da sua vida (Boscarino, 2007; Department of Defense Task Force on Mental Health, 2007; Erickson, Wolfe, W. King, L. King, & Sharkansky, 2001; Hoge et al., 2004; Koenen, J. Stellman, S. Stellman, & Sommer, 2003; Kulka et al., 1990; Schlenger, Kulka, Fairbank, & Hough, 1992; Schnurr et al., 2003). Aproximadamente 10-15% dos participantes foi-lhes atribuído o diagnóstico de PSPT parcial (Kulka et al., 1990; Schnurr et al., 2003). Estes rácios, predominantemente recolhidos em amostras de ex-combatentes norte-americanos da guerra do Vietname, suplantam a prevalência de PSPT (3.5%) encontrada na população geral (Kessler et al., 2005).

Em ex-combatentes da GCP, Albuquerque, Fernandes, Saraiva, e Lopes (1992b) estimaram, com base nos indicadores de amostras internacionais, que aproximadamente 40.000 ex-combatentes sofriam de problemas psicológicos crónicos. Porém, a investigação regista divergências no estudo da prevalência da PSPT em diferentes amostras de ex-combatentes da GCP. Albuquerque, Soares, Jesus, e Alves (2003) observaram uma prevalência de 10.9% de ex-combatentes diagnosticados com PSPT, enquanto outros trabalhos identificaram uma prevalência entre 39-43% de ex-combatentes com critérios de diagnóstico para a perturbação (Maia et al., 2006; Pereira & Pedras, 2007; Pereira et al., 2010a). Estas divergências foram atribuídas tanto às características das amostras (amostras clínicas vs não-clínicas), como a diferenças nos instrumentos (entrevistas clínicas ou questionários de auto-relato) utilizados no diagnóstico da PSPT (Maia & Fernandes, 2003).

Neste sentido, foi encontrada uma prevalência de 84.2% dos participantes com PSPT crónica numa amostra clínica de ex-combatentes da GCP (Albuquerque & Lopes, 1997). Outros trabalhos junto de amostras clínicas encontram uma prevalência de aproximadamente 36% de ex-combatentes com sintomas de PSPT, mas sem critérios para diagnóstico da perturbação (Pereira & Pedras, 2007) e 80-90% com perturbação emocional (Pereira et al.,

2010a, 2010b). Estes resultados indicam que a perturbação mental associada à participação na guerra nos ex-combatentes da GCP poderá ser crónica (Albuquerque et al., 1992b; Albuquerque et al., 2003; Maia et al., 2006), explicando a prevalência acentuada (20%) de ex-combatentes com reforma antecipada (Maia et al., 2006).

Igualmente, em amostras internacionais, foi encontrada uma prevalência entre 15-25% de ex-combatentes com PSPT duas décadas após o regresso da guerra (Koenen et al., 2003; Kulka et al., 1990). Schnurr, Lunney, Sengupta, e Waelde (2003) verificaram que aproximadamente metade dos ex-combatentes com diagnóstico de PSPT apresentava uma condição crónica da perturbação. A cronicidade da PSPT associava-se a prejuízos no ajustamento relacional e social desses indivíduos (Buckley, Mozley, Bedard, Dewulf, & Greif, 2004; Maedl, Schauer, Odenwald, & Elbert, 2010; Vargas, 2012). Alguns trabalhos verificaram que as dificuldades sociais estavam associadas ao agravamento da sintomatologia e a perturbações cognitivas e emocionais prévias ao diagnóstico da PSPT (Andrews, Brewin, Stewart, Philpott, & Hejdenberg, 2009; Bonanno & Mancini, 2012; Connell, Omole, Subramaney, & Olorunju, 2013; Elder & Clipp, 1989; Schnurr et al., 2003).

Neste sentido, o envelhecimento foi proposto como um factor com influência no agravamento da saúde mental dos ex-combatentes (Elder & Clipp, 1989; McKenzie et al., 2010; Vargas, 2012). O envelhecimento caracteriza-se por uma perda de recursos (declínio do vigor e da saúde física e cognitiva) num contexto onde ocorrem um conjunto de perdas pessoais e sociais (reforma e morte de outros significativos) que foram identificados como factores associados ao incremento da severidade dos sintomas da PSPT (Boscarino, 2007; Elder & Clipp, 1989; Kramer, Schoen, & Kinney, 1987; McKenzie et al., 2010). Este conjunto de experiências desperta a percepção de falta de controlo e a reexperiência sensorial da traumatização resultante da correspondência situacional e simbólica com as experiências de combate (Elder & Clipp, 1989; Vargas, 2012).

Porém, as consequências na saúde mental dos ex-combatentes não se limitam à PSPT. A investigação observou uma prevalência entre 8-32% de ex-combatentes com diagnóstico de Depressão num período da sua vida (Black et al., 2004; DOD Task Force 2007; Grayson, Dobson, & Marshall, 1998; Hoge et al., 2004; McKenzie et al., 2010; O'Toole, Marshall, Schureck, & Dobson, 1998; Seal et al., 2009; Vazan, Golub, & Bennett, 2013; Wood, Britt, Thomas, Klocko, & Bliese, 2011). Alguns trabalhos encontraram uma co-morbilidade entre PSPT e Depressão, indicando uma relação bidireccional entre ambas as perturbações (Erickson et al., 2001; Grayson et al., 1998; McKenzie et al., 2010; O'Toole et al., 1998;

Owens et al., 2009). Porém, a maioria dos trabalhos sugere que a PSPT é um factor de vulnerabilidade no desenvolvimento de Depressão (Erickson et al., 2001; McKenzie et al., 2010).

Para além do impacto na saúde mental, poderão ocorrer efeitos adversos na saúde física dos ex-combatentes associada à experiência de guerra (Barrett et al., 2002; Boscarino, 1996, 2008; Kaplan, McFarland, Huguet, & Valenstein, 2012; Lindqvist et al., 2014; Pietrzak, Goldstein, Malley, Johnson, & Southwick, 2009). Foi encontrada uma associação positiva entre maior severidade dos sintomas da PSPT e maior relato de doenças e sintomas físicos em ex-combatentes (Boscarino, 2007; Kaplan, McFarland, Huguet, & Valenstein, 2012). O desenvolvimento de doenças físicas foi proposto como uma consequência da desregulação de mecanismos de regulação fisiológicos característicos da PSPT (Engelhard, van den Hout, Weerts, Hox, & van Doornen, 2009). A investigação mais actual sugere que a ligação entre a PSPT com o desenvolvimento de mais doenças físicas nesses indivíduos associa-se a alterações na regulação do sistema imunitário induzidos pela exposição aos stressores (Boscarino, 2004). Contudo, a investigação ainda não foi capaz de compreender a interacção existente entre a exposição aos stressores e a desregulação dos sistemas neuroendócrino e o desenvolvimento de sintomas de PSPT (Lindqvist et al., 2014).

De forma, similar, em ex-combatentes da GCP foram observados efeitos adversos na saúde física. Alguns trabalhos encontraram maior frequência no relato de doenças físicas em ex-combatentes comparativamente aos participantes dum grupo de controlo (Começanha e Maia, 2011), observando-se igualmente maior relato de doenças física em ex-combatentes com PSPT comparativamente a ex-combatentes sem diagnóstico da perturbação (Maia, McIntyre, Pereira, & Ribeiro, 2011; Osório, Carvalho, Fertout, & Maia, 2012). Neste particular, a investigação junto de ex-combatentes tem observado uma prevalência mais elevada de doenças cardiovasculares, digestivas e metabólicas em ex-combatentes com diagnóstico de PSPT comparativamente a ex-combatentes sem diagnóstico de PSPT (Osório et al., 2012; Pereira et al., 2010b).

Ainda que não existam estimativas do impacto socio-económico associados ao tratamento desta população, estes dados sugerem que a ausência duma abordagem terapêutica eficaz junto destes indivíduos origina um aumento considerável dos custos indirectos com a saúde nesta população. Desta forma, as evidências da investigação apontam para o maior impacto tanto na saúde psicológica, como na saúde física nos ex-combatentes que apresentam

um diagnóstico de PSPT em consequência da sua participação na guerra (Maia et al., 2006, 2011), com significativo impacto socio-económico nos custos da saúde (Watkins et al., 2011).

2.2. Consequências psicossociais

Para além do impacto na saúde mental e física dos ex-combatentes, a literatura tem assinalado o impacto no ajustamento psicossocial após a experiência de guerra (Bonomi, 2003; Drescher & Foy, 2008; Laufer, 1988; Vukšić-Mihaljević, Mandić, Benšić, & Mihaljević, 2000). A investigação qualitativa encontrou verbalizações do pós-guerra como um período de infortúnio atribuído à severidade dos sintomas pós-traumáticos duradouros (Ajdukovic et al., 2013; Connell et al., 2013; Maedl et al., 2010). Neste particular, a presença de maior severidade de sintomas da PSPT apresentava uma associação negativa com o bem-estar psicológico (Durai et al., 2011; Lunney & Schnurr, 2007) e uma associação positiva com a percepção de maiores dificuldades nas relações interpessoais (Erbes, Meis, Polusny, Compton, & Wadsworth, 2012; Maedl et al., 2010; Osrán, Smee, Sreenivasan, & Weinberger, 2010).

Em ex-combatentes da GCP, Pereira et al. (2010b) verificaram que os participantes com critérios de diagnóstico da PSPT apresentavam maior sintomatologia psicopatológica generalizada e menor qualidade de vida (psicológica, física, social e geral) comparativamente aos participantes sem PSPT. Estes resultados obtidos junto de amostras nacionais e internacionais levam-nos a considerar que as consequências na saúde mental dos ex-combatentes associadas à participação na guerra abrangem uma combinação complexa de fenómenos biológicos, psicológicos e sociais (Alayarian, 2011; Drescher & Foy, 2008; Herman, 1992, 1998; Kudler, 2007; Lansky, 2000; Rosenbaum & Varvin, 2007; Varvin, 2003).

Alguns trabalhos qualitativos encontraram verbalizações referentes à percepção da transformação do contexto psicossocial e da estranheza da adequação dos seus comportamentos ao contexto social (Brenner et al., 2008; Demers, 2011; Laufer, 1988). Neste particular, Stein (2007) observou a verbalização de sentimentos de insegurança e ameaça no regresso à vida civil devido à privação das armas e do apoio dos camaradas que tinham assegurado a sua segurança no TO. Em ex-combatentes da GCP, foram igualmente encontradas verbalizações da percepção da ruptura ou descontinuidade na identidade pessoal e na relação com os outros entre os períodos pré e pós-militares (Sendas, 2010). Desta forma, no pós-guerra, os ex-combatentes percebem a sua existência como ocorrendo em dois

mundos separados e irreconciliáveis: o mundo das memórias traumáticas e o mundo pós-guerra (Bragin, 2010). Os ex-combatentes percebem o mundo pós-guerra como dotado de um significado diferente do possuído antes da guerra (Bragin, 2010; Werbart & Lindbom-Jakobson, 1993).

A percepção de mudança abrange igualmente uma transformação da personalidade após o regresso do TO associada a um conflito entre os valores morais do contexto de guerra e os “novos” valores da vida civil (Drescher & Foy, 2008; Stein, 2007; Whealin, DeCarvalho, & Vega, 2008). Este processo foi observado nalguns trabalhos que verificaram em ex-combatentes com perturbação mental associada à experiência de guerra, a descrição dum processo de identificação ao seu papel social como soldado (Laufer, 1988; McNally, Lasko, Macklin, & Pitman, 1995). A identificação com um Self militar (Laufer, 1988) origina um sentimento de ambiguidade associado ao conflito entre um estado de simbiose (com os camaradas e com a instituição militar) no contexto de guerra e as exigências de efectuar escolhas individuais no pós-guerra (Amati Sas, 1992).

Foram igualmente encontradas descrições de dificuldades de ajustamento psicossocial em ex-combatentes da GCP, tendo alguns trabalhos qualitativos extraído temas de dificuldades nas relações interpessoais, percepção de fraco suporte social, isolamento social, desligação e estranheza na relação aos outros, e dificuldades de expressão emocional e das necessidades pessoais (Começanha, 2011; Começanha & Maia, 2011; Pereira, 2012). Outros trabalhos observaram maiores dificuldades de adaptação sociofamiliar e no relacionamento interpessoal, e percepção de menor suporte social em ex-combatentes com diagnóstico de PSPT comparativamente a ex-combatentes sem PSPT (Anunciação, 1997; Pereira et al., 2010b). As dificuldades no ajustamento psicossocial foram atribuídas a maior impaciência e irritabilidade após o regresso da guerra e ao desconhecimento dos outros sobre essa experiência que originavam sentimentos de desconfiança e a percepção de incompreensão por parte da sociedade (Pereira, 2012).

Tal como acima descrito, o conflito entre os valores sociais e morais do contexto de guerra e da vida civil originam um dano sistema de crenças acerca da segurança do mundo e do valor positivo do Self e dos outros (Herman, 1992; Payne, Joseph, & Tudway, 2007). Neste sentido, Campbell e Morrison (2007) encontraram uma associação positiva entre crenças mais negativas do Self e do mundo com maior preocupação com as memórias de combate e crenças mais negativas dos outros. Estes resultados sugerem que a percepção de instabilidade e insegurança no contexto pós-guerra origina a percepção de menor suporte

social e a redução da rede de relações sociais nos ex-combatentes (Ajdukovic et al., 2013; Herman, 1992; Viñar, 2005).

As atitudes da comunidade após o regresso dos ex-combatentes do TO foram propostas como um factor com influência no ajustamento psicossocial dos indivíduos (Bragin, 2010; Carr, 2011). Alguns trabalhos verificaram que a percepção de atitudes negativas ou hostis da sociedade estava positivamente associada a maior severidade de sintomas da PSPT e depressivos (Koenen et al., 2003; Maedl et al., 2010; Vasterling et al., 2010; Vukšić-Mihaljević et al., 2000). A percepção das atitudes da sociedade era uma variável mediadora do efeito dos sintomas de PSPT na satisfação com a vida (Tsai, Harpaz-Rotem, Pietrzak, & Southwick, 2012). Estes resultados sugerem que a percepção de desinteresse da sociedade relativamente aos sacrifícios dos ex-combatentes durante a guerra e a desvalorização das qualidades pessoais prévias à guerra agravam o desajustamento psicossocial nesta população (Demers, 2011; Elder & Clipp, 1989; Herman, 1992).

A percepção de rejeição social relativamente aos ex-combatentes foi designada como traumatização secundária (Alayarian, 2011; Elder & Clipp, 1989; Herman, 1992; Maedl et al., 2010). A traumatização secundária abrange tanto o sofrimento psicológico causado pela experiência de guerra, como a percepção de condenação da sociedade desse sofrimento (Hinton, 2005; MacNair, 2007; Nussio, 2012). Este processo era mais notório em países envolvidos em conflitos militares sem apoio social durante o seu descurso, particularmente nos ex-combatentes da Guerra do Vietname (Elder & Clipp, 1989; Grossman, 1996; Vasterling et al., 2010). A condenação social dos ex-combatentes foi um factor atribuído à percepção de estigmatização social nesta população (La Bash & Papa, 2014; Maedl et al., 2010; Nadelson, 1992; Nussio, 2012).

A investigação qualitativa explorou a percepção de estigmatização social em ex-combatentes, identificando temas de estereótipos dos combatentes como indivíduos violentos e perigosos, percepção da ida para o serviço militar por vontade própria dos ex-combatentes, incompreensão dos civis e compreensão apenas por ex-combatentes, evitamento do tratamento por receio do rótulo de doente mental, e diferenças na simpatia do público comparativamente a outros tipos de traumatizações (Hinton, 2005; MacNair, 2007; Mittal et al., 2013). A percepção de estigmatização social estava positivamente associada ao agravamento de sentimentos de vergonha (Campbell, Pickett, & Yoash-Gantz, 2010; Carr, 2011), constituindo uma barreira ao início duma intervenção terapêutica nesses indivíduos (Carr, 2011; Hoge et al., 2004; Reger et al., 2013; Sayer et al., 2009).

A percepção de estigmatização social foi proposta como acentuando a divergência entre a visão do mundo do ex-combatente comparativamente aos outros originando a auto-percepção do ex-combatente como um ser alienígena possuindo uma visão modificada do mundo (Bragin, 2010, 2011; Shay, 2002). Alguns trabalhos qualitativos encontraram verbalizações referentes à percepção dos ex-combatentes como um grupo social distinto e uma sobrecarga para os outros que foram atribuídos à manutenção do sentimento de alienação social (Ajdukovic et al., 2013; Brenner et al., 2008; Bryan, Cukrowicz, West, & Morrow, 2010). A percepção de alienação social era uma variável mediadora da relação entre o nível de exposição ao combate e a severidade dos sintomas de PSPT (Fontana & Rosenheck, 1998).

Alguns trabalhos qualitativos junto de ex-combatentes da GCP com diagnóstico de PSPT, identificaram verbalizações de processos similares, extraindo temas de abandono social, revolta e falta de apoio do Estado Português (Campos, 2008; Começanha, 2011; Pereira, 2012). A percepção de atitudes negativas da sociedade e do Estado relativamente aos ex-combatentes era intensificada pela atribuição de que tanto as experiências traumáticas, como as consequências psicológicas dessas experiências, tinham ocorrido em defesa da Pátria (Pereira, 2012). O abandono e a falta de apoio do Estado eram percebidos como um processo de desmentido e negação da experiência que prejudicava o trabalho de transformação e significação dessas experiências (Campos, 2008; Pereira, 2012).

Desta forma, as dificuldades de adaptação social após o regresso do TO originam um dano na identidade dos ex-combatentes (Maedl et al., 2010; Osran et al., 2010). Alguns trabalhos qualitativos encontraram uma interacção entre o dano na identidade e a percepção de fraco suporte social (Brenner, 2008; Tsai et al., 2012). De igual modo, a percepção de fraco suporte social estava positivamente associada a maior severidade dos sintomas da PSPT e dificuldades na recuperação da PSPT (Besser & Neria, 2012; Erbes et al., 2012; Fontana & Rosenheck, 1998; Jakupcak et al., 2010; Pietrzak et al., 2010) e sintomas depressivos (Pietrzak et al., 2010). Em ex-combatentes da GCP, foi encontrada uma associação positiva entre a percepção de menor apoio social com maior severidade de sintomas de PSPT e menor utilização dos serviços de saúde (Começanha & Maia, 2011).

Desta forma, as evidências da investigação sugerem a ocorrência dum efeito bidireccional entre a percepção de suporte social e a severidade dos sintomas da PSPT. Por um lado, o agravamento da severidade dos sintomas da PSPT origina a percepção da redução de suporte social, ao mesmo tempo que a percepção de reduzido suporte social intensifica os sentimentos de insegurança e ameaça que contribuem para o agravamento dos sintomas pós-

traumáticos (Allen, 2005; Brenner et al., 2008; Scaer, 2007; Stein, 2007; Tsai et al., 2012). De acordo com alguns autores, a interação entre estas duas variáveis poderá auxiliar na compreensão da dificuldade sentida por muitos ex-combatentes em beneficiarem do suporte social no coping dos sintomas (Jakupcak et al, 2010; Nadelson, 1992; Solomon & Mikulincer, 1990).

As observações clínicas de ex-combatentes identificaram resistência em procurarem ajuda devido a crenças de fraqueza pessoal (Carr, 2011; Kudler & Straits-Tröster, 2009). A demonstração de dor ou reconhecimento da presença de perturbação psicológica era percebida como um sinal de fraqueza pessoal que contribuía para o predomínio da resolução individual dos problemas (Osran et al., 2010; Sayer et al., 2009). Em resultado, o dano no sentimento de pertença ao grupo e/ou comunidade origina a substituição da empatia pelo egocentrismo, a percepção das relações de intimidade como uma intrusão ou exploração, e a transformação da capacidade de cuidar dos outros em negligência (Varvin & Rosenbaum, 2003).

A percepção da incompreensão do sofrimento psicológico pelos outros origina a percepção de apenas serem compreendidos por antigos camaradas e/ou inimigos (Bragin, 2010, 2011). Este processo foi identificado na investigação qualitativa onde foram encontradas verbalizações referentes à insegurança nos vínculos com os outros e à percepção de fraco suporte social como factores atribuídos ao estabelecimento de relações de proximidade apenas com ex-camaradas (Osran et al., 2010). Ainda que o suporte de ex-camaradas pareça ter um efeito benéfico na redução de sintomas pós-traumáticos e na restauração do sentimento de ligação aos outros (Ajdukovic et al., 2013; Kilshaw, 2004), o suporte social dos camaradas poderá acentuar a desligação e a alienação social relativamente à vida civil (Brenner et al., 2008; Burnell et al., 2006).

Deste modo, o restabelecimento de relações de intimidade parece ser nuclear no ajustamento psicossocial dos ex-combatentes (Tsai et al., 2012; Vasterling et al., 2011). A percepção de vínculos sociais tinha um efeito benéfico na redução de sintomas de PSPT (Fontana, Rosenheck, & Horvath, 1997; Kimhi & Eshel, 2009). Em ex-combatentes da GCP, a percepção de compreensão das famílias foi descrito como um factor de apaziguamento de sentimentos de culpa e mal-estar (Pereira, 2012). Este processo foi estudado nalguns trabalhos que observaram uma associação positiva entre vínculos sociais positivos com maior estabilidade emocional e eficácia no coping dos sintomas pós-traumáticos (Balderrama-Durbin et al., 2013; Lee, Sudom, & McCreary, 2011; Pietrzak & Cook, 2013). Deste modo, o

restabelecimento de vínculos seguros e a percepção de suporte social promovem a percepção de mais recursos internos, auto-estima e a percepção de controlo dos stressores (Ajdukovic et al., 2013; Bartone, 2005; Lee et al., 2011).

2.3. Memória

A literatura tem salientado que o restabelecimento de vínculos sociais e a percepção de suporte social eram factores facilitadores da recordação de experiências traumáticas em ex-combatentes (Balderrama-Durbin et al., 2013; Hautamäki & Coleman, 2001; Rosenblum, 2009). A recordação e o relato de acontecimentos traumáticos foram propostos como factores nucleares na criação duma representação coerente e organizada do acontecimento traumático e na reorganização da identidade pessoal do indivíduo (Amir, Stafford, Freshman, & Foa, 1998; Demers, 2011; Palgi & Ben-Ezra, 2010). Este processo depende da organização da experiência numa memória autobiográfica coerente com a integração do acontecimento na história de vida do indivíduo (Beaudreau, 2007; Hautamäki & Coleman, 2001; van der Kolk, 1989).

Porém, as memórias de acontecimentos traumáticos podem apresentar ausência de organização e coerência (Bohleber, 2007; Foa & Riggs, 1993; Ornstein, 2003; Palgi & Ben-Ezra, 2010). Esta característica conjuntamente com o facto da maioria dos sintomas da PSPT estarem associados ao funcionamento da memória e à forma como o acontecimento traumático é processado, conduziu alguns autores a proporem a PSPT como uma perturbação da memória (Brewin, 2003; McNally, 2003; van der Kolk, 2007). Desta forma, concordamos com Grey e Holmes (2008) quando sugerem que as psicoterapias focadas no trauma sejam consideradas como psicoterapias focadas na memória em virtude do foco na memória do trauma por parte do paciente e do terapeuta.

Neste sentido, as evidências provenientes das neurociências salientam que os acontecimentos traumáticos ou de violência extrema são processados pelo cérebro de forma distinta comparativamente a outros tipos de acontecimentos (Schore, 2003; Siegel, 1999). A informação dos acontecimentos traumáticos é maioritariamente codificada e recuperada em memórias implícitas ou não-declarativas (LeDoux, 1992; Tulving, 1985). Como resultado, verifica-se o predomínio da reactivação de respostas emocionais e/ou sensações somato-sensoriais associadas à experiência traumática (Berntsen, Willert, & Rubin, 2003; LeDoux, 1992; Tulving, 1985; van der Kolk, 1999, 2000; van der Kolk & Fisler, 1995).

Um conjunto de trabalhos verificou esta proposição ao observar que a recordação de experiências traumáticas da guerra ocorria predominantemente em modalidades somato-sensoriais (e.g., sensações somáticas, estados afectivos, imagens) associadas aos acontecimentos (Horowitz, 1992, 1998; van der Hart, Brown, & Graafland, 1999; van der Kolk, 1999; van der Kolk & Fisler, 1995). Leuzinger-Bohleber (2008) denominou estas recordações como memórias corporificadas (*embodied memories*) caracterizadas pela reactivação das sensações corporais, afectos e fantasias vividas durante a traumatização. O processamento, armazenamento e a recuperação da informação numa memória implícita foi propostas como originando a desorganização das narrativas do acontecimento traumático (Amir et al., 1998; Bedard-Gilligan & Zoellner, 2012; Bucci, 2003; Burnell et al., 2006; Foa & Riggs, 1993).

A fragmentação das memórias traumáticas foi proposta como originando a sua dissociação relativamente às memórias doutros acontecimentos (Bohleber, 2007; Freud, 1895; Janet, 1889; Simmel, 1921). Este processo manifesta-se na amnesia, total ou parcial, ou na distorção de detalhes do acontecimento traumático (van der Hart et al., 1999; van der Kolk & Fisler, 1995). Um conjunto de trabalhos encontraram maior severidade de sintomas dissociativos em ex-combatentes com diagnóstico de PSPT (Kulkarni, Porter, & Rauch, 2012; Zerach, Greene, Ginzburg, & Solomon, 2014), e uma associação positiva entre sintomas dissociativos e sintomas da PSPT (Lynch, Forman, Mendelsohn, & Herman, 2008; Vukšić-Mihaljević et al., 2000; Waelde, Silvern, & Fairbank, 2005). Estes resultados sugerem que a dissociação do Self poderá ser causada tanto pelo agravamento da PSPT, como a manutenção da dissociação do Self poderá conduzir ao agravamento dos sintomas da PSPT (Carlson, Dalenberg, & McDade-Montez, 2012; Freud, 1895; Janet, 1889).

A dissociação do Self prejudica a integração das percepções, sentimentos e pensamentos associados à traumatização na identidade do indivíduo (Bucci, 2003; Herman, 1992; Horowitz, 1992, 1998; Nash, 2007b), originando o dano na coerência e continuidade do Self (Bedard-Gilligan & Zoellner, 2012; Hurvich, 2000). O indivíduo revela dificuldades em compreender a experiência (Boulanger, 2002a; Rosenblum, 2009), intensificando a percepção da descrença tanto do próprio, como dos outros, acerca da veracidade do acontecimento (Auerhahn & Peskin, 2003). Por outro lado, o prejuízo na integração da informação associada ao acontecimento traumático na representação global do Self origina a oscilação entre memórias intrusivas vívidas e a omissão das memórias do acontecimento traumático (Herman, 1992; Horowitz, 1992; van der Kolk & Fisler, 1995). O indivíduo é confrontado

com o fenómeno paradoxal da incapacidade em recordar detalhes do acontecimento e a incapacidade em esquecer impressões associadas à experiência traumática (Berntsen et al., 2003; Gerson, 2009; Palgi & Ben-Ezra, 2010).

As memórias intrusivas da traumatização são percebidas como recordações precisas do acontecimento traumático (Berntsen et al., 2003; Bohleber, 2007; Horowitz, 1992, 1998; Oliner, 2000; van der Kolk & Fisler, 1995). Alguns autores propuseram que estas memórias constituem formações de compromisso com imagens mais aceitáveis acerca do acontecimento que protegem da ansiedade originada pela recordação da experiência (Blum, 2003; Brown, 2006). Porém, a natureza somato-sensorial das memórias prejudica a organização temporal dessas experiências (Auerhahn & Peskin, 2003; Zornig & Levy, 2011), conduzindo igualmente, a desorganização temporal das memórias doutros acontecimentos de vida (Boulanger, 2002b; Varvin, 2003).

Deste modo, a desorganização temporal da experiência contribui para a ruptura do sentimento de continuidade do Self (Bedard-Gilligan & Zoellner, 2012; Varvin & Rosenbaum, 2003). Este processo poderá manifestar-se na amnésia de períodos anteriores à traumatização e na hipermnésia da traumatização de guerra (van der Hart et al., 1999; van der Kolk, 1999; Wexler, 1972). A ausência de recordações do passado pré-traumático seguro foi atribuída à sua dissolução nas imagens da destruição da guerra (Auerhahn & Laub, 1984; Blum, 2003; Kaplan & Laub, 2009; Moore, 2009). Como resultado, as memórias de acontecimentos traumáticos de guerra formam pontos de referência na atribuição de significado a outros acontecimentos da história de vida (Berntsen et al., 2003; Bohleber, 2007; Pereira, 2012). Em suma, os trabalhos clínicos e de investigação junto desta população sugerem que o processamento das memórias de acontecimentos traumáticos afecta tanto a manutenção, como a recuperação, da perturbação mental associada à traumatização de guerra.

2.4.Representação do Self e representação das relações de objecto

2.4.1. Representação do Self

As observações clínicas de ex-combatentes verificaram que a integração das memórias de acontecimentos traumáticos nos esquemas do Self depende da formação dum espaço psíquico interno (Alayarian, 2011; Lindy & Wilson, 2001; Martz & Lindy, 2010). Considerando que a traumatização causa uma ruptura no Self global que origina um sentimento de desorganização e/ou vazio interno, a formação dum espaço psíquico interno refere-se ao desenvolvimento ou restauração dum sentimento de Self (domínio intrapsíquico)

e a separação e comunicação com o outro (domínio interpessoal) (Alayarian, 2011; Martz & Lindy, 2010). O espaço psíquico interno assegura a capacidade de filtragem interna (Martz & Lindy, 2010) e a encapsulação das memórias do acontecimento traumático (Hopper, 1991), protegendo da desorganização psíquica originada pela recordação e/ou percepção da reexperiência da traumatização (Alayarian, 2011). De acordo com Alayarian (2011), a criação do espaço psíquico interno é nuclear na restauração da percepção da continuidade do Self e coerência da identidade.

Em sentido inverso, as observações clínicas de ex-combatentes com acentuada perturbação mental associada à traumatização de guerra, identificaram a dominância duma organização traumática impermeável causadora da separação e isolamento das boas experiências prévias à traumatização relativamente às experiências de traumatização da guerra (Brown, 2006). A formação desta organização traumática origina a desorganização do sentimento de Self como resultado duma clivagem do Self (Horowitz, 2012; Kardiner, 1941; Simmel, 1921). Nesta clivagem a parte morta ou assassinada do Self¹ em consequência da traumatização é mantida separada da parte da personalidade sobrevivente à traumatização (Brown, 2006; Ferenczi, 1949). De acordo com esta perspectiva, a perturbação associada à traumatização de guerra associa-se à coexistência dissonante dum ego coerente e duma área da personalidade destruída pela traumatização (Freud, 1923; Laub & Auerhahn, 1989).

A cristalização desta organização traumática impermeável origina a percepção das memórias dos acontecimentos traumáticos como estados mentais dissonantes ao Self (Bromberg, 2001), como corpos estranhos (Freud, 1895; Laub & Auerhahn, 1989), ou experiências não-eu² (Bromberg, 2001; Garland, 1998; Kinston & Cohen, 1986). O predomínio da clivagem do Self agrava o sentimento da perda de partes do Self (Blum, 2003; Garland, 1998; Wexler, 1972). A perturbação do sentimento de identidade e da coerência do Self originada pela percepção da perda de partes do Self foi um factor atribuído ao desenvolvimento e/ou manutenção, da perturbação psicológica em indivíduos traumatizados (Bonomi, 2003; Horowitz, 2012; Martz & Lindy, 2010).

¹ O indivíduo percebe internamente que uma parte do seu Self foi atacada e destruída como resultado da violência da traumatização causando um dano significativo na capacidade de conhecer e pensar sobre as experiências e na ligação com os outros originando a percepção da ruptura da sua identidade pessoal.

² As experiências não-eu compreendem partes do Self dissociadas do Self nuclear (partes alienígenas do Self) geradoras de lacunas na estrutura do Self com as quais o Self procura lidar através da sua evacuação sobre um objecto (identificação projectiva) como forma de obter alguma percepção de coerência do Self.

Deste modo, o fracasso na formação dum espaço psíquico interno origina uma maior intolerância aos estados mentais de ambivalência como resultado da interpenetração e fusão de conteúdos mentais contraditórios (Alayarian, 2011; Auerhahn & Laub, 1984; Brown, 2006; Varvin & Rosenbaum, 2003). Desta forma, o fracasso em manter separadas as memórias dos acontecimentos traumáticos relativamente às memórias doutros acontecimentos conduz a maior vulnerabilidade à percepção da reexperiência da traumatização através da emergência de conteúdos somato-sensoriais activados por estímulos percebidos como associados à experiência de guerra (Bohleber, 2007; Ferenczi, 1921, 1949; van der Kolk, 1989).

A reexperiência de acontecimentos traumáticos dá conta dum processo de equivalência entre a percepção e a interpretação das experiências stressoras (Bohleber, 2007; Mitrani, 1995). Esta modalidade de representação da experiência reflecte a perda dos domínios da subjectividade e da intersubjectividade (Gerson, 2009; Kirshner, 1994), ocorrendo a instauração da objetivação na representação da experiência (Moore, 2009). Em resultado, ocorre o dano na capacidade de construção e atribuição de significado às memórias da experiência traumática (Bohleber, 2007; Boulanger, 2002a, 2002b; Lacan, 1964; Mitrani, 1995; Moore, 2009; Rosenbaum & Varvin, 2007).

Deste modo, tal como proposto por Varvin e Rosenbaum (2015), a perturbação mental pós-traumática reflecte uma perturbação da interacção dialéctica entre as posições esquizo-paranoide, autístico-contígua e depressiva (Ogden, 1989). O indivíduo é confrontado maioritariamente com modalidades da experiência esquizo-paranoide e autístico-contígua (Rosenbaum & Varvin, 2007). Este predomínio de modalidades pré-simbólicas origina a ameaça da dissolução dos limites do Self-corporal e dos limites protectores da pele psíquica (Boulanger, 2002b; Ogden, 1989). Estes processos foram observados na investigação qualitativa através da verbalização de queixas de saúde física como um dos primeiros indicadores de perturbação pós-traumática em ex-combatentes (Kilshaw, 2004). A percepção de ameaça e desamparo associados à traumatização são localizadas no corpo é percebido como um inimigo do Self (Herman, 1992; Kilshaw, 2004).

Desta forma, as transformações na identidade pessoal dos ex-combatentes poderão ser projectadas no corpo. Kilshaw (2004) encontrou verbalizações da percepção da mudança nos corpos masculinos e saudáveis prévios à guerra comparativamente aos corpos deteriorados do pós-guerra e a percepção da medicação como um inimigo do Self causadora da morte. Estas evidências dão conta duma clivagem entre o Self corporal e o Self mental que torna o corpo um continente anti-simbólico onde são somatizados os sentimentos e sensações associadas à

traumatização (Bonomi, 2003; Miliora, 1998; Varvin, 2003; Varvin & Rosenbaum, 2003). As ansiedades catastróficas associadas à traumatização expressam-se numa ameaça de fragmentação da imagem corporal (Boulanger, 2002b; Kinston & Cohen, 1986).

A clivagem do Self corporal e do Self mental dá igualmente conta da indistinção entre o mundo interno e a realidade externa (Boulanger, 2002b). Este fracasso origina a perturbação do processo de transformação das experiências somato-sensoriais em símbolos ou representações mentais (Auerhahn, Laub, & Peskin, 1993; Mitrani, 1995). Este processo foi observado num trabalho de Miller e Johnson (2012) que encontraram níveis mais elevados de arousal cinestésico e imaginário mental, e redução da capacidade de simbolização e comunicação intersubjectiva, em ex-combatentes com PSPT crónica. Estes resultados sugerem que a perturbação mental associada à traumatização de guerra associa-se ao prejuízo ou destruição da capacidade de pensamento simbólico (Brown, 2006; Moore, 2009; Rosenbaum & Varvin, 2007).

Um dos factores nucleares atribuído ao prejuízo na função simbólica prende-se com o dano na coerência do Self (Varvin & Rosenbaum, 2003). Este processo é caracterizado por uma perturbação da organização temporal da experiência que tornam o passado, o presente e o futuro períodos temporais indiferenciados (Moore, 2009; Varvin, 2010). A experiência é percebida de acordo com uma modalidade bidimensional sem relação com o tempo biográfico (Rosenblum, 2009; Varvin & Rosenbaum, 2003). O presente é projectado tanto no passado, como no futuro, formando um presente estático e não-reflexivo (Boulanger, 2002b; Ogden, 1989). Desta forma, a perturbação do processo de simbolização afecta tanto retroactivamente o passado, como proactivamente o futuro (Auerhahn & Laub, 1984; Bryan et al., 2013; Varvin, 2010).

Por outro lado, o fracasso na simbolização das experiências foi proposto como originado pela concretização das memórias de acontecimentos traumáticos que constituem uma tentativa de preservar a continuidade do Self e prevenir o cataclismo psíquico (Ferenczi, 1949; Hartke, 2005; Hopper, 1991; Kardiner, 1941). Este processo ocorre através da formação duma tela-beta rígida através da qual as emoções intoleráveis são alojadas e isoladas como experiências concretas (Brown, 2006; Hartke, 2005; Hopper, 1991). Porém, a concretização

das experiências resulta na codificação dos fragmentos da experiência como elementos-beta³ (Bion, 1970; Brown, 2006), prejudicando a criação dum espaço psíquico interno e a integração da experiência no psiquismo do indivíduo (Alayarian, 2011; Brown, 2006; Fountain, 2000; Mitrani, 1995).

Porém, a concretização das memórias da traumatização origina a formação dum mundo alienado de imagens e sensações das quais a mente apenas consegue libertar-se através de identificação projectiva violenta e *acting out* (Boulanger, 2002b; Brown, 2006; Holmes, 2006; Varvin & Rosenbaum, 2003). O exorcismo das impressões sensoriais cruas origina a percepção das mesmas como estados mentais alienígenas, ou não-Self (Fonagy, 2008; Fountain, 2000; Varvin, 2003). Para além disso, o predomínio destes processos defensivos são causadores duma desorganização gradual dos processos de pensamento que despertam uma sensação de caos e ameaça de morte, ou vazio interno e não-existência (Bokanowski, 2005; Garland, 1998; Krystal, 1985; Varvin, 2003).

Estes processos foram explorados na investigação qualitativa junto de ex-combatentes com perturbação psicológica, identificando-se verbalizações referentes ao fracasso na criação de significado para os episódios da guerra atribuídos à percepção das experiências de combate como demasiado dolorosas para serem pensadas (Elder & Clipp, 1989). Alguns trabalhos observaram maior severidade de sintomas pós-traumáticos e dificuldades na recuperação da PSPT em ex-combatentes que apresentavam dificuldades de representação e criação de significado para as experiências de guerra (Connell et al., 2013; Kimhi & Eshel, 2009). Estes resultados sugerem que o fracasso na representação simbólica da experiência traumática origina a percepção da recordação das experiências como uma reexperiência somato-sensorial da traumatização (Fountain, 2000; Leys, 1994; Varvin, 2003).

Este processo de dessimbolização dos conteúdos mentais associados à traumatização origina a formação de “ilhas” mentais causadores, igualmente, da dessimbolização dos conteúdos mentais associados às experiências quotidianas (Varvin, 2003, 2010). Em

³ De acordo com Bion (1970), a capacidade de simbolização ocorre através da transformação das impressões sensoriais associadas às experiências emocionais em elementos-alfa (função-alfa) que proliferam para formar uma barreira de contacto que estabelece o contacto e a separação entre elementos conscientes e inconscientes. A perturbação da capacidade de pensamento simbólico ocorre devido à reversão da função-alfa originando a formação duma barreira de contacto composta por elementos beta, i.e., uma tela-beta; a reversão da função-alfa origina a destruição da barreira de contacto devido à transformação da textura da barreira de contacto em elementos beta que impossibilita a aprendizagem pela experiência que é substituída por uma concretude cognitiva.

resultado, os stressores e indícios de ameaça são percebidos como a reexperiência da traumatização (Garland, 1998; Krystal, 1985; Tarantelli, 2003; van der Kolk, 1999), i.e., a ansiedade automática (Freud, 1926). Neste sentido, em ex-combatentes com PSPT foi encontrado maior enviesamento no processamento de estímulos semelhantes às experiências de combate comparativamente a ex-combatentes sem PSPT (Olatunji, Armstrong, McHugo, & Zald, 2013).

Desta forma, os stressores e acontecimentos quotidianos passam a ser categorizados segundo fantasias primitivas organizadas por esquemas de pavor e ameaça primitivos, culpa, vergonha, e/ou vitimação (Kaplan & Laub, 2009; Leuzinger-Bohleber, 2008; Varvin, 2010). O predomínio de fantasias primitivas violentas na categorização dos acontecimentos quotidianos origina dificuldades no coping dos stressores (Auerhahn & Peskin, 2003). Tal ocorre devido à intensificação do estado de hipervigilância numa tentativa de prevenir a reexperiência dos acontecimentos traumáticos (Stein, 2007; van der Kolk, 1999). Como resultado, os indivíduos revelam incapacidade em utilizarem os seus próprios estados mentais como indícios no coping do stress (van der Kolk, 1999; Wexler, 1972).

2.4.2. Relações de objecto

A literatura na área da traumatização destaca que a restauração da continuidade e da coerência do Self, e dos processos de simbolização depende da restauração da comunicação com bons objectos (Auerhahn & Laub, 1984; Gerson, 2009; Ornstein, 2003). Esta proposição segue as formulações das teorias das relações de objecto de acordo com as quais o desenvolvimento do Ego e as mudanças das relações do Self com os objectos são processos complementares (Klein, 1946; Ogden, 1989; Segal, 1957). De acordo com esta perspectiva, o desenvolvimento do Self psíquico ocorre através do pensamento sobre os pensamentos e sentimentos do indivíduo na mente doutra pessoa (Bion, 1962; Fairbairn 1952). Em sentido inverso, a insensibilidade ou falta de sintonia do objecto em reflectir e responder adequadamente à experiência interna priva a criança da formação dum Self psíquico nuclear organizado e coerente (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002; Winnicott, 1962).

A complementaridade entre o desenvolvimento do Ego e as mudanças das relações do Self com os objectos foi expressa no conceito de posição introduzido por Klein (1946) para descrever diferentes organizações da ansiedade, defesas e modalidades de relação com os objectos (Hinshelwood, 1989). A autora descreveu uma modalidade precoce e mais primitiva de organização do Ego e relação de objecto, a posição esquizo-paranóide, na qual o objecto é

percepção como clivado num objecto totalmente bom e um objecto totalmente mau correspondente a uma clivagem das partes boas e más do Self. Na posição esquizo-paranóide, o objectivo do Self é a união total com o objecto ideal e a aniquilação total do mau objecto e das partes más do Self (Klein, 1946).

A posição paranóide-esquizóide é caracterizada por processos defensivos de dissociação, idealização, negação, e identificação projectiva, e por relações de objeto parciais e ansiedade persecutória sobre a sobrevivência do Self. Existe um predomínio da identificação projectiva que constitui um processo defensivo primitivo no qual as partes boas ou más do Self são clivadas e projectadas nos objectos ocorrendo a fusão e identificação das partes projectadas do Self com os objetos externos (Klein, 1946). A clivagem e a projecção de partes más do Self originam intensas ansiedades paranóides na relação com os objectos resultantes da percepção das partes agressivas do Self depositadas nos objectos como persecutórias e ameaçadoras ao tentarem em retaliação causar a aniquilação do Self (Hinshelwood, 1989). Por seu turno, a projecção de boas partes do Self nos objectos conduz a que as mesmas sejam sentidas como perdidas seguidas do sentimento de enfraquecimento e empobrecimento do Ego (Klein, 1946).

De acordo com Bion (1961), este processo é agravado quando ocorre a incapacidade do objecto em tolerar as projecções do indivíduo ao originar a intensificação da força e frequência da identificação projectiva. Neste caso, a ausência do objecto não é percebida como a perda do objecto, mas como a ameaça de retaliação do mau objecto (Klein, 1946), do qual a mente apenas consegue livrar-se através da evacuação das partes do Self e dos objectos por acção de processos projectivos resultando no desenvolvimento dum aparelho de identificação projectiva (Bion, 1961). Neste caso, a insensibilidade ou falta de sintonia do objecto conduz à internalização das representações do estado mental do objecto como partes nucleares do Self (Fonagy et al., 2002).

Em circunstâncias favoráveis, a repetição das experiências de perda, recuperação e a recriação do objecto conduzem a que o bom objecto se estabeleça de forma segura no Ego. Este processo ocorre através da projecção dos sentimentos intoleráveis num objecto capaz de os aceitar e responder empaticamente, isto é duma forma que o indivíduo seja capaz de tolerar, tornando os receios toleráveis pela personalidade do indivíduo (Bion, 1961). Este processo foi descrito como função-alfa, envolvendo a capacidade de *rêverie* da mãe que torna possível a transformação das impressões sensoriais (elementos-beta) em elementos-alfa,

dotadas de qualidades psíquicas, que fornece o psiquismo de material com pensamentos oníricos e a capacidade em diferenciar o consciente do inconsciente (Bion, 1961).

A atitude empática dos objectos capazes de conterem e modificarem as projecções recebidas promove a atribuição de significado aos conteúdos mentais e a restauração da comunicação entre diferentes partes do Self que auxilia no desenvolvimento duma maior integração do Self (Bouchard & Lecours, 2004; Britton, 1998; Tarantelli, 2003). O desenvolvimento de maior integração do Self ocorre em simultâneo com a percepção dum objecto total que originam sentimentos de ambivalência. A relação com o objecto envolve sentimentos de culpa, medo da perda e luto que promovem um esforço de recriação do objecto (Segal, 1957). Este desenvolvimento foi descrito por Klein (1946) como posição depressiva que é caracterizada pela relação com um objecto percebido como total em simultâneo com uma maior consciência e diferenciação da separação entre o Ego e o objecto.

Simultaneamente, os processos de introjecção tornam-se mais pronunciados comparativamente aos processos de projecção de forma a reter o objecto internamente e a efectuar a sua reparação, restauração e recriação (Klein, 1946). Em conjunto, a maior consciência da ambivalência, a diminuição da intensidade da projecção e a diferenciação entre o Self e o objecto, incrementam a percepção da diferenciação entre a realidade interna e a realidade externa (Segal, 1957). O reconhecimento do objecto total conduz a alguma inibição dos instintos agressivos e libidinais por forma a preservar o objecto da sua agressividade e possessividade (Klein, 1946).

No âmbito da teoria sobre a traumatização, a representação dum bom objecto interno, ao restabelecer a diferenciação entre mundo interno e externo e restaurar a função simbólica (Varvin & Rosenbaum, 2015), foi proposta como auxiliando na compreensão da influência da experiência traumática no presente (Alayarian, 2011). Inversamente, o dano, ou ausência, na representação dum bom objecto interno origina o fracasso na representação das experiências traumáticas contribuindo para a manutenção da perturbação da identidade do indivíduo (Auerhahn & Laub, 1987; Auerhahn et al., 1993; Laub, 2005; Laub & Auerhahn, 1989; Varvin, 2003). A ausência dum bom objecto interno priva o indivíduo dum continente onde sejam projectados e transformados os conteúdos mentais intoleráveis (Holmes, 2006; Mitrani, 1995). Como resultado, as memórias intrusivas e das impressões somato-sensoriais associadas à traumatização são percebidas como a reexperiência da traumatização (Garland, 1998; Laub & Auerhahn, 1989; Mitrani, 1995; Varvin, 2003).

A ausência dum objecto interno empático origina a permanência no reino imaginário da fantasia e dos desejos diádicos do mundo esquizóide ou autístico (Kirshner, 1994). Esta modalidade de relação com a realidade resulta na formação duma região morta, quasi-autística, não-self, dominada por uma solidão interna catastrófica (Auerhahn & Laub, 1984, 1987; Auerhahn et al., 1993; Kinston & Cohen, 1986). A solidão interna associa-se à destruição do vínculo interno com os objectos (Auerhahn & Laub, 1984; Auerhahn et al., 1993), confrontando o ex-combatente com a ausência dum objecto capaz de tolerar a dor e o terror da traumatização (Rosenbaum & Varvin, 2007; Varvin, 2010), um pavor arcaico (Garland, 1998; Kaplan & Laub, 2009), ou pavor sem nome (Bion, 1961).

Em resultado, o indivíduo é confrontado com a emergência de ansiedades paranóides primitivas acerca da crueldade e força dos maus objectos, e a perda da confiança na bondade e protecção dos bons objectos (Garland, 1998; Laub, 2005; Laub & Auerhahn, 1989; Varvin, 2003). A proximidade dos outros passa a ser percebida como ameaçadora e associada a expectativas de dano, perda ou abandono (Auerhahn & Laub, 1984, 1987; Shay, 2014; Varvin, 2003; Varvin & Rosenbaum, 2003). As crenças na segurança e confiança nas relações humanas são substituídas por precaução e desconfiança (Auerbach, Salick, & Fine, 2006; Blum, 2003; Shay, 2014), tornando o investimento de novos objectos organizado por uma compulsão de negativizar todas as relações (Bokanowski, 2005).

Desta forma, as relações com os objectos não são verdadeiras relações de objecto, mas fantasias acerca dum objecto idealmente empático capaz de satisfazer todas as necessidades do indivíduo (Laub & Auerhahn, 1989). Porém, esta modalidade relacional confronta o indivíduo ciclicamente com a replicação da falta de reconhecimento, empatia e abandono (Auerhahn et al., 1993). Os objectos passam a ser representados como figuras incapazes da contenção e protecção que são suportadas pelo indivíduo em resignação (Auerhahn & Laub, 1984; Laub, 2005; Shay, 2014; Varvin, 2003). A espiral de afastamento e destruição da representação dos objectos intensifica a vulnerabilidade à reexperiência da traumatização em situações de stresse (Garland, 1998; Varvin & Rosenbaum, 2003).

Alguns trabalhos observaram menor capacidade de regulação emocional em situações de reexperiência da traumatização e stresse em ex-combatentes com menor capacidade de mentalização (Knetig, 2013; Mazza et al., 2012). A mentalização refere-se à capacidade em atribuir estados mentais intencionais (e.g., necessidades, desejos, sentimentos, crenças, objetivos, propósitos e razões) ao próprio e aos outros como explicação para as suas acções (Fonagy et al., 2002; Fonagy & Target, 1996). A compreensão dos estados mentais torna os

comportamentos do próprio e dos outros previsíveis e com significado, contribuindo para a percepção de continuidade do Self (Bateman & Fonagy, 2004; Fonagy et al., 2002).

A capacidade de mentalização desenvolve-se no contexto duma relação de vinculação segura (Fonagy & Target, 1997). O espelhamento dos estados mentais pelo prestador de cuidados possibilita a transformação das impressões sensoriais cruas em fenómenos psíquicos (Allen, 2006; Fonagy, 2008; Fonagy & Target, 1997). No contexto duma vinculação insegura, a incongruência ou inadequação do espelhamento dos conteúdos mentais pelo prestador de cuidados origina a desmentalização da experiência (Bion, 1961; Hartke, 2005). Como resultado do fracasso da contenção e regulação das impressões sensoriais pelo objecto, as experiências de stresse são percebidas como a reexperiência da traumatização (Fonagy, 2008; Holmes, 2006).

Neste sentido, alguns trabalhos observaram junto de pacientes traumatizados e ex-combatentes que a posse duma capacidade reduzida de mentalização e a posse de representações mais negativas e/ou desorganizadas do Self e dos outros eram factores de risco para o desenvolvimento ou manutenção da PSPT (Bichi & Slotkin, 2008; Horowitz, 1998; Ortigo, Westen, DeFife, & Bradley, 2013). De acordo com Fonagy (2008), a vulnerabilidade no desenvolvimento ou manutenção da PSPT é resultado da indiferenciação entre os estados mentais do próprio e dos outros que origina a percepção do outro como um objecto maléfico que intensifica os sentimentos de ameaça, frustração e raiva.

A representação do outro como um objecto não-responsivo e maléfico origina o questionamento tanto da humanidade dos outros, como da humanidade do próprio (Auerhahn & Laub, 1987; Auerhahn et al., 1993; Laub & Auerhahn, 1989). A percepção da desumanidade do objecto e do próprio intensificam os processos de repúdio dos estados mentais e a recusa da introjecção das experiências na relação com os objectos (Bokanowski, 2005). A percepção da ausência dum continente onde possam ser depositados e transformados os conteúdos mentais não metabolizados origina a intensificação dos ataques destrutivos contra os objectos (internos e externos) e a destruição dos continentes (Bokanowski, 2005; Hartke, 2005).

Neste sentido, em ex-combatentes com PSPT foi observada uma associação positiva entre menor capacidade de compreensão dos estados mentais dos outros com maior severidade dos sintomas de evitamento e entorpecimento emocional (Mazza et al., 2012). A intensificação das estratégias de evitamento dos estados mentais do Self e dos outros parece

ser uma tentativa de evitamento da dor mental intolerável associada à traumatização despertada pelo contacto com os conteúdos mentais do próprio e dos objectos (Bateman & Fonagy, 2004; Fonagy, 2008). Em resultado, os conteúdos mentais são percebidos como não pertencentes ao Self, formando uma parte alienígena do Self (Fonagy et al., 2002).

As falhas dos objectos na contenção e espelhamento dos estados mentais intoleráveis associados à traumatização de guerra perturbam o processo de comunicação interna entre os conteúdos mentais associados à traumatização e os conteúdos mentais anteriores e posteriores à traumatização (Auerhahn & Peskin, 2003). Este processo parece reflectir o fracasso na formação dum espaço psíquico interno (Alayarian, 2011; Martz, 2010; Martz & Lindy, 2010), causando o dano na função simbólica que impede a criação de significado para a experiência (Varvin, 2003; Varvin & Rosenbaum, 2003). Este impacto ocorre tanto nas representações do Self e dos outros do presente, como nas representações do Self, dos outros e do mundo posteriores e prévias à traumatização (Phillips, 1991).

Desta forma, os objectos são percebidos como incapazes do reconhecimento da desumanização sofrida tanto durante a traumatização (Auerhahn et al., 1993; Auerhahn & Peskin, 2003), como do sofrimento posterior à experiência (Laub, 2005; Rosenblum, 2009). De acordo com Gerzi (2009), as falhas dos objectos após a guerra são percebidas como uma nova traumatização associada à indistinção entre os maus objectos que exerceram violência contra si durante a guerra dos objectos deficientes” percebidos como incapazes da sua protecção no pós-guerra. A percepção da traumatização na relação com objectos não-empáticos agrava os sentimentos de culpa e vergonha relacionados com a incapacidade em recuperar da perturbação (Allen, 2005; Nash, 2007b; Palgi & Ben-Ezra, 2010).

3. Da traumatização à restauração da resiliência

3.1. Traumatização de guerra e dano moral

Os trabalhos acima descritos salientam as dimensões envolvidas no processo pós-traumático dos ex-combatentes, bem como a presença de diferenças individuais na saúde mental e ajustamento psicossocial dos ex-combatentes após o regresso do TO. A investigação identificou quatro padrões descritivos das trajectórias da saúde mental dos ex-combatentes: cronicidade, declínio, resiliência e recuperação (Bonanno, 2008; Lerner & Blow, 2011). A cronicidade caracteriza a manutenção de reacções psicopatológicas no decurso do tempo; o declínio é caracterizado por um prejuízo gradual em áreas importantes da vida (e.g., relações interpessoais e familiares, actividade profissional); a resiliência caracteriza a ausência de reacções adversas, ou o regresso a breve prazo ao funcionamento habitual; e, a recuperação compreende a presença de reacções de stresse moderadas ou elevadas seguidas do regresso gradual ao funcionamento habitual (Bonanno, 2008; Lerner & Blow, 2011).

Tal como verificado na literatura noutras populações expostas a acontecimentos traumáticos, a exposição a um acontecimento traumático durante a guerra é uma condição necessária, mas não suficiente, para o desenvolvimento de perturbação psiquiátrica e/ou psicológica, ou dificuldades de ajustamento psicossocial nos ex-combatentes (Aldwin & Yancura, 2004; Bonanno & Mancini, 2012; Schaubroeck, Riolli, Peng, & Spain, 2011). Desta forma, propomos, tal como defendido por outros autores, que a fenomenologia da traumatização em ex-combatentes poderá não ser totalmente abrangida pelas conceptualizações vigentes e dominantes na literatura (Lerner & Blow, 2011; Litz, 2007; Scurfield, 2006; Shalit, 1988).

Na sua etimologia, o conceito de trauma provém da palavra Grega *traûma*, designando uma ferida ou perfuração no corpo (Garland, 1998; Varvin, 2003). O conceito é proveniente da Medicina, tendo inicialmente sido utilizado na descrição dos ferimentos corporais dos pacientes (Garland, 1998; Koren, Hilel, Idar, Hemel, & Klein, 2007). Progressivamente, o conceito foi utilizado noutras áreas, nomeadamente a Psiquiatria e a Psicologia, nas situações de traumatização psicológica. Do nosso ponto de vista, a definição de acontecimento traumático, de acordo com as diferentes edições do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) (American Psychological Association, 2000, 2013), aproxima-se das concepções originais do conceito. Consideramos que esta utilização do

conceito é dominada pela concepção da acção dum agente externo (stressor) causador duma doença (Koren et al., 2007; Scaer, 2007).

No caso dos ex-combatentes, a permanência no TO é caracterizada pela exposição a um conjunto de acontecimentos stressores durante um período de tempo prolongado (Albuquerque et al., 1992a; Bartone, 2005; Maia et al., 2006; Maia et al., 2011; Vasterling et al., 2011). Neste sentido, alguns autores propuseram a experiência de guerra como um contexto de traumatização cumulativa (Alayarian, 2011; Blum, 2003; Começanha & Maia, 2011). De acordo com Varvin (2003), a exposição cumulativa aos stressores de guerra desperta a percepção de falta de preocupação e protecção dos outros. Este processo ocorre em virtude da intensificação das preocupações com a satisfação de necessidades básicas e sobrevivência física (Grubrich-Simitis, 1981) que intensificam a percepção da falta de protecção dos objectos (Varvin, 2010). Em resultado, a ameaça do desinvestimento libidinal do Self e a fragmentação da imagem corporal tornam-se mais intensas (Grubrich-Simitis, 1984; Singer, 2004).

O efeito cumulativo dos stressores na saúde mental dos ex-combatentes conduziu à proposição da ocorrência de consequências mais negativas na saúde mental nos ex-combatentes com níveis mais elevados de exposição aos stressores de combate (Maguen, Vogt, L. King, D. King, & Litz, 2006; Vasterling et al., 2010). Tal ocorre em virtude do confronto com múltiplos stressores exceder as capacidades de coping dos indivíduos que aumenta a probabilidade das consequências adversas na saúde mental desses militares (Holowka et al., 2012; Maguen et al., 2006). Esta perspectiva assenta na compreensão do trauma de guerra como uma agressão activa, intencional e consciente dum agente externo violadora do espaço psíquico que supera as capacidades de coping do indivíduo (Agaibi & Wilson, 2005; Freud, 1920, 1923, 1939; Garland, 1998).

Porém, o estudo dos efeitos do nível de exposição ao combate na saúde mental dos ex-combatentes apresenta assinaláveis divergências. Enquanto alguns trabalhos encontraram uma associação positiva entre níveis mais elevados de exposição ao combate e maior severidade dos sintomas da PSPT (Booth-Kewley et al., 2013; Boscarino, 2007; Connell et al., 2013; L. King, D. King, Fairbank, Keane, & Adams, 1998; McKenzie et al., 2010; Pietrzak, Johnson, Goldstein, Malley, & Southwick, 2009; Sharkansky et al., 2000; Vasterling et al., 2010) e Depressão (Bryan et al., 2010; Owens et al., 2009; Sharkansky et al., 2000), outros trabalhos não encontraram evidências desta associação entre as variáveis (Besser & Neria, 2012; Campbell & Morrison, 2007; Chatard et al., 2012; Schnurr, Rosenberg, & Friedman, 1993).

Em sentido inverso, alguns trabalhos observaram benefícios psicológicos após o regresso do TO em ex-combatentes com níveis mais elevados de exposição ao combate (Elder & Clipp, 1989; Gallaway, Millikan, & Bell, 2011; Fontana & Rosenheck, 1998). Estes resultados foram propostos como resultado de maior confiança nos recursos pessoais para o coping dos stressores quotidianos do pós-guerra desenvolvida a partir da percepção da auto-eficácia das estratégias utilizadas no coping dos stressores da guerra nos ex-combatentes com maior nível de exposição aos stressores de guerra (Aldwin, Levenson, & Spiro, 1994; Elder & Clipp, 1989; Fontana & Rosenheck, 1998; Schnurr et al., 1993; Wood et al., 2011).

Do nosso ponto de vista, para além da ausência duma relação de causalidade entre o nível de exposição ao combate com a perturbação mental dos ex-combatentes, estes resultados parecem constituir evidências de que a traumatização de guerra constitui um processo com contributos simultâneos de processos intra-psíquicos e inter-relacionais numa interacção específica e singular entre os estímulos do mundo externo e do mundo interno (Tutté, 2004). Desta forma, a traumatização é influenciada tanto pela dimensão objectiva (factual) do acontecimento, como pela dimensão subjectiva (intra-psíquica e inter-relacional) da experiência (Alayarian, 2011; D. King, L. King, Gudowski, & Vreven, 1995; Koren et al., 2007). Este processo poderá explicar a ausência de emparalhamento entre ambas as dimensões (Alayarian, 2011; Allen, 2005).

A inclusão da dimensão subjectiva na conceptualização da traumatização conduziu alguns autores a proporem o abandono da PSPT como uma entidade diagnóstica categorial descritiva das consequências da exposição aos acontecimentos traumáticos (Bonanno & Mancini, 2012; Kudler, 2007; Moses, 1978; Tutté, 2004). Em alternativa, foi sugerido que as consequências psicológicas da traumatização deveriam ser compreendidas segundo uma perspectiva dimensional, ou espectro psicopatológico, variando entre as consequências ligeiras até às consequências mais graves, situando-se entre ambos os extremos as situações intermédias de dano psicológico (Bichi & Slotkin, 2008; Bonanno & Mancini, 2012; Tutté, 2004).

De acordo com alguns autores, o grau de perturbação apresentado pelo indivíduo é influenciado pelos recursos internos e/ou externos possuídos pelo indivíduo no coping dos stressores (Ajdukovic et al., 2013; Agaibi & Wilson, 2005; Masten & Wright, 2010; Varvin & Rosenbaum, 2015). Os ex-combatentes com menores recursos internos e/ou externos para o coping dos stressores apresentariam consequência mais severas na saúde mental (King et al., 1998). A percepção da ausência de recursos no coping dos stressores desperta sentimentos de

desamparo e terror associados ao dano nos processos psíquicos vitais (Varvin, 2003; Varvin & Rosenbaum, 2015). Este processo foi proposto como estando associado ao balanceamento precário entre sentimentos de bondade e maldade (Auerhahn & Peskin, 2003; Moses, 1978).

As dificuldades na regulação de impulsos destrutivos e bondosos parecem e associar-se às exigências de investimento libidinal do Self e da imagem corporal determinadas pelas exigências de sobrevivência física inerentes ao cenário de guerra (Freud, 1915; Nadelson, 1992; Singer, 2004). No contexto da guerra, a activação de impulsos destrutivos e sádicos visando a exterminação de outros seres humanos é percebida como a única forma de assegurar a sobrevivência (Freud, 1915; Grossman, 1996; Singer, 2004; Viñar, 2005). Consequentemente, o indivíduo é incapaz de distinguir entre os investimentos libidinais e agressivos (Freud, 1915, 1939; Singer, 2004), originando um dano no envelope narcísico e a consequente formação dum vazio interno (Gerzi, 2005). Simultaneamente, ocorre a clivagem do Self e a internalização dum objecto interno anómalo (Bichi & Slotkin, 2008; Freud, 1939).

A activação de impulsos destrutivos e sádicos no contexto de guerra ocorre por acção da neutralização do superego intrapsíquico que é substituído pelas normas sociais externas (Grossman, 1996). Em resultado, a perpetração da violência durante a guerra é percebida como a realização na realidade externa de fantasias violentas inconscientes (Blum, 2003; Bokanowski, 2005; Bragin, 2010, 2011; Freud, 1905, 1919). Desta forma, o cenário de guerra possibilita a gratificação de fantasias assassinas (patricidas, fraticidas ou matricidas) (Freud, 1912-13; Stein, 2007). Deste modo, a traumatização de guerra difere doutros tipos de traumatização por englobar igualmente a participação activa na violência como perpetrador (Litz, 2007; Litz et al., 2009; MacNair, 2002, 2007).

Esta característica foi verificada em diversos estudos que encontraram a verbalização da prática de violência e morte de seres humanos, incluindo civis não-combatentes, no cumprimento do serviço e/ou obediência a superiores hierárquicos (Currier, Holland, Jones, & Sheu, 2014b; Hinton, 2005; Hoge et al., 2004; Maguen et al., 2009; MacNair, 2002; Nash, 2007b; Nussio, 2012; Shalit, 1988; Vargas, Hanson, Kraus, Drescher, & Foy, 2013). De igual forma, alguns trabalhos junto de ex-combatentes da GCP, identificaram temas relacionados com a perpetração de violência no contexto de guerra envolvendo a morte ou ferimento de inimigos, tortura, morte de mulheres ou crianças, e violação de mulheres (Albuquerque et al., 1992a; Maia et al., 2006).

A investigação qualitativa explorou o impacto da prática de actos de violência na saúde mental dos ex-combatentes, identificando a verbalização dum conflito interno associado à prática desses actos (Drescher et al., 2011; Maguen & Litz, 2012; Vargas et al., 2013). O conflito interno foi atribuído à discrepância entre as representações do Self, dos objectos e do mundo associadas à experiência de guerra e o sistema de representações globais do Self anteriores e posteriores à traumatização (Amati Sas, 1992). A discrepância entre ambos os sistemas de representações origina a ruptura do sistema de crenças acerca da bondade do próprio e dos outros (Litz et al., 2009). Como resultado, alguns autores propuseram a insuficiência da PSPT para abranger as sequelas psicológicas da experiência de guerra em ex-combatentes (Drescher et al., 2011; Drescher & Foy, 2008; Litz et al., 2009).

O conceito de dano moral foi introduzido para descrever o impacto psicossocial do envolvimento, observação, tomada de conhecimento, ou incapacidade em impedir actos que transgridem os padrões morais e éticos dos ex-combatentes (Litz et al., 2009). Este conceito foi explorado nalguns estudos qualitativos, tendo sido extraídos temas de violência desproporcionada, morte ou ferimento de inimigos e civis, incapacidade em socorrer camaradas e civis, traição, e violência entre camaradas (Drescher et al., 2011; Vargas et al., 2013). Estudos psicométricos identificaram uma solução trifactorial do dano moral: transgressões do Self (prática de actos de violência ou omissão de ajuda do próprio), transgressões do Outro (actos de violência ou omissão de ajuda dos camaradas) e Traições (traições pessoais ou organizacionais que colocaram o militar numa situação de risco para a sua vida) (A. Bryan, C. Bryan, Morrow, Etienne, & Ray-Sannerud, 2014; Nash et al., 2013).

Alguns estudos qualitativos extraíram diferentes temas das consequências psicossociais do dano moral: problemas sociais, desconfiança dos outros, problemas espirituais/existenciais, e auto-condenação (Descher et al., 2011; Vargas et al., 2013). Estes resultados sugerem que o dano moral constitui um constructo sobreposto mas distinto da PSPT. Esta hipótese encontrou suporte nalguns estudos que observaram correlações positivas moderadas entre os factores transgressão do Self e transgressão do Outro com a severidade dos sintomas de PSPT (Bryan et al., 2013; Nash et al., 2013). Este conjunto de resultados sugere que a prática de violência contra outros poderá ter efeitos semelhantes ao trauma por vitimação, constituindo uma traumatização induzida por perpetração (Currier, Holland, Chisty, & Allen, 2011; MacNair, 2002, 2007; Nash et al., 2013).

Esta hipótese encontrou suporte num conjunto de trabalhos que encontraram maior severidade de sintomas de PSPT (Beckham, Feldman, & Kirby, 1998; Currier et al., 2014b;

Fontana & Rosenheck, 1999; Maguen et al., 2009, 2010, 2011; MacNair, 2002; O'Toole, Marshall, Schureck, & Dobson, 1999; Van Winkle & Safer, 2011) e Depressão (Beckham et al., 1998; King et al., 1995; Maguen et al., 2009; Marx et al., 2010) em ex-combatentes que reportaram a exposição a violência abusiva em combate ou prática de actos violentos que causaram a morte de outros. Neste particular, a morte de civis e prisioneiros apresentava associações mais fortes com a severidade dos sintomas de PSPT (Litz, L. King, D. King, Orsillo, & Friedman, 1997; Maguen, Litz, Wang, & Cook, 2004; O'Toole et al., 1999; Vukšić-Mihaljević et al., 2000). Adicionalmente, o efeito da prática de actos violentos na severidade de sintomas de PSPT era superior ao nível de exposição ao combate e ao testemunho de ferimentos e mortes de camaradas (Currier et al., 2014b; Maguen et al., 2009).

O efeito traumático da perpetração ou testemunho de violência foi proposto como advindo da transgressão dos padrões morais e ideais internalizados dos indivíduos (Litz et al., 2009; La Bash & Papa, 2014). A percepção da violação dos padrões morais origina a ruptura nas crenças nucleares acerca da benevolência do Self e dos outros, e na crença do mundo como um lugar seguro, previsível e dotado de significado (Holowka et al., 2012; Janoff-Bulman, 1992; Park & Ai, 2006; Payne et al., 2007; Vasterling et al., 2010). Este processo associa-se ao dano na integridade do Self dos ex-combatentes causado pela discrepância entre as representações do Self, dos outros e do mundo associadas à traumatização de guerra e o sistema de representações globais do Self (Currier et al., 2014b; Lee, Scragg, & Turner, 2001; Horowitz, 1992, 1998; Litz et al., 2009). A discrepância entre os sistemas de representações origina a atribuição das violações morais como globais (não dependente do contexto), internas (i.e., atribuída a factores pessoais) e estáveis (i.e., duradouras), conduzindo à avaliação dos actos violentos cometidos durante a guerra como traços de personalidade estáveis (Horowitz, 1992, 1998; Litz et al., 2009).

A discrepância entre os sistemas de representações poderá auxiliar na compreensão da associação positiva entre o factor transgressões do Self do dano moral com sentimentos de desamparo, culpa e vergonha (Bryan et al., 2014). Neste sentido, alguns estudos qualitativos observaram que os sentimentos de culpa e vergonha em ex-combatentes foram atribuídos tanto à perpetração de violência contra outros, como à percepção do fracasso na protecção dos camaradas (Drescher & Foy, 2008; Litz et al., 2009; Nash, 2007b). A percepção das transgressões do Self na guerra poderá intensificar o conflito interno nos ex-combatentes como resultado da avaliação desses actos como mais imorais comparativamente às

transgressões do Outro e às traições pessoais ou organizacionais (Bryan et al., 2014; MacNair, 2007; Fontana & Rosenheck, 1998).

Os sentimentos de auto-condenação que se desenvolvem associam-se à percepção de ter actuado segundo padrões primitivos de comportamento incompatíveis com os padrões do ideal do ego e do superego (Laub & Lee, 2003; Opp & Samson, 1989; Varvin & Rosenbaum, 2003). Como resultado, o ex-combatente apresenta uma auto-percepção de maldade (Allen, 2005) ou culpa demoníaca associada à auto-percepção da desumanidade do Self, dos objectos e do ambiente externo (Opp & Samson, 1989). Esta experiência interna é agravada pela anulação do vínculo empático com os objectos (internos e externos) no momento da perpetração de violência (Laub & Auerhahn, 1989; Laub & Lee, 2003; Rosenbaum & Varvin, 2007). Este processo origina a percepção de ausência de controlo do ego sobre os maus objectos perseguidores (Grubrich-Simitis, 1984) e a perda da compreensão e previsibilidade do Self, dos outros e do mundo (Ayalon, Perry, Arian, & Horowitz, 2007; Lerner & Blow, 2011).

Por outro lado, os sentimentos de culpa e vergonha poderão ser activados por dificuldade de adaptação dos indivíduos aos aspectos violentos e cruéis da guerra (Carr, 2011; Lerner & Blow, 2011; Nash, 2007b). Alguns trabalhos identificaram em ex-combatentes evacuados de combate por motivos médicos ou perturbação psicológica e/ou psiquiátrica, um padrão de fracasso pessoal e sentimentos de vergonha associados a esses acontecimentos (Carr, 2011; Lerner & Blow, 2011). A evacuação de combate era percebida pelos ex-combatentes como um fracasso ou incapacidade pessoal em reagirem às exigências da guerra e na protecção dos camaradas da morte ou ferimento, sendo igualmente influenciada por uma dimensão social associada ao desapontamento das expectativas dos camaradas e do Exército, (Nash, 2007b; Shalit, 1988).

Alguns estudos verificaram que os sentimentos de vergonha estavam positivamente associados a maior severidade de sintomas de PSPT em ex-combatentes (Leskela, Dieperink, & Thuras, 2002; Nash, 2007b). De acordo com Lee, Scragg, e Turner (2001). A interacção entre sentimentos de vergonha e sintomas pós-traumáticos ocorre devido ao incremento das imagens intrusivas dos acontecimentos traumáticos despertadas por sentimentos de vergonha, em simultâneo com a auto-percepção do fracasso no coping da experiência devido ao incremento das imagens intrusivas dos acontecimentos. A perturbação mental associada à traumatização não parece estar associada ao incremento das imagens intrusivas, mas aos afectos e significados atribuídos aos acontecimentos associados às imagens (Lee et al., 2001).

Igualmente, em ex-combatentes da GCP foi encontrada a verbalização de sentimentos de vergonha, culpa e raiva associados à prática de ações contra a sua moral durante a guerra (Maia et al., 2006). Este conjunto de resultados obtidos em amostras nacionais e internacionais indica que a vergonha e a culpa constituem sentimentos habituais sentidos pelos indivíduos durante a traumatização. Considerando a exclusão destes sentimentos do critério A do diagnóstico da PSPT de acordo com o DSM (APA, 1994, 2000, 2013), alguns autores propuseram que a PSPT constitui uma entidade diagnóstica insuficiente para capturar as sequelas na saúde mental associada à experiência de guerra nos ex-combatentes (Kudler, 2007; Lee et al., 2001; Litz, 2007). Este conjunto de resultados salienta o impacto das experiências de dano moral no ajustamento psicossocial dos ex-combatentes no pós-guerra, bem como a singularidade dos seus efeitos que parecem não ser totalmente abrangidas pelas conceptualizações dominantes da traumatização de guerra nesta população.

3.2. Do trauma à traumatização

A literatura acima descrita parece sublinhar a insuficiência das conceptualizações dominantes na compreensão do processo de traumatização em ex-combatentes. De acordo com alguns autores, os modelos diagnósticos vigentes secundarizam, e nalguns casos negligenciam, os significados históricos, sociais e psíquicos da experiência de guerra (Bill et al., 2009), bem como as dificuldades psicossociais dos ex-combatentes no processo de reintegração na vida civil (Bragin, 2010). Esta proposição é suportada por um conjunto de evidências que destacaram que o processo duradouro das consequências psicológicas e/ou sociais após o confronto com os stressores de guerra não tem sido incluído na literatura como um componente da traumatização psíquica de guerra (Blum, 2003; Cooper, 1986; Varvin, 2003).

Alguns trabalhos qualitativos observaram uma inter-relação entre a exposição aos stressores de guerra e o confronto com os stressores do pós-guerra, expressa na verbalização de temas de receio de abandono social e fracasso no coping dos stressores no pós-guerra que despertavam sentimentos de desamparo associados à experiência de combate (Brenner et al., 2008; Drescher & Foy, 2008; Shalit, 1988; Vukšić-Mihaljević et al., 2000). No mesmo sentido, Pereira (2012) observou, em ex-combatentes da GCP com perturbação mental, a atribuição dos acontecimentos traumáticos da guerra e as consequências psicossociais da traumatização no pós-guerra como factores com influência na manutenção da perturbação mental. Neste trabalho, as consequências psicossociais da traumatização foram mais

mencionadas como factores com influência na manutenção da perturbação dos participantes (Pereira, 2012). Este conjunto de resultados sugere a ocorrência duma interacção entre as experiências de traumatização e as consequências da traumatização.

Deste modo, propomos o alargamento do conceito de trauma de guerra, sob a designação de traumatização, abrangendo tanto a exposição aos acontecimentos traumáticos disruptivos, por vitimação ou perpetração, e aos acontecimentos stressores de natureza não traumática durante a guerra, bem como o confronto com as consequências biopsicossociais duradouras dessas experiências (Bills et al., 2009; Blum, 2003; Cooper, 1986; Varvin, 2003). A nossa opção pelo conceito de traumatização decorre da utilização dominante do conceito de trauma em referência à exposição a acontecimentos traumáticos por vitimação. Em virtude da nossa conceptualização abranger o confronto duradouro e repetitivo com o conjunto de experiências acima descritas (Alayarian, 2011; Blum, 2003; Varvin, 2010), optámos pela designação deste processo como traumatização.

A nossa conceptualização aproxima-se do conceito de traumatização cumulativa, introduzido por Khan (1963, 1964), associada à percepção da falta de preocupação dos objectos originada pelo confronto prolongado e repetido a um conjunto de acontecimentos violentos disruptivos e stressores não-traumáticos durante a guerra, e com as consequências biopsicossociais duradouras associadas a essas experiências (Alayarian, 2011; Zornig & Levy, 2011). As experiências de violência disruptivas de ataque ao ego e as falhas de contenção dos objectos (internos e externos) durante e no pós-guerra originam a destruição da barreira protectora formada pelos bons objectos (Auerhahn e Laub, 1984; Laub, 2005). Este processo associa-se à percepção da confirmação das fantasias do poder destrutivo e da crueldade dos maus objectos, e das falhas dos bons objectos na protecção dos maus objectos (Garland, 1998; Hartke, 2005).

A percepção da ausência dum bom objecto no pós-guerra origina o dano na capacidade de representação dum objecto interno empático (Kirshner, 1994; Laub & Auerhahn, 1989; Rosenbaum & Varvin, 2007; Viñar, 2005). A ausência da representação interna dum bom objecto impossibilita o ex-combatente em distinguir entre os bons objectos (prévios à guerra e do pós-guerra) e os maus objectos cruéis e perpetradores da violência durante a guerra (Fountain, 2000; Gerson, 2009). Em resultado, as falhas dos objectos protectores do pós-guerra são percebidas como a relação com um objecto traumatogénico anteriormente confiável (Balint, 1969), tornando-se indiferenciados dos maus objectos que cometeram violência contra si durante a guerra (Gerzi, 2005).

As falhas cumulativas dos objectos do pós-guerra na contenção emocional das consequências biopsicossociais da traumatização originam um dano, ou paralisia, das funções mentais (Auerhahn et al., 1993). Este processo inviabiliza a representação mental das experiências passadas e presentes daí resultando a formação dum vazio na estrutura psíquica (Bichi & Slotkin, 2008; Kinston & Cohen, 1986). Desta forma, a exposição cumulativa aos stressores não-traumáticos das consequências biopsicossociais da traumatização de guerra e às falhas dos objectos pós-guerra poderão ter efeitos adversos na saúde mental dos ex-combatentes similares ao impacto da exposição aos acontecimentos disruptivos da guerra (Alayarian, 2011; Khan, 1963, 1964).

De acordo com alguns autores, a percepção de recursos internos e/ou externos no coping das consequências biopsicossociais da traumatização influencia a avaliação do(s) acontecimento(s) como, ou não, traumático(s) (Agaibi & Wilson, 2005; Masten & Wright, 2010; Varvin & Rosenbaum, 2015). Neste sentido, alguns trabalhos qualitativos identificaram, em sobreviventes de guerra, uma interacção entre a percepção da incapacidade do coping dos sintomas e das consequências sociais da traumatização, e a percepção de maior ameaça dos stressores pós-guerra (Ajdukovic et al., 2013; Alayarian, 2011; Kaplan & Laub, 2009). Estes resultados sugerem que a percepção da perda de recursos internos e da capacidade em mobilizar e utilizar os recursos ambientais no coping das consequências biopsicossociais da traumatização despertam sentimentos de desamparo ou terror associados às experiências traumáticas de guerra (Herman, 1992; Varvin, 2010; Varvin & Rosenbaum, 2003).

Esta proposição encontrou suporte nalguns estudos que verificaram em ex-combatentes com agravamento da severidade dos sintomas de PSPT e/ou com diagnóstico de PSPT, a diminuição do repertório de estratégias de coping e a percepção de fraco suporte social no coping dos sintomas e stressores pós-guerra (Andrews et al., 2009; Bryan et al., 2013; King et al., 1998; Irving, Telfer, & Blake, 1997; Solomon, Mikulincer, & Flum, 1988a). Este fenómeno foi definido como um processo de exaustão psíquica do Self (Baumeister, Bratslavsky, Muraven, & Tice, 1998; Varvin, 2007; Varvin & Rosenbaum, 2015). A exaustão psíquica é caracterizada por uma redução da capacidade ou vontade do Self em iniciar acções voluntárias tanto sobre o ambiente, como sobre o próprio indivíduo (Baumeister et al., 1998). Este processo é caracterizado pela erosão ou exaustão dos recursos internos e pela incapacidade do indivíduo em utilizar os recursos externos disponíveis no coping das

consequências da traumatização (Agaibi & Wilson, 2005; Alayarian, 2011; Krystal, 1985; Varvin, 2007; Varvin & Rosenbaum, 2015).

A exaustão psíquica foi proposta como assente em duas dimensões: psico-económica e relações de objecto (Varvin, 2007; Varvin & Rosenbaum, 2015). A dimensão psico-económica envolve a retirada do investimento libidinal da estrutura psicossomática e do Self causando um bloqueio das funções mentais e a destruição da identidade pessoal (Grubrich-Simitis, 1981; Krystal, 1985; Moses, 1978; Tarantelli, 2003), levando à morte psíquica (Krystal, 1985; Varvin & Rosenbaum, 2003, 2015). A dimensão das relações de objecto envolve um dano nas relações, e representação, com os objectos internos cuidadores e protectores que são substituídas por expectativas de intenções maléficas dos outros que originam a incapacidade em utilizar os recursos externos, i.e., as outras pessoas, no coping dos stressores (Varvin, 2003, 2007; Varvin & Rosenbaum, 2015; Zornig & Levy, 2011).

A percepção da ausência de recursos internos e a incapacidade em utilizar os recursos externos no coping das consequências biopsicossociais de traumatização poderá conduzir a um padrão de retracção narcísica dos ex-combatentes (Varvin, 2003, 2007). As observações clínicas de sobreviventes de guerra identificaram um padrão de retirada crónica do indivíduo sobre si próprio em resposta à percepção da ausência de auxílio ou cuidados dos objectos (Krystal, 1985; Varvin & Rosenbaum, 2015). A retracção do contacto com os outros contribui para o agravamento do dano de processos psíquicos vitais e a restrição das actividades de cuidados corporais e bem-estar (Varvin, 2003; Varvin & Rosenbaum, 2015).

Este processo foi observado nalguns trabalhos que identificaram um padrão de agravamento da saúde mental em ex-combatentes que era caracterizado pela paralisação das funções psíquicas e uma excessiva tolerância ao sofrimento físico (Brenner et al., 2008; Bryan et al., 2010; Titchener, 1982). De acordo com Varvin e Rosenbaum (2015), a exaustão psíquica constitui um processo defensivo face à dor mental intolerável despertada pela ausência dum vínculo empático com os objectos e com o Self. A indiferenciação das relações com os objectos internos impede a reparação dos bons objectos em virtude destes serem percebidos como persecutórios (Varvin & Rosenbaum, 2015). O dano na capacidade de reparação dos bons objectos prejudica a incorporação de impulsos violentos e destrutivos na visão do mundo pós-guerra (Bragin, 2011; Titchener, 1982), levando à projecção de maus objectos no mundo interno e a transformação dos bons objectos em objectos persecutórios (Varvin, 2007).

Deste modo, a dimensão psico-económica e a dimensão das relações de objecto da exaustão psíquica apresentam um efeito interactivo entre si (Varvin, 2007). Tal sucede em virtude do esgotamento narcísico associar-se a períodos de privação do investimento dos objectos (Grubrich-Simitis, 1981). As observações clínicas de sobreviventes de guerra identificaram fantasias agressivas e de destruição referentes à ausência de protecção dos objectos associadas a um dano narcísico severo (Auerhahn et al., 1993; Auerhahn & Peskin, 2003). O dano narcísico e a percepção de intenções malévolas dos objectos conduzem à retirada do indivíduo sobre si próprio (Shay, 2014), originando um estado de morte psíquica na relação com o Self e com os objectos (Kinston & Cohen, 1986; Krystal, 1985).

Desta forma, a traumatização de guerra parece ser um processo de perda de recursos físicos, psicológicos e sociais que prejudicam o coping das consequências biopsicossociais da traumatização (Agaibi & Wilson, 2005; Ajdukovic et al., 2013; Alayarian, 2011; Drescher & Foy, 2008; Krystal, 1985; Kudler, 2007; Rosenbaum & Varvin, 2007; Varvin, 2003, 2007; Varvin & Rosenbaum, 2015). Este processo foi igualmente observado em estudos qualitativos junto de ex-combatentes da GCP com diagnóstico da PSPT, tendo sido extraídos temas de aquisição negativa, perdas irreparáveis psicossociais e aquisição de vulnerabilidades psicossociais após a experiência da GCP (Sendas, Maia, & Fernandes, 2006), e a verbalização da ausência de recursos pessoais e sociais no coping dos sintomas e das consequências psicossociais da traumatização (Começanha, 2011; Pereira, 2012).

De acordo com alguns autores, a transformação na organização estrutural do ego com a formação dum Superego arcaico e as mudanças no Ego ideal originam ataques violentos ao Ego que conduzem ao esgotamento narcísico e ao bloqueio das funções mentais (Grubrich-Simitis, 1981; Krystal, 1985). A perda dos recursos pessoais e sociais no coping das consequências biopsicossociais da traumatização reflecte uma restrição do repertório das estratégias mentais possuído pelo indivíduo (Agaibi & Wilson, 2005; Varvin, 2007; Varvin & Rosenbaum, 2015). De acordo com a nossa perspectiva, a restrição dos recursos individuais e sociais associa-se a padrões de cronicidade da perturbação ou declínio associados à traumatização (Bragin, 2010; Bonanno, 2008; Lerner & Blow, 2011).

3.3. Restauração da resiliência

A resiliência e a recuperação constituem processos de (re)adaptação com sucesso face a experiências de adversidade, trauma e outras fontes de stress envolvendo uma capacidade adaptativa que protege os indivíduos dos efeitos destrutivos dessas experiências extremas

(Agaibi & Wilson, 2005; Varvin & Rosenbaum, 2015). Porém, a literatura regista dificuldades na clarificação da relação entre os conceitos de resiliência e recuperação. A diferença entre ambos os conceitos foi estabelecida de acordo com critérios temporais segundo os quais a recuperação envolve um período mais extenso de perturbação (Bonanno, 2008). Porém, outros autores defenderam a irrelevância da distinção entre ambos os conceitos ao proporem a recuperação como um padrão de resiliência (Lepore & Revenson, 2006; Masten & Wright, 2010).

De acordo com esta perspectiva, a recuperação é caracterizada por uma capacidade de resiliência envolvendo resistência, flexibilidade e capacidade de domínio individual das consequências biopsicossociais da traumatização (Agaibi & Wilson, 2005; Gobodo-Madikizela, 2008; Varvin & Rosenbaum, 2015). A restauração da resiliência possibilita a reorganização do mundo interno e das relações com a realidade externa, e a manutenção da vitalidade psicológica (Agaibi & Wilson, 2005; Lepore & Revenson, 2006). De acordo com este modelo, a resiliência deveria ser avaliada através da compreensão dos recursos, estratégias e processos envolvidos no coping eficaz de ambientes adversos e/ou recuperação da perturbação pós-traumática (Lepore & Revenson, 2006; Varvin & Rosenbaum, 2015).

Porém, assinalamos a insuficiente clarificação dos critérios de resiliência ou recuperação da perturbação associada à traumatização de guerra. Num trabalho efectuado junto de ex-combatentes com remissão da PSPT, Schnurr, Lunney, Sengupta, e Waelde (2003) encontraram a presença de significativa severidade de sintomas da PSPT durante décadas intercalada com períodos com ausência de sintomas. No mesmo sentido, alguns estudos qualitativos observaram em ex-combatentes com resiliência ou recuperação clínica, a verbalização de sintomas pós-traumáticos duradouros que constituíam indicadores da co-ocorrência de resiliência e perturbação (Brown, Kallivayalil, D., Mendelsohn, M., & Harvey, 2012; Tedeschi & McNally, 2011). Estes resultados sugerem que ainda que a redução dos sintomas pós-traumáticos seja uma componente fundamental na recuperação dos ex-combatentes, a restauração da resiliência parece não depender exclusivamente da remissão dos sintomas pós-traumáticos (Brown et al., 2012; Litz, 2007; Varvin & Rosenbaum, 2015).

A literatura tem destacado que a recuperação da perturbação traumática em sobreviventes de guerra associa-se à capacidade de mobilização e utilização dos recursos internos e ambientais (Kaplan & Laub, 2009; Varvin, 2007, Varvin & Rosenbaum, 2015). Este processo foi observado num trabalho junto de ex-combatentes da GCP, verificando-se que a restauração da resiliência foi atribuída a uma mudança na percepção autoidentitária e

das modalidades de relação com os outros que permitiam o enriquecimento nas dimensões pessoal e social (Sendas, 2010). Desta forma, a recuperação da traumatização depende dum processo de mudança da personalidade com influência na capacidade de mobilização dos recursos pessoais e sociais (Agaibi & Wilson, 2005; Kanninen, Punamäki, & Qouta, 2003; Lepore & Revenson, 2006; Masten & Wright, 2010; Varvin & Rosenbaum, 2015).

Num estudo qualitativo junto de sobreviventes de guerra com recuperação clínica da PSPT, Ajdukovic et al. (2013) extraíram temas de restauração de vínculos com os outros, estratégias de coping, hardiness psicológica, tratamento da saúde mental, percepção de suporte social, normalização da vida quotidiana, envolvimento, e segurança psíquica como factores que foram atribuídos à recuperação da perturbação. A restauração da resiliência face à traumatização de guerra parece envolver uma combinação complexa de processos biológicos, psicológicos e sociais no coping dos sintomas pós-traumáticos e das consequências psicossociais da traumatização (Alayarian, 2011; Drescher & Foy, 2008; Kudler, 2007; Lansky, 2000; Rosenbaum & Varvin, 2007; Varvin, 2003).

Deste modo, propomos que a restauração da resiliência não depende exclusivamente da remissão dos sintomas pós-traumáticos, mas envolve igualmente um processo interactivo entre factores pessoais e ambientais promotores da percepção de competência pessoal no coping das consequências biopsicossociais da traumatização de guerra (Alayarian, 2011; Bills et al., 2009; Brown et al., 2012; Masten & Wright, 2010; Varvin & Rosenbaum, 2015). O processo conjunto de transformações da estrutura psíquica, dos padrões interpessoais e da auto-imagem ocorre paralelamente à redução da severidade dos sintomas pós-traumáticos que contribui para a recuperação da perturbação associada à traumatização (Holmqvist, Andersen, Anjum, & Alinder, 2006; Klug & Huber, 2009; Subic-Wrana, Beutel, Garfield, & Lane, 2011).

Neste sentido, alguns estudos encontraram uma associação positiva entre a posse dum repertório mais vasto de competências e recursos pessoais e inter-relacionais no coping das consequências psicossociais da traumatização de guerra com menor severidade dos sintomas da PSPT (Aldwin et al., 1994; Começanha & Maia, 2011; Gobodo-Madikizela, 2008; Irving et al., 1997; Johnson & Chronister, 2010; McNally et al., 2011; Solomon, Mikulincer, & Avitzur, 1988b). Estes resultados sugerem que a redução da severidade dos sintomas pós-traumáticos associa-se à restauração ou posse de competências comportamentais e recursos intrapsíquicos e inter-relacionais promotoras da restauração do sentimento de coerência do Self (Agaibi & Wilson, 2005; Masten & Wright, 2010), melhoria da qualidade das relações de

objecto (Straits-Tröster et al., 2011; Varvin & Rosenbaum, 2015) e a percepção de maior controlo dos stressores (Agaibi & Wilson, 2005; Brown et al., 2012).

A recuperação da perturbação associada à traumatização de guerra parece constituir um processo de restauração de capacidades de resiliência associadas ao desenvolvimento, ou restauração, de competências pessoais e sociais não existentes previamente (Brown et al., 2012; Varvin, 2003; Varvin & Rosenbaum, 2015; Vasterling et al., 2011). De acordo com esta perspectiva, a resiliência não constitui um traço pessoal possuído por alguns indivíduos, mas envolve um conjunto de comportamentos, pensamentos e acções obtidos de diferentes abordagens (Varvin & Rosenbaum, 2015). Estas aptidões envolvem tanto as relações do indivíduo consigo próprio e a relação entre a realidade interna e a realidade externa, bem como as relações com os outros e com o grupo (Agaibi & Wilson, 2005; Garland, 1998; Varvin, 2007). Este conjunto de processos interactivos influencia as estratégias mentais que permitem um melhor ajustamento psicossocial dos ex-combatentes no pós-guerra (Varvin, 2003).

A capacidade de utilização dos recursos pessoais e ambientais no coping dos sintomas pós-traumáticos e das consequências psicossociais da traumatização parece ser influenciada pelo repertório das estratégias mentais possuído pelo indivíduo (Agaibi & Wilson, 2005; Começanha & Maia, 2011; Gobodo-Madikizela, 2008; Kudler & Straits-Tröster, 2009; McNally et al., 2011; Varvin, 2007; Varvin & Rosenbaum, 2015). Desta forma, o incremento do repertório dos recursos mentais e ambientais possuídos pelos ex-combatentes influencia o ajustamento psicossocial dos ex-combatentes (Brown et al., 2012; Masten & Wright, 2010). A posse dum repertório mais vasto de recursos influencia a restauração das capacidades de resiliência que promovem a recuperação da perturbação mental associada à traumatização (Brown et al., 2012; Masten & Wright, 2010; Varvin & Rosenbaum, 2015).

Por estratégias mentais entendemos as capacidades mentais e os recursos psicossociais possuídos pelo indivíduo no coping das consequências da traumatização (Varvin, 2003; Varvin & Rosenbaum, 2003). As estratégias mentais organizam-se como esquemas mentais expressos nas relações do indivíduo consigo próprio e nos cenários relacionais internos, bem como nas relações do indivíduo com os outros e com o mundo externo (Varvin & Rosenbaum, 2003). Desta forma, as estratégias mentais envolvem métodos intrapsíquicos e relacionais, envolvendo dois tipos de modalidades fundamentais: as estratégias de coping e os processos de negociação entre a realidade interna e externa (Varvin, 2003; Varvin & Rosenbaum, 2003).

3.4. Estratégias de coping

As estratégias de coping compreendem os esforços cognitivos e comportamentais do indivíduo, envolvendo tomadas de decisões conscientes, para lidar com as exigências externas e/ou internas avaliadas como excedendo os recursos do indivíduo e que ameaçam o bem-estar psicológico (Lazarus & Folkman, 1984). As estratégias de coping têm como objectivo a adaptação do indivíduo às situações stressoras e a restauração do equilíbrio psicológico (Lazarus & Folkman, 1984; Nash, 2007b; Varvin, 2003). As estratégias de coping compreendem dois tipos fundamentais: as estratégias de coping orientadas para o evitamento e as estratégias de coping orientadas para a resolução do problema (Lazarus & Folkman, 1984).

As estratégias de coping orientadas para o evitamento envolvem o recurso a respostas emocionais face à avaliação cognitiva do indivíduo da sua incapacidade em alterar as condições ambientais. Estas estratégias incluem o evitamento, a minimização, o distanciamento, a atenção selectiva, a comparação positiva, e a retirada de valores positivos de acontecimentos negativos. Estas estratégias visam a manutenção da esperança e do optimismo e a negação dos factos e das suas implicações, podendo conduzir, em última instância, à recusa da realidade. As estratégias de coping orientadas para a resolução do problema envolvem a gestão ou alteração do problema como resultado da avaliação cognitiva da possibilidade em alterar as condições ambientais. Estas estratégias incluem estratégias orientadas para o problema (alteração de obstáculos e recursos ambientais) e estratégias orientadas para o Self (alterações da motivação ou cognitivas), promovendo a identificação e o desenvolvimento de novas modalidades de acção através da selecção e implementação dum plano de acção adequado para a situação (Lazarus & Folkman, 1984).

A literatura tem observado o predomínio da utilização de estratégias de coping orientadas para o evitamento em ex-combatentes (Berntsen et al., 2003; Brenner et al., 2008; Nadelson, 1992; Opp & Samson, 1989). Estes resultados foram atribuídos à percepção da ausência de controlo dos stressores e das consequências psicológicas da traumatização nesta população (Solomon et al., 1988b). A utilização destas estratégias de coping assegura a supressão ou distanciamento dos conteúdos mentais associados à traumática da guerra que previnem a reexperiência da traumatização e o fracasso da regulação emocional (Andrews et al., 2009; Currier et al., 2014b; Daud, Klinteberg, & Rydelius, 2008; Horowitz, 1998; Worthington & Langberg, 2012).

Porém, estas estratégias de coping foram propostas como quasi-adaptativas em virtude de assegurarem a diminuição da ansiedade apenas no curto-prazo (Horowitz, 1998). O uso dominante destas estratégias de coping dificulta a recordação do(s) acontecimento(s) traumático(s) (Horowitz, 1998; Zerach et al., 2014). Este processo ocorre como resultado do isolamento das representações mentais associadas à traumatização das restantes partes do Self (Bedard-Gilligan & Zoellner, 2012; Horowitz, 1998; Knox, 2003). O isolamento das representações mentais associadas à traumatização causa o agravamento dos processos dissociativos (Bohleber, 2007), conduzindo à manutenção da perturbação psíquica associada à traumatização de guerra; Horowitz, 1998; van der Kolk & Fisler, 1995).

Os efeitos adversos na saúde mental dos ex-combatentes associados à utilização de estratégias de coping orientadas para o evitamento foram observados num conjunto de estudos que verificaram maior utilização dessas estratégias em ex-combatentes com PSPT ou problemas de ajustamento comparativamente a ex-combatentes sem PSPT (Blake, Cook, & Keane, 1992; Creech, Benzer, Liebsack, Proctor, & Taft, 2013; Fairbank, Hansen, & Fitterling, 1991; Nezu & Carnevale, 1987). Foi identificada uma associação positiva entre estas estratégias de coping com maior severidade de sintomas da PSPT (Blake et al., 1992; Bramsen, Dirkzwager, & van der Ploeg, 2000; Creech et al., 2013; Mikulincer & Solomon, 1989; Solomon et al., 1988a, 1988b). Estes resultados sugerem que o predomínio destas estratégias de coping origina a perturbação dos sistemas defensivos dos ex-combatentes contribuindo para o desenvolvimento ou manutenção da PSPT (Martz & Lindy, 2010; van der Kolk & Fisler, 1995).

A perturbação dos padrões defensivos foi atribuída à generalização da utilização das estratégias de evitamento no coping de acontecimentos stressores de menor intensidade (Rosenblum, 2009; Zerach et al., 2014). Desta forma, o recurso predominante a estas estratégias de coping origina a restrição das estratégias utilizadas no coping das consequências biopsicossociais da traumatização e nas situações de relações interpessoais (Andrews et al., 2009; Herman, 1992; Horowitz, 1998; Lazarus & Folkman, 1984). Este processo poderá estar associado às dificuldades de ajustamento social, isolamento social e expressão emocional observada em ex-combatentes com predomínio de estratégias de coping orientadas para o evitamento (Creech et al., 2013; Currier, Holland, & Allen, 2012; Otter & Currie, 2004; Tsai et al., 2012).

Inversamente, verificou-se, incluindo em ex-combatentes da GCP, uma menor utilização de estratégias de coping orientadas para a resolução do problema em ex-

combatentes com diagnóstico de PSPT ou problemas de ajustamento comparativamente a ex-combatentes sem problemas de ajustamento pós-traumático (Anunciação, 2010; Nezu & Carnevale, 1987). Num estudo qualitativo junto de sobreviventes da guerra com PSPT crónica, Ajdukovic et al. (2013) identificaram a utilização de estratégias de coping activas através da descrição da realização de actividades que tinham como objectivo manter afastados e sob controlo os pensamentos e memórias intrusivas relacionadas com as experiências de guerra. Estes resultados sugerem que o processo de generalização da utilização de estratégias de evitamento no coping dos stressores afecta a utilização das estratégias de coping orientadas para a resolução de problemas (Rosenblum, 2009; Zerach et al., 2014).

Este processo poderá estar envolvido na diminuição do repertório de estratégias de coping e a percepção de menor suporte social observado em ex-combatentes com agravamento dos sintomas da PSPT que percepcionavam o esgotamento dos seus recursos no coping das consequências da traumatização (King et al., 1998). Desta forma, a percepção da perda de recursos físicos, psicológicos e sociais prejudica a capacidade do coping das consequências biopsicológicas da traumatização e dos stressores quotidianos (Ajdukovic et al., 2013). Estes resultados sugerem que a percepção da incapacidade do coping dos sintomas pós-traumáticos e das consequências psicossociais da traumatização apresenta uma interacção com a percepção de ameaça de colapso psicológico (Alayarian, 2011).

Dum ponto de vista intrapsíquico, alguns estudos verificaram junto de ex-combatentes com PSPT que descreveram o uso predominante de estratégias de coping orientadas para o evitamento, a presença de maior discrepância entre as representações do Self, dos outros e do mundo associadas à traumatização e o sistema de representações globais do Self (Gibney, Martens, Kosloff, & Dorahy, 2013; MacNair, 2007; Nash, 2007b). O uso predominante destas estratégias interfere na elaboração dessas representações, dificultando o processo de mudança de significado dos acontecimentos traumáticos (Maguen et al., 2009; Nash, 2007a). Como resultado, a acomodação das representações associadas à traumatização no sistema de representações globais do Self é prejudicado em virtude de não ocorrer a integração das representações do acontecimento na identidade do indivíduo (Horowitz, 1998; La Bash & Papa, 2014; Opp & Samson, 1989; Worthington & Langberg, 2012).

Adicionalmente, as estratégias de coping orientadas para o evitamento interferem no reconhecimento da perturbação mental associada à traumatização de guerra pelos ex-combatentes. Alguns trabalhos qualitativos observaram em ex-combatentes com PSPT crónica, a verbalização da utilização de estratégias relacionadas com a minimização dos

problemas psicológicos dos ex-combatentes comparativamente aos camaradas mortos e feridos em combate, e a percepção de que os outros camaradas sofriam problemas psicológicos mais graves do que os seus (Ajdukovic et al., 2013; Osrán et al., 2010). O recurso a esta modalidade de coping estava positivamente associado a maior severidade dos sintomas da PSPT em ex-combatentes (Dirkzwager, Bramsen, & van der Ploeg, 2003).

Inversamente, a literatura tem destacado uma menor utilização de estratégias de coping orientadas para o evitamento em ex-combatentes sem diagnóstico de PSPT (Blake et al., 1992; Creech et al., 2013; Fairbank et al., 1991; Nezu & Carnevale, 1987). Num estudo qualitativo junto duma amostra sem PSPT, Hautamäki e Coleman (2001) observaram que a redução do uso das estratégias de coping orientadas para o evitamento era um factor associado à reduzida prevalência da PSPT nessa população. O reduzido uso desta estratégia de coping era facilitador da expressão de sentimentos de tristeza simbolizada associados às experiências de guerra que promovia a acomodação das experiências de guerra nas narrativas dos ex-combatentes (Hautamäki & Coleman, 2001). A redução destas estratégias parece facilitar a elaboração e acomodação das representações associadas à traumatização no sistema de representações globais do Self (Gibney et al., 2013; La Bash & Papa, 2014; Nash, 2007b; Worthington & Langberg, 2012).

Por outro lado, alguns trabalhos encontraram maior utilização de estratégias de coping orientadas para a resolução do problema em ex-combatentes sem diagnóstico de PSPT comparativamente a ex-combatentes com diagnóstico de PSPT ou problemas de ajustamento psicossocial (Anunciação, 2010; Nezu & Carnevale, 1987; Pietrzak et al., 2009; Solomon et al., 1988b). No mesmo sentido, a maior utilização de estratégias de coping orientadas para a resolução do problema apresentava uma associação positiva com menor severidade de sintomas da PSPT (Anunciação, 2010; Creech et al., 2013; Dirkzwager et al., 2003; Mikulincer & Solomon, 1989; Pietrzak et al., 2009; Sharkansky et al., 2000; Solomon et al., 1988a, 1988b) e sintomas depressivos (Sharkansky et al., 2000).

Num estudo qualitativo com sobreviventes de guerra com remissão da PSPT, Ajdukovic et al. (2013) verificaram que a utilização dum coping activo foi um factor atribuído à recuperação da perturbação, envolvendo a participação em actividades com significado pessoal e social que aumentavam o reconhecimento social, auto-estima e o sentimento de eficácia no coping das consequências biopsicossociais da traumatização. Estes resultados sugerem que a utilização destas estratégias de coping promove maior capacidade de resolução de problemas e comportamentos mais adaptados ao contexto social facilitadores da

recuperação da perturbação pós-traumática nos ex-combatentes (Creech et al., 2013; Dirkzwager et al., 2003; Pietrzak et al., 2009).

Esta hipótese foi sustentada nalguns trabalhos que verificaram que a crença na capacidade pessoal do coping eficaz dos stressores associava-se à criação de vínculos empáticos com os outros e ao envolvimento social (Ajdukovic et al., 2013; Creech et al., 2013; Koenen et al., 2003; Seligowski et al., 2012). Neste sentido, a literatura tem salientado o efeito protector do suporte social em ex-combatentes. O suporte social é definido como a existência e quantidade de relações sociais, englobando o suporte emocional, informacional e instrumental (Lee, Sudom, & McCreary, 2011). O uso de suporte social (família, amigos, ambiente profissional e prestadores de cuidados de saúde) no coping das consequências da perturbação estava positivamente associado a menor severidade dos sintomas da PSPT e Depressão em ex-combatentes (Connell et al., 2013; Fontana et al., 1997; King et al., 1998; Lee et al., 2013; Maguen et al., 2006; Pietrzak et al., 2009; Smith, Benight, & Cieslak, 2013; Wilcox, 2010).

Os factores associados aos benefícios do suporte social na resiliência/recuperação da PSPT em ex-combatentes continuam ainda por clarificar (Bartone, 2005), ainda que existam algumas evidências dum efeito indirecto do uso do suporte social na redução da severidade dos sintomas da PSPT (King et al., 1998). Neste sentido, as evidências recolhidas num conjunto de trabalhos junto de ex-combatentes sugerem que os benefícios do uso do suporte social parecem estar associados ao reforço da percepção da posse de recursos internos no coping das consequências psicossociais da traumatização, nomeadamente o incremento da auto-estima e a percepção de auto-eficácia (Smith et al., 2013), promovendo a percepção de maior controlo sobre os stressores o uso de estratégias mais eficazes no coping das consequências biopsicossociais da traumatização de guerra que reduzem os sentimentos de ameaça e desespero (Lee et al., 2011; Smith et al., 2013). O incremento da percepção de recursos internos associado ao uso do suporte social foi igualmente atribuído como um processo facilitador da construção de significados positivos para as experiências traumáticas e pós-traumáticas (Bartone, 2005).

3.5. Processos psíquicos de negociação e mediação da realidade interna e externa

Varvin (2003) observou uma interacção entre as estratégias de coping e os processos intrapsíquicos de negociação e mediação da realidade interna e externa utilizados no coping das consequências biopsicossociais da traumatização. A organização psíquica do indivíduo

influencia as estratégias de coping dos stressores (Lazarus & Folkman, 1984). Este processo ocorre em virtude de as estratégias comportamentais no coping dos stressores serem motivadas pelos modelos intrapsíquicos e interpessoais do indivíduo (Knox, 2003). Os recursos intrapsíquicos e interpessoais, ou a inibição no uso desses recursos, determinam as estratégias utilizadas no coping dos stressores (Lazarus & Folkman, 1984). Desta forma, a inibição dos recursos intrapsíquicos e interpessoais origina a interrupção, ou desactivação, da utilização de estratégias de coping (Alayarian, 2011).

Do ponto de vista da teoria psicanalítica, as estratégias mentais utilizadas no coping das consequências biopsicossociais da traumatização constituem um processo de negociação entre as percepções da realidade interna e da realidade externa (Varvin, 2003; Varvin & Rosenbaum, 2003). O ego negocia e procura conciliar as exigências da realidade externa e do Id avaliadas de acordo com as normas e valores do Superego (Varvin, 2003). Os processos psíquicos de negociação e mediação da realidade interna e externa dependem da vitalidade das funções psíquicas no processo de manutenção da identidade do indivíduo (Varvin & Rosenbaum, 2015), envolvendo a acomodação e o domínio das experiências do mundo interno e do mundo externo (Kinston & Cohen, 1988). Seguidamente, descreveremos de forma resumida os principais processos psíquicos de negociação e mediação da realidade interna e externa.

3.5.1. Dissociação

A complementaridade entre as estratégias de coping e os processos intrapsíquicos de negociação e mediação da realidade interna e externa no coping das consequências biopsicossociais da traumatização tem sido salientada na literatura através da acção concomitante de estratégias de coping orientadas para o evitamento e de processos dissociativos de isolamento das representações mentais associadas à traumatização das restantes partes do Self (Bedard-Gilligan & Zoellner, 2012; Cardeña, 1994; Horowitz, 1998; Knox, 2003; Zerach et al., 2014). A dissociação foi proposta como uma estratégia mental no coping das consequências da traumatização envolvendo o evitamento dos conteúdos mentais associados à traumatização e a negação da parte do Self afectada pela traumatização (Alayarian, 2011; Bohleber, 2007; Brown, 2006; Riggs et al., 2007).

Baseando-se em observações clínicas de pacientes e numa análise teórica aprofundada desses processos, Janet (1889) propôs a dissociação como uma divisão organizada da personalidade. Desta forma, a dissociação distingue-se das estratégias de coping orientadas

para o evitamento por envolver igualmente uma dissociação estrutural da personalidade (van der Hart, Nijenhuis, Steele, & Brown, 2004). A divisão da personalidade que ocorre na dissociação foi proposta como resultado dum fracasso no processamento e integração da informação relacionada com a traumatização no(s) sistema(s) de ideias e funções constituintes da personalidade devido a défices inatos do indivíduo que causavam o desenvolvimento de psicopatologia após um acontecimento traumático (Janet, 1889; Nemiah, 1998).

Embora compartilhando a acção da dissociação na etiologia da perturbação mental, Freud (1895) propôs, alternativamente, a dissociação como um processo defensivo auto-protector visando o afastamento da consciência, permanecendo no inconsciente, de percepções ou emoções perturbadoras associadas à traumatização por acção do recalçamento (Freud, 1895). Este processo foi identificado nalguns estudos qualitativos que observaram processos dissociativos por acção do recalçamento em pacientes traumatizados visando o evitamento da reexperiência da ansiedade sentida aquando da traumatização (Bonanno, 1990; Bucci, 2003; Sorsoli, 2010). Porém, estes e outros trabalhos verificaram que o recalçamento é um processo simultaneamente intrapsíquico e social de silenciamento da experiência, reinterpretações e imposição de tabus sobre o que pode, ou não, ser recordado e comunicado sobre a traumatização (Bohleber, 2007; Bragin, 2011; Sorsoli, 2010).

Porém, outros autores propuseram a dissociação como um processo defensivo auto-protector resultante duma clivagem do Self (Brown, 2006). A divisão do Self origina a separação duma parte do Self danificada pela traumatização relativamente ao restante Self sobrevivente à traumatização (Blum, 2003; Bokanowski, 2005; Freud, 1939; Krystal, 1985; Varvin, 2010). Este processo foi inicialmente descrito por Charles Myers (1940) a partir de observações clínicas de ex-combatentes da I Guerra Mundial com traumatização severa. O autor propôs que a dissociação traumática envolvia uma divisão entre duas partes: uma parte “aparentemente normal” da personalidade” e uma parte “emocional” da personalidade (Myers, 1940). De acordo com Myers (1940), a dissociação estrutural caracteriza-se por uma alternância entre a parte emocional da personalidade, caracterizada por recorrentes experiências sensório-motoras dolorosas emparelhadas com a experiência traumática, e uma parte aparentemente normal da personalidade envolvida no funcionamento da vida quotidiana que assegura o evitamento das memórias traumáticas.

Esta formulação foi retomada por van der Hart, Nijenhuis, Steele, e Brown (2004) na sua descrição de diferentes níveis de dissociação estrutural relacionados com distintas perturbações associadas à traumatização. Os autores propuseram uma divisão entre uma

“parte aparentemente normal da personalidade” (ANP) e uma “parte emocional da personalidade” (EP) que envolve um conjunto de sistemas de acção que se inibem reciprocamente quando são activados. A ANP e a EP são distintas da personalidade pré-traumática, sendo que a EP permanece fixada a acções e indícios associados à traumatização e à defesa face aos mesmos, enquanto a ANP está envolvida no funcionamento da vida quotidiana após a traumatização e no evitamento das memórias traumáticas (van der Hart et al., 2004).

Desta forma, propomos que as conceptualizações da dissociação como resultantes da acção do recalçamento ou da clivagem do Self reflectem diferentes processos defensivos associados a diferentes níveis de dissociação estrutural. De acordo com a nossa perspectiva, a dissociação por acção do recalçamento constitui uma dissociação estrutural primária envolvendo a divisão entre uma única ANP e uma única EP que conduz à alternância entre uma amnésia total ou parcial da traumatização, e a hipermnésia e reexperiência da traumatização (van der Hart et al., 2004; van der Kolk, 1999). Tal como proposto por Bokanowski (2005), a clivagem do Self em consequência da traumatização ocorre em face do colapso dos processos de recalçamento que resulta na formação duma enclave, “a State within a State” (Freud, 1939, p. 76). Este processo corresponde à dissociação secundária da personalidade envolvendo uma divisão entre uma ANP e dois ou mais EP cumprindo diferentes funções defensivas, ou a dissociação entre um EP observador e um EP agente da experiência (van der Hart et al., 2004).

A acção da dissociação secundária no coping das consequências da traumatização de guerra origina a formação de representações mentais associadas à traumatização que permanecem isoladas das restantes representações do Self (Bedard-Gilligan & Zoellner, 2012; Bohleber, 2007; Horowitz, 1998; Knox, 2003). Desta forma, a predominância desta estratégia mental prejudica o processo de integração das representações mentais do Self, dos outros e do mundo associadas à traumatização de guerra no sistema de representações globais do Self prévias e posteriores à traumatização (Auerhahn & Peskin, 2003; Bohleber, 2007). Em resultado, o indivíduo fracassa no reconhecimento tanto das falhas cometidas pelo Self, como das falhas e perdas dos objectos na guerra (Auerhahn & Peskin, 2003; Bohleber, 2007; Fairbairn, 1952; Simmel, 1921).

A clivagem do Self ocorre simultaneamente à clivagem dos objectos (Blum, 2003; Ferenczi, 1949), podendo originar, nos casos mais graves, a rejeição dos objectos internos e da realidade (interna e externa) anterior e posterior à traumatização (Blum, 2003;

Bokanowski, 2005; Ferenczi, 1949). O indivíduo percebe uma ruptura na ligação entre o período prévio à traumatização, a traumatização e o período pós-traumático com prejuízo no sentimento de integridade e coerência do Self (Auerhahn & Peskin, 2003; Bohleber, 2007; Tarantelli, 2003). A ruptura da organização temporal e do sentimento de continuidade do Self originam a percepção das representações mentais associadas à traumatização e de algumas representações mentais não associadas à traumatização como conteúdos mentais não-Self com caracter concreto e persecutório (Bromberg, 2001).

A clivagem do ego poderá ser de tal forma intensa que cause uma atomização do Self envolvendo uma fragmentação de diversas partes do Self (associadas, e não associadas à traumatização) que permanecem sem contacto com outras partes do Self (Ferenczi, 1949). Este processo foi descrito como dissociação estrutural terciária (van der Hart et al., 2004; van der Kolk, van der Hart, & Marmar, 1995) envolvendo uma divisão da ANP concomitante à dissociação de vários EP (van der Hart et al., 2004). Este processo origina a ruptura do Self nuclear em dois, ou mais, Selves parciais, cada um possuindo o seu próprio sistema de valores e modalidades relacionais (van der Kolk et al., 1995). A ruptura do Self nuclear poderá originar o desenvolvimento dum Self militar com percepções e valores distintos da restante identidade que dificultam a integração dessas representações no sistema de representações pós-traumáticas (Laufer, 1988). Inversamente, poderá dominar um padrão defensivo envolvendo a representação dum passado pré-traumático idealizado e fantasias dum mundo alternativo (Grubrich-Simitis, 1981) associado a pensamentos obsessivos de salvamento dos outros visando o repúdio da culpa e da vergonha (Auerhahn & Peskin, 2003).

Porém, a literatura indica que a restauração da resiliência face à traumatização não depende unicamente da resolução e extinção dos processos dissociativos, mas a substituição dos padrões e estratégias dissociativas insalubres por uma dissociação saudável (Alayarian, 2011). Esta estratégia mental foi observada nalguns estudos qualitativos junto de ex-combatentes e sobreviventes de guerra com resiliência e recuperação da perturbação mental associada à traumatização de guerra (Alayarian, 2011; Bedard-Gilligan & Zoellner, 2012). A dissociação saudável é caracterizada pelo evitamento deliberado e consciente, nalgumas situações, das emoções e memórias da traumatização que previne o colapso psicológico causado pelas memórias traumáticas (Alayarian, 2011).

A dissociação saudável aproxima-se do conceito de membrana traumática (Lindy, 1985; Lindy & Wilson, 2001), constituindo ambos processos intrapsíquicos de encapsulação e filtragem interna das memórias traumáticas que previnem a percepção da reexperiência da

traumatização (Alayarian, 2011; Martz & Lindy, 2010). A encapsulação das memórias na membrana traumática protege dos conteúdos mentais associados à traumatização através da criação dum espaço psíquico interno que restaura a coerência e a integridade do Self (Hopper, 1991). A criação do espaço psíquico interno assegura a manutenção duma função auto-reflexiva que permite que o indivíduo seja capaz de pensar sobre a traumatização em simultâneo com um estado mental intencional de evitamento das experiências codificadas como traumáticas (Alayarian, 2011; Martz & Lindy, 2010).

Deste modo, a dissociação saudável depende da formação dum espaço psíquico interno (Alayarian, 2011; Lindy & Wilson, 2001; Martz & Lindy, 2010). O sucesso de ambos os processos foram propostos como estando dependentes da restauração do sentimento de continuidade do Self e da melhoria das representações dos objectos e das relações com os objectos (Alayarian, 2011). No mesmo sentido, a criação dum espaço psíquico interno permite a organização da membrana traumática (Martz & Lindy, 2010), promovendo o desenvolvimento dum sentimento de Self coerente na presença dum outro escutante que contribui para a posse dum repertório de estratégias de coping mais eficazes e maior rede de suporte social (Alayarian, 2011; Gerson, 2009; Johnson & Chronister, 2010; Martz & Lindy, 2010).

A percepção de maior eficácia das estratégias de coping e de maior suporte social associa-se à posse dum repertório mais vasto de recursos intrapsíquicos e interpessoais na regulação dos afectos associados à traumatização assegurado pela formação do espaço psíquico interno (Allen, 2005; Carr, 2011; Herman, 1992; Fuchsman, 2008; Nadelson, 1992; Phillips, 1991). Deste ponto de vista, a restauração da resiliência não depende da eliminação das memórias traumáticas, mas da posse dum conjunto de recursos que permite a discriminação entre a memória e o acontecimento traumático de modo que a recordação da experiência traumática não seja percebida como equivalente à reexperiência da traumatização (Allen, 2005; Brown et al., 2012; Lerner & Blow, 2011; Ornstein, 2003; Osrán et al., 2010; van der Kolk & Fisler, 1995).

Este processo parece depender da restauração da função-alfa⁴ (Bion, 1961), possibilitando a transformação das percepções, sensações somáticas e impressões sensoriais

⁴ O conceito de função-alfa foi formulado por Bion (1961) para descrever o processo no qual uma mãe (ou terapeuta) com capacidade de aceitar e responder terapeuticamente às projecções recebidas da criança (ou paciente) (“o medo de estar a morrer”) efectua um trabalho de metabolização através da transformação dos

associadas à traumatização em representações endopsíquicas ou mentais do acontecimento traumático (Brown, 2006; Hartke, 2005; Holmes, 2006; Varvin, 2003; Varvin & Rosenbaum, 2003). Desta forma, a formação dum espaço psíquico interno parece estar igualmente envolvido na restauração da capacidade de simbolização ao assegurar a separação, mas não o isolamento, dos conteúdos não-simbolizados e não-traduzíveis associados à traumatização relativamente a outra parte do Self com capacidade de simbolização das necessidades diárias, exigências e desejos (Varvin & Rosenbaum, 2015).

A formação dum espaço psíquico interno constitui um processo com influência no desenvolvimento da capacidade de simbolização ao promover a diferenciação e a integração dos modos de equivalência psíquica e “faz-de-conta” (Fonagy et al., 2002). Este processo ocorre através da formação duma barreira de contacto, formada pela proliferação de elementos-alfa (Bion, 1961), semi-permeável que instaura a separação e o intercâmbio entre o consciente e inconsciente, entre a realidade interna e externa, e entre o Self e o objecto (Fonagy, 2008; Holmes, 2006). O intercâmbio entre as diferentes entidades ocorre numa área intermediária da experiência com contributos simultâneos da realidade interna e da realidade externa, i.e., num espaço potencial (Winnicott, 1971). Desta forma, torna-se possível a representação simbólica dos estados mentais (Fonagy, 2008) em virtude das representações mentais associadas à traumatização deixarem de ser percebidas como equivalentes à experiência de traumatização original ou dissociadas do restante Self (Fonagy & Target, 1997).

Esta hipótese foi sustentada nalguns estudos que observaram menor severidade de sintomas da PSPT em ex-combatentes com maiores capacidades da percepção e representação simbólica dos estados mentais do Self e dos outros (Knetig, 2013; Mazza et al., 2012; Sharp, Fonagy, & Allen, 2012). Estes resultados sugerem que a restauração da função reflexiva dos estados mentais do próprio e dos outros minimiza o impacto das ameaças internas e/ou externas relacionadas com as consequências da traumatização (Allen, 2005; Horowitz, 1998; Varvin, 2003). Desta forma, a posse da função reflexiva restaura padrões de resiliência associados a um repertório mais vasto de estratégias mentais no coping das consequências da traumatização, nomeadamente o coping focado no problema (Allen, 2005; Gergely & Unoka, 2008), a percepção de competência social e procura de suporte social (Allen, 2005; Knetig,

elementos-beta (impressões somato-sensoriais não metabolizadas) em elementos-alfa, tornando-os disponíveis para o pensamento.

2013), e as capacidades de regulação emocional e afectiva (Allen, 2005; Fonagy, 2008; Hartke, 2005; Varvin, 2003).

3.5.2. Narrativização

A literatura tem salientado que a dissociação dos conteúdos mentais associados à traumatização constitui um fenómeno intimamente associado às dificuldades, ou perturbação, da recordação e relato de acontecimentos traumáticos. Na sua primeira tópica, Freud (1895) propôs que a perturbação associada à traumatização ocorria devido à incapacidade do paciente em recordar o acontecimento traumático, permanecendo no inconsciente, por acção do recalçamento. O autor introduziu o conceito de compulsão à repetição para descrever a tendência à repetição do acontecimento traumático. A repetição do acontecimento constituía a única modalidade de recordação do acontecimento, não como uma memória, mas através duma acção sem a consciência de estar a repetir o acontecimento traumático (Freud, 1914). De acordo com o autor, a remoção dos sintomas e da compulsão à repetição ocorria através da recordação das memórias do acontecimento traumático anteriormente inconscientes (Freud, 1895, 1914).

Posteriormente, Freud (1920) modificou a concepção da compulsão à repetição, propondo-a como uma forma de trazer de volta a situação ao serviço da restauração do domínio sobre uma experiência previamente vivida passivamente. O autor propôs o abandono da compreensão da perturbação como o contraste entre consciente e inconsciente, considerando-a resultante do conflito entre o ego coerente e o recalcado, na qual a compulsão à repetição ocorria devido aos efeitos do recalcado inconsciente sobre o psiquismo. O indivíduo apresenta uma fixação ao trauma, tendo a repetição a função de domínio retrospectivo sobre os estímulos através do desenvolvimento da ansiedade cuja ausência foi a causa da neurose traumática (Freud, 1920). A compulsão à repetição constitui uma modalidade de funcionamento para além do princípio do prazer, mais primitiva e independente, visando a restauração do funcionamento psíquico de acordo com o princípio do prazer (Freud, 1923). A causa subjacente à tentativa de obter controlo sobre a situação prende-se com uma pulsão primitiva, a pulsão de morte, que tem como propósito fundamental a restauração dum estado de tensão mínimo próximo da morte (Freud, 1920).

De acordo com Orlandini (2004), a formulação de Freud carece da clarificação da relação entre a causa (a pulsão de morte) e o objectivo (obtenção de domínio sobre a experiência) da compulsão à repetição. Enquanto a primeira constitui uma condição extrema

de ausência de tensão e inércia total, a segunda constitui a expressão dum ego activo e efectivo capaz de alcançar domínio sobre condições adversas, tornando a pulsão de morte e o domínio duas dimensões intrinsecamente sem relação entre si (Orlandini, 2004). Por outro lado, alguns autores discordaram da concepção da compulsão à repetição como uma tentativa de obter domínio sobre o trauma do passado, uma vez que, maioritariamente, a compulsão à repetição origina a perpetuação da percepção de desamparo e falta de controlo sobre as recordações da experiência (Daud et al., 2008; Gerzi, 2005; Kitron, 2003; Levy, 2000; van der Kolk, 1989).

Este processo foi igualmente identificado nas observações clínicas de ex-combatentes, verificando-se que os pesadelos de guerra eram indicadores da persistência da ameaça da traumatização (Emery, 1996; Wilmer, 1982). De acordo com Levy (2000), a compulsão à repetição integra dois componentes: primeiro, a reexperiência no presente dos sentimentos e fenómenos sensoriais do passado que não são integrados no psiquismo; segundo, a repetição compulsiva das operações defensivas visando manter afastados o terror, a ansiedade e o estado traumático. Desta forma, a repetição do trauma não constitui o objectivo da compulsão à repetição, mas um efeito colateral indesejado dos seus dois componentes (Levy, 2000).

Baseando-se numa perspectiva biológica, van der Kolk (1989) propôs que os indivíduos traumatizados vivem numa condição permanente de hiperarousal devido à capacidade reduzida de regulação emocional dessa experiência que originam a diminuição da capacidade em utilizar símbolos e da fantasia no coping do stresse. Este processo foi observado em ex-combatentes com mais pesadelos de guerra que apresentavam níveis mais elevados de hiperarousal indicadores de vigilância relativamente à experiência interna (conteúdos dos sonhos) comparativamente à vigilância dos estímulos externos (Kramer et al., 1987). Desta forma, o estado mental crónico de hiperarousal origina a evocação das memórias traumáticas resultando na percepção da repetição da experiência (Stein, 2007; Van der Kolk, 1989), tornando a compulsão à repetição uma condição inevitável (Orlandini, 2004).

A hipervigilância e a compulsão à repetição foram propostas como tendo funções de alarme, ou aviso, despertadas pelo retorno à situação traumática que permite o evitamento da ocorrência do mesmo acontecimento traumático (Stein, 2007). Por seu turno, Moore (2009) propôs que a compulsão à repetição permite o deslocamento da ansiedade relativamente à situação original e da ausência de representação mental dessa experiência possibilitando alguma redução da dor e do sofrimento (Moore, 2009). Desta forma, a compulsão à repetição constitui uma tentativa de neutralização do hiperarousal através da reprodução dum

comportamento conhecido e familiar como sucede através a retraumatização, i.e., a reexperiência da traumatização (Orlandini, 2004; Van der Kolk, 1989).

Em comum, estas diferentes conceptualizações propõem que o fracasso na representação mental das experiências traumáticas origina que as repetições traumáticas sejam “réplicas” ou reconstruções precisas do acontecimento traumático (Moore, 2009). Neste sentido, Stein (2007) discordou da concepção da compulsão como uma recordação do acontecimento traumático, propondo-a como uma nova experiência do acontecimento traumático ocorrendo no aqui-e-agora. Na compulsão à repetição, a memória do acontecimento traumático une-se ao próprio acontecimento que origina a percepção duma realidade na qual o passado e o presente são indistinguíveis (Moore, 2009). Estas evidências conduziram Gerzi (2005) a diferenciar dois tipos de compulsão à repetição: o primeiro, a recorrência do vazio na representação mental da experiência; o segundo, a recorrência das experiências que o indivíduo recorda e revisita.

De acordo com alguns autores, para alguns indivíduos a compulsão à repetição constitui a única modalidade de recordação da experiência traumática (Freud, 1939; Leys, 2007; Yorke, 1986). De acordo com Caruth (1989), a compulsão à repetição é uma tentativa de expressão duma realidade ainda desconhecida pelo indivíduo. Neste particular, os sonhos traumáticos constituem uma tentativa de ordenação dum conjunto de experiências caóticas e fragmentadas (Gerson, 2009), visando a restauração da função simbólica e a representação dessas experiências (Varvin, 2003). Este processo foi proposto como dependendo da capacidade do terapeuta em permitir ao paciente reviver as réplicas do acontecimento traumático de forma a promover a estruturação progressiva das experiências como memórias, permitindo a organização afectiva e cognitiva das mesmas numa modalidade de funcionamento mais estruturada (Varvin, 2007).

De acordo com Kitron (2003), a motivação primária subjacente à compulsão à repetição prende-se com a procura repetida do acontecimento até que as condições do ambiente sejam percepcionadas como suficientemente seguras para arriscar a realização da traumatização. O objectivo da compulsão à repetição relaciona-se com um desejo de assegurar uma relação positiva de carinho e aceitação do objecto (Orlandini, 2004). Porém, este desejo origina um conflito associado a uma convicção subjectiva dum desapontamento intolerável (Kitron, 2003). Em resultado, o indivíduo poderá destruir este desejo doloroso e encontrar algum alívio neste conflito através da analgesia produzida pela revitimização (Orlandini, 2004). Desta forma, tal como proposto por Orlandini (2004), o conceito de

compulsão à repetição inclui um processo de fixação, ou regressão, caracterizada pelo domínio dum objecto sádico poderoso num mundo interno persecutório e desprovido de emoções.

Por seu turno, Ferenczi (1949) propôs os sonhos traumáticos como uma solução mais positiva do que a obtida no momento original da traumatização. Neste sentido, a compulsão à repetição constitui, alternativamente, um produto da pulsão de vida ou da pulsão de morte, constituindo tanto uma tentativa de preenchimento do vazio psíquico, como a procura dum novo início num ambiente seguro e empático (Gerzi, 2005). Desta forma, Gerzi (2005) propôs que a compulsão à repetição constituía uma tentativa de receber reacções empáticas ou de espelhamento do objecto que poderão fornecer a possibilidade do Self sobreviver ao trauma com o reforço das competências narcísicas do sobrevivente (Gerzi, 2005).

A compulsão à repetição foi identificada num estudo qualitativo junto de ex-combatentes da GCP com diagnóstico da PSPT, tendo sido observada uma incapacidade dos participantes em criarem uma narrativa global do Self através da integração das dimensões da experiência prévias e no decurso da traumatização, associada à verbalização de temas relativos à compulsão à repetição (Pereira, 2012). As verbalizações da compulsão à repetição revelaram uma tentativa de reparação da traumatização, mas indicando o insucesso na elaboração e transformação do significado das experiências traumáticas que originava a perpetuação do impacto negativo das consequências da traumatização nos sonhos traumáticos, em pensamentos associados à traumatização e nos comportamentos (Pereira, 2012).

Estes resultados parecem indicar o fracasso na representação mental das experiências traumáticas (Moore, 2009; Varvin, 2003) e a persistência da percepção de desamparo e falta de controlo sobre os conteúdos mentais associados à traumatização (Daud et al., 2008; Gerzi, 2005; Kitron, 2003; Levy, 2000; van der Kolk, 1989). Estes processos foram propostos como originando o prejuízo da construção duma narrativa coerente organizada da experiência traumática e da experiência do Self (Leys, 2007; Moore, 2009; Varvin, 2003). Este processo foi observado nalguns trabalhos qualitativos junto de ex-combatentes da GCP com diagnóstico da PSPT, observando-se a descontinuidade da narrativa pessoal dos participantes resultante do predomínio das memórias da traumatização que formavam pontos de referências na atribuição de significado à história pessoal dos indivíduos (Começanha, 2011; Pereira, 2012).

A descontinuidade da narrativa pessoal reflecte o predomínio de ruminações cognitivas, incapacidade de elaboração e integração das experiências pré-traumáticas na narrativa global do Self, verbalização dum balanço negativo da experiência militar, e a verbalização de intensos sentimentos de angústia (Começanha, 2011; Pereira, 2012). A literatura tem salientado que a presença de fortes sentimentos de angústia origina o evitamento do relato de experiências traumáticas por receio da retraumatização e/ou agravamento da condição psicológica (Brown et al., 2012; Lee et al., 2001; Ornstein, 2003; Rosenblum, 2009; Sayer et al., 2009). Em ex-combatentes da GCP, foi observado o evitamento da comunicação de experiências traumáticas de guerra por receio da reexperiência do acontecimento (Começanha, 2011) e a percepção de serem temas tabus e socialmente penosos para o próprio e para os outros (Campos, 2008; Pereira, 2012).

Este processo encontrou suporte numa série de estudos realizados junto de ex-combatentes com diagnóstico da PSPT que observaram o agravamento dos sintomas da PSPT e manifestações clínicas adversas (e.g., impressões somato-sensoriais) associado ao relato de acontecimentos traumáticos (Beaudreau, 2007; Bowen, Shelley, Helmes, & Landman, 2010; Koenen et al., 2003; Palgi & Ben-Ezra, 2010; Rosenblum, 2009; van der Kolk & Fisler, 1995). Estes resultados conduziram alguns autores a proporem a ineficácia das intervenções psicoterapêuticas junto de ex-combatentes devido ao foco prematuro nas memórias da traumatização em virtude desta estratégia ser percebida pelos indivíduos como uma retraumatização (Holmqvist et al., 2006; Palgi & Ben-Ezra, 2010).

Bateman e Fonagy (2004) atribuíram o fracasso na criação duma narrativa da traumatização a um défice nas capacidades de auto-percepção e auto-controlo dos afectos originados pelo dano na formação de representações de segunda ordem dos estados mentais. O insucesso deste processo foi atribuído ao evitamento do pensamento dos estados mentais do Self e dos outros visando o repúdio da dor mental associada à traumatização (Bateman & Fonagy, 2004). Como resultado, o indivíduo regride a modalidades pré-mentalísticas de relação com a realidade (Fonagy, 2008). O indivíduo oscila entre a percepção da equivalência entre a experiência interna e a realidade externa (equivalência psíquica) na reexperiência e pesadelos pós-traumáticos, e a separação do mundo interno e da realidade externa (modo do “faz de conta”) nas experiências dissociativas (Allen, 2005; Bateman & Fonagy, 2004).

Desta forma, a reexperiência da traumatização despertada pelo relato de acontecimentos traumáticos é indicadora de falhas nos processos de pensamento, contenção e mentalização dos estados mentais do Self e dos outros (Brown, 2006; Garland, 1998). Em

resultado, os conteúdos mentais surgem como intrusões não-simbólicas percebidas como a reexperiência da traumatização (Emery, 1996; Garland, 1998; Varvin, 2003). A dificuldade na regulação das emoções negativas e a percepção da traumatização como uma experiência não-eu originam o recurso a comportamentos violentos no coping de impulsos agressivos intoleráveis (Booth-Kewley, Larson, Highfill-McRoy, Garland, & Gaskin, 2010; Kardiner, 1941; Stappenbeck, Hellmuth, Simpson, & Jakupcak, 2014).

De forma similar, as observações clínicas de ex-combatentes identificaram um padrão de comportamentos auto-destrutivos como uma estratégia de transformação duma dor emocional incompreensível e intolerável associada às recordações da traumatização numa dor física concreta e tolerável (Allen, 2005). O corpo é utilizado como um continente onde são depositados os afectos não ligados e não-metabolizados (Bonomi, 2003; Varvin, 2003; Varvin & Rosenbaum, 2003). A projecção dos conteúdos não-metabolizados sobre o corpo constitui uma tentativa de manutenção do sentimento de coesão do Self através da utilização de sensações psicossomáticas como indícios da separação entre o interno e o externo (Tarantelli, 2003). As preocupações com o corpo poderão representar a procura duma dimensão concreta, dotada de forma e estrutura (Laub & Auerhahn, 1989), assegurada pela percepção duma dor com limites físicos (Tarantelli, 2003).

Alternativamente, King et al. (2011) propuseram que a comunicação de acontecimentos menos directamente associados à traumatização teriam maiores benefícios terapêuticos. Esta hipótese encontrou suporte num estudo com ex-combatentes com remissão da PSPT que efectuaram o relato pouco aprofundado das experiências traumáticas e a descrição de experiências geradoras de segurança (Holmqvist et al., 2006). Porém, Bowen, Shelley, Helmes, e Landman (2010) encontraram a redução de sintomas dissociativos em ex-combatentes associada à criação duma narrativa sobre os acontecimentos traumáticos de guerra. Estes resultados sugerem que a construção duma narrativa detalhada e coerente dos acontecimentos traumáticos promove a consciência de mais elementos da experiência traumática que auxilia na criação duma representação mais organizada da experiência traumática (Amir et al., 1998; Foa & Meadows, 1997; Bohleber, 2007; van Minnen, Wessel, Dijkstra, & Roelofs, 2002).

Neste sentido, a construção duma narrativa histórica e social da traumatização de guerra foi proposta como nuclear no reconhecimento da experiência como parte da biografia do ex-combatente (Bragin, 2010; Bohleber, 2007). Porém, a historicização da experiência traumática parece constituir uma condição necessária, mas não suficiente, para a recuperação

da perturbação associada à traumatização (Bragin, 2010; Gobodo-Madikizela, 2008). A percepção da aceitação dos outros dos conteúdos mentais perturbadores influencia a comunicação das memórias traumáticas (Sorsoli, 2010). Um conjunto de trabalhos verificou que a empatia, a informalidade e a privacidade eram factores facilitadores do relato de experiências de guerra (Balderrama-Durbin et al., 2013; Jeffreys, Leibowitz, Finley, & Arar, 2010). A percepção dessas atitudes dos outros promove a percepção do relato da traumatização como a recordação dos acontecimentos ao invés da reexperiência da traumatização (Freud, 1895, 1905; van der Kolk, 1989).

Deste modo, a escuta empática do outro reduz a utilização de estratégias de repúdio das memórias dos acontecimentos traumáticos (Hautamäki & Coleman, 2001), facilitando o processo de integração desses acontecimentos na identidade pessoal dos ex-combatentes (Horowitz, 1992). A comunicação dos horrores e violações ocorridos no cenário de guerra promove a percepção da partilha da dor e do sofrimento em simultâneo com a integração da experiência traumática no psiquismo do indivíduo (Auerhahn et al., 1993; Gobodo-Madikizela, 2008). A validação da experiência pelo olhar dum outro facilita a restauração da credibilidade e da veracidade da experiência e do sofrimento psicológico dos ex-combatentes (Auerhahn & Peskin, 2003; Gerson, 2009; Rosenblum, 2009; Vukšić-Mihaljević et al., 2000).

Este processo permite a restauração da díade de comunicação interna que promove a restauração da imagem perdida do Self e a reparação dos objectos (Auerhahn & Peskin, 2003; Rosenblum, 2009), resultando na integração das experiências traumáticas na identidade dos ex-combatentes (Gerson, 2009; Vukšić-Mihaljević et al., 2000). Em ex-combatentes da GCP sem diagnóstico da PSPT, Começanha (2011) encontrou a verbalização dum sentimento de continuidade da narrativa pessoal indicadora da coerência da identidade pessoal e social dos participantes. A percepção da continuidade e coerência do Self foi atribuída à focalização nas memórias e aspectos positivos do período militar, ausência de ruminação cognitiva dos episódios de guerra, percepção de controlo emocional e da ansiedade, e integração no contexto social (Começanha, 2011).

Neste particular, o relato de actos de violência praticados durante a guerra era nuclear na reintrodução da intersubjectividade na relação com o outro (Gobodo-Madikizela, 2008). A aceitação dos outros do relato dos conteúdos violentos praticados durante a guerra na narrativa global do ex-combatente promove a criação de novos significados para esses acontecimentos relacionados com o reconhecimento individual e colectivo de terem ocorrido ao serviço do país (Bragin, 2010; Gobodo-Madikizela, 2008). Desta forma, a integração dos

conteúdos violentos da guerra na narrativa global do indivíduo é facilitadora da compreensão das fantasias inconscientes e da atribuição de significado aos sentimentos de culpa e impulsos primitivos (Bohleber, 2007).

Em suma, a integração dos acontecimentos traumáticos e a prática de actos violentos na história de vida do indivíduo promove a restauração da ligação entre o passado pré-traumático e traumático, e o presente pós-traumático (Bragin, 2010; Horowitz, 1998; Osran et al., 2010; Palgi & Ben-Ezra, 2010). Este processo permite a reconstrução e a renovação dos vínculos entre a experiência de guerra e a experiência pré-traumática previamente sentida como perdida (Kilshaw, 2004; Laub & Auerhahn, 1989). Desta forma, torna-se possível a atribuição de novos significados para as experiências pré e pós-traumáticas (Kilshaw, 2004), bem como o desenvolvimento duma nova perspectiva sobre os acontecimentos traumáticos (Bragin, 2011; Herman, 1992; Worthington & Langberg, 2012).

Este processo foi encontrado em estudos qualitativos junto de ex-combatentes com recuperação clínica que verbalizaram o recurso a memórias positivas de acontecimentos prévios à guerra como estratégia promotora da resiliência face à traumatização (Ajdukovic et al., 2013; Osran et al., 2010). Estes resultados sugerem que o restabelecimento da ligação entre o passado e o presente restaura a percepção da eficácia dos recursos pessoais através da acomodação de traços positivos da história pessoal do indivíduo (Herman, 1998; Ornstein, 2003). Este processo promove a criação duma nova identidade pessoal associada a uma visão mais positiva do Self, dos outros e do mundo (Ajdukovic et al., 2013; Alayarian, 2011; Herman, 1998; Ornstein, 2003).

3.5.3. Traumatização e relações de objecto

Tal como acima enunciado, o relato de acontecimentos traumáticos é um processo iminentemente relacional. Este processo é influenciado pela aceitação dos outros dos conteúdos mentais perturbadores associados à traumatização (Bragin, 2010; Laub & Lee, 2003; Sorsoli, 2010). A criação duma narrativa com novos significados tanto para os acontecimentos traumáticos, como para os períodos pré-traumático e pós-traumático, foi proposta como dependendo da posse dum bom objecto interno (Auerhahn et al., 1993; Bragin, 2011; Laub, 2005). Tal sucede em virtude da posse dum bom objecto interno ser nuclear para a restauração da função simbólica (Alayarian, 2011; Varvin & Rosenbaum, 2015), permitindo que os conteúdos mentais associados à traumatização sejam percebidos como memórias do passado ao invés da reexperiência do acontecimento (Bragin, 2011; Laub, 2005).

Deste modo, a criação de novos significados para os acontecimentos pré-traumáticos, traumáticos e pós-traumáticos ocorre numa relação de partilha com um objecto empático que promove a restauração da capacidade de auto-reflexão sobre as experiências e o desenvolvimento de novas modalidades de relacionamento interpessoal (Bragin, 2011). Desta forma, a restauração do vínculo com os bons objectos revela-se nuclear na religação das partes destruídas do Self pela traumatização relativamente ao restante Self (Auerhahn & Laub, 1984). Tal ocorre através da restauração das representações de bons objectos (internos e externos) protectores, processo intrinsecamente associado à reconstrução dum mundo interno anteriormente desinvestido e destruído (Auerhahn et al., 1993; Bragin, 2010; Herman, 1992, 1998). Desta forma, torna-se possível a diminuição da ansiedade de aniquilação despertada por conteúdos mentais relacionados com a traumatização (Auerhahn & Laub, 1984; Tarantelli, 2003).

Porém, a experiência de guerra constitui uma traumatização causada pelo Homem cujas características e consequências biopsicossociais poderão causar a destruição da matriz da representação das relações interpessoais originando um forte sentimento de vulnerabilidade e solidão interna (Laub & Auerhahn, 1989). Neste particular, a percepção da falha empática dos objectos do pós-guerra no reconhecimento das consequências biopsicossociais da traumatização origina um dano na esperança da comunicação com os objectos externos e na expectativa de ressonância do objecto interno (Auerhahn et al., 1993). O fracasso deste processo é causador do prejuízo da comunicação do indivíduo consigo próprio e a percepção de possuírem um Self (Laub & Auerhahn, 1989).

Desta forma, a ausência ou fracasso da validação da realidade da experiência e do sofrimento psicológico dos ex-combatentes por parte dos objectos agrava a dissociação das representações mentais associadas à traumatização das restantes partes do Self, bem como a dissociação do Self nuclear (Auerhahn et al., 1993; Auerhahn & Peskin, 2003; Gobodo-Madikizela, 2008). Face à percepção dum Self fragmentado, o indivíduo protege-se da dor causada pela desorganização psíquica através da renúncia ao contacto com o seu mundo interno que é substituído por um foco exclusivo numa realidade externa organizada pelo que é percebido como apropriado e útil pelos outros (Laub & Auerhahn, 1989), num funcionamento em “falso Self” (Winnicott, 1958). Como resultado, os conteúdos mentais associados à traumatização e algumas partes do Self nuclear são sentidos como partes perdidas do Self (Auerhahn & Peskin, 2003; Gerson, 2009; Rosenblum, 2009).

A percepção da perda de partes do Self origina a dependência excessiva dos outros, estratégia mental que foi identificada nas observações clínicas de ex-combatentes com perturbação psicológica no pós-guerra (Fairbairn, 1952; Herman, 1992; Wexler, 1972). Esta modalidade relacional ocorre em virtude do dano na representação dum bom objecto interno que torna dolorosa a experiência de estar só, i.e., separado dos objectos externos (Laub & Auerhahn, 1989; Winnicott, 1958). Porém, o vínculo com os objectos tem um carácter instantâneo e indiscriminado que assegura o alívio temporário do sofrimento psíquico fornecido pela substituição dum objecto por outro (Laub & Auerhahn, 1989).

A dependência do objecto é uma tentativa de obter protecção da reexperiência da traumatização face à percepção do indivíduo da sua incapacidade em efectuar a regulação dos afectos e do hiperarousal (Bateman & Fonagy, 2004; Herman, 1992). Desta forma, a relação do indivíduo com os outros não é uma verdadeira relação de objecto em virtude do objecto não ser valorizado pelos seus atributos ou acções, mas pela sua capacidade em recriar a relação perdida e satisfazer as necessidades através dum espelhamento empático perfeito (Laub & Auerhahn, 1989). Esta modalidade relacional associa-se a fantasias de retorno ao corpo materno num mundo desprovido de diferenças e da noção de causa e efeito que permite afastar os conteúdos mentais relacionados com a ilegalidade da violência da guerra (Chasseguet-Smirgel, 1988; Kinston & Cohen, 1988). Deste modo, o investimento do objecto preserva um sentimento artificial de vitalidade e segurança (Amati Sas, 1992; Auerhahn & Peskin, 2003).

Porém, a dependência do objecto desperta preocupações excessivas com o abandono e/ou indisponibilidade do objecto face à incapacidade do ex-combatente em estar só (Allen, 2005; Mikulincer, Shaver, & Horesh, 2006). Alguns trabalhos junto de ex-combatentes observaram que a dependência excessiva dos outros estava positivamente associada a maior severidade dos sintomas da PSPT (Besser & Neria, 2012; Clark & Owens, 2012; Ein-Dor, Doron, Solomon, Mikulincer, & Shaver, 2010) e dificultava a recuperação da PSPT (Forbes et al., 2010; Smith, 2013). Os comportamentos de apego excessivo e controlo do objecto despertam fortes sentimentos de desamparo e vulnerabilidade associados à percepção tanto da ausência do suporte do objecto (Besser & Neria, 2012; Clark & Owens, 2012), como da ausência de recursos internos para a regulação emocional e coping das consequências biopsicossociais da traumatização (Mikulincer et al., 2006; Sharp et al., 2012).

As observações clínicas identificaram em ex-combatentes que percepcionavam a ausência do suporte dos objectos, uma estratégia mental de refúgio no interior dum objecto ou

estado mental (Emanuel, 2001). Esta modalidade relacional, designada por refúgio psíquico, caracteriza-se por uma organização psíquica num sistema rígido de defesas e relações de objecto visando o evitamento da ansiedade intolerável despertadas pelo contacto com os outros e com a realidade psíquica (Steiner, 1993). Esta organização psíquica é dominada por processos de externalização e projecção sobre os objectos dos conteúdos mentais associados à traumatização (Bateman & Fonagy, 2004; Steiner, 1993), deixando de serem percebidos como pertencentes ao Self (Fonagy, 2008). Este conjunto de processos constitui uma tentativa de neutralizar e controlar a destrutividade primitiva sem ocorrer o repúdio absoluto da realidade (Steiner, 1993).

Porém, a manutenção desta organização psíquica na relação com os objectos origina a percepção da indisponibilidade e/ou perda das partes do Self e/ou conteúdos mentais projectadas no objecto que despertam fortes sentimentos de fragilidade interna (Steiner, 1993). Consequentemente, a dependência do Self relativamente à organização psíquica onde foram projectados os conteúdos mentais ou partes do Self é intensificada conduzindo à emergência de fortes sentimentos claustrofóbicos, de fradulência e vazio (Emanuel, 2001; Steiner, 1993). Simultaneamente, os objectos, ao reagirem ao impacto da violência e agressividade dos conteúdos mentais projectados, passam a ser percebidos como ameaçadores e cruéis (Steiner, 1993).

Em virtude dos vínculos entre a existência pessoal e as ligações sociais serem baseados em representações das relações satisfatórias, o dano nas representações dum ambiente satisfatório origina a destruição do vínculo entre o Self e o outro (Laub & Auerhahn, 1989). A ameaça proveniente dos objectos intensifica a percepção da ausência dum objecto interno empático (Laub & Lee, 2003), conduzindo a que a relação com os outros seja infiltrada por expectativas de dano, perda e abandono (Laub & Auerhahn, 1989; Shay, 2014). Em resultado, a ausência dum objecto interno empático conduz ao evitamento defensivo das relações com os objectos (Bateman & Fonagy, 2004), e a recusa de relações de proximidade e a erradicação de relações de dependência dos outros (Laub & Auerhahn, 1989; Laub & Lee, 2003).

O evitamento do contacto com os outros foi observado em ex-combatentes, expressando-se numa auto-suficiência, inibição da procura de suporte e evitamento de relações de intimidade (Ein-Dor, Mikulincer, & Shaver, 2011a; 2011b). Do nosso ponto de vista, a desligação das relações com os objectos constitui uma tentativa de paralisação dos objectos malévolos com o propósito de torná-los inócuos (Klein, 1932). De acordo com

Renaud (2008), esta modalidade relacional assegura vantagens no coping das consequências da traumatização: primeiro, reduz as exigências de regulação recíprocas exigidas pela vinculação a outra pessoa, preservando os recursos internos para a auto-regulação; segundo, reduz os estímulos interpessoais que activam sintomas de hiperarousal, reduzindo a percepção de ameaça do ambiente interpessoal. Este processo foi sustentado nalguns trabalhos que verificaram que esta modalidade relacional não apresentava correlações significativas com a severidade de sintomas da PSPT em ex-combatentes (Ein-Dor et al., 2010; Renaud, 2008).

Porém, Currier, Holland, e Allen (2012) verificaram em ex-combatentes em que predominavam as estratégias de evitamento do vínculo com os outros, o agravamento dos sintomas de hiperarousal e a percepção de isolamento social. Estes resultados sugerem que a anulação ou desligação do vínculo com os outros conduz a que os indivíduos efectuem a regulação do desamparo e a percepção de ameaça através duma vigilância constante aos estímulos internos e ambientais, e através do evitamento do investimento de novos objectos (Grubrich-Simitis, 1981). Estas estratégias prejudicam a capacidade do indivíduo em utilizar os recursos externos, particularmente o suporte social disponível, para a restauração do equilíbrio psicológico (Currier et al., 2012; Renaud, 2008).

Desta forma, a perda da representação e a dissolução do vínculo com um bom objecto interno libertam as forças, até aí neutralizadas, da pulsão de morte (Laub & Lee, 2003). Tal como anteriormente descrito, a pulsão de morte opera silenciosamente com o objectivo do retorno à quiescência do mundo inorgânico e a restauração dum estado anterior (Freud, 1920). Quando este estado anterior é caótico ou traumático, a pulsão de restauração age como uma força da repetição traumática na qual a pulsão de morte torna-se uma compulsão em repetir a experiência de caos e trauma (Laub & Lee, 2003). Como resultado, o indivíduo perde a fé na existência de alguém com quem possa contar (Shay, 2014), originando a perda da díade comunicativa e a aniquilação das representações do Self e do objecto (Laub & Auerhahn, 1989).

A ameaça simultânea da perda catastrófica das representações do Self e do objecto confronta o indivíduo com a ameaça da anobjectalidade (Laub & Auerhahn, 1989; Ferenczi, 1949; Varvin, 2003). Esta experiência conduz à emergência dum sentimento de desamparo físico, psíquico e moral (Ferenczi, 1949). O sentimento extremo de desamparo pode conduzir à subordinação automática, com alheamento dos seus próprios interesses, e à internalização e identificação com o derradeiro objecto percebido como disponível: o objecto maligno e perseguidor (Laub, 2005; Laub & Auerhahn, 1989), o perpetrador da violência (Bateman &

Fonagy, 2004; Laub & Lee, 2003; van der Kolk, 1989), ou agressor (Ferenczi, 1949; Grubrich-Simitis, 1981).

A introjecção e identificação com um objecto maligno e cruel constituem uma tentativa de antídoto tanto contra o estado de anobjectalidade absoluta (Laub & Auerhahn, 1989), como face à ameaça da exaustão narcísica originada por períodos extensos de privação de investimento dos objectos (Grubrich-Simitis, 1981). A identificação com o agressor tem como propósito fundamental a extinção do objecto maligno da realidade externa (Oliner, 2000), tornando-se uma entidade intrapsíquica passível de ser sujeita à acção do processo primário, i.e., de acordo com o princípio do prazer, que possibilita a sua modificação pela acção de alucinações positivas ou negativas (Ferenczi, 1949). Esta estratégia foi observada em ex-combatentes visando a redução das ameaças dos agressores externos (Shalit, 1988).

Simultaneamente, os sentimentos de culpa são projectados no exterior levando a que as críticas ao comportamento na guerra dos ex-combatentes passem a ser percebidas como provenientes da realidade externa e sem conexão com o psiquismo (A. Freud, 1936). Porém, a identificação com um mau objecto origina a introjecção dos sentimentos de culpa do objecto que despertam no indivíduo um sentimento interno de maldade (Bateman & Fonagy, 2004; Ferenczi, 1949). De acordo com Ferenczi (1949), este processo tem subjacente uma clivagem do psiquismo que desperta sentimentos simultâneos de inocência e culpabilidade. A clivagem do ego poderá ser de tal modo intensa que origina uma atomização do Self, i.e., a fragmentação de diversas partes do Self, dificultando o contacto entre as mesmas até ao ponto em que algumas partes do Self desconhecem a existência das outras partes (Ferenczi, 1949), i.e., uma dissociação estrutural terciária (van der Hart et al., 2004; van der Kolk et al., 1995).

Ao sucumbir à imagem do perseguidor, o self-reflexivo, habitualmente organizado pelos princípios do Ego ideal, é substituído por um objecto maligno persecutório (Laub & Auerhahn, 1989). As partes clivadas e dissociadas do Self associadas à traumatização são colonizadas pela imagem do estado mental do agressor conduzindo ao alheamento dos próprios interesses e a subordinação aos desejos do objecto (Bateman & Fonagy, 2004; Ferenczi, 1949; Wexler, 1972). Este processo foi descrito na literatura como automatização do ego (Niederland, 1981), robotização do ego (Krystal, 1985; Meerloo, 1969), ou sentimentos de morto-vivo (Werbart & Lindbom-Jakobson, 1993). A persistência de funções automatizadas do ego contribui para a dificuldade em estabelecer relações empáticas espontâneas (Grubrich-Simitis, 1981). Tal ocorre em virtude do funcionamento do ego ocorrer na periferia do Self num funcionamento em “falso-self” (Alayarian, 2011; Winnicott,

1958), privando-o de conteúdos emocionais (Niederland, 1981). A adopção duma atitude passivo-receptiva na relação com os outros constitui uma tentativa de assegurar a aceitação pelos outros (Alayarian, 2011; Wexler, 1972).

Porém, a incompatibilidade entre as representações clivadas dum objecto protector e as representações dum objecto terror origina a dissociação das representações do objecto (Sandler, 1967). Em resultado, as representações do objecto associadas aos estados afectivos dos objectos ameaçadores emergem sem o reconhecimento da origem do terror, ao mesmo tempo que a activação das imagens protectoras do objecto emergem sem o correspondente afecto de apaziguamento (Bucci, 2003), contribuindo para a manutenção da dissociação estrutural terciária (van der Hart et al., 2004). Desta forma, a identificação com o agressor conduz a que o agressor seja sentido internamente como uma parte do Self desejando a destruição do restante Self (Bateman & Fonagy, 2004).

Desta forma, a identificação com um objecto desprovido de vínculo empático cessa a ligação libidinal com os objectos internos e com o Self que se torna uma via para a perda total do objecto interno (Laub & Lee, 2003). A identificação com este mau objecto resulta na internalização da ausência de empatia dos objectos que confronta o indivíduo novamente com a ameaça da anobjectalidade num universo interno morto e deserto (Boulanger, 2002b; Laub & Lee, 2003). Como resultado, o indivíduo questiona a existência da empatia e da possibilidade da comunicação humana, e, em última instância, da humanidade do próprio (Laub & Auerhahn, 1989).

A percepção da ameaça dos objectos e da destruição do Self pode originar um investimento de objectos inanimados (Laub & Auerhahn, 1989). Este processo foi observado em ex-combatentes através duma adaptação crónica a maus objectos internalizados relacionada com o investimento de objectos inanimados (e.g., instituições) (Parson, 1986). De acordo com Parson (1986), esta estratégia mental permite a revivência de aspectos patológicos do passado e a representação simbólica de objectos abandonicos ou indulgentes através da sua representação em objectos inanimados. A projecção das representações das relações de objecto nos objectos inanimados torna-os representantes impessoais dum poder grandioso que protege os ex-combatentes de ansiedades superegóicas persecutórias relacionadas com a culpa associada à violência de guerra (Parson, 1986).

Este conjunto de estratégias mentais origina dificuldades no contacto com a realidade interna (Auerhahn & Laub), dificultando o trabalho de luto (Parson, 1986). A perturbação ou

bloqueio do trabalho de luto advém da inibição do investimento de novos objectos devido à manutenção do investimento dos objectos perdidos (Grubrich-Simitis, 1981). Tal ocorre em virtude do desinvestimento dos objectos, inerente ao trabalho de luto, ser contaminado por fantasias destrutivas que despertam fortes sentimentos de ameaça (Laub & Auerhahn, 1989; Varvin, 2003). Por outro lado, o trabalho de luto requer igualmente a elaboração da perda do sentimento de Self que origina a ameaça de aniquilação (Alayarian, 2011). Deste modo, o trabalho de luto requer, simultaneamente, o desinvestimento dos objectos perdidos e a preservação e identificação em certa medida com o objecto (Varvin, 2003). Este trabalho é dificultado pelo predomínio de representações negativas dos outros devido à centralidade das memórias da traumatização e à incapacidade em mobilizar representações positivas dos outros (Pereira, 2012).

Desta forma, a posse de representações mais positivas do Self e dos objectos parece ser fundamental no trabalho de luto ao evocar representações de objectos protectoras face aos sentimentos de ameaça despertados por fantasias violentas (Alayarian, 2011; Laub & Auerhahn, 1989; Varvin, 2003). Este processo é facilitado pela restauração de representações positivas do Self e dos objectos que possibilitam a regulação de emoções negativas e dos estados de arousal (Ein-Dor et al., 2011a; Mikulincer & Shaver, 2007; Schore & Schore, 2008). Esta hipótese encontrou suporte nalguns estudos que observaram que o efeito das representações internas positivas do Self e dos outros na redução dos sintomas da PSPT era mediado por maiores capacidades de auto-regulação e uso de estratégias de coping mais eficazes (Bouchard et al., 2008; Ditzen et al., 2008; Riggs et al., 2007). Desta forma, a posse de representações internas de segurança ou recursos externos de suporte promove o uso de estratégias construtivas no coping das consequências biopsicossociais da traumatização que auxiliam na restauração do equilíbrio emocional dos indivíduos (Alayarian, 2011; Allen, 2005; Ein-Dor et al., 2010).

Por outro lado, a posse de representações mais positivas do Self e dos objectos restaura a percepção dum ambiente seguro e protector facilitador da passagem dum papel de vítima passiva para uma posição activa de elaboração e construção de significado para a experiência efectuado junto dum bom objecto empático (Gerson, 2009; Zornig & Levy, 2011). O sucesso deste processo depende da restauração da comunicação diádica com os objectos internos do presente e o regresso dos bons objectos do passado (Auerhahn & Laub, 1984; Ornstein, 2003), assegurado por um ambiente emocional empático (Gerson, 2009). Este processo foi identificado nas observações clínicas de sobreviventes de guerra com

recuperação clínica envolvendo um padrão relacional caracterizado por tentativas de renovação de laços emocionais do passado através da projecção sobre outras pessoas significativas do presente (Auerhahn & Laub, 1984).

De acordo com Laub e Lee (2003), tendo em conta que a traumatização causa a dissolução abrupta do vínculo empático com os objectos, a intervenção terapêutica deverá focar-se na recriação desse vínculo. A relibidinização e a restauração dum bom objecto empático no presente restabelecem a ligação com o objecto empático do passado através da formação duma representação deste como um objecto cuidador e amável que tolera e perdoa os actos violentos do contexto de guerra (Auerhahn et al., 1993; Bragin, 2010, 2011; Laub & Lee, 2003). Desta forma, a percepção da sintonia empática tanto dos objectos do passado, como dos objectos do presente, promove a aceitação conjunta da realidade da experiência da traumatização (Auerhahn et al., 1993; Auerhahn & Peskin, 2003), interrompendo o processo de traumatização como uma experiência isolada e individual (Cahill, Rothbaum, Resick, & Follette, 2009).

A interrupção da percepção da traumatização como uma experiência individual, assegurada pela restauração da sintonia empática dos objectos, ocorre como resultado da percepção da crença dos outros sobre a veracidade da traumatização (Burnell et al., 2006; Jeffreys et al., 2010; MacNair, 2007). Desta forma, a percepção de suporte e protecção dos objectos depende da ausência de julgamento dos conteúdos da traumatização e da capacidade de contenção de afectos intensos (Bragin, 2010; Kirshner, 1994). Este conjunto de processos revela-se fundamental para o sucesso da reintegração das realidades do tempo de guerra e do pós-guerra na identidade do Self (Bragin, 2011; Laub & Auerhahn, 1989; Varvin, 2003), restabelendo a diferenciação entre o Self e o objecto, e a consciência das partes repudiadas do Self associadas à traumatização (Steiner, 1993).

Porém, o sucesso da reintegração das partes repudiadas do Self depende do desejo do indivíduo em explorar tanto os seus próprios estados mentais, como os estados mentais dos outros (Allen, 2006; Bateman & Fonagy, 2004; Bouchard et al., 2008; Groat & Allen, 2011). Este processo é desenvolvido na relação com um objecto curioso, tolerante e não condenatório possuindo a capacidade de receber e modificar as projecções recebidas associadas à traumatização (Bouchard & Lecours, 2004; Britton, 1998). No contexto da relação com este objecto ocorre a internalização dum sistema continente/conteúdo promotor da atribuição de significado aos conteúdos mentais não-mentalizados e a restauração da

comunicação entre diferentes partes do Self que reduzem os processos de dissociação (Bouchard & Lecours, 2004; Britton, 1998; Tarantelli, 2003).

Desta forma, o espelhamento adequado dos conteúdos mentais dissociados por um objecto empático promove o desenvolvimento dum sistema de representação simbólica de segunda ordem dos estados mentais (Fonagy et al., 2002). A formação destas representações revela-se essencial tanto para a criação de significado para os conteúdos mentais, como a compreensão do impacto destes no comportamento dos outros (Bateman & Fonagy, 2004; Bouchard et al., 2008). Este processo sucede num espaço triangular envolvendo a adopção da perspectiva dum terceiro com a capacidade de auto-observação na relação com os outros de modo a ocorrer a representação reflexiva dos conteúdos mentais (Britton, 1998, 2011). A restauração da função reflexiva restabelece a diferenciação entre as realidades interna e externa, e a compreensão da influência da experiência traumática no presente (Alayarian, 2011; Varvin & Rosenbaum, 2015).

Desta forma, a restauração da função reflexiva restabelece o domínio intersubjectivo na relação com os outros (Fonagy, 2008). A reorganização do domínio intersubjectivo reintroduz o reconhecimento doutras mentes dotadas de estados mentais subjacentes aos acontecimentos físicos e a possibilidade das experiências terem múltiplos significados (Whitmer, 2001). O sucesso destes desenvolvimentos auxilia na restauração da percepção da continuidade do Self assegurada pela aquisição de significado e previsibilidade para os comportamentos e estados mentais do próprio e dos outros (Bateman & Fonagy, 2004; Fonagy & Target, 1997). Este processo foi encontrado nas observações clínicas de ex-combatentes onde foi verificado que a restauração do domínio intersubjectivo na relação com os outros protegia dos estados dissociativos (Whitmer, 2001). Desta forma, a reorganização da função reflexiva e do domínio intersubjectivo restauram a intimidade psíquica numa relação de partilha com os outros e com o Self (Fonagy & Target, 1997), restabelecendo a percepção de humanidade do próprio e dos outros (Chasseguet-Smirgel, 1988).

3.5.4. Reparação moral

A capacidade de representação mental das experiências traumáticas no Self e a representação dos objectos e do mundo associadas à traumatização poderá ser dificultada devido à extrema violência e crueldade do contexto de guerra (Auerhahn & Peskin, 2003). Deste modo, a traumatização causada pelo Homem integra tanto uma dimensão interpessoal, como uma dimensão moral, com impacto sobre as representações do Self, dos outros e do

mundo (Laub & Auerhahn, 1989). Desta forma, as estratégias mentais utilizadas no coping das consequências biopsicossociais da traumatização associadas às acções deliberadas de seres humanos em causar a morte, sofrimento ou destruição doutro ser humano estão indissolúvelmente associadas aos aspectos interpessoais e morais da traumatização (Laub & Auerhahn, 1989; Litz et al., 2009; Payne et al., 2007).

De acordo com a nossa perspectiva, a criação de representações mentais para os conteúdos mentais associados à traumatização poderá ser dificultada pela ocorrência duma acentuada incongruência entre as representações do Self, dos objectos e do mundo associadas à traumatização de guerra e o sistema de representações globais, prévias e posteriores à traumatização, do Self (Horowitz, 1992, 1998; Litz et al., 2009). O fracasso na reconciliação destes sistemas de representações origina um intenso conflito interno nos ex-combatentes (Horowitz, 1992, 1998; Litz et al., 2009; Payne et al., 2007). Este conflito interno associa-se à percepção da transgressão dos valores morais e éticos relacionados com os comportamentos violentos praticados pelo próprio ou por outros durante a guerra (Bragin, 2010; Fuchsman, 2008; Litz et al., 2009).

Na tentativa de solucionar este conflito interno, o ex-combatente poderá assimilar as representações associadas à traumatização no sistema de representações globais do Self visando a restauração da congruência entre os sistemas de representações (Lee et al., 2001). Este processo envolve uma tentativa de preservação do sistema prévio de representações globais do Self à custa da negação ou minimização das experiências de traumatização (Cahill et al., 2009; Payne et al., 2007). Porém, esta estratégia estava associada a menor bem-estar subjectivo e à manutenção do conflito interno nos ex-combatentes (Payne et al., 2007). Este facto pode ser atribuído à incapacidade do Self em suportar as acusações internas do Superego relacionadas com a prática de actos de violência (Fuchsman, 2008).

O fracasso dos ex-combatentes em suportarem a auto-reprovação e a percepção de responsabilidade pessoal associada à violência do contexto de guerra origina o predomínio de processos defensivos que prejudicam a criação dum significado para as experiências de guerra e do pós-guerra (Bragin, 2010; Werbart & Lindbom-Jakobson, 1993). Este processo foi observado nalguns estudos que encontraram em ex-combatentes com perturbação emocional associada à traumatização de guerra, a acção de mecanismos de projecção e formação reactiva visando o afastamento da responsabilidade pessoal dos actos de violência da guerra (Ayalon et al., 2007) e dos sentimentos de culpa e vergonha (Fuchsman, 2008; Opp & Samson, 1989). A utilização destas estratégias de locus de controlo externo envolve a atribuição dos actos de

violência à exposição repetida a situações de ameaça, ferimento ou morte dos camaradas que intensificam sentimentos raiva e vingança levando à prática de atrocidades (Drescher et al., 2011; Hinton, 2005; Nadelson, 1992; Varvin, 2005). A utilização de estratégias de locus de controlo externo estava positivamente associada a maior severidade de sintomas da PSPT (Solomon et al., 1988b).

As observações clínicas de ex-combatentes verificaram que a utilização de estratégias de locus de controlo externo origina nalguns ex-combatentes um padrão de orgulho associado à prática de violência causadora da morte doutra pessoa (Nadelson, 1992). Esta estratégia mental envolve uma sobreacomodação das representações associadas à experiência de guerra através duma alteração drástica do sistema de representações do Self (Resick & Schnicke, 1992). Este processo parece assegurar, pelo menos temporariamente, a negação da discrepância entre as acções violentas praticadas ou observadas durante a guerra e os pressupostos morais dos ex-combatentes (MacNair, 2007). A repetição das memórias dos acontecimentos de guerra fornece uma estimulação psíquica numa tentativa de dissipação dum estado de anomia (Nadelson, 1992), mas que intensificam as emoções secundárias (e.g., culpa, vergonha e raiva) (Cahill et al., 2009; Nadelson, 1992).

As observações clínicas de ex-combatentes verificaram que o incremento deste conjunto de emoções secundárias associava-se a padrões de autopunição crónica (Phillips, 1991). A autopunição crónica reflecte uma identificação primitiva com a(s) vítima(s) visando o afastamento da consciência das fantasias e memórias agressivas, e dos sentimentos de culpa (Fuchsman, 2008; Phillips, 1991). Porém, segundo Opp e Samson (1989), os sentimentos de culpa associados à prática ou observação de violência poderão, nalguns casos, constituir uma estratégia mental que permita o coping dessas experiências devido à incapacidade de elaboração e integração no Self desses acontecimentos. Primeiro, a percepção de responsabilidade por esses actos diminui os sentimentos de desamparo e a percepção de ausência de controlo; segundo, os comportamentos de autopunição associados aos sentimentos de culpa reflectem uma avaliação moral desses comportamentos que assegura a percepção da adesão aos valores da vida civil; terceiro, os sentimentos de culpa impedem a expressão de sentimentos de raiva e a ruptura psicótica; e, quarto, a culpa assegura que não ocorram o esquecimento e a perda de significado do acontecimento (Opp & Samson, 1989).

Deste modo, este conjunto de evidências sugere que a reintegração das representações do Self, dos objectos e do mundo associadas à traumatização de guerra no sistema de representações globais do Self (prévias e posteriores à traumatização) depende da aceitação

das variações da auto-imagem dos ex-combatentes nos diferentes contextos (Amati Sas, 1992; Auerhahn & Peskin, 2003). Este processo revela-se essencial para que ocorra a reedificação dum novo conjunto de representações do Self, dos outros e do mundo (Brock, 2013; Nash, 2007b), permitindo a reconstrução da identidade dos ex-combatentes (Amati Sas, 1992; Auerhahn & Peskin, 2003). Foi verificado que a reconciliação das representações dos acontecimentos traumáticos em combate no sistema global de representações dos ex-combatentes associava-se a menor severidade dos sintomas da PSPT e perturbação psicológica generalizada (Currier et al., 2011).

A reconstrução do sistema de representações globais do Self, dos outros e do mundo requer a acomodação das representações associadas à traumatização no sistema de representações globais (prévias e pós-traumatização) do Self (Currier et al., 2014b; Herman, 1998; Horowitz, 1992; Payne et al., 2007). O sucesso deste processo restabelece a diferenciação entre a avaliação negativa dos acontecimentos testemunhados e/ou praticados pelo indivíduo no contexto de guerra relativamente à avaliação do sentimento global do Self (Van Vliet, 2010). Desta forma, torna-se possível a restauração da identidade do Self (Currier et al., 2014b; Herman, 1998; Horowitz, 1992; Payne et al., 2007) e o restabelecimento dum maior senso de coerência, i.e., a percepção do mundo dotado de significado e previsibilidade, e a crença na posse de recursos para o coping das consequências da traumatização (Antonovsky, 1998; Racklin, 1999).

Esta hipótese foi verificada nalguns trabalhos que observaram que a posse de maior senso de coerência era um factor facilitador da remissão da PSPT em ex-combatentes e sobreviventes de guerra (Forstmeier, Kuwert, Spitzer, Freyberger, & Maercker, 2009; Mowad, 2004; Pham, Vinck, Kinkodi, & Weinstein, 2010). O efeito do senso de coerência nos sintomas da PSPT foi analisado nalguns trabalhos que verificaram que aquela variável mediava o efeito dos acontecimentos traumáticos de guerra na severidade dos sintomas da PSPT em sobreviventes de guerra (Pham et al., 2010; Ying, Akutsu, Zhang, & Huang, 1997). Estes resultados sugerem que a acomodação das representações da traumatização no sistema de representações globais do Self auxilia na restauração da percepção de significado e previsibilidade do Self e do mundo, bem como a percepção da posse de recursos no coping das consequências biopsicossociais da traumatização (Currier et al., 2014b; Payne et al., 2007).

A restauração do significado e previsibilidade das representações do Self, dos outros e do mundo depende da capacidade em reconhecer a possibilidade da ocorrência de situações

excepcionais que violam as crenças fundamentais de segurança e justiça do mundo (Alayarian, 2011; Auerhahn et al., 1993). A modificação do significado dos acontecimentos traumáticos revela-se nuclear para a redução da discrepância entre as representações associadas à traumatização e o sistema de representações e crenças globais do indivíduo (Park & Ai, 2006). Este processo é igualmente facilitador da restauração da permeabilidade e comunicação entre as partes traumáticas e não-traumáticas dissociadas com a restante organização do Self (Bohleber, 2007; Brown, 2006), reduzindo igualmente a severidade das emoções secundárias à traumatização (culpa e vergonha) e das recordações intrusivas (Cahill et al., 2009).

Porém, a redução da discrepância entre as representações do Self, dos outros e do mundo associadas à traumatização e o sistema de representações globais do Self depende do reconhecimento tanto da impossibilidade em alterar o passado, como do reconhecimento da perda da confiança básica nos bons objectos sentida aquando da traumatização (Auerhahn et al., 1993; Herman, 1998). Este processo facilita a aceitação das escolhas morais do indivíduo no passado, bem como dos impulsos destrutivos do próprio e dos outros (Ajdukovic et al., 2013; Leuzinger-Bohleber; 2008; Lindy, 1989). Desta forma, torna-se possível a incorporação dos impulsos destrutivos no sentimento de Self, nas representações dos objectos e na visão do mundo pós-guerra que possibilita o luto numa imagem idealizada do Self (Opp & Samson, 1989).

Por outro lado, a elaboração dos impulsos destrutivos revela-se nuclear para ocorrer o auto-perdão da violência praticada na guerra (Gobodo-Madikizela, 2008; Worthington & Langberg, 2012). Este processo foi descrito como reparação moral (Litz et al., 2009), envolvendo simultaneamente o auto-perdão e o perdão dos outros (Drescher et al., 2011; Grossman, 1996; Herman, 1998). Estes dois processos promovem a criação de novos significados para a traumatização através da reinterpretação do acontecimento e da revisão dos sistemas de representações globais do Self, dos outros e do mundo (Currier et al., 2011; Litz et al., 2009; Maguen et al, 2010). A reconstrução dum novo sistema de representações permite a reconciliação do significado contextual do acontecimento (Currier et al., 2011; Litz et al., 2009), assegurando maior tolerância à dor da integração do contexto de guerra e do mundo pós-traumático (Bragin, 2010; Shay, 2002).

Porém, o sucesso deste processo depende do confronto com as imagens de violência e com o dano causado aos objectos pelos impulsos agressivos (Bragin, 2011), implicando a aceitação dos sentimentos de culpa e vergonha (Stein, 2007). Deste modo, apenas a presença

de suficientes sentimentos positivos associados às representações do Self e dos outros, coexistindo com sentimentos negativos, permite a elaboração do remorso para efectuar a reparação dos objectos e do Self (Bragin, 2011; Steiner, 1993). A reparação dos objectos e do Self permite a restauração do sentimento de humanidade do próprio e do vínculo empático com os outros (Auerhahn et al., 1993; Gobodo-Madikizela, 2008; Nash, 2007a). Como resultado, ocorre o desenvolvimento de maior capacidade de mentalização do Self resultante duma maior sintonia com os estados mentais dos outros (Bragin, 2010; Gobodo-Madikizela, 2008).

Tal como descrito na secção anterior, somente a presença dum bom objecto empático torna possível a capacidade de tolerância à violência no seu mundo mental como resultado do reconhecimento mútuo da violência do contexto de guerra (Bragin, 2010). Esta hipótese foi sustentada nalguns estudos que verificaram que a aceitação empática dos outros da violência do contexto de guerra era facilitadora da elaboração e recuperação da traumatização por dano moral em ex-combatentes (Maguen et al, 2010; Shay, 2014). Desta forma, a criação dum setting seguro e sem julgamento, numa atitude de neutralidade moral (Herman, 1992), facilita a criação de significado para as experiências de ameaça e de perpetração de violência (Opp & Samson, 1989; Singer, 2004), bem como a reconciliação das experiências dissonantes na estrutura do Self (Gerson, 2009; Litz et al., 2009).

Neste particular, as observações clínicas de ex-combatentes identificaram a influência das atitudes da comunidade na recuperação da traumatização associada ao dano moral (Herman, 1992; Opp & Samson, 1989). O reconhecimento público num discurso social e histórico dos actos praticados pelos ex-combatentes como actos ocorridos na defesa da Pátria foram propostos como um processo nuclear no incremento da percepção de suporte social e redução do isolamento social (Bohleber, 2007; Bragin, 2011). A percepção de apoio da comunidade promove a reconstrução das crenças de ordem e justiça (Bragin, 2010) e a integração psíquica das representações associadas à traumatização no sistema glonal de representações do Self (Gerson, 2009; Herman, 1992).

Este conjunto de evidências sugere que a reparação moral constitui um processo nuclear na reconstrução do significado das consequências biopsicossociais da traumatização (Brock, 2013; Litz et al., 2009). A reedificação do sistema global (prévios, durante e pós-traumatização) de representações do Self, dos outros e do mundo possibilita a criação de significados alternativos e construtivos para as experiências traumáticas e pós-traumáticas (Litz et al., 2009). Este processo é facilitador da formação duma imagem do Self com um

projecto identificatório e direccionado para o futuro (Amati Sas, 1992). Em resumo, do nosso ponto de vista, a acomodação das representações associadas à traumatização no sistema de representações global do Self parece ser nuclear na criação de novos significados para os acontecimentos passados, mas igualmente para o desenvolvimento de expectativas positivas para o futuro (Horowitz, 1998).

4. Problema

Nos capítulos anteriores foram apresentados e discutidos os principais trabalhos mais recentes sobre a traumatização e as consequências biopsicossociais da traumatização de guerra em ex-combatentes de diferentes cenários de guerra. Este conjunto de trabalhos tem procurado compreender as variáveis intervenientes nas trajetórias da saúde mental dos ex-combatentes após o regresso do TO. Estes trabalhos foram desenvolvidos tendo em conta as evidências do carácter crónico da PSPT numa proporção considerável de ex-combatentes (e.g., Durai et al., 2011; Schnurr et al., 2003) e das repercussões psicológicas, físicas e sociais associadas à manutenção da perturbação mental nessa população (Drescher & Foy, 2008; Kudler, 2007; Lansky, 2000; Laufer, 1988; Whealin et al., 2008).

Embora assinalando a notável escassez de estudos na área, alguns trabalhos encontraram evidências da cronicidade da perturbação mental associada à experiência da guerra numa proporção considerável de ex-combatentes da GCP (Albuquerque & Lopes, 1997; Maia et al., 2006). Este conjunto de resultados sublinha as dificuldades, observadas nos estudos de eficácia terapêutica, associadas ao tratamento e recuperação da PSPT em ex-combatentes (Forbes et al., 2010). Por este facto, torna-se relevante o aprofundamento do conhecimento dos factores e processos com influência tanto na manutenção da PSPT crónica e da perturbação mental associada à traumatização de guerra, bem como dos processos associados à restauração de capacidades de resiliência nesta população.

Por outro lado, a maioria dos trabalhos descritos abordaram as consequências na saúde mental dos ex-combatentes associadas ao trauma por vitimação. Apenas recentemente, a literatura tem incluído variáveis relacionadas com a perpetração de violência no estudo das consequências na saúde mental nos ex-combatentes (Bryan et al., 2013; Currier et al., 2014a; Maguen et al., 2009, 2010, 2011; Nash et al., 2013). Esta lacuna parece ser mais notória na investigação junto de ex-combatentes da GCP, verificando-se apenas alguns trabalhos qualitativos que identificaram temas relacionados com a prática de actos de violência no contexto de guerra (Albuquerque et al., 1992a; Maia et al., 2006; Maia et al., 2011). Em virtude da lacuna desta dimensão da traumatização na literatura, considera-se pertinente o estudo do impacto destes componentes da experiência de guerra na saúde mental dos ex-combatentes.

Adicionalmente, um conjunto de trabalhos sugeriu que a PSPT constitui uma entidade diagnóstica insuficiente para capturar o espectro das sequelas na saúde mental da experiência de traumatização de guerra (Descher et al., 2011; Kudler, 2007; Litz, 2007; McKenzie et al.,

2010). Neste sentido, um conjunto de trabalhos observou que tanto a Depressão (Andrews et al., 2009; McKenzie et al., 2010; Wood et al., 2011), como o dano moral (Bryan et al., 2013; Drescher et al., 2011; Litz et al., 2009; Nash et al., 2013; Vargas et al., 2013) eram consequências frequentes na saúde mental dos ex-combatentes associadas à participação na guerra. Considerando a lacuna na investigação destes tópicos em ex-combatentes da GCP, torna-se oportuno o estudo dessas variáveis nesta população.

O alargamento do estudo das consequências da traumatização de guerra a outras variáveis contempla igualmente os factores intrapsíquicos que foram identificados em trabalhos mais recentes. Neste sentido, o conflito interno associado à prática ou testemunho de actos violentos em contexto de guerra tem merecido um interesse crescente na literatura (Drescher et al., 2001; Bryan et al., 2010; Maguen & Litz, 2012; Vargas et al., 2013). Este conflito interno foi atribuído à discrepância entre as representações do Self, dos outros e do mundo associadas à traumatização de guerra e o sistema de representações globais (prévias e pós-traumatização) do Self (Horowitz, 1992; Litz et al., 2009). O fracasso na reconciliação da discrepância entre os sistemas de representações foi proposto como influenciando a manutenção da perturbação pós-traumática (Brock, 2013; Nash, 2007a). Tendo em conta a lacuna do estudo destes processos em ex-combatentes da GCP, e dos factores associados à reconciliação dos sistemas de representações, torna-se relevante o estudo destas dimensões.

Por outro lado, o estudo da resiliência e da recuperação da perturbação mental associada à traumatização regista uma mudança paradigmática. A recuperação foi proposta como um padrão de resiliência associada à percepção de recursos internos e à crença na capacidade de mobilizar os recursos externos no coping das consequências biopsicossociais da traumatização (Masten & Wright, 2010; Varvin & Rosenbaum, 2015). De acordo com esta perspectiva, a resiliência não envolve unicamente a remissão dos sintomas, mas a reorganização do mundo interno e das relações com a realidade externa (Kudler & Straits-Tröster, 2009; Varvin, 2003). Porém, a investigação regista um conhecimento limitado acerca da natureza deste processo (Varvin, 2003, 2007), sendo esta lacuna mais notória em ex-combatentes da GCP. Desta forma, torna-se relevante compreender os processos envolvidos no desenvolvimento ou restauração de estratégias mentais no coping das consequências biopsicossociais da traumatização, e a sua influência na manutenção ou recuperação da traumatização de guerra.

Embora considerando que a restauração da resiliência face à traumatização não depende unicamente da remissão dos sintomas pós-traumáticos (Brown et al., 2012; Litz, 2007; Varvin & Rosenbaum, 2015), a redução da severidade dos sintomas pós-traumáticos

associa-se à percepção de bem-estar psicológico e à melhoria do ajustamento nas relações interpessoais (Durai et al., 2011; Erbes et al., 2012; Maedl et al., 2010). A investigação encontrou algumas evidências da co-ocorrência da redução da severidade dos sintomas e transformações na organização psíquica e dos padrões de relações interpessoais (Gobodo-Madikizela, 2008; Klug & Huber, 2009; Subic-Wrana et al., 2011). Considerando a organização da estrutura psíquica e os padrões interpessoais como uma complexa matriz intrapsíquica subjacente às mudanças nos sintomas e comportamentos desadaptativos, consideramos importante analisar a relação dos factores envolvidos na restauração da resiliência com a severidade dos sintomas pós-traumáticos.

Desta forma, o nosso primeiro desafio era considerar, de forma independente, as diferentes dimensões envolvidas no processo de recuperação e manutenção da PSPT em ex-combatentes da GCP. O nosso ponto de partida era de que essas dimensões necessitavam duma atenção particular e de maior investigação desses tópicos. Deste modo, foram conduzidos três estudos independentes sobre:

- o impacto dos diferentes componentes da experiência de guerra (exposição ao combate, testemunho de violência abusiva e participação na violência abusiva) e do senso de coerência no desenvolvimento da PSPT e da Depressão;
- a exploração das experiências percebidas como traumáticas e dos recursos e processos envolvidos no coping dos sintomas pós-traumáticos e das consequências psicossociais da traumatização com influência na restauração da resiliência;
- na sequência dos estudos anteriores, foi possível a constituição de dois grupos diferenciados, tendo sido efectuado o estudo das diferenças nos recursos intrapsíquicos e interpessoais entre ex-combatentes com PSPT crónica e ex-combatentes com remissão da PSPT, e da associação daquelas variáveis com a severidade de sintomas da PSPT e Depressão.

Seguidamente, as questões nucleares e os objectivos do nosso estudo serão apresentados e justificados.

4.1.Problemas dos estudos, Racional e Hipóteses

4.1.1. Estudo 1 – Traumatização de guerra, senso de coerência e desenvolvimento de PSPT e Depressão

Tal como acima proposto, a traumatização de guerra envolve o confronto com acontecimentos traumáticos disruptivos por vitimação e/ou perpetração (Litz et al., 2009). A investigação verificou que estes diferentes componentes da experiência de guerra têm efeitos diferenciados na saúde mental dos ex-combatentes (Maguen et al., 2004, 2009; Van Winkle & Safer, 2011). Alguns estudos encontraram um efeito superior da exposição a violência abusiva na severidade dos sintomas da PSPT e Depressão comparativamente à associação com o nível de exposição ao combate (Maguen et al., 2004, 2009), sendo que a participação activa na violência abusiva apresentava a relação mais forte com a severidade dos sintomas (Van Winkle & Safer, 2011). Por outro lado, a exposição aos stressores de guerra, particularmente a prática de actos que transgrediam as crenças morais dos militares, resultava na avaliação do mundo pelos ex-combatentes como privado de significado e previsibilidade (Bryan et al., 2013; Currier et al., 2011; Litz et al., 2009).

Tal como proposto, a traumatização de guerra constitui igualmente um processo associado à percepção da ausência de recursos no coping das consequências biopsicossociais da traumatização (Masten & Wright, 2010; Varvin & Rosenbaum, 2015). A crença na posse de recursos internos e externos no coping das consequências biopsicossociais da traumatização e a posse de representações mais coerentes do Self e do mundo promovem a restauração da resiliência face à traumatização de guerra (Kaplan & Laub, 2009; Lepore & Revenson, 2006; Sendas, 2010). Alguns estudos junto de sobreviventes de guerra observaram que a posse de maior senso de coerência, i.e., a capacidade de reconhecer o mundo como dotado de significado e previsibilidade, e a crença na posse de recursos no coping dos stressores (Antonovsky, 1998), era uma variável mediadora do efeito dos acontecimentos traumáticos na severidade dos sintomas da PSPT (Pham et al., 2010; Ying et al., 1997). Deste modo, propomos que a presença de maior senso de coerência constitui um mecanismo psicológico que é mediador dos efeitos do confronto com os acontecimentos disruptivos de guerra na severidade dos sintomas da PSPT e Depressão em ex-combatentes da GCP.

Desta forma, as nossas questões eram:

Questão 1. Qual o efeito dos três componentes da experiência de guerra (exposição ao combate, testemunho de violência abusiva e prática de violência abusiva) e do senso de coerência no diagnóstico da PSPT e Depressão numa amostra de ex-combatentes da GCP?

Questão 2. O senso de coerência será uma variável mediadora da relação entre os três componentes da experiência de guerra e a severidade dos sintomas da PSPT e Depressão?

Com este propósito, colocámos cinco hipóteses e respectivas hipóteses nulas:

H1: A observação e a participação na violência abusiva associam-se a maior probabilidade de diagnóstico da Depressão e da PSPT;

H0: A observação e a participação na violência abusiva não apresentarão associações estatisticamente significativas com a probabilidade de diagnóstico da Depressão e da PSPT.

H2: O grau de exposição ao combate associar-se-á a maior probabilidade de diagnóstico da PSPT;

H0: O grau de exposição ao combate não apresentará uma associação estatisticamente significativa com a probabilidade de diagnóstico da PSPT.

H3: A participação na violência abusiva é o componente da experiência de guerra que apresentará uma probabilidade mais elevada de diagnóstico da Depressão e da PSPT;

H0: A participação na violência abusiva não apresentará uma associação estatisticamente significativa com a probabilidade de diagnóstico da Depressão e da PSPT.

H4: O senso de coerência associar-se-á a menor probabilidade de diagnóstico da Depressão e da PSPT;

H0: O senso de coerência não apresentará uma associação estatisticamente significativa com a probabilidade de diagnóstico da Depressão e da PSPT.

H5: O senso de coerência será uma variável mediadora do efeito dos três componentes de guerra na severidade dos sintomas da Depressão e da PSPT;

H0: O senso de coerência não apresentará um efeito estatisticamente significativo variável como variável mediadora do efeito dos três componentes de guerra na severidade dos sintomas da Depressão e da PSPT.

4.1.2. Estudo 2 – Factores atribuídos à recuperação da PSPT

A literatura assinalou que os militares durante a sua participação na guerra são expostos a um conjunto de acontecimentos stressores (Bartone, 2005; Vasterling et al., 2011). Alguns trabalhos junto de ex-combatentes da GCP encontraram evidências deste processo, identificando o confronto com stressores não-traumáticos, acontecimentos de ameaça à vida do próprio ou outros, e o testemunho ou perpetração de violência contra outros (Albuquerque et al., 1992a; Maia et al., 2006; Maia et al., 2011). Porém, alguns autores propuseram que o processo duradouro das consequências psicossociais do confronto com essas experiências constitui igualmente um componente da traumatização de guerra (Blum, 2003; Varvin, 2003). Inclusivamente, num estudo junto de ex-combatentes da GCP, as consequências psicossociais da traumatização foram mais mencionadas como experiências traumáticas comparativamente à exposição aos acontecimentos de guerra (Pereira, 2012).

Esta conceptualização da traumatização de guerra conduziu à compreensão da perturbação associada à traumatização como a percepção da erosão dos recursos internos e a incapacidade em mobilizar os recursos externos no coping das consequências biopsicossociais da traumatização (Agaibi & Wilson, 2005; Masten & Wright, 2010; Varvin & Rosenbaum, 2015). Em sentido inverso, a recuperação da perturbação psicológica associada à traumatização de guerra foi proposta como dependendo da restauração de capacidades de resiliência que possibilitam a reorganização do mundo interno e das relações com a realidade externa, e a restauração da vitalidade psicológica (Agaibi & Wilson, 2005; Kimhi & Eshel, 2009). As capacidades de resiliência associam-se à restauração do sentimento de identidade através da reconciliação das representações do Self, dos outros e do mundo associadas à traumatização e o sistema de representações globais do Self, e da restauração da função reflexiva (Currier et al., 2014b; Gergely & Unoka, 2008; Horowitz, 1992; Knetig, 2013; Litz et al., 2009).

Desta forma, foram formuladas duas questões principais:

Questão 1: Quais os acontecimentos ou processos percepcionados como traumáticos pelos ex-combatentes?

Questão 2: Quais os recursos e processos relacionados com a recuperação da perturbação psicológica associada à traumatização de guerra em ex-combatentes?

Com este propósito foram colocadas cinco hipóteses:

H1: Os acontecimentos de ameaça à vida, a perpetração de violência, a exposição prolongada a stressores não-traumáticos, e as consequências biopsicossociais da experiência de guerra são percebidos como experiências traumáticas;

H2: As consequências biopsicossociais da traumatização são percebidas como influenciando a manutenção da perturbação psicológica;

H3: A posse dum repertório mais vasto de estratégias mentais no coping das consequências biopsicossociais da traumatização influencia a recuperação da perturbação psicológica;

H4: A reconciliação das representações do Self, dos outros e do mundo associadas à traumatização no sistema de representações globais do Self associa-se à percepção da restauração da continuidade e coerência da identidade;

H5: A função reflexiva associa-se à percepção da restauração da continuidade e coerência da identidade.

4.1.3. Estudo 3 – Estudo da relação entre os factores intrapsíquicos e interpessoais e a severidade dos sintomas da PSPT e Depressão

A literatura salientou que a percepção da ruptura ou descontinuidade da identidade pessoal como uma variável nuclear na manutenção da perturbação associada à traumatização de guerra (Demers, 2011; Horowitz, 2012; Sendas, 2010), apresentando um efeito interactivo com a percepção de fraco suporte social (Brenner et al., 2008; Tsai et al., 2012). O sentimento de descontinuidade do Self foi proposto como resultado duma dissociação do Self nuclear (van der Hart et al., 2004; van der Kolk et al., 1995) acompanhada por uma dissociação entre a parte do Self traumatizada e a parte do Self sobrevivente à traumatização (Brown, 2006; Horowitz, 2012). Estes processos foram propostos como resultado do dano na função simbólica e na função reflexiva (Bateman & Fonagy, 2004; Varvin & Rosenbaum, 2003). A reconciliação da discrepância entre as representações associadas à traumatização e o sistema de representações globais do Self promove a restauração da identidade pessoal e a percepção de coerência do Self (Bragin, 2010; Sendas, 2010). Este processo é facilitado pela restauração

da função reflexiva associada à compreensão dos estados mentais do próprio e dos outros (Knetig, 2013; Mazza et al., 2012), com benefícios na percepção de suporte social (Allen, 2005; Alayarian, 2011).

O confronto com experiências de dano moral poderá originar um stresse traumático induzido por perpetração (Currier et al., 2011; MacNair, 2007; Nash et al., 2013) e sentimentos de culpa e vergonha (Bryan et al., 2014), interagindo com a percepção de fraco suporte social (Brenner, 2008; Tsai et al., 2012). Alguns trabalhos verificaram que a percepção de fraco suporte social estava positivamente associada a maior severidade de sintomas da PSPT e Depressão (Besser & Neria, 2012; Começanha & Maia, 2011; Pietrzak et al., 2010). Inversamente, as transformações da organização psíquica e da percepção dos padrões interpessoais poderão estar associadas à redução da severidade dos sintomas pós-traumáticos (Klug & Huber, 2009; Subic-Wrana et al., 2011). Neste particular, foi observada menor severidade de sintomas da PSPT e Depressão em ex-combatentes com reconciliação das representações associadas à traumatização no sistema de representações globais do Self (Currier et al., 2011) e maiores capacidades de compreensão dos estados mentais do próprio e dos outros Knetig, 2013; Mazza et al., 2012).

Desta forma, as nossas questões eram:

Questão 1. Os ex-combatentes com PSPT crónica apresentam diferenças nas variáveis intra e interpessoais relacionadas com a experiência de traumatização de guerra comparativamente aos ex-combatentes com remissão da PSPT?

Questão 2: Poderão algumas variáveis intra e interpessoais relacionadas com a experiência de traumatização de guerra estar associadas à severidade de sintomas da PSPT e Depressão?

Partindo das evidências da revisão bibliográfica acima descrita, propusemos que quatro variáveis centrais (auto-compreensão dos estados mentais, integração dos acontecimentos incongruentes nos esquemas pessoais, percepção de suporte social, e experiências de dano moral) apresentariam diferenças nos participantes com e sem remissão da PSPT, e estariam associadas à severidade dos sintomas da PSPT e Depressão.

Com este propósito, colocámos cinco hipóteses e respectivas hipóteses nulas:

H1: O grupo dos ex-combatentes com remissão da PSPT apresentará frequências, estatisticamente significativas, mais elevadas de auto-compreensão dos estados mentais, integração dos acontecimentos incongruentes nos esquemas pessoais, e percepção de suporte

social, e menor frequência de dano moral comparativamente ao grupo de ex-combatentes com PSPT crónica;

H0: O grupo dos ex-combatentes com remissão da PSPT e o grupo de ex-combatentes com PSPT crónica não apresentarão diferenças estatisticamente significativas na frequência dos temas de auto-compreensão dos estados mentais, integração dos acontecimentos incongruentes nos esquemas pessoais, percepção de suporte social, e dano moral.

H2: Maior severidade de sintomas da PSPT associa-se a menor auto-compreensão dos estados mentais, dificuldades na integração dos acontecimentos incongruentes nos esquemas pessoais e percepção de menor suporte social, e maior frequência de descrição de actos de dano moral;

H0: A auto-compreensão dos estados mentais, a integração dos acontecimentos incongruentes nos esquemas pessoais, a percepção de menor suporte social e descrição de actos de dano moral não apresentará associações estatisticamente significativas com os sintomas da PSPT.

H3: Maior severidade de sintomas de Depressão associa-se a menor auto-compreensão dos estados mentais, dificuldades na integração dos acontecimentos incongruentes nos esquemas pessoais e percepção de menor suporte social, e maior frequência de descrição de actos de dano moral;

H0: A auto-compreensão dos estados mentais, a integração dos acontecimentos incongruentes nos esquemas pessoais, a percepção de menor suporte social e descrição de actos de dano moral não apresentará associações estatisticamente significativas com os sintomas da Depressão.

H4: O dano moral, a auto-compreensão dos estados mentais, a integração dos acontecimentos incongruentes nos esquemas pessoais e a percepção de suporte social serão variáveis preditoras da severidade de sintomas da PSPT e Depressão;

H0: O dano moral, a auto-compreensão dos estados mentais, a integração dos acontecimentos incongruentes nos esquemas pessoais e a percepção de suporte social não

serão preditores estatisticamente significativos da severidade dos sintomas da PSPT e Depressão;

H5: A exposição ao combate será uma variável preditora dos sintomas da PSPT.

H0: A exposição ao combate não será um preditor estatisticamente significativo da severidade dos sintomas da PSPT.

4.1.4. Questões Centrais

Tendo em consideração, os problemas, racionais e hipóteses dos estudos acima descritos, as questões centrais da nossa Dissertação são:

- De que forma os ex-combatentes experienciam o processo de traumatização de guerra?
- De que forma essas experiências influenciam as mudanças na sua identidade pessoal?
- Que estratégias mentais são utilizadas pelos ex-combatentes no coping dos sintomas pós-traumáticos e das consequências psicossociais da traumatização?
- Que factores intrapsíquicos e interpessoais relacionados com a traumatização de guerra e com as consequências biopsicossociais da traumatização estão relacionados com os sintomas da PSPT e Depressão?

4.2. Objectivos

4.2.1. Estudo 1

Partindo dos problemas, racional e hipóteses prévios do estudo, foram definidos os seguintes objectivos:

- Analisar os efeitos dos três componentes da experiência de guerra (exposição ao combate, testemunho de violência abusiva e prática de violência abusiva) e do senso de coerência no desenvolvimento da PSPT e Depressão em ex-combatentes;
- Analisar o efeito de mediação do senso de coerência na relação entre os três componentes de guerra e a severidade de sintomas da PSPT e Depressão.

4.2.2. Estudo 2

Considerando os problemas, racional e hipóteses prévios do estudo, foram definidos os seguintes objectivos:

- Explorar as experiências percebidas como traumáticas;
- Explorar os recursos e processos envolvidos no coping dos sintomas pós-traumáticos e das consequências psicossociais da traumatização com influência na restauração da resiliência.

4.2.3. Estudo 3

Tendo em conta os problemas, racional e hipóteses prévios do estudo, foram definidos os seguintes objectivos:

- Analisar as diferenças nas variáveis intra e interpessoais relacionadas com a experiência de traumatização de guerra entre ex-combatentes com PSPT crónica e ex-combatentes com remissão da PSPT;
- Analisar as relações entre as variáveis intra e interpessoais associadas à traumatização de guerra com a severidade de sintomas da PSPT e Depressão, particularmente o dano moral, a auto-compreensão dos estados mentais, a integração de experiências incongruentes nos esquemas pessoais, e a percepção de suporte social.

4.2.4. Objectivos gerais

Os objectivos gerais desta tese são:

- Explorar a experiência do processo de traumatização de guerra em ex-combatentes;
- Explorar os recursos e processos com influência sobre as mudanças na identidade pessoal dos ex-combatentes;
- Explorar e compreender as estratégias mentais utilizadas no coping dos sintomas pós-traumáticos e das consequências psicossociais da traumatização que influenciam a restauração da resiliência face à traumatização;

- Analisar os factores e variáveis envolvidas no processo pós-traumático dos ex-combatentes que influenciam a severidade dos sintomas da PSPT e Depressão.

5. Metodologia

No capítulo anterior descrevemos os problemas e objectivos desta tese, efectuando a integração de questões da literatura empírica (quantitativa e qualitativa) conjugadas com hipóteses de fenómenos observados na prática clínica com ex-combatentes e sobreviventes de guerra. Uma observação mais atenta, poderá destacar que as questões nucleares que orientam esta tese provêm tanto de lacunas encontradas na investigação empírica, mas tendo como ponto de partida um conjunto de observações clínicas orientadas por conceptualizações de acordo com a teoria psicanalítica. Desta forma, um dos maiores desafios presentes neste trabalho prendeu-se com o desenvolvimento duma metodologia que permitisse responder às questões de investigação colocadas, mas utilizando um delineamento coerente que tivesse em consideração a especificidade do objecto de estudo e permitisse apreender a natureza dos processos e fenómenos desse objecto.

De acordo com alguns autores, em virtude dos fenómenos de estudo da teoria e investigação psicanalítica (i.e., processos inconscientes e fantasias) não serem directamente observáveis ou objectivamente mensuráveis, a situação clínica constitui a única metodologia válida para a observação e investigação dos fenómenos psicanalíticos, bem como para o teste das teorias e modelos psicanalíticos (Caper, 2009; Green, 2000). Contudo, um conjunto de autores tem recentemente defendido a necessidade do recurso a métodos mais aproximados dos paradigmas tradicionais de ciência para o teste e compreensão dos dados e fenómenos psicanalíticos (Alayarian, 2011; Kächele et al., 2008; Leuzinger-Bohleber & Fischmann, 2006; Leuzinger-Bohleber & Target, 2002; Luyten, Blatt, & Corveleyn, 2006).

De acordo com esta última perspectiva, as observações e as hipóteses clínicas podem ser alvo de investigação extra-clínica, i.e., fora do contexto da situação clínica, através da realização de estudos extra-clínicos onde seja efectuado o teste dos problemas de investigação originados a partir dos dados recolhidos na situação clínica (Chiesa, 2005; Leuzinger-Bohleber & Fischmann, 2006). Neste sentido, a utilização de metodologias provenientes das ciências sociais permite a validação ou refutação dessas hipóteses (Chiesa, 2005; Leuzinger-Bohleber & Fischmann, 2006; Luyten et al., 2006), permitindo obter evidências que contribuem para o progresso do conhecimento acerca dos fenómenos estudados (Alayarian, 2011; Chiesa, 2005; Kächele et al., 2008; Leuzinger-Bohleber & Target, 2002; Luyten et al., 2006).

Neste sentido, Ferrajão e Oliveira (2015a) propuseram que o estudo de caso como um método válido para a geração de conhecimento e desenvolvimento da teoria psicanalítica, i.e., uma generalização teórica (Yin, 1998), conseguidas através da acumulação de casos que permitem uma generalização indutiva para a teoria. A utilização do método de estudo de caso baseados em processos indutivos e de inferência na compreensão e interpretação da experiência subjetiva de cada indivíduo é efectuada através do uso dos conceitos e teorias psicanalíticas (Hinshelwood, 2010). Desta forma, o método de estudo de caso, incluindo através de extra-clínica, constitui uma actividade de pesquisa científica que possibilita a obtenção de evidências válidas para as teorias acerca dos processos mentais (Ferrajão & Oliveira, 2015a; Hinshelwood, 2013).

Um conjunto de autores salientou que a investigação dos fenómenos e processos psicanalíticos através da investigação extra-clínica deverá privilegiar a realização de estudos naturalistas efectuados através da utilização de métodos de investigação provenientes da psicologia comparativa (Leuzinger-Bohleber & Fischmann, 2006; Leuzinger-Bohleber & Target, 2002; Luyten et al., 2006). Estes estudos naturalistas deverão contemplar a realização de estudos de caso em combinação com uma análise sistematizada dos dados de todos os participantes no estudo de modo que seja possível a obtenção duma visão global dos dados (Ferrajão & Oliveira, 2015a; Jiménez, 2007; Leuzinger-Bohleber & Target, 2002). Com este propósito, no Estudo 2, foi efectuado uma análise de múltiplos estudos de caso, ou método comparativo de casos (Yin, 1998), através da análise e comparação de participantes que apresentavam diferenças na remissão da PSPT.

Desta forma, consideramos que as observações da prática clínica, descritas na revisão da literatura, poderão ser alvo de investigação empírica. Tendo em consideração que o propósito fundamental da psicanálise refere-se ao estudo e compreensão dos processos inconscientes, um conjunto de autores salientou a investigação extra-clínica qualitativa como o conjunto de métodos mais adequados ao estudo e compreensão da experiência subjectiva dos indivíduos (Anderson, 2006). Tal ocorre em virtude do uso de metodologias qualitativas permitir efectuar inferências válidas sobre os processos inconscientes associados aos fenómenos em estudo (Midgley, 2006). Tendo em conta estas considerações, o estudo dos nossos problemas de investigação nos Estudos 2 e 3 foi efectuado através da realização duma investigação com recurso à utilização de métodos qualitativos.

A opção pelo recurso a métodos qualitativos deveu-se igualmente ao facto da investigação qualitativa permitir a aquisição de conhecimento sobre a experiência humana

através do estudo de casos individuais com maior aproximação aos princípios do método de investigação utilizado no contexto clínico (Zepf, 2009), independentemente do modelo teórico (Strauss & Corbin, 1990; Yin, 1998). Por outro lado, a investigação dos fenómenos psicanalíticos no contexto da prática clínica envolve a integração dos dados nos significados pessoais, históricos e culturais (Jiménez, 2007; Midgley, 2006). Similarmente, a investigação qualitativa privilegia o estudo aprofundado dos significados atribuídos pelos indivíduos aos acontecimentos e fenómenos e à experiência individual dos acontecimentos integrados no seu contexto social e cultural de ocorrência (Willig, 2008; Yin, 1998, 2011). Ainda que a utilização de métodos de investigação qualitativa permita assegurar a “autenticidade” do objecto de estudo, tendo em conta a sua individualidade e especificidade, este método permite igualmente a compreensão dos fenómenos de estudo dum ponto de vista teórico que possibilita a generalização e abstracção do conhecimento sobre o fenómeno (Zepf, 2009), i.e., uma generalização analítica (Yin, 1998, 2011).

De acordo com alguns autores, os dados obtidos através de métodos de investigação qualitativa sobre os processos conscientes e inconscientes poderão ser comparados e contrastados com os dados obtidos através de métodos quantitativos (Anderson, 2006; Leuzinger-Bohleber & Target, 2002). A utilização dum delineamento de métodos-mistos permite efectuar o confronto entre diferentes perspectivas, tendo em consideração a relação entre o conjunto de dados recolhidos através dos diferentes métodos (Todd, Nerlich, McKeon, & Clarke, 2004). Foi utilizada uma abordagem “bottom-up”, iniciada através duma análise aprofundada e compreensiva das verbalizações dos participantes, que foi complementada com a comparação e contraste com os dados recolhidos através dos métodos quantitativos através duma análise sistemática dos dados dos participantes de forma a obter uma visão global dos dados (Anderson, 2006; Leuzinger-Bohleber & Target, 2002; Yin, 1998).

Desta forma, no Estudo 3 foi utilizado um delineamento de métodos mistos envolvendo a recolha, análise e integração de dados quantitativos e qualitativos para responder às questões de investigação (Creswel & Zhang, 2009). Com este objectivo, foi efectuado um estudo correlacional naturalista de delineamento transversal com o objectivo de analisar as relações entre as variáveis estudadas (Creswel & Zhang, 2009). Foi utilizado um delineamento concorrente envolvendo a recolha simultânea, na mesma fase, de dados quantitativos e qualitativos, seguidos da análise separada dos dados, finalizada com uma mescla dos dados no processo de interpretação dos diferentes dados (Creswel & Zhang, 2009). A utilização dum delineamento de métodos-mistos permitiu o estudo das associações

entre diferentes níveis e componentes dos fenómenos de estudo (Eid & Diener, 2006; Todd et al., 2004). Tendo em consideração as hipóteses consideradas no Estudo 3 relativas à associação entre processos intrapsíquicos e interpessoais com a severidade dos sintomas da PSPT e Depressão, a utilização deste delineamento permitiu estudar a associação entre os diferentes componentes propostos nos problemas do estudo.

De forma a podermos responder às questões formuladas, como referido no capítulo anterior, foram efectuados três estudos. O primeiro estudo foi efectuado junto duma amostra de ex-combatentes que recebia tratamento psiquiátrico e psicoterapêutico. O segundo estudo foi efectuado junto dum grupo de ex-combatentes com PSPT crónica e um grupo com remissão da PSPT. O terceiro estudo foi efectuado junto da amostra do segundo estudo.

5.1. Estudo 1 - Efeitos dos componentes da experiência de guerra e do senso de coerência no desenvolvimento da PSPT e Depressão

Para analisar os efeitos dos três componentes de guerra (exposição ao combate, testemunho de violência abusiva e prática de violência abusiva) e do senso de coerência no desenvolvimento da PSPT e Depressão em ex-combatentes, foi efectuado um estudo de delineamento transversal junto de 120 ex-combatentes da GCP. Os participantes recebiam tratamento psiquiátrico e psicoterapêutico em três instituições portuguesas especializadas na intervenção junto de ex-combatentes. Os critérios de inclusão foram: realização duma intervenção psiquiátrica e psicoterapêutica nos últimos cinco anos; ausência de episódios de lesão cerebral; ausência de perturbação neuropsicológica; ausência de deficiência física resultante da experiência de guerra; ausência de episódios de doença mental prévios ao serviço militar. Foram definidos os seguintes critérios de exclusão: intervenção psiquiátrica e psicoterapêutica com duração inferior a cinco anos; realização apenas de intervenção psiquiátrica ou psicoterapêutica; deficiência física resultante da experiência de guerra; episódios de doença mental prévios ao serviço militar; lesão cerebral, perturbação neurológica ou cognitiva confirmada.

Foram utilizados os seguintes instrumentos: questionário de informações socio-demográficas, Combat Exposure Scale (CES; Keane et al., 1989), adaptação do Traumagraf (Pereira & Valentine, 2002) desenvolvida para este estudo para recolha dos dados referentes ao testemunho e participação em violência abusiva, o Sense of Coherence Questionnaire (SOCS; Antonovsky, 1998; Nunes, 1999), o Impact of Event Scale - Revised (IES-R; Weiss

& Marmar, 1997; Vieira, 2007), e o Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis & Melsaratos, 1983; Canavarro, 1995) para a avaliação dos sintomas de Depressão.

Foi efectuada uma análise de regressão logística binomial independente para determinar os efeitos das variáveis predictoras (exposição ao combate, testemunho de violência abusiva, prática de violência abusiva e senso de coerência) no diagnóstico da PSPT e Depressão. As análises de regressão logísticas foram efectuadas num único passo, com a introdução das variáveis duma vez nos modelos.

Foi efectuado o teste da hipótese de mediação através da realização dum conjunto de análises de regressão onde foram analisadas a significância dos coeficientes em cada passo (Tabachnick & Fidell, 2007). Foram controladas as variáveis idade, etnia e estado civil, tendo estas variáveis sido introduzidas no primeiro passo do modelo.

5.1.1. Artigo do Estudo das Variáveis intervenientes no desenvolvimento da PSPT e Depressão

Este estudo foi efectuado num único artigo.

5.2. Estudo 2 - Estudo do processo de ajustamento às experiências traumáticas de guerra

Para explorar as experiências percebidas como traumáticas e os factores atribuídos à restauração da resiliência no coping dos sintomas pós-traumáticos e das consequências psicossociais da traumatização foi efectuado um estudo qualitativo com um delineamento transversal. Foi seleccionada uma amostra intencional (Willig, 2008) de ex-combatentes que desenvolveram perturbação mental em consequência da experiência da guerra. A amostra ($N=60$) era constituída por um grupo de ex-combatentes com PSPT crónica e um grupo de ex-combatentes com remissão da PSPT. O primeiro grupo era formado por actuais pacientes de duas instituições portuguesas especializadas na intervenção junto de ex-combatentes ($n=30$), enquanto o segundo grupo era formado por antigos pacientes dessas instituições ($n=30$). Os critérios de inclusão foram: manutenção durante 10 anos dos critérios de diagnóstico para PSPT, realização de intervenção psiquiátrica e psicoterapêutica nesse período; ausência de lesão cerebral ou perturbação neuropsicológica; ausência de deficiência física resultante da experiência de guerra; ausência de episódio de doença mental prévia ao serviço militar. Os participantes com PSPT crónica (não-recuperados) realizavam intervenção psiquiátrica e psicoterapêutica no momento da recolha dos dados. Os participantes com remissão da PSPT (recuperados) eram antigos pacientes com diagnóstico da PSPT que

apresentavam remissão da PSPT. Os critérios de remissão foram definidos da seguinte forma: ausência de critérios de diagnóstico da PSPT de acordo com a Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS); sem efectuar tratamento por decisão clínica durante o último ano; ausência de recaídas durante o último ano, avaliada periodicamente, de forma a assegurar que a remissão da PSPT não fosse temporária.

Foram utilizados os seguintes instrumentos: um questionário para a recolha de dados socio-demográficos e clínicos; uma entrevista semi-estruturada para explorar as experiências percebidas como traumáticas, e dos recursos e processos atribuídos à restauração da resiliência no coping dos sintomas pós-traumáticos e das consequências psicossociais da traumatização. Foram efectuadas duas entrevistas individuais com cada participante com duração aproximada entre 50 e 60 minutos para cada entrevista. Os últimos 30 minutos após as entrevistas foram utilizados para a recolha dos dados socio-demográficos e clínicos. Os dados qualitativos foram gravados, transcritos integralmente, e verificados previamente à análise, tendo sido analisados independentemente por dois investigadores. A análise de conteúdo foi efectuada utilizando a Thematic and Categorical Analysis proposta por Bardin (2009).

5.2.1. Artigo do estudo factores atribuídos à recuperação da perturbação pós-traumática

Este estudo foi efectuado num único artigo.

5.3. Estudo 3 - Estudo da associação das variáveis intrapsíquicas e inter-relacionais com a severidade de sintomas da PSPT e Depressão

Para analisar as diferenças nas variáveis intra e interpessoais relacionadas com a experiência de traumatização de guerra entre ex-combatentes com PSPT crónica e os ex-combatentes com remissão da PSPT, e analisar as relações entre essas variáveis com a severidade de sintomas da PSPT e Depressão foi efectuado um estudo transversal através dum delineamento de métodos mistos. A amostra seleccionada para este estudo incluiu os mesmos participantes do Estudo 2.

Foram utilizados os seguintes instrumentos: um questionário para recolha de dados socio-demográficos e clínicos; uma entrevista semi-estruturada para explorar o processo pós-traumático dos participantes; o Impact of Event Scale - Revised (IES-R; Weiss & Marmar, 1997); o Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis & Melsaratos, 1983) para avaliar a severidade dos sintomas depressivos, e a Combat Exposure Scale (CES; Keane et al., 1989).

Foram efectuadas duas entrevistas individuais com cada participante com uma duração aproximada entre 50 e 60 minutos. Os últimos 30 minutos após as entrevistas foram utilizados para a recolha dos dados socio-demográficos e clínicos, e para avaliar os sintomas da PSPT e Depressão, e o nível de exposição ao combate.

Os dados qualitativos foram gravados, transcritos integralmente, e verificados previamente à análise, tendo sido analisados independentemente por dois investigadores. A análise de conteúdo foi efectuada utilizando a Thematic and Categorical Analysis proposta por Bardin (2009).

5.3.1. Artigo do estudo da associação das variáveis intra e interpessoais

associadas à traumatização de guerra com a severidade de sintomas da PSPT e Depressão

Este estudo foi efectuado num único artigo.

5.4. Esquema global dos artigos da Tese

Para responder às questões do nosso estudo, foram efectuados três estudos, gerando no total três artigos. Os objectivos de cada artigo foram responder a cada questão da investigação. A Figura 1 ilustra a forma como foi delineada a estrutura da nossa investigação. Em todos os trabalhos, foi adoptado um delineamento transversal, similar ao adoptado em estudos quantitativos, qualitativos e de métodos mistos efectuados nesta área. Desta forma, a realização de estudos correlacionais através dum delineamento transversal não permite a inferência de relações causais entre as variáveis (Barker et al., 2002), tanto sobre os mecanismos e estratégias mentais envolvidos na recuperação da PSPT, como relativamente à relação de causalidade entre a severidade dos sintomas da PSPT e Depressão com as variáveis intra e interpessoais. Contudo, esses estudos permitirão oferecer uma visão mais alargada do processo pós-traumático em ex-combatentes que apresentavam diferenças na trajectória de ajustamento psicossocial à traumatização resultante da experiência de guerra.

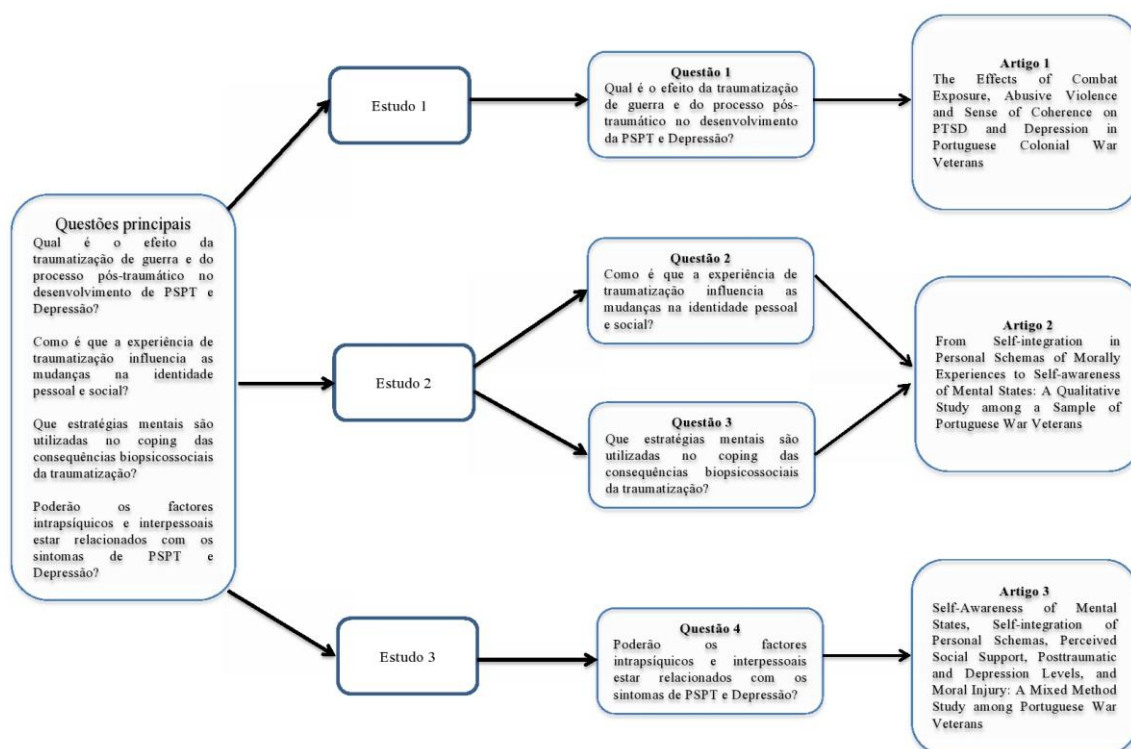


Figura 1 – Estrutura do Delineamento da Tese

Este plano de estudos foi precedido dum conjunto de estudos introdutórios que tiveram como objectivos comuns a preparação desta tese. Neste sentido, foi elaborado um estudo onde foi discutido e explorado a utilização do estudo de caso como metodologia de investigação psicanalítica científica (Ferreira & Oliveira, 2015a). Neste trabalho estabelecemos a pertinência da utilização do estudo de caso como metodologia de investigação psicanalítica científica geradora de evidências científicas válidas sobre os fenómenos psíquicos e sociais. Tal como proposto por outros autores, a realização de estudos de caso combinada com a análise sistematizada dum conjunto de casos possibilita a recolha de evidências que permitem a generalização e abstracção do conhecimento sobre os fenómenos estudados (Jiménez, 2007; Leuzinger-Bohleber & Target, 2002; Zepf, 2009; Yin, 1998, 2011).

Num outro estudo efectuado previamente aos trabalhos que compuseram esta Dissertação, analisámos a interacção dos recursos pessoais e sociais com os sintomas da PSPT

num grupo de participantes com PSPT crónica e num grupo de participantes sem psicopatologia após a guerra no decurso da sua vida (Ferrajão & Aragão Oliveira, 2014). Os resultados deste estudo sugeriram que os ex-combatentes que não desenvolveram qualquer psicopatologia após a guerra apresentavam mais recursos pessoais (compreensão dos estados mentais e capacidade de auto-regulação) e sociais (capacidade em recorrer ao suporte dos outros) no coping dos sintomas pós-traumáticos. Estes resultados levaram-nos a colocar a hipótese de que a recuperação da PSPT associava-se à promoção ou restauração de recursos pessoais e sociais (Agaibi & Wilson, 2005; Gobodo-Madikizela, 2008; Varvin & Rosenbaum, 2015).

Tendo em consideração que alguns dos instrumentos amplamente utilizados na investigação nesta população não dispunham de adaptações para a língua portuguesa, efectuámos um processo de tradução e adaptação cultural da Combat Exposure Scale (Keane et al., 1989) para Português. Inicialmente, o instrumento foi traduzido para Português por três tradutores independentes: dois psicólogos clínicos com experiência clínica com ex-combatentes e um estudante de doutoramento com experiência clínica junto dessa população. Esta metodologia foi baseada em evidências da literatura que referem que os tradutores devem ser fluentes em ambas as línguas e compreender ambas as culturas, mas devem, igualmente, ter conhecimento sobre a construção do instrumento e dos constructos avaliados (Hambleton, 2001; Hambleton & Patsula, 1999). Posteriormente, cada tradução individual foi comparada com as outras pelos tradutores numa discussão em grupo com o objectivo de obter uma versão consensual final. Esta metodologia assegurou a preservação do significado linguístico e conotativo dos itens, assegurando uma melhor qualidade de tradução comparativamente ao método tradicional de tradução e retroversão (Hambleton, 2001). A versão resultante foi alvo dum pré-teste junto dum pequeno grupo com características socio-demográfica semelhantes aos dos participantes dos estudos da presente Dissertação.

Tendo em conta a inexistência de instrumentos adaptados para Português que avaliem a participação e o testemunho de violência abusiva no contexto de guerra, optámos por uma adaptação do Traumagraf (Pereira & Valentine, 2002) para a sua utilização num dos estudos componentes desta Dissertação (Estudo 1). Os itens que avaliaram essas dimensões da experiência de guerra foram construídos a partir dum trabalho por nós publicado (Ferrajão & Oliveira, 2013a), no qual identificámos a descrição de episódios de violência desproporcionada contra inimigos ou civis fora da situação de combate, que incluíram actos de maus-tratos ou vingança. Nesse trabalho foi identificada a descrição desses actos em

diferentes situações: participação directa na violência abusiva ou o testemunho da violência abusiva. A versão resultante foi alvo dum pré-teste junto dum pequeno grupo com características socio-demográfica semelhantes aos dos participantes dos estudos da presente Dissertação.

De igual modo, efectuámos um conjunto de estudos complementares aos estudos integrantes desta Dissertação. Estes trabalhos foram realizados com o propósito de analisar e fornecer suporte para algumas das hipóteses levantadas pelas evidências alcançadas nos estudos que compuseram esta Dissertação.

Neste sentido, em complementaridade com o Estudo 1, efectuámos um estudo onde analisámos o efeito de moderação das representações dos outros na relação entre a exposição ao combate e os sintomas da PSPT (Ferrajão & Oliveira, 2015b). Adicionalmente, em complementaridade com o Estudo 2, efectuámos um estudo onde foram explorados os factores atribuídos por um grupo de ex-combatentes da GCP à recuperação da perturbação associada às experiências de dano moral (Ferrajão & Oliveira, 2015c). Em complementaridade com o Estudo 2, explorámos as estratégias utilizadas no trabalho de luto e a sua influência nas tentativas de suicídio em ex-combatentes da GCP (Ferrajão, Oliveira, & Marques, 2015). Ainda em complementaridade com o Estudo 2, analisámos a relação entre os recursos internos e sociais com a organização e coerências das narrativas de ex-combatentes (Ferrajão & Oliveira, 2013b). Efectuámos um estudo onde foram exploradas as estratégias de coping e os recursos psicossociais percebidos envolvidos na adesão ao tratamento em ex-combatentes (Ferrajão & Oliveira, 2015d). Por último, em complementaridade com o Estudo 3, efectuámos um estudo onde analisámos o efeito de mediação dos recursos pessoais e sociais na associação entre as representações dos outros com os sintomas da PSPT (Ferrajão & Oliveira, 2014).

6. Referências

- Agaibi, C. E., & Wilson, J. P. (2005). Trauma, PTSD, and resilience: A review of the literature. *Trauma Violence Abuse* 2005, 6; 195-216. doi: 10.1177/1524838005277438
- Ajdukovic, D., Ajdukovic, D., Bogic, M., Franciskovic, T., Galeazzi, G., Kucukalic, A., & ... Pribe, S. (2013). Recovery from posttraumatic stress symptoms: A qualitative study of attributions in survivors of war. *Plos ONE*, 8(8). doi: 10.1371/journal.pone.0070579. eCollection 2013
- Alayarian, A. (2011). *Trauma, torture, and dissociation: A psychoanalytic view*. London England: Karnac Books.
- Albuquerque, A., Fernandes, A., Saraiva, E., Lopes, F. (1992a). Perturbação pós-traumática do stress em combatentes da guerra colonial. [Post-traumatic stress disorder in soldiers of the colonial war.]. *Revista de Psicologia Militar*, 1992,1-9.
- Albuquerque, A. d., Fernandes, A., Saraiva, E., & Lopes, F. (1992b). Distúrbios post-traumáticos do stress em ex-combatentes da guerra colonial. *Revista de Psicologia Militar*, SPC, 399-407.
- Albuquerque, A., & Lopes, F. (1997). Stress de guerra: A ferida encoberta. *Revista de Psiquiatria*, 10, 47-56.
- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P. M., & Alves, C. (2003). Perturbação pós-traumática do stress (PTSD): Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 309-320.
- Aldwin, C. M., Levenson, M. R., & Spiro, A. (1994). Vulnerability and resilience to combat exposure: Can stress have lifelong effects?. *Psychology and Aging*, 9, 34-44. doi:10.1037/0882-7974.9.1.34
- Aldwin, C. M., & Yancura, L. A. (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* (pp. 99-125). Washington, DC US: American Psychological Association. doi:10.1037/10723-005
- Allen, J. (2005). *Coping with trauma: Hope through understanding*. American Psychiatric Publishing, Inc.: Washington, DC, London, England.
- Allen, J. G. (2006). Mentalizing in practice. In J. G. Allen, P. Fonagy (Eds.), *Thandbook of mentalization-based treatment* (pp. 3-30). Hoboken, NJ US: John Wiley & Sons Inc. doi:10.1002/9780470712986.ch1

- Amati Sas, S. (1992). Ambiguity as the route to shame. *The International Journal of Psychoanalysis*, 73(2), 329-341.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV (4th ed.)*. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR (4th ed., text rev.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.)*. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Amir, N., Stafford, J., Freshman, M. S., & Foa, E. B. (1998). Relationship between trauma narratives and trauma pathology. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 385-392. doi:10.1023/A:1024415523495
- Anderson, J. (2006). Well-suited partners: psychoanalytic research and grounded theory. *Journal of Child Psychotherapy*, 32(3), 329-348
- Andrews, B., Brewin, C. R., Stewart, L., Philpott, R., & Hejdenberg, J. (2009). Comparison of immediate-onset and delayed-onset posttraumatic stress disorder in military veterans. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 767-777. doi:10.1037/a0017203
- Antonovsky, A. (1998). The structure and properties of the Sense of Coherence scale. In H. I. McCubbin, E. A. Thompson, A. I. Thompson, J. E. Fromer (Eds.), *Stress, coping, and health in families: Sense of coherence and resiliency* (pp. 21-40). Thousand Oaks, CA US: Sage Publications, Inc.
- Anunciação, C. (1997). Ajustamento marital em ex-combatentes da Guerra Colonia com e sem perturbação pós-stress traumático. [Marital adjustment in vererans from the Portuguese Colonial War with and without posttraumatic stress disorder]. *Análise Psicológica*, 15(4), 595-604.
- Anunciação, C. (2010). *Coping e stress traumático em combatentes*. Lisboa: Liga dos Combatentes.
- Auerbach, C. F., Salick, E., & Fine, J. (2006). Using grounded theory to develop treatment strategies for multicontextual trauma. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37, 367-373. doi:10.1037/0735-7028.37.4.367

- Auerhahn, N. C., & Laub, D. (1984). Annihilation and restoration: Post-traumatic memory as pathway and obstacle to recovery. *The International Journal of Psychoanalysis*, 11(3), 327-344.
- Auerhahn, N. C., & Laub, D. (1987). Play and playfulness in Holocaust survivors. *The Psychoanalytic Study of The Child*, 42, 45-58.
- Auerhahn, N. C., Laub, D., & Peskin, H. (1993). Psychotherapy with Holocaust survivors. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30, 434-442. doi:10.1037/0033-3204.30.3.434
- Auerhahn, N. C., & Peskin, H. (2003). Action knowledge, acknowledgment, and interpretive action in work with holocaust survivors. *Psychoanalytic Quarterly*, 72(3), 615-659.
- Ayalon, L., Perry, C., Arean, P. A., & Horowitz, M. J. (2007). Making sense of the past--perspectives on resilience among Holocaust survivors. *Journal of Loss and Trauma*, 12, 281-293. doi:10.1080/15325020701274726
- Balderrama-Durbin, C., Snyder, D. K., Cigrang, J., Talcott, G., Tatum, J., Baker, M., & ... Smith Slep, A. M. (2013). Combat disclosure in intimate relationships: Mediating the impact of partner support on posttraumatic stress. *Journal of Family Psychology*, 27, 560-568. doi:10.1037/a0033412
- Balint, M. (1969). *The basic fault: Therapeutic aspects of regression*. Evanston, IL, US: Northwestern University Press.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisbon, Portugal: Edições 70, LDA.
- Barker, C., Pistrang, N., & Elliot, R. (2002). *Research methods in clinical psychology: An introduction for students and practitioners*. West Sussex, England: John Wiley & Sons.
- Barrett, D. H., Doebbeling, C. C., Schwartz, D. A., Voelker, M. D., Falter, K. H., Woolson, R. F., & Doebbeling, B. N. (2002). Posttraumatic stress disorder and self-reported physical health status among U.S. military personnel serving the during gulf war period: A population-based study. *Psychosomatics: Journal of Consultation And Liaison Psychiatry*, 43, 195-205. doi:10.1176/appi.psy.43.3.195
- Bartone, P. T. (2005). The need for positive meaning in military operations: Reflections on Abu Ghraib. *Military Psychology*, 17, 315-324. doi:10.1207/s15327876mp1704_5
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. New York: Oxford University Press.

- Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Muraven, M., & Tice, D. M. (1998). Ego depletion: Is the active self a limited resource?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1252-1265. doi:10.1037/0022-3514.74.5.1252
- Beaudreau, S. A. (2007). Are trauma narratives unique and do they predict psychological adjustment?. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 353-357. doi:10.1002/jts.20206
- Beckham, J. C., Feldman, M. E., & Kirby, A. C. (1998). Atrocities exposure in Vietnam combat veterans with chronic posttraumatic stress disorder: Relationship to combat exposure, symptom severity, guilt and interpersonal violence. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 777-785. doi:10.1023/A:1024453618638
- Bedard-Gilligan, M., & Zoellner, L. A. (2012). Dissociation and memory fragmentation in post-traumatic stress disorder: An evaluation of the dissociative encoding hypothesis. *Memory*, 20, 277-299. doi:10.1080/09658211.2012.655747
- Berntsen, D., Willert, M., & Rubin, D. C. (2003). Splintered memories or vivid landmarks? Qualities and organization of traumatic memories with and without PTSD. *Applied Cognitive Psychology*, 17, 675-693. doi:10.1002/acp.894
- Besser, A., & Neria, Y. (2012). When home isn't a safe haven: Insecure attachment orientations, perceived social support, and PTSD symptoms among Israeli evacuees under missile threat. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4, 34-46. doi:10.1037/a0017835
- Bichi, E. L., & Slotkin, P. (2008). A case history: From traumatic repetition towards psychic representability. *The International Journal of Psychoanalysis*, 89, 541-560. doi:10.1111/j.1745-8315.2008.00054.x
- Bills, C. B., Dodson, N., Stellman, J. M., Southwick, S., Sharma, V., Herbert, R., & ... Katz, C. L. (2009). Stories behind the symptoms: A qualitative analysis of the narratives of 9/11 rescue and recovery workers. *Psychiatric Quarterly*, 80, 173-189. doi:10.1007/s11126-009-9105-7
- Bion, W. R. (1961). A theory of thinking. *International Journal of Psycho-Analysis*, 43, 306-10.
- Bion, W. R. (1970). *Attention and interpretation: A scientific approach to insight in psycho-Analysis and groups*. Oxford: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Black, D. W., Carney, C. P., Forman-Hoffman, V. L., Letuchy, E., Peloso, P., Woolson, R. F., & Doebbeling, B. N. (2004). Depression in veterans of the first Gulf war and comparable military controls. *Annals of Clinical Psychiatry*, 16, 53-61. doi:10.1080/10401230490452645

- Blake, D. D., Cook, J. D., & Keane, T. M. (1992). Post-traumatic stress disorder and coping in veterans who are seeking medical treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 48, 695-704. doi:10.1002/1097-4679(199211)48:6<695::AID-JCLP2270480602>3.0.CO;2-P
- Blum, H. P. (2003). Psychic trauma and traumatic object loss. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51(2), 415-431.
- Bohleber, W. (2007). Remembrance, trauma and collective memory: The battle for memory in psychoanalysis. *The International Journal of Psychoanalysis*, 88, 329-352. doi:10.1516/V5H5-8351-7636-7878
- Bokanowski, T. (2005). Variations on the concept of traumatism: Traumatism, traumatic, trauma. *International Journal of Psycho-Analysis*, 86(2), 251-265.
- Bonanno, G. A. (1990). Repression, accessibility, and the translation of private experience. *Psychoanalytic Psychology*, 7, 453-473. doi:10.1037/0736-9735.7.4.453
- Bonanno, G. A. (2008). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, And Policy*, S(1), 101-113. doi:10.1037/1942-9681.S.1.101
- Bonanno, G. A., & Mancini, A. D. (2012). Beyond resilience and PTSD: Mapping the heterogeneity of responses to potential trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4, 74-83. doi:10.1037/a0017829
- Bonomi, C. (2003). Between symbol and antisymbol: The meaning of trauma reconsidered. *International Forum of Psychoanalysis*, 12, 17-21. doi:10.1080/08037060310005214
- Booth-Kewley, S., Larson, G. E., Highfill-McRoy, R. M., Garland, C. F., & Gaskin, T. A. (2010). Factors associated with antisocial behavior in combat veterans. *Aggressive Behavior*, 36, 330-337. doi: 10.1002/ab.20355
- Booth-Kewley, S., Schmied, E. A., Highfill-McRoy, R. M., Larson, G. E., Garland, C. F., & Ziajko, L. A. (2013). Predictors of psychiatric disorders in combat veterans. *BMC Psychiatry*, 13doi:10.1186/1471-244X-13-130
- Boscarino, J. A. (1996). Posttraumatic stress disorder, exposure to combat, and lower plasma cortisol among Vietnam veterans: Findings and clinical implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 191-201. doi:10.1037/0022-006X.64.1.19
- Boscarino, J. A. (2004). Posttraumatic stress disorder and physical illness: Results from clinical and epidemiologic studies. In R. Yehuda, B. McEwen, R. Yehuda, B.

- McEwen (Eds.), *Biobehavioral stress response: Protective and damaging effects* (pp. 141-153). New York, NY, US: New York Academy of Sciences.
- Boscarino, J. A. (2007). The mortality impact of combat stress 30 years after exposure: Implications for prevention, treatment, and research. In C. R. Figley, W. P. Nash (Eds.), *Combat stress injury: Theory, research, and management* (pp. 97-117). New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Boscarino, J. A. (2008). A prospective study of PTSD and early-age heart disease mortality among Vietnam veterans: Implications for surveillance and prevention. *Psychosomatic Medicine*, 70, 668-676. doi:10.1097/PSY.0b013e31817bccaf
- Bouchard, M., & Lecours, S. (2004). Analyzing forms of superego functioning as mentalizations. *The International Journal of Psychoanalysis*, 85, 879-896. doi:10.1516/0AYK-3DCT-UQ87-WH4L
- Bouchard, M., Target, M., Lecours, S., Fonagy, P., Tremblay, L., Schachter, A., & Stein, H. (2008). Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanalytic Psychology*, 25, 47-66.
- Boulanger, G. (2002a). The cost of survival: Psychoanalysis and adult onset trauma. *Contemporary Psychoanalysis*, 38(1), 17-44.
- Boulanger, G. (2002b). Wounded by reality: The collapse of the self in adult onset trauma. *Contemporary Psychoanalysis*, 38(1), 45-76.
- Bowen, A., Shelley, M., Helmes, E., & Landman, M. (2010). Disclosure of traumatic experiences, dissociation, and anxiety in group therapy for posttraumatic stress. *Anxiety, Stress & Coping: an International Journal*, 23, 449-461. doi:10.1080/10615800903414315
- Bragin, M. (2010). Can anyone here know who I am? Co-constructing meaningful narratives with combat veterans. *Clinical Social Work Journal*, 38, 316-326. doi: 10.1007/s10615-010-0267-4
- Bragin, M. (2011, August). *Myth memory and meaning: Psychoanalytic reflections on treating combat veterans in time of hidden war*. Paper presented at the IPA 2011 Mexico Congress.
- Bramsen, I., Dirkzwager, A. E., & van der Ploeg, H. M. (2000). Predeployment personality traits and exposure to trauma as predictors of posttraumatic stress symptoms: A prospective study of former peacekeepers. *The American Journal Of Psychiatry*, 157, 1115-1119. doi:10.1176/appi.ajp.157.7.1115

- Brenner, L. A., Gutierrez, P. M., Cornette, M. M., Betthausen, L. M., Bahraini, N., & Staves, P. J. (2008). A Qualitative study of potential suicide risk factors in returning combat veterans. *Journal of Mental Health Counseling*, 30(3), 211-225.
- Brewin, C. R. (2003). *Posttraumatic stress disorder: Malady or myth?*. New Haven, CT, US: Yale University Press.
- Britton, R. (1998). *Belief and imagination: Exploration in psychoanalysis*. London and New York: Routledge.
- Britton, R. (2011). Subjectivity, objectivity, and triangular space. In J. Rose (Ed.), *Mapping psychic reality: Triangulation, communication, and insight* (pp. 91-104). London, England: Karnac Books.
- Brock, R. (2013). Moral injury: The crucial missing piece in understanding soldier suicides. *Network News*, 14-16.
- Bromberg, P. M. (2001). The gorilla did it: Some thoughts on dissociation, the real, and the really real. *Psychoanalytic Dialogues*, 11(3), 385-404.
- Brown, L. J. (2006). Julie's museum: The evolution of thinking, dreaming and historicization in the treatment of traumatized patients. *The International Journal of Psychoanalysis*, 87, 1569-1585. doi:10.1516/BV7N-L9PX-YJBR-CWEJ
- Brown, N. R., Kallivayalil, D., Mendelsohn, M., & Harvey, M. R. (2012). Working the double edge: Unbraiding pathology and resiliency in the narratives of early-recovery trauma survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, And Policy*, 4, 102-111. doi:10.1037/a0024969
- Bryan, A. O., Bryan, C. J., Morrow, C. E., Etienne, N., & Ray-Sannerud, B. (2014). Moral injury, suicidal ideation, and suicide attempts in a military sample. *Traumatology*, 20, 154-160. doi:10.1037/h0099852
- Bryan, C. J., Cukrowicz, K. C., West, C. L., & Morrow, C. E. (2010). Combat experience and the acquired capability for suicide. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 1044-1056. doi:10.1002/jclp.20703
- Bryan, C. J., Elder, W. B., McNaughton-Cassill, M., Osman, A., Hernandez, A., & Allison, S. (2013). Life meaning following combat among Air Force security forces personnel. *Military Psychology*, 25, 354-364. doi:10.1037/mil0000005
- Bucci, W. (2003). Varieties of dissociative experiences: A multiple code account and a discussion of Bromberg's case of 'William'. *Psychoanalytic Psychology*, 20, 542-557. doi:10.1037/0736-9735.20.3.542

- Buckley, T. C., Mozley, S. L., Bedard, M. A., Dewulf, A., & Greif, J. (2004). Preventive health behaviors, health-risk behaviors, physical morbidity, and health-related role functioning impairment in veterans with post-traumatic stress disorder. *Military Medicine*, 169(7), 536-540.
- Burnell, K. J., Coleman, P. G., & Hunt, N. N. (2006). Falklands War veterans' perceptions of social support and the reconciliation of traumatic memories. *Aging & Mental Health*, 10, 282-289. doi:10.1080/13607860500409385
- Cahill, S., Rothbaum, B., Resick, P., & Follette, V. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adults. In E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman, & J. A. Cohen (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (2nd ed.)* (pp. 139-222). New York, NY, US: Guilford Press.
- Campbell, M. C., & Morrison, A. P. (2007). The psychological consequences of combat exposure: The importance of appraisals and post-traumatic stress disorder symptomatology in the occurrence of delusional-like ideas. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 187-201. doi:10.1348/014466506X128287
- Campbell, T. A., Pickett, T. C., & Yoash-Gantz, R. E. (2010). Psychological rehabilitation for US veterans. In E. Martz (Ed.), *Trauma rehabilitation after war and conflict: Community and individual perspectives* (pp. 159-176). New York, NY US: Springer Science + Business Media. doi:10.1007/978-1-4419-5722-1_8
- Campos, Â. (2008). "We are still ashamed of our own history". Interviewing ex-combatants of the Portuguese colonial war (1961-1974). *Lusotopie*, 15, 107 – 126. doi: 10.1163/176830808786933247
- Canavarro, M. (1995). Inventário de sintomas psicopatológicas - B.S.I. In M. Simões, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal*, 2 (95-109). Braga: APPORT/SO.
- Caper, R. (2009). Building Out into the Dark. *Theory and observation in science and psychoanalysis*. London and New York: Routledge.
- Cardena, E. (1994). The domain of dissociation. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.) *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (pp. 15-31). New York: Guilford.
- Carlier, I. E., Lamberts, R. D., & Gersons, B. R. (1997). Risk factors for posttraumatic stress symptomatology in police officers: A prospective analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 498-506. doi:10.1097/00005053-199708000-00004

- Carlier, I. E., Lamberts, R. D., & Gersons, B. R. (2000). The dimensionality of trauma: A multidimensional scaling comparison of police officers with and without posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Research*, 97, 29-39. doi:10.1016/S0165-1781(00)00211-0
- Carlson, E. B., Dalenberg, C., & McDade-Montez, E. (2012). Dissociation in posttraumatic stress disorder part I: Definitions and review of research. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4, 479-489. doi:10.1037/a0027748
- Carr, R. B. (2011). Combat and human existence: Toward an intersubjective approach to combat-related PTSD. *Psychoanalytic Psychology*, 28, 471-496. doi:10.1037/a0024174
- Caruth, C. (1995). *Trauma: Explorations in memory*. Baltimore: The John Hopkins University Press .
- Chasseguet-Smirgel, J. (1988). From the archaic matrix of the Oedipus complex to the fully developed Oedipus complex - Theoretical perspective in relation to clinical experience and technique. *Psychoanalytic Quarterly*, 57, 505-527.
- Chatard, A., Pyszczyński, T., Arndt, J., Selimbegović, L., Konan, P., & Van der Linden, M. (2012). Extent of trauma exposure and PTSD symptom severity as predictors of anxiety-buffer functioning. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, And Policy*, 4, 47-55. doi:10.1037/a0021085
- Chiesa, M. (2005). Can psychoanalytic research integrate and improve knowledge for clinical practice?: Some reflections and an example. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 28(1), 31-39.
- Clark, A. A., & Owens, G. P. (2012). Attachment, personality characteristics, and posttraumatic stress disorder in U.S. veterans of Iraq and Afghanistan. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 657-664. doi:10.1002/jts.21760
- Começanha, A. (2011). *Percursos individuais face ao potencial trauma em ex-combatentes da guerra colonial: Uma comparação entre a patogénese e a salutogénese*. (Tese de Mestrado não publicada). Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Começanha, R., & Maia, Â. (2011). Determinantes da utilização de serviços de saúde em ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa: Estresse pós-traumático, neuroticismo e apoio social. *Contextos Clínicos*, 4, 123-131. doi: 10.4013/ctc.2011.42.06
- Connell, M., Omole, O., Subramaney, U., & Olorunju, S. (2013). Post traumatic stress disorder and resilience in veterans who served in the South African border war. *African Journal of Psychiatry*, 19. doi: <http://dx.doi.org/10.4314/ajpsy.v16i6.55>

- Cooper, A. M. (1986). Toward a limited definition of psychic trauma. In A. Rothstein (Ed.), *The reconstruction of trauma: Its significance in clinical work* (pp. 41-56). Madison, CT US: International Universities Press, Inc.
- Creech, S. K., Benzer, J. K., Liebsack, B. K., Proctor, S., & Taft, C. T. (2013). Impact of coping style and PTSD on family functioning after deployment in Operation Desert Shield/Storm returnees. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 507-511. doi:10.1002/jts.21823
- Creswel, J. W., & Zhang, W. (2009). The application of mixed methods designs to trauma research. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 612-621. doi: 10.1002/jts.20479.
- Currier, J. M., Holland, J. M., & Allen, D. (2012). Attachment and mental health symptoms among U.S. Afghanistan and Iraq veterans seeking health care services. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 633-640. doi:10.1002/jts.21752
- Currier, J. M., Holland, J. M., Chisty, K., & Allen, D. (2011). Meaning made following deployment in Iraq or Afghanistan: Examining unique associations with posttraumatic stress and clinical outcomes. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 691-698. doi:10.1002/jts.20691
- Currier, J., Holland, J., & Malott, J. (2014a). Moral injury, meaning making, and mental health in returning veterans. *Journal of Clinical Psychology*. doi: 10.1002/jclp.22134
- Currier, J. M., Holland, J. M., Jones, H. W., & Sheu, S. (2014b). Involvement in abusive violence among Vietnam veterans: Direct and indirect associations with substance use problems and suicidality. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6, 73-82. doi:10.1037/a0032973
- Daud, A., af Klinteberg, B., & Rydelius, P. (2008). Trauma, PTSD and personality: The relationship between prolonged traumatization and personality impairments. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 331-340. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00532.x
- Demers, A. (2011). When veterans return: The role of community in reintegration. *Journal of Loss and Trauma*, 16, 160-179. doi:10.1080/15325024.2010.519281
- Department of Defense Task Force on Mental Health. (2007). *An achievable vision: Report of the Department of Defense Task Force on Mental Health*. Falls Church, VA: Defense Health Board.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605. doi:10.1017/S0033291700048017

- Dirkzwager, A. E., Bramsen, I., & van der Ploeg, H. M. (2003). Social support, coping, life events, and posttraumatic stress symptoms among former peacekeepers: A prospective study. *Personality and Individual Differences*, 34, 1545-1559. doi:10.1016/S0191-8869(02)00198-8
- Ditzen, B., Schmidt, S., Strauss, B., Nater, U. M., Ehler, U., & Heinrichs, M. (2008). Adult attachment and social support interact to reduce psychological but not cortisol responses to stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 479-486. doi:10.1016/j.jpsychores.2007.11.011
- Drescher, K., & Foy, D. (2008) When they come home: Posttraumatic stress, moral injury, and spiritual consequences for veterans. *Reflective Practice: Formation and Supervision in Ministry*, 8, 85-102.
- Drescher, K., Foy, D., Litz, B., Kelly, C., Leshner, A., & Schutz, K. (2011). An exploration of the viability and usefulness of the construct of moral injury in war veterans. *Traumatology*, 17, 8-13. doi: 10.1177/1534765610395615
- Durai, U. B., Chopra, M. P., Coakley, E., Llorente, M. D., Kirchner, J. E., Cook, J. M., & Levkoff, S. E. (2011). Exposure to trauma and posttraumatic stress disorder symptoms in older veterans attending primary care: Comorbid conditions and self-rated health status. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59, 1087-1092. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03407.x
- Eid, M., & Diener, E. (2006). *Handbook of multimethod measurement in psychology*. Washington, DC, US: American Psychological Association. doi:10.1037/11383-000
- Ein-Dor, T., Doron, G., Solomon, Z., Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2010). Together in pain: Attachment-related dyadic processes and posttraumatic stress disorder. *Journal of Counseling Psychology*, 57, 317-327. doi:10.1037/a0019500
- Ein-Dor, T., Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2011a). Attachment insecurities and the processing of threat-related information: Studying the schemas involved in insecure people's coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101, 78-93. doi:10.1037/a0022503
- Ein-Dor, T., Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2011b). Effective reaction to danger: Attachment insecurities predict behavioral reactions to an experimentally induced threat above and beyond general personality traits. *Social Psychological And Personality Science*, 2, 467-473. doi:10.1177/1948550610397843

- Elder, G. H., & Clipp, E. C. (1989). Combat experience and emotional health: Impairment and resilience in later life. *Journal of Personality*, 57, 311-341. doi:10.1111/j.1467-6494.1989.tb00485.x
- Emanuel, R. (2001). A-void - An exploration of defences against sensing nothingness. *The International Journal of Psychoanalysis*, 82, 1069-1084. doi:10.1516/KUAM-XNPR-RWGGJ-6EDL
- Emery, P. E. (1996). The inner world in the outer world: The phenomenology of posttraumatic stress disorder from a psychoanalytic perspective. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 24(2), 273-291.
- Engelhard, I. M., van den Hout, M. A., Weerts, J., Hox, J. J., & van Doornen, L. P. (2009). A prospective study of the relation between posttraumatic stress and physical health symptoms. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(3), 365-372.
- Erbes, C. R., Meis, L. A., Polusny, M. A., Compton, J. S., & Wadsworth, S. (2012). An examination of PTSD symptoms and relationship functioning in U.S. soldiers of the Iraq war over time. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 187-190. doi:10.1002/jts.21689
- Erickson, D. J., Wolfe, J., King, D. W., King, L. A., & Sharkansky, E. J. (2001). Posttraumatic stress disorder and depression symptomatology in a sample of Gulf War veterans: A prospective analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 41-49. doi:10.1037/0022-006X.69.1.41
- Fairbank, J. A., Hansen, D. J., & Fitterling, J. M. (1991). Patterns of appraisal and coping across different stressor conditions among former prisoners of war with and without posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 274-281. doi:10.1037/0022-006X.59.2.274
- Fairbairn, W. D. (1952). *Psychoanalytic studies of the personality*. London: Tavistock Publications Limited.
- Ferenczi, S. (1921). *Symposium on Psychoanalysis and the War Neurosis Held at the Fifth International Psycho-Analytical Congress Budapest*, September 1918. In *The International Psycho-Analytical Library* 2 (pp. 5-21). London: Hogarth Press.
- Ferenczi, S. (1949). Confusion of the tongues between the adults and the child - (The language of tenderness and of passion). *International Journal of Psycho-Analysis*, 30, 225-230.
- Ferrajão, P., Duarte, P., & Oliveira, R. A. (2009). Pensar debaixo de fogo: Intervenção em grupo junto de profissionais expostos a cenários de risco. *Revista de Psicologia Militar*, 18, 173-191.

- Ferrajão, P., & Oliveira, R. A. (2013a). *As narrativas de militares expostos a acontecimentos envolvendo morte em cenário de guerra*. In Livro de Resumos II Congresso "O Luto em Portugal (p. 10). Sociedade Portuguesa de Estudo e Intervenção no Luto, Lisboa.
- Ferrajão, P., & Oliveira, R. A. (2013b). *Relationship between psychic structure and organization and coherence of narratives in military personnel exposed to war trauma*. In S. Neves de Jesus, & J. Tobal (Eds.), *Conference presentations of the 34th World STAR Conference: Abstracts and papers (article 170)*. Faro, Portugal: CIEO - Univerisity of Algarve. ISBN: 978-989-20-3935-0.
- Ferrajão, P. C., & Oliveira, R. A. (2014). *Psychic structure as a moderator of the effect of adult attachment behavior on posttraumatic symptoms in war veterans*. In K. Kaniasty, K. A. Moore, S. Howard , & P. Buchwald (Eds.), *Stress and anxiety: Applications to social and environmental threats, psychological well-Being, occupational challenges, and developmental psychology* (pp. 53-61). Berlin: Logos Verlag.
- Ferrajão, P. C., & Oliveira, R. A. (2015a). *O estudo de caso como metodologia de investigação psicanalítica*. *Revista de Psicanálise da SPPA*, 22(1), 51-70.
- Ferrajão, P. C., & Oliveira, R. A. (2015b). *Attachment patterns as mediators of the link between combat exposure and posttraumatic symptoms: A study among Portuguese war veterans*. *Military Psychology*, 27, 185-195. doi:10.1037/mil0000075
- Ferrajão, P. C., & Oliveira, R. A. (2015c, February 23). *Portuguese war veterans: Moral injury and factors related to recovery from PTSD*. *Qualitative Health Research*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1177/1049732315573012>
- Ferrajão, P. C., & Oliveira, R. A. (2015d). *Factors related to adherence with post-traumatic stress disorder treatment: A qualitative study among Portuguese war veterans*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Ed. Esp.* 2, 21-26.
- Ferrajao, P., & Aragão Oliveira, R., & Marques, M. E. (2015). *Processo de luto na redução de tentativas de suicídio em ex-combatentes: Estudo qualitativo*. In Livro de resumos do IV Congresso "O Luto em Portugal (p. 10-11). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da universidade de Lisboa,, Lisbon – Portugal.
- Figley, C. R., & Nash, W. P. (2007). *Introduction: For those who bear the battle*. In C. R. Figley, W. P. Nash, C. R. Figley, W. P. Nash (Eds.), *Combat stress injury: Theory, research, and management* (pp. 1-8). New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.

- Foa, E. B., & Meadows, E. A. (1997). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review. *Annual Review of Psychology*, 48, 449-480. doi:10.1146/annurev.psych.48.1.449
- Fonagy, P. (2008). The mentalization-focused approach to social development. In F. N. Busch (Ed.), *Mentalization: Theoretical considerations, research findings, and clinical implications* (pp. 3-56). Mahwah, NJ US: Analytic Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY, US: Other Press.
- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *The International Journal of Psychoanalysis*, 77(2), 217-233.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700. doi:10.1017/S0954579497001399
- Fontana, A., & Rosenheck, R. (1998). Psychological benefits and liabilities of traumatic exposure in the war zone. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 485-503. doi:10.1023/A:1024452612412
- Fontana, A., & Rosenheck, R. (1999). A model of war zone stressors and posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 111-126. doi:10.1023/A:1024750417154
- Fontana, A., Rosenheck, R., & Horvath, T. (1997). Social support and psychopathology in the war zone. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 675-681. doi:10.1097/00005053-199711000-00004
- Forbes, D., Parslow, R., Fletcher, S., McHugh, T., & Creamer, M. (2010). Attachment style in the prediction of recovery following group treatment of combat veterans with post-traumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 881-884. doi:10.1097/NMD.0b013e3181fe73fa
- Forstmeier, S., Kuwert, P., Spitzer, C., Freyberger, H. J., & Maercker, A. (2009). Posttraumatic growth, social acknowledgment as survivors, and sense of coherence in former German child soldiers of World War II. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 1030-1039. doi:10.1097/JGP.0b013e3181ab8b36
- Fountain, G. (2000). The Trauma as an object relationship: Alterations of the inner object world by severe traumatization in adulthood. *Psychoanalytic Quarterly*, 69(2), 438.
- Freud, A. (1936). *The ego and the mechanisms of defense*. London: Hogarth.
- Freud, S. (1895). Studies on hysteria. In *Standard Edition 2*. London: Hogarth Press.

- Freud, S. (1905). Fragment of an Analysis of a case of hysteria. In *Standard Edition* 7 (pp. 7-122). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1912-13) Totem and taboo. In *Standart Edition* 13 (pp. 1-162). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1914). Remembering, repeating, and working-through. In *Standard Edition* 12 (pp. 147-156). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1915). Thoughts for the times on war and death. In *Standard Edition* 14 (p. 275-300). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1919). Introduction to psycho-analysis and the war neuroses. In *Standard Edition* 17 (pp. 207-210). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1920). Beyond the pleasure principle. In *Standard Edition* 18 (p. 7-64). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1923). The ego and the id. In *Standard Edition* 19 (pp. 12-59). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1926). Inhibitions, symptoms, and anxiety. In *Standard Edition* 20 (pp. 87-172). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1939). Moses and monotheism: Three essays. In *Standard Edition* 23. London: Hogarth Press.
- Fuchsman, K. (2008). Traumatized soldiers. *The Journal of Psychohistory*, 36(1), 72-84.
- Gallaway, M. S., Millikan, A. M., & Bell, M. R. (2011). The association between deployment-related posttraumatic growth among U.S. Army soldiers and negative behavioral health conditions. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 1151-1160. doi:10.1002/jclp.20837
- Garland, C. (Eds.) (1998). *Understanding trauma – A psychoanalytical review*. London: Karnac Books.
- Gergely, G., & Unoka, Z. (2008). The development of the unreflective self. In F. N. Busch (Ed.), *Mentalization: Theoretical considerations, research findings, and clinical implications* (pp. 57-102). Mahwah, NJ US: Analytic Press.
- Gerson, S. (2009). When the third is dead: Memory, mourning, and witnessing in the aftermath of the Holocaust. *The International Journal of Psychoanalysis*, 90, 1341-1357. doi:10.1111/j.1745-8315.2009.00214.x
- Gerzi, S. (2005). Trauma, narcissism and the two attractors in trauma. *The International Journal of Psychoanalysis*, 86, 1033-1050. doi:10.1516/2TTK-G0TL-9DWL-UHWY

- Gibney, S., Martens, A., Kosloff, S., & Dorahy, M. J. (2013). Examining the impact of obedient killing on peritraumatic dissociation using a bug-killing paradigm. *Journal of Social and Clinical Psychology, 32*(3), 261-275.
- Gobodo-Madikizela, P. (2008). Trauma, forgiveness and the witnessing dance: Making public spaces intimate. *The Journal of Analytical Psychology, 53*, 169-188. doi:10.1111/j.1468-5922.2008.00715.x
- Grayson, D. D., Dobson, M. M., & Marshall, R. R. (1998). Current combat-related disorders in the absence of PTSD among Australian Vietnam veterans. *Social Psychiatry, 33*, 186-192. doi:10.1007/s001270050042
- Green, A. (2000). Science and science fiction in infant research. In J. Sandler, A. M. Sandler, & R. Davies (Eds.), *Clinical and observational research: Roots of a controversy* (pp. 41–72). London: Karnac Books.
- Grey, N., & Holmes, E. A. (2008). “Hotspots” in trauma memories in the treatment of post-traumatic stress disorder: A replication. *Memory, 16*, 788-796. doi:10.1080/09658210802266446
- Groat, M., & Allen, J. G. (2011). Promoting mentalizing in experiential psychoeducational groups: From agency and authority to authorship. *Bulletin of The Menninger Clinic, 75*, 315-343. doi:10.1521/bumc.2011.75.4.315
- Grossman, D. (1996). *On killing: The psychological cost of learning to kill in war and society*. New York, NY US: Little, Brown and Co.
- Grubrich-Simitis, I. (1981). Extreme traumatization as cumulative trauma -Psychoanalytic investigations of the effects of concentration camp experiences on survivors and their children. *Psychoanalytic Study of the Child, 36*, 415-450.
- Grubrich-Simitis, I. (1984). From concretism to metaphor: Thoughts on some theoretical and technical aspects of the psychoanalytic work with children of holocaust survivors. *The Psychoanalytic Study of the Child, 39*, 301-319.
- Hambleton, R. K. (2001). The next generation of the ITC test translation and adaptation guidelines. *European Journal of Psychological Assessment, 17*, 164-172. doi:10.1027//1015-5759.17.3.164
- Hambleton, H., & Patsula, L. (1999). Increasing the validity of adapted tests. *Journal of Applied Testing Technology, 1*(1), 1-30.
- Hartke, R. (2005). The basic traumatic situation in the analytical relationship. *International Journal of Psycho-Analysis, 86*(2), 267-290.

- Hautamäki, A. A., & Coleman, P. G. (2001). Explanation for low prevalence of PTSD among older Finnish war veterans: Social solidarity and continued significance given to wartime sufferings. *Aging & Mental Health*, 5, 165-174. doi:10.1080/13607860120038348
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Herman, J. L. (1998). Recovery from psychological trauma. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 52, S145-S150.
- Hinshelwood, R. D. (1989). *A dictionary of Kleinian thought*. Oxford, England: Free Association Books.
- Hinshelwood, R. D. (2010). Psychoanalytic research: Is clinical material any use?. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 24, 362-379. doi:10.1080/02668734.2010.513541
- Hinshelwood, R. D. (2013). *Research on the couch: Single case studies, subjectivity, and psychoanalytic knowledge*. East Sussex: Routledge.
- Hinton, A. L. (2005). *Why did they kill? Cambodia in the shadow of genocide*. Berkeley, CA, US: University of California Press.
- Hoge, C. W., Castro, C. A., Messer, S. C., McGurk, D., Cotting, D. I., & Koffman, R. L. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *The New England Journal of Medicine*, 351, 13-22. doi:10.1056/NEJMoa040603
- Holmes, J. (2006). Mentalizing from a psychoanalytic perspective: What's new?. In J. G. Allen, P. Fonagy (Eds.), *The handbook of mentalization-based treatment* (pp. 31-49). Hoboken, NJ US: John Wiley & Sons Inc.
- Holmqvist, R., Andersen, K., Anjum, T., & Alinder, B. (2006). Change in self-image and PTSD symptoms in short-term therapies with traumatized refugees. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 20, 251-265. doi:10.1080/02668730601020341
- Holowka, D. W., Wolf, E. J., Marx, B. P., Foley, K. M., Kaloupek, D. G., & Keane, T. M. (2012). Associations among personality, combat exposure and wartime atrocities. *Psychology of Violence*, 2, 260-272. doi:10.1037/a0026903
- Hopper, E. (1991). Encapsulation as a defence against the fear of annihilation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 72(4), 607-624.
- Horowitz, M. J. (1992). The effects of psychic trauma on mind: Structure and processing of meaning. In J. W. Barron, M. N. Eagle, D. Wolitzky (Eds.), *Interface of psychoanalysis and psychology* (pp. 489-500). Washington, DC US: American Psychological Association. doi:10.1037/10118-022

- Horowitz, M. J. (1998). *Cognitive psychodynamics: conflict to character*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Horowitz, M. (2012). *Uncovering the unconscious: A course in self transformation*. Createspace Independent Pub.
- Hurvich, M. (2000). Fear of being overwhelmed and psychoanalytic theories of anxiety. *Psychoanalytic Review*, 87(5), 615-649.
- Irving, L. M., Telfer, L., & Blake, D. D. (1997). Hope, coping, and social support in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 465-479. doi:10.1023/A:1024897406135
- Jakupcak, M., Vannoy, S., Imel, Z., Cook, J. W., Fontana, A., Rosenheck, R., & McFall, M. (2010). Does PTSD moderate the relationship between social support and suicide risk in Iraq and Afghanistan War Veterans seeking mental health treatment?. *Depression and Anxiety*, 27, 1001-1005. doi:10.1002/da.2072
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique*. Paris: Alcan.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York, NY, US: Free Press.
- Jeffreys, M. D., Leibowitz, R. Q., Finley, E., & Arar, N. (2010). Trauma disclosure to health care professionals by veterans: Clinical implications. *Military Medicine*, 175(10), 719-724.
- Jiménez, J. P. (2007). Can research influence clinical practice?. *International Journal of Psycho-Analysis*, 88(3), 661-679.
- Johnson, E. K., & Chronister, J. (2010). Psychosocial adjustment and coping in the post-conflict setting. In E. Martz (Ed.), *Trauma rehabilitation after war and conflict: Community and individual perspectives* (pp. 265-290). New York, NY US: Springer Science + Business Media. doi:10.1007/978-1-4419-5722-1_12
- Kächele, H., Schachter, J., & Thomä, H. (2008). *From psychoanalytic narrative to empirical single case research: Implications for psychoanalytic practice*. New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Kanninen, K., Punamäki, R., & Qouta, S. (2003). Personality and trauma: Adult attachment and posttraumatic distress among former political prisoners. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 9, 97-126. doi:10.1207/S15327949PAC0902_01
- Kaplan, S., & Laub, D. (2009). Affect regulator in extreme traumatization - Fragmented narratives of Holocaust survivors hospitalized in psychiatric institutions. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 32(2), 93-104.

- Kaplan, M. S., McFarland, B. H., Huguet, N., & Valenstein, M. (2012). Suicide risk and precipitating circumstances among young, middle-aged, and older male veterans. *American Journal of Public Health, 102*, S131-S137. doi:10.2105/AJPH.2011.300445
- Kardiner, A. (1941) *The traumatic neuroses of war*. New York: P. B. Hoeber.
- Keane, T. M., Fairbank, J. A., Caddell, J. M., Zimering, R. T., Taylor, K. L., & Mora, C. A. (1989). Clinical evaluation of a measure to assess combat exposure. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1*, 53-55. doi:10.1037/1040-3590.1.1.53
- Kessler, R. C., Demler, O., Frank, R. G., Olfson, M., Pincus, H. A., Walters, E. E., & ... Zaslavsky, A. M. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *The New England Journal of Medicine, 352*, 2515-2523. doi:10.1056/NEJMsa043266
- Khan, M. R. (1963). The concept of cumulative trauma. *Psychoanalytic Study of the Child, 18*, 286-306.
- Khan, M. R. (1964). Ego distortion, cumulative trauma, and the role of reconstruction in the analytic situation. *International Journal of Psycho-Analysis, 45*, 272-279.
- Kimhi, S., & Eshel, Y. (2009). Individual and public resilience and coping with long-term outcomes of war. *Journal of Applied Biobehavioral Research, 14*, 70-89. doi:10.1111/j.1751-9861.2009.00041.x
- King, L. A., King, D. W., Fairbank, J. A., Keane, T. M., & Adams, G. A. (1998). Resilience–recovery factors in post-traumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: Hardiness, postwar social support, and additional stressful life events. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 420-434. doi:10.1037/0022-3514.74.2.420
- King, D. W., King, L. A., Gudanowski, D. M., & Vreven, D. L. (1995). Alternative representations of war zone stressors: Relationships to posttraumatic stress disorder in male and female Vietnam veterans. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 184-196. doi:10.1037/0021-843X.104.1.184
- King, L. A., King, D. W., Schuster, J., Park, C. L., Moore, J. L., Kaloupek, D. G., & Keane, T. M. (2011). Captivity stressors and mental health consequences among repatriated U.S. Navy, Army, and Marine Vietnam-era prisoners of war. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 3*, 412-420. doi:10.1037/a0021411
- Kilshaw, S. M. (2004). Friendly fire: The construction of Gulf War Syndrome narratives. *Anthropology & Medicine, 11*, 149-160. doi:10.1080/13648470410001678659

- Kinston, W., & Cohen, J. (1986). Primal repression: Clinical and theoretical aspects. *The International Journal of Psychoanalysis*, 67(3), 337-355.
- Kinston, W., & Cohen, J. (1988). Primal repression and other states of mind. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 11(2), 81-105.
- Kirshner, L. A. (1994). Trauma, the good object, and the symbolic: A theoretical integration. *The International Journal of Psychoanalysis*, 75(2), 235-242.
- Kitron, D. G. (2003). Repetition compulsion and self-psychology: Towards a reconciliation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 84, 427-441. doi:10.1516/PHT8-9K7N-ELYY-G90F
- Klein, M. (1932). *The psycho-Analysis of children*. London: Hogarth.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *The International Journal of Psychoanalysis*, 27, 99-110.
- Klug, G., & Huber, D. (2009). Psychic structure: Exploring an empirically still unknown territory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57, 149-173. doi:10.1177/0003065108330085
- Knetig, J. (2013). *Mentalization, social competence and the use of social support in a military population: The impact on post-traumatic stress*. Retrieved from Dissertation Abstracts International (74).
- Knox, J. (2003). Trauma and defences: Their roots in relationship. *The Journal of Analytical Psychology*, 48, 207-233. doi:10.1111/1465-5922.t01-2-00007
- Koenen, K. C., Stellman, J., Stellman, S. D., & Sommer, J. r. (2003). Risk factors for course of posttraumatic stress disorder among Vietnam veterans: A 14-year follow-up of American legionnaires. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 980-986. doi:10.1037/0022-006X.71.6.980
- Koren, D., Hilel, Y., Idar, N., Hemel, D., & Klein, E. M. (2007). Combat stress management: The interplay between combat, physical injury, and psychological trauma. In C. R. Figley, W. P. Nash (Eds.), *Combat stress injury: Theory, research, and management* (pp. 119-135). New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Kramer, M., Schoen, L. S., & Kinney, L. (1987). Nightmares in Vietnam veterans. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 15(1), 67-81.
- Krystal, H. (1985). Trauma and the stimulus barrier. *Psychoanalytic Inquiry*, 5(1), 131-161.
- Kudler, H. (2007). The need for psychodynamic principles in outreach to new combat veterans and their families. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis & Dynamic Psychiatry*, 35, 39-50. doi:10.1521/jaap.2007.35.1.39

- Kudler, H., & Straits-Tröster, K. (2009). Partnering in support of war zone veterans and their families. *Psychiatric Annals*, 39, 64-70. doi:10.3928/00485713-20090201-04
- Kulka, R.A., William, E., Schlenger, J. A., Fairbank, R. L., Hough, B., Jordan, K., Marmar, C. R., & And Weiss, D. S. (1990). *National vietnam veterans readjustment study*. New York: Brunner/Mazel.
- Kulkarni, M., Porter, K. E., & Rauch, S. M. (2012). Anger, dissociation, and PTSD among male veterans entering into PTSD treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 271-278. doi:10.1016/j.janxdis.2011.12.005
- La Bash, H., & Papa, A. (2014). Shame and PTSD symptoms. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6, 159-166. doi:10.1037/a0032637
- Lacan, J. (1964). *The four fundamental concepts of psychoanalysis*. New York: Norton.
- Lansky, M. R. (2000). Shame dynamics in the psychotherapy of the patient with PTSD: A viewpoint. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 28(1), 133-146.
- Larner, B., & Blow, A. (2011). A model of meaning-making coping and growth in combat veterans. *Review of General Psychology*, 15, 187-197. doi:10.1037/a0024810
- Laub, D. (2005). Traumatic Shutdown of Narrative and Symbolization: A Death Instinct Derivative?. *Contemporary Psychoanalysis*, 41(2), 307-326.
- Laub, D., & Auerhahn, N. C. (1989). Failed empathy - a central theme in the survivor's holocaust experience. *Psychoanalytic Psychology*, 6, 377-400. doi:10.1037/0736-9735.6.4.377
- Laub, D., & Lee, S. (2003). Thanatos and massive psychic trauma: The impact of death instinct on knowing, remembering, and forgetting. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51, 433-464. doi:10.1177/00030651030510021201
- Laufer, R. S. (1988). The serial self: War trauma, identity, and adult development. In J. P. Wilson, Z. Harel, & B. Kahana (Eds.), *Human adaptation to extreme stress*. New York: Plenum Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- LeDoux, J. E. (1992). Emotion as memory: Anatomical systems underlying indelible neural traces. In S. Christianson (Ed.), *The handbook of emotion and memory: Research and theory* (pp. 269-288). Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Lee, D. A., Scragg, P., & Turner, S. (2001). The role of shame and guilt in traumatic events: A clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 451-466. doi: 10.1348/000711201161109

- Lee, J. C., Sudom, K. A., & McCreary, D. R. (2011). Higher-order model of resilience in the Canadian forces. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 43, 222-234. doi:10.1037/a0024473
- Lee, J. C., Sudom, K. A., & Zamorski, M. A. (2013). Longitudinal analysis of psychological resilience and mental health in Canadian military personnel returning from overseas deployment. *Journal of Occupational Health Psychology*, 18, 327-337. doi:10.1037/a0033059
- Lepore, S. J., & Revenson, T. A. (2006). Resilience and posttraumatic growth: Recovery, resistance, and reconfiguration. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp. 24–46). New York, NY: Erlbaum.
- Leskela, J., Dieperink, M., & Thuras, P. (2002). Shame and posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 223-226. doi:10.1023/A:1015255311837
- Leuzinger-Bohleber, M. (2008). Biographical truths and their clinical consequences: Understanding 'embodied memories' in a third psychoanalysis with a traumatized patient recovered from severe poliomyelitis. *The International Journal of Psychoanalysis*, 89, 1165-1187. doi:10.1111/j.1745-8315.2008.00100.x
- Leuzinger-Bohleber, M., & Fischmann, T. (2006). What is conceptual research in psychoanalysis?. *The International Journal of Psychoanalysis*, 87, 1355-1386. doi:10.1516/73MU-E53N-D1EE-1Q8L
- Leuzinger-Bohleber, M., & Target, M. (2002). *Outcomes of psychoanalytic treatment: Perspectives for therapists and researchers*. Philadelphia, PA, US: Whurr Publishers.
- Levy, M. S. (2000). A conceptualization of the repetition compulsion. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 63(1), 45-53.
- Leys, R. (1994). Traumatic cures: Shell shock, Janet and the question of memory. *Critical Inquiry*, 20, 623-662.
- Leys, R. (2007). *From guilt to shame: Auschwitz and after*. Princeton, NJ, US: Princeton University Press.
- Lindqvist, D., Wolkowitz, O. M., Mellon, S., Yehuda, R., Flory, J. D., Henn-Haase, C., & ... Dhabhar, F. S. (2014). Proinflammatory milieu in combat-related PTSD is independent of depression and early life stress. *Brain, Behavior, And Immunity*, 42, 81-88. doi:10.1016/j.bbi.2014.06.003
- Lindy, J. D. (1985). The trauma membrane and other clinical concepts derived from psychotherapeutic work with survivors of natural disasters. *Psychiatric Annals*, 15(3), 153-160.

- Lindy, J. D., & Wilson, J. P. (2001). Respecting the trauma membrane: Above all, do no harm. In J. P. Wilson, M. J. Friedman, J. D. Lindy (Eds.), *Treating psychological trauma and PTSD* (pp. 432-445). New York, NY, US: Guilford Press.
- Litz, B. T. (2007). Research on the impact of military trauma: Current status and future directions. *Military Psychology*, 19, 217-238. doi:10.1080/08995600701386358
- Litz, B. T., King, L. A., King, D. W., Orsillo, S. M., & Friedman, M. J. (1997). Warriors as peacekeepers: Features of the Somalia experience and PTSD. *Journal of Consulting And Clinical Psychology*, 65, 1001-1010. doi:10.1037/0022-006X.65.6.1001
- Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C., & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*, 29, 695-706. doi:10.1016/j.cpr.2009.07.003
- Lunney, C. A., & Schnurr, P. P. (2007). Domains of quality of life and symptoms in male veterans treated for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 955-964. doi:10.1002/jts.20269
- Luyten, P., Blatt, S. J., & Corveleyn, J. (2006). Minding the gap between positivism and hermeneutics in psychoanalytic research. *Journal of The American Psychoanalytic Association*, 54(2), 571-610.
- Lynch, S. M., Forman, E., Mendelsohn, M., & Herman, J. (2008). Attending to dissociation: Assessing change in dissociation and predicting treatment outcome. *Journal of Trauma & Dissociation*, 9, 301-319. doi:10.1080/15299730802139063
- MacNair, R. M. (2002). Perpetration-induced traumatic stress in combat veterans. Peace and conflict: *Journal of Peace Psychology*, 8, 63-72. doi:10.1207/S15327949PAC0801_6
- MacNair, R. M. (2007). Killing as trauma. In E. K. Carll (Ed.), *Trauma psychology: Issues in violence, disaster, health, and illness, Vol 1: Violence and disaster* (pp. 147-162). Westport, CT, US: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.
- Maedl, A., Schauer, E., Odenwald, M., & Elbert, T. (2010). Psychological rehabilitation of ex-combatants in non-Western, post-conflict settings. In E. Martz (Ed.), *Trauma rehabilitation after war and conflict: Community and individual perspectives* (pp. 177-213). New York, NY US: Springer Science + Business Media. doi:10.1007/978-1-4419-5722-1_9
- Maguen, S., & Litz, B. (2012). Moral injury in veterans of war. *PTSD Research Quarterly*, 23(1), 1-3.

- Maguen, S., Litz, B. T., Wang, J. L., & Cook, M. (2004). The stressors and demands of peacekeeping in Kosovo: Predictors of mental health response. *Military Medicine*, 169(3), 198-206.
- Maguen, S., Lucenko, B. A., Reger, M. A., Gahm, G. A., Litz, B. T., Seal, K. H., & ... Marmar, C. R. (2010). The impact of reported direct and indirect killing on mental health symptoms in Iraq War veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 86-90. doi: 10.1002/jts.20434
- Maguen, S., Luxton, D. D., Skopp, N. A., Gahm, G. A., Reger, M. A., Metzler, T. J., & Marmar, C. R. (2011). Killing in combat, mental health symptoms, and suicidal ideation in Iraq war veterans. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 563-567. doi:10.1016/j.janxdis.2011.01.003
- Maguen, S., Metzler, T. J., Litz, B. T., Seal, K. H., Knight, S. J., & Marmar, C. R. (2009). The impact of killing in war on mental health symptoms and related functioning. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 435-443. doi:10.1002/jts.20451
- Maguen, S., Vogt, D. S., King, L. A., King, D. W., & Litz, B. T. (2006). Posttraumatic growth among Gulf war I veterans: The predictive role of deployment-related experiences and background characteristics. *Journal of Loss and Trauma*, 11, 373-388. doi:10.1080/15325020600672004
- Maia, Â., & Fernandes, E. M. (2003). Epidemiologia da perturbação pos stress traumático (PTSD) e avaliação de resposta ao trauma. In M. G. Pereira, & J. M. Ferreira (Coords.), *Stress traumático: Aspectos teóricos e intervenção* (pp. 35-54). Lisboa: Climepsi.
- Maia, Â., McIntyre, T., Pereira, M. G., & Fernandes, E. M. (2006). Por baixo das pústulas da guerra: Reflexões sobre um estudo com ex-combatentes da guerra colonial. In M. Gama (Ed.), *A guerra colonial (1961-1974)* (pp. 11-28). Braga, Portugal: Universidade do Minho - Centro de Estudos Lusíadas.
- Maia, Â., McIntyre, T., Pereira, M. G., & Ribeiro, E. (2011). War exposure and post-traumatic stress as predictors of Portuguese. *Anxiety, Stress, & Coping*, 24, 309-325. doi: 1080/10615806.2010.521238
- Marchand, A., Nadeau, C., Beaulieu-Prévost, D., Boyer, R., & Martin, M. (2015). Predictors of posttraumatic stress disorder among police officers: A prospective study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7, 212-221. doi:10.1037/a0038780

- Martz, E. (2010). Introduction to trauma rehabilitation after war and conflict. In E. Martz (Ed.), *Trauma rehabilitation after war and conflict: Community and individual perspectives* (pp. 1-25). New York, NY US: Springer Science + Business Media. doi:10.1007/978-1-4419-5722-1_1
- Martz, E., & Lindy, J. (2010). Exploring the trauma membrane concept. In E. Martz (Ed.), *Trauma rehabilitation after war and conflict: Community and individual perspectives* (pp. 27-54). New York, NY US: Springer Science + Business Media. doi:10.1007/978-1-4419-5722-1_2
- Marx, B. P., Foley, K. M., Feinstein, B. A., Wolf, E. J., Kaloupek, D. G., & Keane, T. M. (2010). Combat-related guilt mediates the relations between exposure to combat-related abusive violence and psychiatric diagnoses. *Depression and Anxiety*, 27, 287-293. doi:10.1002/da.20659
- Masten, A. S., & Wright, M. O. (2010). Resilience over the lifespan: Developmental perspectives on resistance, recovery, and transformation. In J. W. Reich, A. J. Zautra, J. S. Hall (Eds.), *Handbook of adult resilience* (pp. 213-237). New York, NY, US: Guilford Press.
- Mazza, M., Giusti, L., Albanese, A., Mariano, M., Pino, M. C., & Roncone, R. (2012). Social cognition disorders in military police officers affected by posttraumatic stress disorder after the attack of An-Nasiriyah in Iraq 2006. *Psychiatry Research*, 198, 248-252. doi:10.1016/j.psychres.2011.11.027
- McKenzie, D. P., Creamer, M., Kelsall, H. L., Forbes, A. B., Ikin, J. F., Sim, M. R., & McFarlane, A. C. (2010). Temporal relationships between Gulf War deployment and subsequent psychological disorders in Royal Australian Navy Gulf War veterans. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 843-852. doi:10.1007/s00127-009-0134-1
- McNally, R. J. (2003). *Remembering trauma*. Cambridge, MA, US: Belknap Press/Harvard University Press.
- McNally, R. J., Hatch, J. P., Cedillos, E. M., Luethcke, C. A., Baker, M. T., Peterson, L. L., & Litz, B. T. (2011). Does the repressor coping style predict power posttraumatic stress symptoms?. *Military Medicine*, 176(7), 752-756.
- McNally, R. J., Lasko, N. B., Macklin, M. L., & Pitman, R. K. (1995). Autobiographical memory disturbance in combat-related posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 619-630. doi:10.1016/0005-7967(95)00007-K

- Meerloo, J. A. (1969). Eichmannism: Cold violence and robotized pugnacity. *Psychoanalytic Review*, 56(4), 609-614.
- Midgley, N. (2006). Psychoanalysis and qualitative psychology: Complementary or contradictory paradigms?. *Qualitative Research In Psychology*, 3, 213-231. doi:10.1191/1478088706qrp065oa
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Horesh, N. (2006). Attachment bases of emotion regulation and posttraumatic adjustment. In D. K. Snyder, J. Simpson, J. N. Hughes (Eds.), *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health* (pp. 77-99). Washington, DC US: American Psychological Association. doi:10.1037/11468-004
- Mikulincer, M., & Solomon, Z. (1989). Causal attribution, coping strategies, and combat-related post-traumatic stress disorder. *European Journal of Personality*, 3, 269-284. doi:10.1002/per.2410030404
- Miliora, M. T. (1998). Trauma, dissociation, and somatization: A self-psychological perspective. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 26(2), 273-293.
- Miller, R., & Johnson, D. (2012). The capacity for symbolization in posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4, 112-116. doi:10.1037/a0021580
- Mitrani, J. L. (1995). Toward an understanding of unmentalized experience. *The Psychoanalytic Quarterly*, 64(1), 68-112.
- Mittal, D., Drummond, K. L., Blevins, D., Curran, G., Corrigan, P., & Sullivan, G. (2013). Stigma associated with PTSD: Perceptions of treatment seeking combat veterans. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36, 86-92. doi:10.1037/h0094976
- Moore, Y. (2009). Thoughts on representation in therapy of Holocaust survivors. *The International Journal of Psychoanalysis*, 90, 1373-1391. doi:10.1111/j.1745-8315.2009.00218.x
- Moses, R. (1978). Adult psychic trauma: The question of early predisposition and some detailed mechanisms. *The International Journal of Psychoanalysis*, 59(2-3), 353-363.
- Mowad, L. (2004). Correlates of quality of life in older adult veterans. *Western Journal of Nursing Research*, 26, 293-306. doi:10.1177/0193945903261556
- Myers, C. S. (1940). *Shell shock in France: 1914–1918*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Nadelson, T. (1992). Attachment to killing. *Journal of The American Academy of Psychoanalysis*, 20(1), 130-141.
- Nash, W. P. (2007a). Combat/operational stress adaptations and injuries. In C. R. Figley, W. P. Nash (Eds.), *Combat stress injury: Theory, research, and management* (pp. 33-63). New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Nash, W. P. (2007b). The stressors of war. In C. R. Figley, W. P. Nash (Eds.), *Combat stress injury: Theory, research, and management* (pp. 11-31). New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Nash, W. P., Carper, T., Mills, M., Au, T., Goldsmith, A., & Litz, B. T. (2013). Psychometric evaluation of the Moral Injury Events Scale. *Military Medicine*, 178, 646-652. doi:10.7205/MILMED-D-13-00017
- Nemiah, J. C. (1998). Early concepts of trauma, dissociation, and the unconscious: Their history and current implications. In J. D. Bremner & C. R. Marmar (Eds.), *Trauma, memory, and dissociation*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Nezu, A. M., & Carnevale, G. J. (1987). Interpersonal problem solving and coping reactions of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 155-157. doi:10.1037/0021-843X.96.2.155
- Niederland, W. G. (1981). The survivor syndrome: Further observations and dimensions. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 29, 413-425.
- Nunes, L. (1999). *O sentido interno de coerência: Operacionalização de um conceito que influencia a saúde mental e a qualidade de vida*. (Tese de Mestrado não publicada). Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, Portugal.
- Nussio, E. (2012). Emotional legacies of war among former Colombian paramilitaries. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 18, 369-383. doi:10.1037/a0030327
- Ogden, T. H. (1989). *The primitive edge of experience*. Lanham, MD US: Jason Aronson.
- Olatunji, B. O., Armstrong, T., McHugo, M., & Zald, D. H. (2013). Heightened attentional capture by threat in veterans with PTSD. *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 397-405. doi:10.1037/a0030440
- Oliner, M. (2000). The unsolved puzzle of trauma. *The Psychoanalytic Quarterly*, 69(1), 41-61.
- Opp, R. E., & Samson, A. Y. (1989). Taxonomy of guilt for combat veterans. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20, 159-165. doi:10.1037/0735-7028.20.3.159
- Orlandini, A. (2004). Repetition compulsion in a trauma victim: Is the 'analgesia principle' beyond the pleasure principle? Clinical implications. *Journal of the American*

Academy of Psychoanalysis & Dynamic Psychiatry, 32, 525-540.
doi:10.1521/jaap.32.3.525.44777

- Ornstein, A. (2003). Survival and recovery: Psychoanalytic reflections. In M. J. Gehrie (Ed.), *Explorations in self psychology: Progress in self psychology; vol. 19* (pp. 85-105). New York, NY US: The Analytic Press/Taylor & Francis Group.
- Ortigo, K. M., Westen, D., DeFife, J. A., & Bradley, B. (2013). Attachment, social cognition, and posttraumatic stress symptoms in a traumatized, urban population: Evidence for the mediating role of object relations. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 361-368. doi:10.1002/jts.21815
- Osório, C., Carvalho, C., Fertout, M., & Maia, Â. (2012). Prevalence of post-traumatic stress disorder and physical health complaints among Portuguese Army Special Operations Forces deployed in Afghanistan. *Military Medicine*, 177(8), 957-962.
- Osran, H. C., Smee, D. E., Sreenivasan, S., & Weinberger, L. E. (2010). Living outside the wire: Toward a transpersonal resilience approach for OIF/OEF veterans transitioning to civilian life. *Journal of Transpersonal Psychology*, 42(2), 209-235.
- O'Toole, B., Marshall, R., Schureck, R., & Dobson, M. (1998). Posttraumatic stress disorder and comorbidity in Australian Vietnam veterans: risk factors, chronicity and combat. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(1), 32-42.
- O'Toole, B. I., Marshall, R. P., Schureck, R. J., & Dobson, M. (1999). Combat, dissociation, and posttraumatic stress disorder in Australian Vietnam Veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 625-640. doi:10.1023/A:1024765001122
- Otter, L., & Currie, J. (2004). A long time getting home: Vietnam Veterans' experiences in a community exercise rehabilitation programme. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 26, 27-34. doi:10.1080/09638280410001645067
- Owens, G. P., Dashevsky, B., Chard, K. M., Mohamed, S., Haji, U., Heppner, P., & Baker, D. G. (2009). The relationship between childhood trauma, combat exposure, and posttraumatic stress disorder in male veterans. *Military Psychology*, 21, 114-125. doi:10.1080/08995600802574530
- Palgi, Y., & Ben-Ezra, M. (2010). 'Back to the future': Narrative treatment for post-traumatic, acute stress disorder in the case of paramedic Mr. G. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 6(1), 1-26.

- Park, C. L., & Ai, A. L. (2006). Meaning making and growth: New directions for research on survivors of trauma. *Journal of Loss and Trauma*, 11, 389-407. doi:10.1080/15325020600685295
- Parson, E. R. (1986). Transference and post-traumatic stress: Combat veterans' transference to the Veterans Administration Medical Center. *Journal of The American Academy of Psychoanalysis*, 14(3), 349-375.
- Payne, A. J., Joseph, S., & Tudway, J. (2007). Assimilation and accommodation processes following traumatic experiences. *Journal of Loss and Trauma*, 12, 73-89. doi:10.1080/15325020600788206
- Pereira, A. (2012). *Trauma e perturbação de stress pós-traumático*. (Tese de Mestrado não publicada). ISPA, Lisboa, Portugal.
- Pereira, M. G., & Pedras, S. (2007). *Características socio-demográficas e de PTSD do veterano de guerra: Implicações para a intervenção*. Comunicação apresentada no 2º Simpósio Internacional de Perturbação Pós Stresse Traumático, Portalegre, Portugal.
- Pereira, M. G., Pedras, S., Lopes, C., Pereira, M., & Machado, J. (2010a). PTSD, psicopatologia e tipo de família em veteranos de guerra colonial portuguesa. *Revista de Psicologia Militar*, 19, 211-232.
- Pereira, M. G., Pedras, S., Lopes, C., Pereira, M., & Machado, J. (2010b). *Saúde mental, doença, tipo de família, suporte social e qualidade de vida em veteranos da guerra colonial portuguesa*. In Carlos Sequeira (Ed.I, Actas do II Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. Barcelos, Portugal: Casa de Saúde de S. João de Deus.
- Pereira, M. G., & Valentine, P. (2002). Traumagraf: An evaluation grid of traumatic events. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3, 191-204.
- Pham, P. N., Vinck, P., Kinkodi, D. K., & Weinstein, H. M. (2010). Sense of coherence and its association with exposure to traumatic events, posttraumatic stress disorder, and depression in eastern Democratic Republic of Congo. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 313-321. doi: 10.1002/jts.20527
- Phillips, S. H. (1991). Trauma and war: A fragment of an analysis with a Vietnam veteran. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 46, 147-180.
- Pietrzak, R. H., & Cook, J. M. (2013). Psychological resilience in older U.S. veterans: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *Depression and Anxiety*, 30, 432-443. doi:10.1002/da.22083

- Pietrzak, R. H., Goldstein, M. B., Malley, J. C., Johnson, D. C., & Southwick, S. M. (2009). Subsyndromal posttraumatic stress disorder is associated with health and psychosocial difficulties in veterans of operations enduring freedom and Iraqi freedom. *Depression and Anxiety*, 26, 739-744. doi:10.1002/da.20574
- Pietrzak, R. H., Johnson, D. C., Goldstein, M. B., Malley, J. C., & Southwick, S. M. (2009). Psychological resilience and postdeployment social support protect against traumatic stress and depressive symptoms in soldiers returning from operations enduring freedom and Iraqi freedom. *Depression and Anxiety*, 26, 745-751. doi:10.1002/da.20558
- Pietrzak, R. H., Johnson, D. C., Goldstein, M. B., Malley, J. C., Rivers, A. J., Morgan, C. A., & Southwick, S. M. (2010). Psychosocial buffers of traumatic stress, depressive symptoms, and psychosocial difficulties in veterans of operations enduring freedom and Iraqi freedom: The role of resilience, unit support, and postdeployment social support. *Journal of Affective Disorders*, 120, 188-192. doi:10.1016/j.jad.2009.04.015
- Quintais, L. (2000). Memória e trauma numa unidade psiquiátrica. *Análise Social*, 34(151-152), 673-684.
- Racklin, J. (1999). *The roles of sense of coherence, spirituality, and religion in responses to trauma*. Retrieved from Dissertation Abstracts International (59).
- Reger, G. M., Durham, T. L., Tarantino, K. A., Luxton, D. D., Holloway, K. M., & Lee, J. A. (2013). Deployed soldiers' reactions to exposure and medication treatments for PTSD. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5, 309-316. doi:10.1037/a0028409
- Renaud, E. F. (2008). The attachment characteristics of combat veterans with PTSD. *Traumatology*, 14, 1-12. doi:10.1177/1534765608319085
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748-756. doi:10.1037/0022-006X.60.5.748
- Riggs, S. A., Paulson, A., Tunnell, E., Sahl, G., Atkison, H., & Ross, C. A. (2007). Attachment, personality, and psychopathology among adult inpatients: Self-reported romantic attachment style versus Adult Attachment Interview states of mind. *Development and Psychopathology*, 19, 263-291. doi:10.1017/S0954579407070149
- Rosenblum, R. (2009). Postponing trauma: The dangers of telling. *The International Journal of Psychoanalysis*, 90, 1319-1340. doi:10.1111/j.1745-8315.2009.00171.x

- Rosenbaum, B., & Varvin, S. (2007). The influence of extreme traumatization on body, mind and social relations. *International Journal of Psycho-Analysis*, 88, 1527-1542. doi:10.1516/ijpa.2007.1527
- Sandler, J. (1967). Trauma, strain, and development. In S. S. Furst (Ed.), *Psychic trauma* (pp. 154-174). New York: Basic Books.
- Sayer, N. A., Friedemann-Sanchez, G., Spont, M., Murdoch, M., Parker, L. E., Chiros, C., & Rosenheck, R. (2009). A qualitative study of determinants of PTSD treatment initiation in veterans. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 72, 238-255. doi:10.1521/psyc.2009.72.3.238
- Scaer, R. C. (2007). *The body bears the burden: Trauma, dissociation, and disease* (2nd ed.). Binghamton, NY US: The Haworth Medical Press/The Haworth Press.
- Schaubroeck, J. M., Riolli, L. T., Peng, A., & Spain, E. S. (2011). Resilience to traumatic exposure among soldiers deployed in combat. *Journal Of Occupational Health Psychology*, 16, 18-37. doi:10.1037/a0021006
- Schlenger, W. E., Kulka, R. A., Fairbank, J. A., & Hough, R. L. (1992). The prevalence of post-traumatic stress disorder in the vietnam generation: A multimethod, multisource assessment of psychiatric disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 333-363. doi:10.1002/jts.2490050303
- Schnurr, P. P., Lunney, C. A., Sengupta, A., & Waelde, L. C. (2003). A descriptive analysis of PTSD chronicity in Vietnam veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 545-553. doi:10.1023/B:JOTS.0000004077.22408.cf
- Schnurr, P. P., Rosenberg, S. D., & Friedman, M. J. (1993). Change in MMPI scores from college to adulthood as a function of military service. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 288-296. doi:10.1037/0021-843X.102.2.288
- Schore, A. (2003). *Affect regulation and the repair of the self*. New York and London: W.W. Norton.
- Schore, J. R., & Schore, A. N. (2008). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36, 9-20. doi:10.1007/s10615-007-0111-7
- Scurfield, R. M. (2006). *War trauma: Lessons unlearned, from Vietnam to Iraq*. New York: Algora.
- Seal, K. H., Metzler, T. J., Gima, K. S., Bertenthal, D., Maguen, S., & Marmar, C. R. (2009). Trends and risk factors for mental health diagnoses among Iraq and Afghanistan

- veterans using Department of Veterans Affairs health care, 2002–2008. *American Journal of Public Health*, 99, 1651-1658. doi:10.2105/AJPH.2008.150284
- Segal, H. (1957). Notes on symbol formation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 38, 391-397.
- Seligowski, A. V., Pless Kaiser, A., King, L. A., King, D. W., Potter, C., & Spiro, A. (2012). Correlates of life satisfaction among aging veterans. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 4, 261-275. doi:10.1111/j.1758-0854.2012.01073.x
- Sendas, S. (2010). *Elaboração de significado das histórias de vida de ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa com e sem Perturbação de Stress Pós-Traumático*. (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Sendas, S., Maia, Â., & Fernandes, E. (2006). *Guerra Colonial Portuguesa: As duas faces da moeda. Significado da experiência de participação na guerra colonial portuguesa na vida dos ex-combatentes*. In Isabel Leal, José Pais Ribeiro, & Saul Neves de Jesus (Orgs.), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Faro, Portugal: Universidade do Algarve.
- Shalit, B. (1988). *The psychology of conflict and combat*. New York, NY England: Praeger Publishers.
- Sharkansky, E. J., King, D. W., King, L. A., Wolfe, J., Erickson, D. J., & Stokes, L. R. (2000). Coping with Gulf War combat stress: Mediating and moderating effects. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 188-197. doi:10.1037/0021-843X.109.2.188
- Sharp, C., Fonagy, P., & Allen, J. G. (2012). Posttraumatic stress disorder: A social-cognitive perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 19, 229-240. doi:10.1111/cpsp.12002
- Shay, J. (2002). *Odysseus in America: Combat trauma and the trials of homecoming*. New York: Scribner.
- Shay, J. (2014). Moral injury. *Psychoanalytic Psychology*, 31, 182-191. doi:10.1037/a0036090
- Siegel, D. (1999). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. New York and London: Guilford.
- Simmel, E. (1921). Symposium on psychoanalysis and the war Neurosis held at the fifth international psycho-analytical congress Budapest, September 1918. In *The International Psycho-Analytical Library* 2 (pp. 35-55). London: Hogarth Press.

- Singer, M. (2004). Shame, guilt, self-hatred and remorse in the psychotherapy of Vietnam combat veterans who committed atrocities. *American Journal of Psychotherapy*, 58(4), 377-385.
- Smith, S. (2013). *Effects of attachment behavior patterns on posttraumatic stress disorder and perceived recovery in female U. S. military personnel*. Retrieved from Dissertation Abstracts International (74).
- Smith, A. J., Benight, C. C., & Cieslak, R. (2013). Social support and postdeployment coping self-efficacy as predictors of distress among combat veterans. *Military Psychology*, 25, 452-461. doi:10.1037/mil0000013
- Solomon, Z., & Mikulincer, M. (1990). Life events and combat-related posttraumatic stress disorder: The intervening role of locus of control and social support. *Military Psychology*, 2, 241-256. doi:10.1207/s15327876mp0204_4
- Solomon, Z., Mikulincer, M., & Flum, H. (1988a). Negative life events, coping responses, and combat-related psychopathology: A prospective study. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 302-307. doi:10.1037/0021-843X.97.3.302
- Solomon, Z., Mikulincer, M., & Avitzur, E. (1988b). Coping, locus of control, social support, and combat-related posttraumatic stress disorder: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 279-285. doi:10.1037/0022-3514.55.2.279
- Sorsoli, L. (2010). "I remember", "I thought", "I know I didn't say": Silence and memory in trauma narratives. *Memory*, 18, 129-141. doi:10.1080/09658210903168046
- Stappenbeck, C. A., Hellmuth, J. C., Simpson, T., & Jakupcak, M. (2014). The effects of alcohol problems, PTSD, and combat exposure on nonphysical and physical aggression among Iraq and Afghanistan war veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6, 65-72. doi:10.1037/a0031468
- Stein, H. H. (2007). Combat Veterans: Impressions of an analytic observer in a non-analytic observer. *Journal of The American Academy of Psychoanalysis & Dynamic Psychiatry*, 35, 575-589. doi:10.1521/jaap.2007.35.4.575
- Steiner, John. (1993) *Psychic retreats: Pathological organizations in psychotic, neurotic, and borderline patients*. London and New York: Routledge.
- Straits-Tröster, K. A., Brancu, M., Goodale, B., Pacelli, S., Wilmer, C., Simmons, E. M., & Kudler, H. (2011). Developing community capacity to treat post-deployment mental health problems: A public health initiative. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3, 283-291. doi:10.1037/a0024645

- Strauss , A. , & Corbin , J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage.
- Subic-Wrana, C., Beutel, M. E., Garfield, D. S., & Lane, R. D. (2011). Levels of emotional awareness: A model for conceptualizing and measuring emotion-centered structural change. *The International Journal of Psychoanalysis*, 92, 289-310. doi:10.1111/j.1745-8315.2011.00392.x
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics (5th ed.)*. Boston, MA: Allyn & Bacon/Pearson Education.
- Tarantelli, C. (2003). Life within death: Towards a metapsychology of catastrophic psychic trauma. *The International Journal of Psychoanalysis*, 84, 915-928. doi:10.1516/NPEL-X40F-3QH3-MXAX
- Tedeschi, R. G., & McNally, R. J. (2011). Can we facilitate posttraumatic growth in combat veterans?. *American Psychologist*, 66, 19-24. doi:10.1037/a0021896
- Titchener, J. L. (1982). Post-traumatic decline: A consequence of unresolved destructive drives. In C. R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake: Traumatic stress theory, research and intervention. Volume 2* (pp. 5-19). New York: Brunner/Mazel.
- Todd, Z.; Nerlich, B.; McKeon, S.; Clarke, D. D. (2004). *Mixing methods in psychology: The integration of qualitative and quantitative methods in theory and practice*. New York: Psychology Press/Taylor & Francis.
- Tsai, J., Harpaz-Rotem, I., Pietrzak, R. H., & Southwick, S. M. (2012). The role of coping, resilience, and social support in mediating the relation between PTSD and social functioning in veterans returning from Iraq and Afghanistan. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 75, 135-149. doi:10.1521/psyc.2012.75.2.135
- Tulving, E. (1985). How many memory systems are there?. *American Psychologist*, 40, 385-398. doi:10.1037/0003-066X.40.4.385
- Tutté, J. (2004). The concept of psychical trauma: A bridge in interdisciplinary space. *The International Journal of Psychoanalysis*, 85, 879-921. doi:10.1516/RQAT-VGJ3-Y1XQ-DW37
- van der Hart, O., Brown, P., & Graafland, M. (1999). Trauma-induced dissociative amnesia in World War I combat soldiers. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 37-46. doi:10.1046/j.1440-1614.1999.00508.x

- van der Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K., & Brown, D. (2004). Trauma-related dissociation: Conceptual clarity lost and found. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*; 38, 906-914. doi:10.1080/j.1440-1614.2004.01480.x
- van der Kolk, B. A. (1989). The compulsion to repeat the trauma: Re-enactment, revictimization, and masochism. *Psychiatric Clinics of North America*, 12(2), 389-411.
- van der Kolk, B. A. (1999). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. In M. J. Horowitz (Ed.), *Essential papers on posttraumatic stress disorder* (pp. 301-326). New York, NY US: New York University Press.
- van der Kolk, B. A. (2000). Trauma, neuroscience, and the etiology of hysteria: An exploration of the relevance of Breuer and Freud's 1893 article in light of modern science. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 28(2), 237-262.
- van der Kolk, B. A. (2007). The history of trauma in psychiatry. In M. J. Friedman, T. M. Keane, P. A. Resick, M. J. Friedman, T. M. Keane, P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (pp. 19-36). New York, NY, US: Guilford Press.
- van der Kolk, B. A., & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 505-525. doi:10.1002/jts.2490080402
- van der Kolk, B. A., van der Hart, O., & Marmar, C. R. (1995). Dissociation and information processing in posttraumatic stress disorder. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: Guilford Press.
- van Minnen, A., Wessel, I., Dijkstra, T., & Roelofs, K. (2002). Changes in PTSD patients' narratives during prolonged exposure therapy: A replication and extension. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 255-258. doi:10.1023/A:1015263513654
- Van Vliet, K. (2010). Shame and avoidance in trauma. In E. Martz (Ed.), *Trauma rehabilitation after war and conflict: Community and individual perspectives* (pp. 247-263). New York, NY US: Springer Science + Business Media. doi:10.1007/978-1-4419-5722-1_11
- Van Winkle, E. P., & Safer, M. A. (2011). Killing versus witnessing in combat trauma and reports of PTSD symptoms and domestic violence. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 107-110. doi:10.1002/jts.20614

- Vargas, A. (2012). *Themes of moral injury in trauma experiences of Vietnam combat veterans: A qualitative examination of the NVVRS*. Retrieved from Dissertation Abstracts International (74).
- Vargas, A. F., Hanson, T., Kraus, D., Drescher, K., & Foy, D. (2013). Moral injury themes in combat veterans' narrative responses from the National Vietnam Veterans' Readjustment Study. *Traumatology*, 19, 243-250. doi:10.1177/1534765613476099
- Varvin, S. (2003). *Mental survival strategies after extreme traumatisation*. Copenhagen: Multivers.
- Varvin, S. (2005). Humiliation and the victim identity in conditions of political and violent conflict. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 28(1), 40-49.
- Varvin, S. (2007, July). *Trauma and resilience*. Paper presented at 45th International Psychoanalytical Association Congress, Berlin, Germany.
- Varvin, S. (2010, August). *Back on the track - or a new pathway? Psychotherapy of traumatized persons as a developmental process*. Paper presented at IASA Conference 2010, Cambridge, UK.
- Varvin, S., & Rosenbaum, B. (2003). Extreme traumatisation: Strategies for mental survival. *International Forum of Psychoanalysis*, 12, 5-16. doi:10.1080/08037060310005223
- Varvin, S., & Rosenbaum, B. (2015). Trauma: Depletion and resilience. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 34(2), 6-17.
- Vasterling, J. J., Daly, E. S., & Friedman, M. J. (2011). Posttraumatic stress reactions over time: The battlefield, homecoming, and long-term course. In J. I. Ruzek, P. P. Schnurr, J. J. Vasterling, M. J. Friedman (Eds.), *Caring for veterans with deployment-related stress disorders* (pp. 35-55). Washington, DC US: American Psychological Association. doi:10.1037/12323-002
- Vasterling, J. J., Proctor, S. P., Friedman, M. J., Hoge, C. W., Heeren, T., King, L. A., & King, D. W. (2010). PTSD symptom increases in Iraq-deployed soldiers: Comparison with nondeployed soldiers and associations with baseline symptoms, deployment experiences, and postdeployment stress. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 41-51. doi: 10.1002/jts.20487
- Vaz Serra, A. (2003). *O distúrbio de stress pós-traumático*. Coimbra: Vale & Vale Editores, Lda.
- Vazan, P., Golub, A., & Bennett, A. S. (2013). Substance use and other mental health disorders among veterans returning to the inner city: Prevalence, correlates, and rates

- of unmet treatment need. *Substance Use & Misuse*, 48, 880-893. doi:10.3109/10826084.2013.796989
- Vieira, C. P. (2007). *Acontecimentos traumáticos: tradução e adaptação da escala Impact of Event Scale – Revised*. (Tese de Mestrado não publicada). Faculdade de psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra, Portugal.
- Viñar, M. N. (2005). The specificity of torture as trauma: The human wilderness when words fail. *The International Journal of Psychoanalysis*, 86, 311-333. doi:10.1516/HTXE-6E9W-7BPE-BECD
- Violanti, J. M. (1996). Trauma stress and police work. In D. Paton, J. M. Violanti, D. Paton, J. M. Violanti (Eds.) , *Traumatic stress in critical occupations: Recognition, consequences and treatment* (pp. 87-112). Springfield, IL, England: Charles C Thomas, Publisher.
- Vukšić-Mihaljević, Ž., Mandić, N., Benšić, M., & Mihaljević, S. (2000). Posttraumatic stress disorder among Croatian veterans: A causal model. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 54, 625-636. doi:10.1046/j.1440-1819.2000.00764.x
- Waelde, L. C., Silvern, L., & Fairbank, J. A. (2005). A taxometric Investigation of dissociation in vietnam veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 359-369. doi:10.1002/jts.20034
- Watkins, K. E., Pincus, H. A., Smith, B., Paddock, S. M., Mannle, T. E. Jr, Woodroffe, A., Solomon, J., Sorbero, M. E., Farmer, C. M., Hepner, K. A., Adamson, D. M., Forrest, L., Call, C. (2011). *Veterans health administration mental health program evaluation: Capstone report*. Santa Monica, CA: RAND Corporation and Altarum Institute.
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale—Revised. In J. Wilson, T. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). New York, NY US: Guilford Press.
- Werbart, A., & Lindbom-Jakobson, M. (1993). The 'living dead': Survivors of torture and psychosis. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 7, 163-180. doi:10.1080/02668739300700121
- Wexler, H. (1972). The life master: A case of severe ego regression induced by combat experience in World War II. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 27, 565-597.
- Whealin, J. M., DeCarvalho, L. T., & Vega, E. M. (2008). *Clinician's guide to treating stress after war: Education and coping interventions for veterans*. Hoboken, NJ US: John Wiley & Sons Inc.

- Wheeler, D. P., & Bragin, M. (2007). Bringing it all back home: Social work and the challenge of returning veterans. *Health & Social Work, 32*, 297-300. doi:10.1093/hsw/32.4.297
- Whitmer, G. (2001). On the nature of dissociation. *The Psychoanalytic Quarterly, 70*(4), 807-837.
- Wilcox, S. (2010). Social relationships and PTSD symptomatology in combat veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 2*, 175-182. doi:10.1037/a0019062
- Willig, C. (2008) *Introducing qualitative research in psychology: Adventures in theory and method*. Buckingham: Open University Press.
- Wilmer, H. A. (1982). Vietnam and madness: Dreams of schizophrenic veterans. *Journal of The American Academy of Psychoanalysis, 10*(1), 47-65.
- Winnicott, D. W. (1958). The capacity to be alone. *International Journal of Psycho-Analysis, 39*, 416-420.
- Winnicott, D. W. (1962). Ego integration in child development. In *The maturational processes and the facilitating environment* (pp. 56-63). London: Hogarth Press, 1965.
- Winnicott, D., W. (1971). *Playing and reality*. London: Tavistock Publications.
- Wood, M. D., Britt, T. W., Thomas, J. L., Klocko, R. P., & Bliese, P. D. (2011). Buffering effects of benefit finding in a war environment. *Military Psychology, 23*, 202-219. doi:10.1080/08995605.2010.521732
- Worthington, E. r., & Langberg, D. (2012). Religious considerations and self-forgiveness in treating complex trauma and moral injury in present and former soldiers. *Journal of Psychology and Theology, 40*(4), 274-288.
- Yin, R. K. (1998). *Case study research: Design and methods*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Yin, R. K. (2011). *Qualitative research from start to finish*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Ying, Y., Akutsu, P. D., Zhang, X., & Huang, L. N. (1997). Psychological dysfunction in Southeast Asian refugees as mediated by sense of coherence. *American Journal of Community Psychology, 25*, 839-859. doi:10.1023/A:1022217330005
- Yorke, C. (1986). Reflections on the problem of psychic trauma. *Psychoanalytic Study of the Child, 41*, 221-236.

- Zepf, S. (2009). Psychoanalysis and qualitative psychotherapy research: Some epistemological remarks. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 37(4), 645-664.
- Zerach, G., Greene, T., Ginzburg, K., & Solomon, Z. (2014). The relations between posttraumatic stress disorder and persistent dissociation among ex-prisoners of war: A longitudinal study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6, 99-108. doi:10.1037/a0031599
- Zornig, S., & Levy, L. (2011). Trauma and deprivation: The relationship between early object relations and the constitution of a sense of self. *International Forum of Psychoanalysis*, 20, 26-30. doi:10.1080/0803706X.2010.501814



ESTUDOS EMPÍRICOS

Estudo 1 - Efeitos dos componentes da experiência de guerra e do senso de coerência no desenvolvimento da PSPT e Depressão

Artigo - The Effects of Combat Exposure, Abusive Violence and Sense of Coherence on PTSD and Depression in Portuguese Colonial War Veterans

Título: The Effects of Combat Exposure, Abusive Violence and Sense of Coherence on PTSD and Depression in Portuguese Colonial War Veterans

Autores: Paulo Correia Ferrajão¹ and Rui Aragão Oliveira¹

Endereço:

¹High Institute of Applied Psychology (ISPA), Lisbon, Portugal

Estado: Publicado - Ferrajão, P. C., & Oliveira, R. A. (2015, April 13). The effects of combat exposure, abusive violence, and sense of coherence on PTSD and depression in Portuguese colonial war veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000043>

Autor para correspondência

Paulo Correia Ferrajão, High Institute of Applied Psychology (ISPA), Rua Jardim do Tabaco, 34, 1149-041 Lisbon, Portugal.

Tel.: +351 218 811 700; fax: +351 218 860 954

E-mail: pauloferrajao@gmail.com

1. Abstract

We analyzed the effects of three war components - combat exposure (CES), observation of abusive violence (OBS), and participation in abusive violence (PARTC) - and sense of coherence (SOC) on the development of both PTSD and Depression among a sample of war veterans. We also analyzed the role of SOC as a mediator of the effects of CES, OBS, and PARTC on both Depression and PTSD symptoms. Sample was composed of 120 Portuguese Colonial War veterans. A binomial logistic regression analysis was performed to determine the effects of these variables on Depression and PTSD diagnosis. Mediation test was performed by conducting several hierarchical regression analyses. Results showed that OBS and PARTC, and lower levels of SOC were associated with increased odds for exceeding the clinical cutoff scores for diagnosis of Depression. All variables were associated with increased odds for exceeding the clinical cutoff scores for diagnosis of PTSD. In mediation analysis, at first step, PARTC was not a significant predictor of both PTSD and Depression symptoms, and PARTC did not enter in subsequent analysis. SOC was a full mediator of the effects of OBS and CES on both Depression and PTSD symptoms. We propose that treatment of war veterans should aim the reconciliation of traumatic incongruent experiences in veterans' personal schemas to strengthen veterans' sense of coherence, especially for those exposed to acts of abusive violence.

Keywords: abusive violence, sense of coherence, posttraumatic stress disorder, depression, war veterans

2. Introduction

Around 1,000,000 soldiers were involved in 14 years (1961-1975) of Portuguese Colonial War. Data showed that around 10,000 were killed and 40,000 were injured (Albuquerque, Fernandes, Saraiva, & Lopes, 1992). However, the psychological impact of the war received little attention. Some studies found that 30% of Portuguese soldiers with psychological problems as a consequence of war suffered from Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) (Albuquerque et al., 1992; Maia, McIntyre, Pereira, & Ribeiro, 2011). However, exposure to war traumatic events may have an impact beyond the scope of PTSD. Research found a strong relationship between PTSD and Depression (Erickson, Wolfe, King, King, & Sharkansky, 2001; Grayson, Dobson, & Marshall, 1998). To the best of our knowledge, no study has analyzed the impact of war experience on Depression symptoms among Portuguese veterans.

Research has mainly studied the effects of traditional combat-related stressors on veterans' mental health. Several studies found a positive association between higher degree of combat exposure and higher PTSD severity (Barrett, Gray, Doebbeling, Clauw, & Reeves, 2002; Grieger & Benedek, 2006; Hoge & Castro, 2006; Kulka et al., 1990). Meanwhile, some authors proposed that different components of combat may have different effects on veterans' mental health (Fontana & Rosenheck, 1998; O'Toole, Marshall, Schureck, & Dobson, 1999). We analyzed the effects of combat exposure, observation of abusive violence, performance of abusive violence, and sense of coherence (SOC) on both PTSD and Depression in a sample of Portuguese war veterans.

Abusive violence

War experience includes not only threats or injury to himself or comrades, but also the performance of acts that may transgress militaries' moral beliefs (e.g., combat disproportionate violence, incidents involving civilians), i.e., moral injury (Litz et al., 2009). Moral injury was introduced to describe the perpetration, failure to prevent, or witness to acts that transgress military's moral beliefs and expectations (Drescher et al., 2011; Litz et al., 2009). Moreover, some acts involve direct or indirect participation in excessive violence against enemies or civilians, i.e., abusive violence (Holowka et al., 2012). Self-reports of abusive violence were positively related with both higher PTSD (Beckham, Feldman, & Kirby, 1998; Maguen et al., 2009; O'Toole et al., 1999; Van Winkle & Safer, 2011) and depression symptoms severity among war veterans (Beckham et al., 1998; Maguen et al.,

2009; Marx et al., 2010). These associations were stronger than those from reports of combat exposure (Maguen et al., 2009). Furthermore, active participation in abusive violence showed the strongest effect on PTSD symptoms severity (Van Winkle & Safer, 2011).

Meanwhile, some studies found that both traditional combat-related stressors and abusive violence were associated with one's appraisal of the world as lacking meaning and predictability (Bryan et al., 2013; Marx et al., 2010). Veterans may suffer from a strong inner conflict as a result of a severe discrepancy between personal schemas and violent acts committed or witnessed in military duty, which may impair the integration of the event within existing personal schemas (Horowitz, 1992; Litz et al., 2009). Failure in the assimilation of new values and ideals in self-schemas could result in strong self-concept and identity disturbance (Herman, 1992; Lee, Scragg, & Turner, 2001). As a result, veterans could lose their belief about the possession of environmental and personal resources to cope with stressful demands in the course of life (Drescher et al., 2011).

Sense of coherence

SOC was conceptualized by Antonovsky (1998) to describe the adaptive capacity of a person to recognize the world as meaningful and predictable, and to believe in possession of appropriate coping resources (Racklin, 1999). An individual with a strong SOC has both the ability to make sense of stressful experiences and to manage these situations by using available resources (Antonovsky, 1998). Higher SOC was associated with posttraumatic growth in both holocaust survivors and older adult veterans (Forstmeier, Kuwert, Spitzer, Freyberger, & Maercker, 2009; Mowad, 2004). Both higher PTSD and Depression symptoms severity were negatively associated with higher SOC among war survivors (Pham, Vinck, & Weinstein, 2010). These results suggested that SOC was an internal psychological mechanism that mediated the effects of external stressors and resources on psychological dysfunction in war refugees (Ying, Akutsu, Zhang, & Huang, 1997). However, to the best of our knowledge, no study has analyzed the effect of SOC on veterans' mental health following exposure to abusive violence.

Moreover, no study has analyzed the impact of abusive violence on Portuguese veterans' mental health. The guerilla warfare from the Portuguese Colonial war bears some similarities with the Vietnam War. Likewise, it was difficult to distinguish friends from enemies because of the involvement of many civilians in warfare (Albuquerque et al., 1992). For this purpose, we analyzed the effects of three war components - combat exposure,

observation of abusive violence, and performance of abusive violence – and the salutogenic effect of SOC on both PTSD and Depression in a sample of Portuguese Colonial war veterans. Additionally, based on previous findings concerning the mediator role of SOC on the effects of traumatic events on psychological symptoms in war survivors (Pham et al., 2010; Ying et al., 1997), we tested if SOC was a mediator of the effects of those three war components on both Depression and PTSD symptoms severity.

Our hypotheses were: a) observation and participation in abusive violence were associated with increased odds for Depression diagnosis, whereas the degree of combat exposure had no effect on Depression diagnosis; b) the three components of war experience were associated with increased odds for PTSD diagnosis; c) SOC had a negative effect on both Depression and PTSD; d) participation in abusive violence had the highest odds for both Depression and PTSD diagnosis; and, e) SOC was a mediator of the effects of the three war components on both Depression and PTSD symptoms severity.

3. Method

Participants

Sample was composed of 120 Portuguese Colonial War veterans. Participants were all males, mostly Whites (90%), 10% Blacks, with a mean age of approximately 64 years (age range: 59-72). Most participants (39.2%) had four years of schooling, 13.3% had six years of schooling, 22.5% had nine years of schooling, 21.7% had twelve years of schooling, and 3.3% had university education. The majority of the participants belonged to the Army (90%), 6.7% were enlisted in the Air Force, and 3.3% belonged to the Navy. Participants were receiving outpatient care in three government institutions specialized in war veterans' treatment. Participants were recruited in the same number ($n=40$) from the three sites. Inclusion criteria were: to receive both psychiatric and psychological treatment during the last five years; no history of brain injury; no history of neuropsychological disorders; no physical disability resulting from military duty; no history of psychiatric illness previous to military duty. The following participants were excluded: treatment duration under five years; to receive only psychiatric or psychological treatment; participants with any physical disability resulting from war experience; participants with history of psychiatric illness previous to military duty; and with any confirmed neurological and cognitive impairment. All participants screened fulfilled these criteria.

Measures

Combat exposure. The Combat Exposure Scale (CES; Keane et al., 1989) is a 7-item self-report measure that assesses wartime stressors experienced by combatants. Items are rated on a 5-point frequency (1 = *no or never* to 5 = *more than 50 times*), 5-point duration (1 = *never* to 5 = *more than 6 months*), 4-point frequency (1 = *no* to 4 = *more than 12 times*) or 4-point degree of loss (1 = *no one* to 4 = *more than 50%*). The total CES score was calculated by using a sum of weighted scores, which can be classified into 1 of 5 categories of combat exposure ranging from “light” to “heavy.” Alpha coefficient was .81.

Abusive violence. Observation of abusive violence and participation in abusive violence were assessed using an adaption of the Traumagraf (Pereira & Valentine, 2002) that was developed for this study. Participants were asked to report episodes of disproportionate violence against enemies or civilians that occurred outside the combat situation, including acts of mistreatment or revenge (e.g., combat disproportionate violence, incidents involving civilians). For each reported event, participants were asked to assess four domains: (1) type of trauma (observation of abusive violence; participation in abusive violence); (2) symptoms related to the event (0 = *do not disturb me* to 4 = *worst feeling I ever had*), (3) treatment received after the event (1 = *received psychological treatment*, and 2 = *do not received psychological treatment*), and (4) emotional support received during the event (1 – Yes; 2 – No). For this study we analyzed data retrieved for observation of abusive violence (OBS) and participation in abusive violence (PARTC). Alpha coefficient was .88 for OBS, and .79 for PARTC.

Sense of coherence. The Sense of Coherence Questionnaire (SOCQ; Antonovsky, 1998) consists of 29 items that examine the comprehensibility, manageability, and meaningfulness of the participants’ lives. The items were coded on a seven point scale from never have this feeling (1) to always have this feeling (7), reflecting various levels of agreement (e.g., *Does it happen that you have feelings inside which you would rather not feel?*). Items 1, 4, 5, 6, 7, 11, 13, 14, 16, 20, 23, 25, and 27 were reverse coded. The range of possible sum scores is from 29 to 203, with higher scores indicating greater coherence. Alpha coefficient was .86.

PTSD symptoms. The Impact of Event Scale - Revised (IES-R; Weiss & Marmar, 1997) is a self-report measure, composed of 22 items, to measure the subjective response to traumatic events. The IES-R assesses the presence of three symptom clusters of PTSD: intrusion, avoidance and hyper-arousal. Participants indicated how distressing each difficulty was for them during the past seven days on a five item Likert, from *not at all* (0) to *extremely*

(4). Logistic regression analyses were conducted using the “probable PTSD case” cutoff score of 33 (Creamer, Bell, & Failla, 2003; Morina, Ehring, & Priebe, 2013). Alpha coefficient was .83.

Depression. The Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis & Melsaratos, 1983) is a measure of general psychiatric distress with 53 items. The BSI is composed of nine clinical scales and three global indices of disturbance. Participants were asked to rate the degree to which each symptom was distressing in the last week along a five-point scale from *never* (0) to *always* (4). We examined the Depression subscale of the BSI (DEP). Logistic regression analyses were conducted using the cutoff score of T score of 63 on the DEP for screening patients diagnosed with or without depression (Johnson, Chipp, Brems, & Neal, 2008; Stukenberg, Dura, & Kiecolt-Glaser, 1990). Alpha coefficient was .82.

Procedure

Data gathering. After obtaining permission from three institutions specialized in war veterans’ treatment, participants were invited to participate in this study. Informed consent was obtained from each participant. Participants completed self-report measures and a questionnaire to collect socio-demographic data (e.g., age, education, and ethnicity).

Data analysis. Data analysis was conducted using the IBM SPSS Statistics for Windows (version 19). Data were first assessed for means and standard deviations, after which they were analyzed for mean comparison and correlation matrix. We performed a binomial logistic regression analysis to determine the effects of the variables on both Depression and PTSD diagnosis. All logistic regression analyzes were executed in one step with all variables included at once.

Caseness for Depression was defined using the cutoff score of T scores higher than 63 from the DEP. Some psychometric studies showed that a T score of 63 on DEP was a sensitive cut-off score for screening patients diagnosed with or without depression (Johnson et al., 2008; Stukenberg et al., 1990). Caseness for diagnosis of PTSD was defined using the cutoff score of 33 in the IES-R’s total score. Some psychometric studies showed that the optimally sensitive cut-off score for screening for PTSD using the IES-R was 33 (Creamer et al., 2003; Morina et al., 2013). Participants with scores lower than 33 were defined as non-caseness for PTSD. The variables OBS and PARTC were assessed using two categories (0 = no; 1 = yes). The CES was assessed using its five categories classification (1 = light; 2 =

light-moderate; 3 = moderate; 4 = moderate-heavy; 5 = heavy). SOC was assessed using the continuous scores of SOCS.

In logistic regression, the odds ratio is an estimate of the magnitude of the association between an exposure and a dichotomous outcome (Kleinbaum, Kupper, & Morgenstern, 1982). An odds ratio of 1.0 (the null value) indicates no association between the exposure and the outcome. A value greater than 1.0 indicates a positive association, or an increase in the odds of an outcome's occurring given a particular level of the independent variables. A value less than 1.0 indicates an inverse association, or a decrease in the odds of an outcome. The 95% confidence interval around the odds ratio estimate is calculated using the beta coefficient for the exposure variable and its related standard error. Confidence intervals that exclude 1.0 indicate statistical significance at the .05 probability level.

Mediation test was performed by conducting several regression analyses to analyze the significance of the coefficients at each step (Tabachnick & Fidell, 2007). We performed a hierarchical multiple regression by specifying a fixed order of entry for variables in order to control for the effects of covariates. To make sure that age, education and ethnicity did not explain away the entire association between our predictors and symptoms severity, they were put into the model first. In a second step, we entered the variables that we wanted to put into the model. To test if SOCS was a mediator of the effect of OBS, PARTC, and CES on PTSD symptoms, we analyzed the effects of OBS, PARTC, and CES on PTSD symptoms. Second, we analyzed the effects of the three components of war experience on SOCS. Third, we analyzed the effect of SOCS on PTSD symptoms. Finally, we analyzed the effects of the four predictors on PTSD symptoms. The same procedure was conducted to test if SOCS was a mediator of the effect of OBS, PARTC, and CES on Depression symptoms.

4. Results

Descriptive analysis

Most participants reported a moderate (32.5%) and moderate-heavy (30%) degree of combat exposure, heavy combat exposure was reported by 12.5% of the participants, 10.8% reported light degree of combat exposure, and 14.2% reported light-moderate degree of combat exposure. Regarding involvement in abusive violence, around one third of the participants (34.1%) reported that they did not perform or witness to abusive violence, 30.8% reported that they only witnessed to acts of abusive violence, 7.5% reported that they only performed acts of abusive violence, and the remaining participants (27.5%) reported both

observation and participation in abusive violence. We found that 40.8% of the participants exceeded the clinical cutoffs scores associated with a probable diagnosis of both Depression and PTSD, whereas a similar proportion of participants (38.3%) did not exceed the clinical cutoffs scores associated with a probable diagnosis of both Depression and PTSD. Among the remaining participants, 11.7% of the participants exceeded the clinical cutoff scores associated with a probable diagnosis of Depression, and the remaining participants (9.2%) exceeded the clinical cutoff scores associated with a probable diagnosis of PTSD.

Primary analyses

We found no differences for age ($t=1.309$, $df=118$, $p=.193$) and education ($t=-1.689$, $df=118$, $p=.094$) between the participants who exceeded the clinical cutoff scores for Depression and participants who did not exceed the clinical cutoff scores for Depression. We found no differences for age ($t=1.239$, $df=118$, $p=.218$) and education ($t=-1.831$, $df=118$, $p=.070$) between the participants who exceeded the clinical cutoff scores for PTSD and participants who did not exceed the clinical cutoffs scores for PTSD.

As can be seen in Table 1, OBS showed a moderate positive relationship with PARTC, DEP and IES-R, a moderate negative relationship with SOCS, and a weak positive relationship with CES. PARTC showed a weak negative relationship with SOCS, and a weak positive relationship with IES-R. CES showed a moderate negative relationship with SOCS, and a moderate positive relationship with both DEP and IES-R. SOCS showed a strong negative relationship with both DEP and IES-R. DEP and IES-R showed a strong positive relationship. All other correlations were non-significant.

<Table 1>

We found statistically significant differences for SOCS ($t=5.22$, $p < .001$, $d=.99$), DEP ($t=-5.76$, $p < .001$, $d=1.07$), and IES-R ($t=-5.85$, $p < .001$, $d=1.07$) between participants who reported observation of abusive violence and participants who reported no observation of abusive violence. As expected, participants who reported observation of abusive violence showed lower SOCS (Observation: $n=70$, $M = 102.27$, $SD = 22.95$; No observation: $n=50$, $M = 129.88$, $SD = 31.96$), and higher DEP (Observation: $M = 2.20$, $SD = 1.02$; No observation: $M = 1.13$, $SD = .98$), and IES-R (Observation: $M = 45.63$, $SD = 14.27$; No observation: $M = 29.60$, $SD = 15.53$) compared to participants who reported no observation of abusive violence. Cohen's d values were higher than 0.8, indicating a large effect.

We found no statistically significant differences for DEP between participants who reported participation in abusive violence and participants who reported no participation in abusive violence ($t=-.90$, $p=.33$). We found statistically significant differences for both SOCS ($t=3.62$, $p<.001$, $d=.64$) and IES-R ($t=-2.13$, $p<.05$, $d=.50$) between participants who reported participation in abusive violence and participants who reported no participation in abusive violence. The participants who reported participation in abusive violence showed lower SOCS (Participation: $n=42$, $M=101.23$, $SD=14.76$; No participation: $n=78$, $M=117.24$, $SD=32.45$) and higher IES-R (Participation: $M=45.04$, $SD=14.11$; No participation: $M=37.27$, $SD=17.09$) compared to participants who reported no participation in abusive violence. Cohen's d values were around 0.5, indicating a medium-sized effect.

Logistic regression

Table 2 summarizes the results from several series of logistic regressions. We found that both OBS and PARTC, and lower levels of SOCS were associated with increased odds for exceeding the clinical cutoff scores associated with a probable diagnosis of Depression (goodness-of-fit statistic =2.95; $df=8$, $p=.94$). Veterans who reported OBS had the highest odds for Depression diagnosis, followed by low SOCS. No statistical significant association was found between CES with a diagnosis of Depression. We found that all variables in the model were associated with increased odds for exceeding the clinical cutoff scores associated with a probable diagnosis of PTSD (goodness-of-fit statistic=5.59; $df=7$, $p=.59$). OBS had the highest odds of presenting a PTSD diagnosis, followed by lower SOCS.

<Table 2>

Linear regression

In both models, at first step, PARTC was not a significant predictor of both PTSD ($B=.03$, $t=.27$, $p=.79$) and Depression symptoms ($B=-.16$, $t=-1.61$, $p=.11$). For this reason, PARTC did not enter in subsequent analysis. We only tested SOCS as a mediator of the effects of OBS and CES on both PTSD and Depression symptoms.

As can be seen in Table 3, after controlling for the effects of age, education and ethnicity, we assured the establishment of zero-order relationships among the variables (Model 1-3). All these relationships were significant, allowing the final step of the mediation analysis to be conducted. The inclusion of SOCS in Model 4 resulted in improved fit of the model, that is, Adjusted R Square increased from the initial model without SOCS (Model 1; Adjusted R Square=.32) to our final model (Model 4; Adjusted R Square=.76). Moreover, as

a result of the inclusion of SOCS in Model 4, both CES and PARTC were no longer statistically significant predictors of IES-R, supporting for a full mediation by SOCS.

<Table 3>

As can be seen in Table 4, after controlling for the effects of age, education and ethnicity, we assured the establishment of zero-order relationships among the variables (Model 1-3). All these relationship were significant, allowing the final step of the mediation analysis to be conducted. The inclusion of SOCS in Model 4 resulted in improved fit of the model, that is, Adjusted R Square increased from the initial model (Model 1; Adjusted R Square=.25) to our final model (Model 4; Adjusted R Square=.57). Moreover, as a result of the inclusion of SOCS in Model 4, both CES and PARTC were no longer statistically significant predictors of DEP, supporting for a full mediation by SOCS.

<Table 4>

5. Discussion

We analyzed the effects of three war components (combat exposure, performance of abusive violence, and observation of abusive violence) and SOC on both PTSD and Depression in a sample of Portuguese Colonial war veterans. This study was conducted with a population that has been overlooked by research. Findings from the present study might add some knowledge on the mechanisms and processes related to recovery from both PTSD and Depression among war veterans. New knowledge on the internal psychological variables related to their clinical manifestations might raise a new assessment and psychological intervention approaches in clinical practice with that population.

We found that most participants were exposed to acts of abusive violence in military duty. Only around one third of the participants did not report exposure to acts of abusive violence. Probably, the guerilla warfare of Portuguese Colonial War increased the likelihood of acts of abusive violence, such as mistreatment of enemy combatants and acts of revenge against civilians (Albuquerque et al., 1992). High ratings of reported abusive violence may explain the sizable proportion of participants (40.8%) that exceeded the clinical cutoff scores associated with a probable diagnosis of both PTSD and Depression (Beckham et al., 1998; Maguen et al., 2009; Marx et al., 2010; O'Toole et al., 1999).

Consistent with recent war trauma literature, acts of omission or commission in war can produce considerable lasting distress and inner turmoil, comparable to consequences of direct life threat. Therefore, veterans may suffer from an inner conflict resulting from a

discrepancy between personal schemas and unethical behaviors occurred in military duty (Herman, 1992; Horowitz, 1992). Probably, veterans suffering from a severe discrepancy between personal schemas and war events may also suffer higher re-experience and intrusive memories of those events resulting in higher PTSD symptoms severity (Horowitz, 1992). Furthermore, re-experience of war atrocities weakens veterans' self-esteem resulting in higher severity of Depression symptoms (Litz et al., 2009).

Our results provide some support to this theoretical framework. As expected, both participation and observation of acts of abusive violence were associated with increased odds for exceeding clinical cutoff scores associated with a probable diagnosis of Depression. The degree of combat exposure showed no statistical significant association with caseness for Depression. These results suggest that active involvement or observation of acts of excessive violence against enemies or civilians in wartime may result in strong feelings of war-related guilt, which increases the likelihood of higher depression symptoms (Beckham et al., 1998; Marx et al., 2010). Future research should aim to understand the effects of those war experiences on severity of Depression symptoms in war veterans.

Second, the three war components were associated with increased odds for exceeding the clinical cutoff scores associated with a probable diagnosis of PTSD. These results replicate previous findings among other veterans' samples on the relationship between PTSD diagnosis and both higher combat exposure (Barrett et al., 2002; Grieger & Benedek, 2006; Hoge & Castro, 2006; Kulka et al., 1990) and abusive violence exposure (Beckham et al., 1998; Maguen et al., 2009; O'Toole et al., 1999; Van Winkle & Safer, 2011). Meanwhile, abusive violence variables showed stronger associations than those from reports of combat exposure (Maguen et al., 2009). Future research should aim to replicate these findings.

As expected, participants who reported a strong SOC showed negative odds for exceeding clinical cutoff scores associated with a probable diagnosis of both PTSD and Depression. These results replicate previous findings among war survivors' samples on the salutogenic effect of SOC for both Depression and PTSD (Pham et al., 2010; Ying et al., 1997). To the best of our knowledge, this is the first study where SOC was analyzed as a resilience factor against the development of psychopathology among a sample of war veterans. Probably, a strong SOC provides veterans' ability to make sense of war stressful experiences and the belief in possession of appropriate resources to cope with stressful demands (Antonovsky, 1998; Drescher et al., 2011; Racklin, 1999), resulting in lower PTSD

and Depression severity among our participants. Future research should aim to replicate these findings among others veterans' samples.

Contrary to expectations, participation in abusive violence did not show the highest odds for exceeding the clinical cutoff scores associated with a probable diagnosis of both PTSD and Depression. Observation of abusive violence showed the highest odds for exceeding both clinical cutoff scores. Furthermore, in the mediation test, we observed that after controlling for age, education and ethnicity, participation in abusive violence was not a significant predictor of both PTSD and Depression symptoms. These results could be explained by different effects of war components on veterans' mental health (O'Toole et al., 1999). Whereas the performance of abusive violence may produce a discrepancy between self-related schemas and the moral violation, both combat exposure and observation of abusive violence produce effects in schemas of self, world and others. Both combat exposure and observation of abusive violence shake veterans' core beliefs concerning others' humanity, and schematic representations of the self as weak and helplessness related to their inability in the warzone to stop atrocities performed by others (Lee et al., 2001; Litz et al., 2009; Marx et al., 2010). Future research should aim to understand the effects of these war components on veterans' self-schemas.

Finally, SOCS was a full mediator of the effect of both observation of abusive violence and combat exposure on both Depression and PTSD symptoms. As predicted, sense of coherence affected the strength of the relation between the two war components and both PTSD and Depression symptoms. Although observation of abusive violence and combat exposure were significant predictors of both PTSD and Depression symptoms when entered as a set, their influence dissipated in the presence of SOCS. From this standpoint, our results suggest that veterans with a stronger SOC possess higher ability to make sense of these stressful experiences by using available resources and the capacity to recognize the world as meaningful and predictable (Antonovsky, 1998; Forstmeier et al., 2009; Racklin, 1999; Ying et al., 1997).

Although the cross-sectional design of this study did not allow to control the temporal ordering of change in sense of coherence, the strong significant statistical relationships between SOCS with the three war components variables suggests that higher exposure to these war components may result in one's appraisal of the world as lacking meaning and predictability (Bryan et al., 2013; Marx et al., 2010), i.e., lower sense of coherence. As stated above, this could happen as a result of veterans' inability to integrate the traumatic events

within existing schemas (Herman, 1992; Horowitz, 1992; Litz et al., 2009). Probably, the accommodation of traumatic discrepant experiences in personal-schemas is a key achievement for developing a stronger SOC and to restore world's meaning and significance (Herman, 1992; Horowitz, 1992; Racklin, 1999). This achievement seems to play a major role on recovery from both PTSD and Depression symptoms among war veterans. Our results suggest that treatment of war veterans should aim the reconciliation of war incongruent experiences in veterans' personal schemas to strengthen veterans' SOC, especially for those exposed to acts of abusive violence. Future research should test this hypothesis.

It is important to identify several limitations when interpreting the current findings. First, the cross-sectional design disallows causal inferences. Although this study provided some evidence for the effects of the three war components and SOC on PTSD and Depression symptoms, it would be important to understand how this relationship occurs over time. Future research should aim to replicate this study using a longitudinal design. Second, participants were retrieved from a clinical sample. Results from this study should only be considered for clinical settings. Future research on the field should be performed in non-clinical samples. Another limitation with the data was that both PTSD and Depression diagnosis were based on brief paper-pencil self-report measures. Future research should assess these clinical dimensions thorough a clinical interview to help determine accurateness of such reported symptoms. This procedure should be conducted in order to assure more reliable PTSD and Depression diagnosis, aiming to understand how each factor plays a role in recovery from those clinical conditions. Fourth, data from acts of abusive violence may have shown problems related to memory issues and appraisal of social condemnation. Future research should gather data of these acts from Army official records. In this study, reported observation and participation in abusive violence were grouped into two overall categories. We propose that future studies distinguish between acts of abusive violence following military commands and acts of revenge.

6. References

Albuquerque, A., Fernandes, A., Saraiva, E., Lopes, F. (1992).. Perturbação pós-traumática do stress em combatentes da guerra colonial. [Post-traumatic stress disorder in soldiers of the colonial war.]. *Revista de Psicologia Militar*, 1992,1-9.

Antonovsky, A. (1998). The structure and properties of the Sense of Coherence scale. In H. I. McCubbin, E. A. Thompson, A. I. Thompson, J. E. Fromer (Eds.), *Stress, coping, and health in families: Sense of coherence and resiliency* (pp. 21-40). Thousand Oaks, CA US: Sage Publications, Inc.

Barrett, D. H., Gray, G. C., Doebbeling, B. N., Clauw, D. J., & Reeves, W. C. (2002). Prevalence of symptoms and symptom-based conditions among Gulf War veterans: current status of research findings. *Epidemiological Review*, 24, 218–227.

Beckham, J. C., Feldman, M. E., & Kirby, A. C. (1998). Atrocities exposure in Vietnam combat veterans with chronic posttraumatic stress disorder: Relationship to combat exposure, symptom severity, guilt and interpersonal violence. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 777-785. doi:10.1023/A:1024453618638

Bryan, C. J., Elder, W. B., McNaughton-Cassill, M., Osman, A., Hernandez, A., & Allison, S. (2013). Life meaning following combat among Air Force security forces personnel. *Military Psychology*, 25, 354-364. doi:10.1037/mil0000005

Creamer, M., Bell, R., & Failla, S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale-Revised. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1489-1496. doi:10.1016/j.brat.2003.07.010

Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605. doi:10.1017/S0033291700048017

Drescher, K., Foy, D., Litz, B., Kelly, C., Leshner, A., & Schutz, K. (2011). An exploration of the viability and usefulness of the construct of moral injury in war veterans. *Traumatology*, 17, 8-13. doi: 10.1177/1534765610395615

Erickson, D. J., Wolfe, J., King, D. W., King, L. A., & Sharkansky, E. J. (2001). Posttraumatic stress disorder and depression symptomatology in a sample of Gulf War veterans: A prospective analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 41-49. doi:10.1037/0022-006X.69.1.41

Forstmeier, S., Kuwert, P., Spitzer, C., Freyberger, H. J., & Maercker, A. (2009). Posttraumatic growth, social acknowledgment as survivors, and sense of coherence in former German child soldiers of World War II. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 1030-1039. doi:10.1097/JGP.0b013e3181ab8b36

Grayson, D. D., Dobson, M. M., & Marshall, R. R. (1998). Current combat-related disorders in the absence of PTSD among Australian Vietnam veterans. *Social Psychiatry*, 33, 186-192. doi:10.1007/s001270050042

Grieger, T. A., & Benedek, D. M. (2006). Psychiatric disorders following return from combat duty during the twenty-first century. *Primary Psychiatry*, 13(3), 45-50.

Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.

Hoge, C. W., & Castro, C. A. (2006). Post-traumatic stress disorder in UK and US forces deployed to Iraq. *The Lancet*, 368(9538), doi:10.1016/S0140-6736(06)69315-X

Holowka, D. W., Wolf, E. J., Marx, B. P., Foley, K. M., Kaloupek, D. G., & Keane, T. M. (2012). Associations among personality, combat exposure and wartime atrocities. *Psychology of Violence*, 2, 260-272. doi:10.1037/a0026903

Horowitz, M. J. (1992). The effects of psychic trauma on mind: Structure and processing of meaning. In J. W. Barron, M. N. Eagle, D. Wolitzky (Eds.), *Interface of psychoanalysis and psychology* (pp. 489-500). Washington, DC US: American Psychological Association. doi:10.1037/10118-022

Johnson, M. E., Chipp, C. L., Brems, C., & Neal, D. B. (2008). Receiver operating characteristics for the Brief Symptom Inventory Depression, Paranoid Ideation, and Psychoticism Scales in a large sample of clinical inpatients. *Psychological Reports*, 102, 695-705. doi:10.2466/PRO.102.3.695-705

Keane, T. M., Fairbank, J. A., Caddell, J. M., Zimering, R. T., Taylor, K. L., & Mora, C. A. (1989). Clinical evaluation of a measure to assess combat exposure. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 53-55. doi:10.1037/1040-3590.1.1.53

Kleinbaum, D. G., Kupper, L. L., & Morgenstern, H. (1982). *Epidemiologic research: Principles and quantitative methods*. New York: Nostrand Reinhold.

Kulka, R.A., William, E., Schlenger, J. A., Fairbank, R. L., Hough, B., Jordan, K., Marmar, C. R., & And Weiss, D. S. (1990). *National Vietnam veterans readjustment study*. New York: Brunner/Mazel.

Lee, D. A., Scragg, P., & Turner, S. (2001). The role of shame and guilt in traumatic events: A clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 451-466. doi:10.1348/000711201161109

Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C., & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*, 29, 695-706. doi:10.1016/j.cpr.2009.07.003

Maguen, S., Metzler, T. J., Litz, B. T., Seal, K. H., Knight, S. J., & Marmar, C. R. (2009). The impact of killing in war on mental health symptoms and related functioning. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 435-443. doi:10.1002/jts.20451

Maia, A., McIntyre, T., Pereira, G., & Ribeiro, E. (2011). War exposure and Post-traumatic Stress, as predictors of Portuguese colonial war veterans' physical health. *Anxiety, Stress and Coping*, 23, 1477-2205. doi: 10.1080/10615806.2010.521238

Marx, B. P., Foley, K. M., Feinstein, B. A., Wolf, E. J., Kaloupek, D. G., & Keane, T. M. (2010). Combat-related guilt mediates the relations between exposure to combat-related abusive violence and psychiatric diagnoses. *Depression and Anxiety*, 27, 287-293. doi:10.1002/da.20659

Morina N, Ehring T, Priebe S (2013) Diagnostic utility of the Impact of Event Scale - Revised in two samples of survivors of 2ar. *PLoS ONE* 8(12): e83916. doi:10.1371/journal.pone.0083916

Mowad, L. (2004). Correlates of quality of life in older adult veterans. *Western Journal of Nursing Research*, 26, 293-306. doi:10.1177/0193945903261556

O'Toole, B. I., Marshall, R. P., Schureck, R. J., & Dobson, M. (1999). Combat, dissociation, and posttraumatic stress disorder in Australian Vietnam Veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 625-640. doi:10.1023/A:1024765001122

Pereira, M. G., & Valentine, P. (2002). Traumagraf: An evaluation grid of traumatic events. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3, 191-204.

Pham, P. N., Vinck, P., Kinkodi, D., & Weinstein, H. M. (2010). Sense of coherence and its association with exposure to traumatic events, posttraumatic stress disorder, and

depression in eastern Democratic Republic of Congo. *Journal of Traumatic Stress*, 23(3), 313-321.

Racklin, J. (1999). *The roles of sense of coherence, spirituality, and religion in responses to trauma*. Retrieved from Dissertation Abstracts International (59).

Stukenberg, K. W., Dura, J. R., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1990). Depression screening scale validation in an elderly, community-dwelling population. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 134-138. doi:10.1037/1040-3590.2.2.134

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics (5th ed.)*. Boston, MA: Allyn & Bacon/Pearson Education.

Van Winkle, E. P., & Safer, M. A. (2011). Killing versus witnessing in combat trauma and reports of PTSD symptoms and domestic violence. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 107-110. doi:10.1002/jts.20614

Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale—Revised. In J. Wilson, T. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). New York, NY US: Guilford Press.

Ying, Y., Akutsu, P. D., Zhang, X., & Huang, L. N. (1997). Psychological dysfunction in Southeast Asian refugees as mediated by sense of coherence. *American Journal of Community Psychology*, 25, 839-859. doi:10.1023/A:1022217330005

7. Appendix

Table 1

Correlations Matrix

	1	2	3	4	5	6
1. OBS	-	.59***	.24*	-.35***	.31***	.36***
2. PARTC		-	.13	-.22*	.07	.22**
3. CES			-	-.54***	.49***	.49***
4. SOCS				-	-.73***	-.85***
5. DEP					-	.73***
6. IES-R						-

Note. N=120. CES = Combat exposure scale; DEP = Depression symptoms; IES-R = PTSD symptoms; OBS = Observation of abusive violence; PARTC = Participation in abusive violence; SOCS = Sense of coherence.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Table 2

Logistic regression analysis

Variables	OR	95% CI	df	p
<i>Depression criterion</i>				
CES	0.99	.78-1.25	1	.96
SOCS	-4.09	-2.83- -5.91	1	.01
OBS	6.38	3.78-10.76	1	.01
PARTC	3.01	1.76-5.16	1	.05
<i>PTSD criterion</i>				
CES	1.98	1.50-2.62	1	.05
SOCS	-5.08	-3.32- -7.78	1	.001
OBS	8.36	4.56-15.35	1	.001
PARTC	3.32	1.81-6.08	1	.05

Note. N=120. OR = Odds ratio; CES = Combat exposure scale; OBS = Observation of abusive violence; PARTC = Participation in abusive violence; SOCS = Sense of coherence.

Table 3

Mediation Test on PTSD symptoms

Model	Dependent variable	Adjusted R Square		Predictor variable(s)	<i>B</i>	<i>p</i>		
1	IES-R	.03	Step 1	Age	-.24	.01		
				Education	-.02	.80		
				Ethnicity	-.16	.88		
		.32	Step 2	Age	-.20	.01		
				Education	-.09	.26		
				Ethnicity	-.07	.40		
				CES	.44	.001		
				OBS	.24	.01		
		2	SOCS	.02	Step 1	Age	.16	.11
						Education	.18	.17
Ethnicity	.12					.22		
.38	Step 2			Age	.11	.16		
				Education	.19	.06		
				Ethnicity	-.06	.43		
				CES	-.51	.001		
				OBS	-.28	.01		
3	IES-R			.03	Step 1	Age	-.24	.01
						Education	-.02	.80
		Ethnicity	-.16			.88		
		.78	Step 2	Age	-.11	.16		
				Education	.15	.11		
				Ethnicity	-.12	.17		
				SOCS	-.87	.001		
		4	IES-R	.03	Step 1	Age	-.24	.01
						Education	-.02	.80
						Ethnicity	-.16	.88
.76	Step 2			Age	-.11	.16		
				Education	.14	.13		
				Ethnicity	-.12	.17		

CES	.02	.69
OBS	.02	.60
SOCS	-,84	.001

Note. $N=120$. B = Beta Unstandardized Coefficients; CES = Combat exposure scale; IES-R = PTSD symptoms; OBS = Observation of abusive violence; SOCS = Sense of coherence.

Table 4

Mediation Test on Depression symptoms

Model	Dependent variable	Adjusted R Square		Predictor variable(s)	<i>B</i>	<i>p</i>		
1	DEP	.01	Step 1	Age	-.08	.42		
				Education	.09	.38		
				Ethnicity	.01	.94		
		.25	Step 2	Age	-.04	.62		
				Education	.02	.78		
				Ethnicity	-.04	.60		
				CES	.44	.001		
				OBS	.19	.05		
		2	SOCS	.02	Step 1	Age	.16	.11
						Education	.18	.07
Ethnicity	-.12					.22		
.38	Step 2			Age	.11	.16		
				Education	.19	.06		
				Ethnicity	-.06	.43		
3	DEP	.01	Step 1	Ethnicity	-.09	.18		
				SOCS	-.77	.001		
				Age	.04	.52		
		.58	Step 2	Education	.15	.11		
				Ethnicity	-.09	.18		
				SOCS	-.77	.001		
				Age	-.08	.42		
		4	DEP	.01	Step 1	Education	.09	.38
						Ethnicity	.01	.94
						Age	.04	.56
.57	Step 2			Education	.12	.11		
				Ethnicity	-.09	.18		

CES	.08	.32
OBS	.01	.86
SOCS	.74	.001

Note. $N=120$. B = Beta Unstandardized Coefficients; CES = Combat exposure scale; DEP = Depression symptoms; OBS = Observation of abusive violence; SOCS = Sense of coherence.

Estudo 2 – Estudo do processo de ajustamento às experiências traumáticas de guerra

Artigo - From Self-integration in Personal Schemas of Morally Experiences to Self-awareness of Mental States: A Qualitative Study among a Sample of Portuguese War Veterans

Título: From Self-integration in Personal Schemas of Morally Experiences to Self-awareness of Mental States: A Qualitative Study among a Sample of Portuguese War Veterans

Autores: Paulo Correia Ferrajão¹ and Rui Aragão Oliveira¹

Endereço:

¹High Institute of Applied Psychology (ISPA), Lisbon, Portugal

Estado: Publicado - Ferrajão, P. C., & Oliveira, R. A. (2015). From self-integration in personal schemas of morally experiences to self-awareness of mental states: A qualitative study among a sample of Portuguese war veterans. *Traumatology*, 21, 22-31. doi:10.1037/trm0000019

Autor para correspondência

Paulo Correia Ferrajão, High Institute of Applied Psychology (ISPA), Rua Jardim do Tabaco, 34, 1149-041 Lisbon, Portugal.

Tel.: +351 218 811 700; fax: +351 218 860 954

E-mail: pauloferrajao@gmail.com

1. Abstract

This study explored the factors to which a sample of Portuguese war veterans attributed their recovery from posttraumatic symptoms related to their war experiences. Participants were a sample (N=60) of war veterans with mental sequelae of the Portuguese Colonial war: 30 suffered from chronic PTSD (unrecovered) and 30 veterans with remission from PTSD (recovered). Two individual semi-structured interviews were conducted. Analysis of the interviews was conducted using the Thematic and Categorical Analysis. Six themes were identified to which participants attributed their recovery: war zone stressors, stressful life events, mental and coping strategies, self-integration in personal schemas of morally incongruent experiences, self-awareness of mental states, and perceived social support. Recovered participants showed higher occurrence of integration of the morally incongruent events within existing personal schemas, self-awareness of mental states, and use of problem focused coping. Unrecovered participants showed higher occurrence of lack of self-awareness of mental states, use of acting out strategies and lack of social support. The authors discussed that reconciliation of morally discrepant experiences in their self- and relational-schemas, and development of higher self-awareness of their own mental states can play a pivotal role in recovery from PTSD among war veterans.

Keywords: war trauma, moral injury, PTSD, remission, assimilation

2. Introduction

Around 1,000,000 men participated in 14 years (from 1961 to 1975) of the Portuguese Colonial War. Official rates from the Portuguese Department of Defense showed that nearly 10,000 soldiers were killed and 40,000 were injured (Commission for the Study of African Campaigns, 1988). A study on the psychological impact of war experience showed that around 140,000 Portuguese veterans had psychological problems; 30% of these had Post-traumatic Stress Disorder (PTSD), including hundreds of cases of veterans suffering from chronic PTSD (Albuquerque, Fernandes, Saraiva, & Lopes, 1992). Official rates from the Portuguese Department of Defense showed an increased rate of veterans receiving treatment for PTSD for several years, and thousands of veterans seeking treatment for the first time (Directorate-General of Military Personnel, 2012).

The Portuguese Colonial War bears some similarities with the Vietnam War. Beyond the duration of the war, the guerilla warfare from the Portuguese Colonial War was similar to the Vietnam War. Likewise, it was difficult to distinguish friends from enemies. This difficulty was due to the involvement of many civilians in warfare. Many civilians executed undercover military activities. Additionally, some veterans performed mistreatment of enemy combatants and civilians as acts of revenge following death of comrades resulting from subversive attacks performed by the guerrillas.

The concept of moral injury was introduced to describe the psychological experience from committing those acts that transgressed military's moral beliefs and expectations (Litz et al., 2009). As a result, veterans may suffer from a severe discrepancy between previous self- and other schemas and the moral injury event resulting in individual's inability to integrate the event within existing self- and relational-schemas (Horowitz, 1992). This inability can result in strong self-concept and identity disturbances (Van Vliet, 2008) becoming a strong vulnerability factor for PTSD chronicity (Litz et al., 2009).

While many veterans suffer from chronic PTSD (Schnurr, Lunney, Sengupta, & Waelde, 2003), many others recover from PTSD after suffering for many years from that disorder (Schaubroeck, Riolli, Peng, & Spain, 2011). However, the factors related to recovery from PTSD still remain unclear. Moreover, to the best of our knowledge, no study has previously addressed the long-term mental sequelae of war experience among Portuguese Colonial war veterans. Portuguese veterans are a population that has been overlooked by research. For this purpose, we conducted a qualitative study aimed to explore the factors and

processes attributed to their recovery from PTSD among a sample of Portuguese veterans with mental sequelae of the war. This may help to understand why some veterans overcome PTSD and others suffer from chronic PTSD, based on their own explanations and attributions.

Background

For many war veterans PTSD duration can span an entire adult lifetime becoming a chronic condition (Schnurr et al., 2003). Literature has stressed the impact of transgression of militaries' moral beliefs during war duty on veterans' mental health (Larner & Blow, 2011. Litz et al. (2009) introduced the concept of moral injury to describe the perpetration, failing to prevent, or witnessing to acts that transgress military's moral beliefs and expectations (e.g., combat disproportionate violence, incidents involving civilians, and within-rank violence). Some acts may create severe dissonance and personal conflict because it violates assumptions and beliefs about right and wrong and personal goodness (Litz et al., 2009).

The concept of moral injury was explored in two qualitative studies among a group of trauma experts (Drescher et al., 2011) and war veterans (Vargas, Hanson, Kraus, Drescher, & Foy, 2013). The authors retrieved a set of themes related to combat disproportionate violence, incidents involving civilians, and within-rank violence (Drescher et al., 2011; Vargas et al., 2013). Signs or symptoms of moral injury included loss of trust, self-deprecation (guilt and shame), spiritual/existential issues, psychological symptoms, and social problems (Drescher et al., 2011).

There is an emerging empirical literature on moral injury and several empirical studies have analyzed the impact of perpetration of violent acts on veterans' mental health. Self-reports of atrocities were found to be related to chronic PTSD in veterans (Beckham, Feldman, & Kirby, 1998; Maguen, Litz, Wang, & Cook, 2004; O'Toole, Marshall, Schureck, & Dobson, 1999; Van Winkle & Safer, 2011). Moreover, the association between reports of atrocities and PTSD was found to be considerably stronger predictor of chronic PTSD than reports of combat exposure (Litz et al., 2009).

The perpetration of these acts may lead to a severe discrepancy between self- and other schemas and the moral injury event resulting in individual's inability to integrate the event within existing self- and relational-schemas (Horowitz, 1992). This process results from a mismatch between traumatic events and memories of these experiences with enduring schemas and expectations (Horowitz, 1992; Litz et al., 2009). Following a traumatic event, most of the psychological structures of the self – body image, images of others, and ideals and

values - have been invaded and systematically broken down disturbing individual's sense of coherence (Herman, 1992). This inability was proposed to be a strong vulnerability factor for PTSD (Leskela, Dieperink, & Thuras, 2002; Litz et al., 2009) as a consequence of strong self-concept and identity disturbance (Van Vliet, 2008). However, no previous study has explored this hypothesis.

Reconciliation of morally incongruent experiences in their self- and relational-schemas seems to be a key process to promote self-concept and identity coherence (Horowitz, 1992; Van Vliet, 2008). Higher identity coherence was proposed as a key achievement for the development of higher self-awareness of mental states of self and others (e.g., feelings, intentions, goals, and reasons), i.e., mentalization abilities (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002). Research found that the ability for self-awareness of mental states was undermined in a significant proportion of persons who have experienced traumatic experiences (Fonagy, 2006), especially in patients suffering from PTSD (Schechter et al., 2004).

The development of higher ability for self-awareness of mental states was found to be related to use of more efficient coping strategies among traumatized patients (Gergely & Unoka, 2008). Self-awareness of sadness feelings and assimilation of war experiences in narratives were found to be related to lower use of avoidant coping strategies to cope with emotional arousal associated with trauma among a sample of Finnish veterans (Hautamäki & Coleman, 2001). Moreover, restriction of strategies to cope with posttraumatic symptoms and war related memories was found among war survivors with chronic disorder, while recovered participants described more strategies to cope with those experiences (Kaplan & Laub, 2009).

Meanwhile, there is some evidence from research that coping strategies used by veterans to cope with posttraumatic symptoms and current life stressors seem related to perceived social support. In a qualitative study, Brenner et al. (2008) found that the predominant use of dissociation and avoidance strategies to protect against or minimize painful emotions were described as disturbing veterans' adjustment to civilian life related to perceptions of burdensomeness and failed belongingness. Vargas (2012) found that combat exposure and physical threat increased fears of abandonment by comrades and institutions, and fears of their own personal failure to cope with post war situations.

Some studies found that low perceived social support was related to chronic PTSD among veterans (Laffaye, Cavella, Drescher, & Rosen, 2008; Smith, Benight, & Cieslak, 2013). In contrast, research found that enhanced social support promoted self-efficacy

perceptions resulting in reduced distress severity (Smith et al., 2013). But despite the many studies that have showed that social support was a valuable stress-resistance resource, the mechanisms of action still remain unclear (Bartone, 2005).

Purpose of the study

Despite some evidence about the impact of involvement in acts that transgressed moral beliefs on veterans' mental health, their relationship with chronic PTSD and the factors related to recovery from that clinical condition are still not well understood. This study aimed to explore the understanding of the causes of their distress, the strategies used to cope with posttraumatic symptoms and the key resources and processes to which a group of veterans presenting mental sequelae of the war attributed their recovery from chronic PTSD. These veterans had a background of trauma related disorder for decades, receiving psychiatric and psychological treatment for PTSD related to war trauma, and many participants had episodes of hospitalization for treatment of acute crises related to their clinical condition, such as suicide attempts and violent behavior.

We explored the war experiences described as traumatic, adjustment to traumatic experiences, and perceived social support among our participants. This study provided a unique opportunity to sample veterans who were similar in socio-demographic characteristics and war experiences, but differed in the course of their recovery from posttraumatic symptoms. Some veterans still suffered from chronic PTSD, while others overcome that condition and recovered from chronicity. Participants suffering from chronic PTSD received psychiatric and psychological treatment for PTSD related to war for at least the last ten years. Recovered participants were former patients previously diagnosed with PTSD who have received treatment for at least ten years. However, these patients had remission from PTSD and did not receive any treatment, nor had any relapse, during the past year. This may help to understand why some people overcome this condition and others do not, based on their own explanations and attributions. Moreover, no previous study has explored these factors among Portuguese war veterans. In fact, Portuguese Colonial war veterans have been a population that has been overlooked by research.

3. Method

Participants

Sample was composed of war veterans (N=60), all males, mostly Whites (93.3%), four Blacks, with a mean age of approximately 64 years (age range: 59-72). More than half of the

participants (53.3%) had four years of schooling, 33.3% had between six and nine years of schooling, 10% had twelve years of schooling and 3.4% had university education. According to their medical files, participants had no history of brain injury, or neuropsychological disorders. Participants had no physical disability resulting from war experience and no history of psychiatric illness previous to military duty. Twenty participants served in Angola, 20 served in Guinea, and 20 served in Mozambique. All participants served in high risk areas for two years and the official data from the Department of Defense showed that all had high combat exposure. Military missions included stopping attacks of rebels and moving through a designated area destroying troops as they found them.

We selected a purposive sample (Willig, 2008) of veterans with mental sequelae of the Portuguese Colonial War. All participants received a diagnosis of PTSD related to war which was not discharged for at least 10 years. Participants had differences in their recovery from PTSD. Thirty participants suffered from chronic PTSD (unrecovered) related to war trauma and received outpatient psychiatric and psychological treatment in two clinical centers specialized in the treatment of war psychological disorders for at least the last ten years. The other 30 participants were former patients previously diagnosed with PTSD from the two same clinical centers but that had recovered from that clinical condition (recovered). These participants had received treatment for at least ten years. However, these patients had remission from PTSD and did not receive any treatment during the past year by clinician's decision, nor had any relapse during this period. Recovered group showed a mean of 17.04 years of treatment duration ($DP=7.82$; range 10-41) and unrecovered participants showed a mean of 20.93 ($DP=10.86$; range 10-45). Diagnosis of the clinical status of all participants was confirmed by a clinical team from these two clinical centers using the Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) by trained clinicians. Clinical status was confirmed in all cases. These results were not provided to the research team because they were not analyzed in this study.

Procedure

Participants were invited to participate in a study about the impact on their lives of their war experience. This invitation was made by current or previous therapists. Next, one member of research team (first author) explained the objectives of the study to each participant. There were no dropouts. After obtaining written informed consent, two in-depth, semi-structured individual interviews were conducted with each participant. The interviews were approximately 2 weeks apart and lasted between 50 and 60 minutes each. All interviews

were audio-taped, transcribed verbatim, and verified prior to analysis. The first interview focused on the description of war traumatic experiences and stressful life events. The second interview focused on adjustment to traumatic experiences and perceived social support.

Analysis of the interviews' transcripts was conducted using the Thematic and Categorical Analysis proposed by Bardin (2009). In this method, we used an inductive analysis modality with an open coding technique. In this design we had no preliminary hypothesis testing aiming the emergence of patterns from the data (Willig, 2008), because we did not have any previous ideas or conceptualizations about the participants.

The research team consisted of the first and second authors on this article, both clinician-researchers with training in both content analysis and treatment of psychological trauma. In a first stage, each team member separately conducted a content analysis by following these steps: transcriptions were read at least twice to ensure a holistic understanding of the data set; line-by-line analysis to infer global and specific meanings, and structure truly grounded and emerging from the data; each narrative's specific meanings that generated open codes (semantic criteria) were identified and labelled by tracking language and themes.

Next, the two coders convened to compare observations, sharing codes and rationales, and resolved discrepancies to reach a consensus between the two researchers on emerging themes. This process involved an exhaustive discussion about each meaning and defined criteria for each themes categorization, during all the analysis' steps. The code lists were reviewed together and larger categories created by clustering codes that shared common themes. This iterative process continued in the creation of higher-order categories by clustering as many codes together as possible that appeared to speak to a same phenomenon. Themes were reanalyzed and reviewed in order to be labelled and regrouped in thematic categories. There was a high consensus between the two researchers, and disagreements were solved by returning to the transcripts. Each transcript was reviewed separately, and previously reviewed interviews were frequently referenced during discussion, thereby confirming themes and language used. From this dialogue, the team created a shared list of codes to facilitate consistency in the coding process (Willig, 2008).

4. Results

The three core categories addressed by the interviews generated six themes, each one with specific sub-themes extracted from participants' verbalizations. As can be seen in figure 1, we retrieved two themes related to traumatic experiences. Three themes were retrieved

from the category adjustment to traumatic experiences. Perceived social support generated themes related to its attributions and its relations with the recovery process.

<Figure 1>

War zone stressors

<Table 1>

As can be seen in table 1, different types of war traumatic experiences showed no relevant differences in their occurrence between recovered and unrecovered groups. Physical threats were verbalized by all participants to describe traditional combat related traumas such as threats to oneself, death and injury of comrades, ambushes, and handling bodies.

All participants described moral injury events related to involvement in acts that transgressed their moral beliefs. Participants described that they went to war against their will, had to kill enemies and civilians, destroyed villages and properties, witnessed to disproportionate violence and atrocities performed by other comrades, felt lack of personal reasons to continue fighting, and did not felt hatred feelings for their enemies.

I had told the guys to only shoot after me. They always sent women ahead, carrying boxes of weapons over theirs heads, mines, and stuffs. The fighters followed them behind. Oh, I shot. It was a woman who came in front. I had such a bad luck that I killed the woman. The bullet that shot the woman, it also shot a little boy, who was two years, on her back. (...)
(Participant 8, recovered)

All participants described combat betrayal as a moral injury event by describing low military cohesion, unsafe and risky behaviors performed by their comrades, commander's indifference to their survival or death, betrayal by civilians, and population hostility. About half of the unrecovered participants verbalized that they were abandoned by the army after returning from the war.

Some unrecovered participants (n=11) referred as moral injury events the occurrence of feelings of personal failure, such as not being prepared for war, failure in rescuing comrades, unable to kill as expected by others, evacuation from combat or getting sick, and removed from active duty. One participant to whom it was ordered by a superior commander to kill an injured woman described the following episode:

The sergeant ordered me, he chose me to put her down. Her son, as well. They were killed. A bullet to the head of each. But I didn't have the courage to do it. He was a baby, a

baby. I refused to do it. I refused to kill them. It hurt me. Because I have suffered a lot, lately. Due to things that I've done. (Participant 53, unrecovered)

Both groups showed no differences in their verbalizations of war stressors related to malevolent environment. Nearly half of the participants in both groups described relatively low-magnitude stressors occurring daily, such as poor logistical conditions (hunger, thirst, filthy conditions); extreme environmental conditions (heat and humidity); removal from family and social context; workload; boredom and social isolation.

Stressful Life Events

Half of the recovered participants and ten unrecovered participants verbalized experiences of abandonment, maltreatment, parental leave, and early death of family as traumatic experiences that occurred during their childhood.

My father, eh, so, my father he was no big deal for me... But, but... Eh, he never gave me affection, he never, he never, he never gave me affection, okay. No, no, quite the contrary. He beat me a lot. He beat me a lot. Once he grabbed a hose, those of bottled gas, and he started beating me. He hit me with the hose here in my hand and my arm, in the veins. It started to bleed and swell. (Participant 13, recovered)

Nearly half of the unrecovered participants (n=16) described their childhood only in positive terms and denying or minimizing possible negative influences of childhood experiences, or telling a restrictive narrative about their childhood. This feature of the narrative was seldom found among recovered participants (n=5).

My, my father, my father was very fond of me, man. Among my brothers, he liked me the most. He liked me more than he liked my brothers. I was his favorite son. Because of this, I was very sheltered. I was privileged. (Participant 9, unrecovered)

We found no differences between recovered and unrecovered groups on the description of life events appraised as triggering reactions and feelings related to war traumatic experiences, such as interpersonal conflicts, abandonment by a partner, family member disease or death, re-experience and nightmares. However, unrecovered participants reported some events that were felt to trigger posttraumatic symptoms and feelings, such as severe disease (cancer, surgery), retirement age-related physical deterioration, social discrimination caused by the disease, and financial problems.

Mental and coping strategies

Both groups showed differences in their occurrence of coping strategies used to cope with posttraumatic symptoms and current stress triggers. Recovered participants reported a wider repertoire of coping strategies used to cope with these experiences. Almost all recovered participants (n=25) mentioned use of strategies aimed to alleviate or eliminate stressful situations through taking control and directly reducing the stress, such as hobbies, keeping employee after retirement, seeking social support. Such strategies were reported by only a small number of unrecovered participants (n=9).

Although almost all participants have described their use of emotion focused coping strategies, a large proportion of unrecovered participants verbalized their preferential use of these strategies to cope with stressors. Participants described avoidance of talking about the war, avoidance of talking about their emotions, denial of current feelings of fear; social isolation and seclusion, and comparison of themselves with comrades and friends whose situation was worse than their own.

Even a party, a trip to the supermarket, places where there are more people, I start sweating and I feel an urge to flee. I'm just fine alone. I prefer being alone. If I'm alone if I'm in my corner, without anyone, I'd rather be like that ..(Participant 2, unrecovered)

Additionally, more than half of the unrecovered participants (n=17) described use of acting out strategies, including use of alcohol as an analgesic or self-soothing strategy to cope with trauma related thoughts and feelings, violent behaviors against other people as a response to current feelings of threat, self-harm behavior, suicide attempts, and stop taking the medication. These strategies were rarely verbalized among recovered participants (n=2).

Alcohol is used by me, as, according to what has been happening, as an analgesic, as a sedative. When I started having problems I resorted to alcohol. (Participant 1, unrecovered)

Self-integration in personal schemas of morally incongruent experiences

Participants with integration of morally incongruent experiences. Twelve recovered participants verbalized feelings of integration of the morally incongruent events within existing self- and relational-schemas. These participants verbalized feelings of personal growth and endurance, understanding of the violent acts as behaviors aimed to ensure their survival in a context with different rules of everyday life, and recognition that aggression is a common feature to all human beings' personality. This achievement was rarely verbalized among unrecovered participants (n=2).

Our mission was to save our skin to keep alive. When we returned people said that we were criminals, we were a bunch of rogues. But people who say that are false moralists. The war has no law. The person becomes out of control. Everything that appears in front of you, you have to kill them. People should not say that those things should not have happened this way. The war has no law. (Participant 17, recovered)

Participants in transition in the integration of morally incongruent experiences. More than half of the recovered participants (n=17) described a process of transition in the integration of the morally incongruent events within existing self- and relational-schemas. These participants verbalized that violent acts were committed by everyone; violent acts were not deliberate and intentional, feelings of hatred directed to those who forced them to commit those violent acts. This process was also rarely verbalized among unrecovered participants (n=4).

Participants with severe discrepancy between personal schemas and morally incongruent experiences. The majority of unrecovered participants (n=24) described a severe discrepancy between self- and other schemas and the moral injury event. These participants verbalized feelings of shame, badness, and weakness, they described themselves as criminals or murderers, verbalized feelings of uncanny related to personality changes after the war or they felt that they are different from others. Some participants avoided topics on violent behavior or they described a strong adherence to strict moral standards.

I have a Catholic education and it was easy to realize that my job there was to kill to not die. This contradicts all my education, all my training. Everything. I had to kill to not to die, which is contrary to all my education. War, war is picking up a gun to kill another human being. War is going to look for, war is going looking for my enemy that I do not even know him. I had nothing against him. Many times I feel I'm a murderer. (Participant 15, unrecovered)

Self-awareness of mental states

Participants with self-awareness of self and others mental states. Nine recovered participants reported their capability to correlate their behaviors to emotional states, to perceive the impact of their behavior on others, able of describing their own psychological characteristics, and to perceive emotional states and feel concern for others. This achievement was almost absent among unrecovered participants (n=1).

Oh doctor, oh doctor, I leaned against different corners, in different corners of the house, and I cried alone. I felt sad very often. But I did not want that my wife and my kids went down. But I also saw that they were sad. I showed them courage so that they also had courage. Because if I went down, so I drew them. So they felt protected by me. (Patient 15, recovered)

Participants with self-awareness of others mental states. Over half of the recovered participants (n=19) described only self-awareness of others' mental states by verbalizing that they were able to understand their own mental states and behaviors through the others' reactions. These participants were only able to describe their own personality characteristics by describing their attitudes and behaviors. This capability was only referred by three unrecovered participants.

I, when I am not well, my wife feels, she feels immediately. I do not rest at home. I am not aware. It has to be my wife or someone to tell me I'm more anxious. (Participant 33, unrecovered)

Participants with lack of self-awareness of mental states. Almost all unrecovered participants (n=26) verbalized an inability to understand their own behavior by describing that they felt like automatons, verbalization of an inability to understand their own and other's intentions and behaviors, and description of others merely by assigning negative traits or extremely positive characteristics.

I do things, I'm doing certain things and sometimes I stop. "I'm doing what and why?" They are such situations. I look like an automaton, an automaton that does what it was programmed to do, but don't know why. These situations happen to me. (Participant 2, unrecovered)

Perceived social support

Half of the recovered participants appraised their social support as being a good and a helpful resource. These participants valued the role that their friends or family had in their recovery from PTSD related to feelings of patience and understanding from other people regarding their mental health problems.

I had a family that caught me. I was lucky to have a family that caught me. They grabbed me. If I now said, if I called my son, he is working at T., "Oh J, the father has a problem." My son in two hours was here beside me. (Participant 8, recovered)

Most unrecovered participants (n=26) reported an inadequate or insufficient social support by describing distant or conflicting relationships with family members, the feeling that other people are afraid of them or they think that they are pretending or lying, and feelings of abandonment by the government. Half of the recovered participants also appraised their social support as insufficient.

Because nobody wants to hear it. Nobody wants to hear it. For example, I have a daughter, she has thirty-one years old, and she does not want to listen to me. "Oh father, shut up with that, it has been almost fifty years ago." My wife is the same. Everyone. Nobody wants to hear me. Sometimes I feel they think I'm lying or pretending. (Participant 27, recovered)

5. Discussion

This study retrieved a set of themes on the experience of war traumatic experiences which are, apparently, similar to those that emerged from previous qualitative studies (Drescher et al., 2011; Vargas et al., 2013). Verbalizations such as moral injury, stressful life events, strategies to cope with posttraumatic symptoms, and perceived social support, were the most similar findings, in comparison with previous studies among war veterans (Brenner et al., 2008; Drescher et al., 2011; Kaplan & Laub, 2009; Vargas, 2012; Vargas et al., 2013).

Our participants described as war traumatic events traditional combat related traumas, moral injury feelings linked to moral beliefs' transgression, personnel failure in fulfilling their roles as expected by others, and combat betrayal (Drescher et al., 2011; Litz et al., 2009; Vargas et al., 2013). Additionally, verbalization of low-magnitude stressors occurring daily, i.e. malevolent environment (Bartone, 2005), were also described as cumulative stressors leading to strong feelings of helplessness. Future research should aim to understand how these dimensions differently affect veterans' mental health.

A large proportion of participants referred childhood traumatic experiences in their relationship with their caregivers. This finding suggests that childhood traumatic experiences may increase the risk for developing combat-related PTSD (Owens et al., 2009). However, the main finding regarding early traumatic experiences was linked to childhood idealization or restrictive narratives about childhood experiences, mostly found among unrecovered participants. This phenomenon was previously described by Auerhahn and Laub (1984) who stated that existence of idealized images from childhood can serve as a protective wall between the individual and the traumatic experience which impairs the integration of this

experience into the life story narrative. Future research should aim to understand the relationship between this process and recovery from PTSD among war veterans.

Data showed no relevant differences between the two groups on the description of current stress triggers appraised as triggering reactions and feelings related to war traumatic experiences. Our results follow previous findings in which veterans appraise as traumatic a sort of events which are not traditionally considered as meeting Criterion A for PTSD, such as aging, severe physical illness (e.g., cancer), and loss or disease of other people (Vargas, 2012). Additionally, fears of societal abandonment and fear of their own personal failure to cope with posttraumatic symptoms and stressful events were also appraised as two major current stress triggers (Vargas, 2012).

Taking into account that no differences were found between the two groups on their occurrences on past and current traumatic experiences, we proposed that differences in the recovery from PTSD between both groups were related to how they coped with those experiences. The major differences between both groups were found on themes related to self-integration in personal schemas of morally incongruent experiences, and self-awareness of mental states.

In terms of the adjustment process, as can be seen in figure 2, we proposed that recovery from PTSD seems related to the assimilation of war experiences in personal schemas and understanding of mental states. In particular, due to strong moral injury feelings related to acts that transgressed veterans' moral beliefs, this experience appeared as potentially hard to overcome and to accept. At first, the contextualization of the committed acts in the system of rules of war situation was assimilated differently by our participants. Therefore, patients with different self-integration in personal schemas of morally incongruent experiences were found.

The reconciliation of morally discrepant experiences in their self- and relational-schemas (Horowitz, 1992) was reported by recovered participants as a key process for recovery from PTSD (Litz et al., 2009). Thus, the three gradual processes of self-integration in personal schemas of morally incongruent experiences described by our participants seem to be associated with moral repair (Drescher et al., 2011; Litz et al., 2009). A part of this theoretical framework is supported by other qualitative studies (Drescher et al., 2011; Hautamäki & Coleman, 2001), but especially by Litz et al. (2009) theoretical model. Alike this model, our findings stressed as a key process in recovery from PTSD among war veterans

the reconciliation of morally incongruent or discrepant experiences in their self- and relational-schemas as stated by Horowitz (1992).

This process involves the accommodation of the experience by attributing to the event its meaning and significance (Horowitz, 1992) and placing the behavior occurrence in a specific context and not a stable personality characteristic (Litz et al., 2009). To restore a sense of coherence a new image of the body, images of others, and values and ideals must be assimilated in the structure of the self (Herman, 1992). However, our model goes further in terms of taking into account other intra-personal variables which could be behind the chronic impairments suffered by many veterans.

This achievement was reported by participants to be closely related to the development of higher ability for self-awareness and awareness of mental states, i.e. mentalization abilities (Fonagy et al., 2002). The development of this capability was verbalized almost exclusively by recovered participants. This development seems to be preceded by an intermediate stage found in research related to the use of relationships to regulate emotions and find meaning to traumatic events and emotions (Allen, 2005; Fonagy, 2006).

From our results, reconciliation of morally incongruent experiences in their self- and relational-schemas and higher self-awareness of mental states seem to be two processes interconnected with each other. However, the nature of this relationship is still not yet clear. On one hand, severe discrepancy between self- and other schemas and the moral injury event may result in strong dissociative feelings resulting in impairment of self-awareness of mental states (Fonagy, 2006). On the other hand, lack of self-awareness of their own mental states may impair the assimilation and accommodation of the experience by attributing to the event its meaning and significance (Horowitz, 1992). Future research should aim to understand how both processes relate to each other.

Moreover, our model, as can be seen in figure 2, suggesting that both processes seem to promote the use of more successful coping strategies and appraise of more positive social support is supported by other studies (Fonagy, 2006; Gergely & Unoka, 2008; Hautamäki & Coleman, 2001). As found by Hautamäki and Coleman (2001), the assimilation of war experiences in veterans' narratives was linked to lower predominant use of avoidant coping strategies to cope with painful emotions. At the same time, higher capability to understand their own and other's behaviors was found to be related to higher use of problem focused

coping (Allen, 2005) and higher perceived social support among traumatized patients (Fonagy, 2006). On the other hand, lower self-awareness of mental states was found to be related to lower emotion-regulation skills (Allen, 2005) which may explain higher occurrence of acting out strategies found among unrecovered participants. The use of those strategies may result in disturbing veterans' adjustment to civilian life reducing the perception of social support (Brenner et al., 2008).

Furthermore, recovery from PTSD was described by our recovered participants as related to the possession of a wider repertoire of coping strategies to cope with posttraumatic symptoms, war related memories and current stress triggers (Kaplan & Laub, 2009). Likewise, the possession of a wider repertoire of coping strategies and perceived social support were described by participants as interconnected to each other. This finding follows evidence from research that enhanced social support was found to promote self-efficacy perceptions resulting in use of more efficient coping strategies in war veterans (Allen, 2005; Smith et al., 2013).

Limitations

Although our study supports some previous findings from literature and presents a model for the recovery process from chronic PTSD, some limitations need to be acknowledged. First, even though our sample size is big enough for a qualitative study, it is a selected sample composed only by individuals with mental sequelae of the Portuguese Colonial war. Therefore, it would be interesting for future research to compare participants without mental sequelae of the war in terms of their adjustment to war experiences. Second, the interviews were only semi-structured. Even though the interviews were conducted with the concern of being bias free, three core areas were pre-defined to be addressed in interviews. Thus, interviews tended to be steered to these areas and therefore they could have biased the results. Third, due to the fact of our study being a cross-sectional study rather than a longitudinal study, the evolution of patient' adjustment to war traumatic experiences overtime was not assessed. It would be interesting to perform it in future studies.

Fourth, unique to this study was the approach to include both people who had recovered from PTSD and those who still suffered from chronic PTSD. Recovered participants were interviewed a year after their change in PTSD status and symptoms may have changed in the meantime. It is also possible that the recovery from PTSD may have been temporary. However, the assessment procedure was based on clinicians' assessment that had a

deeply knowledge about their patients background and clinical condition. Moreover, the interview material, specially the parts in which the participants referred to their symptoms, rather consistently showed that the change in the mental health status was not likely to have happened to the degree that might have affected the results. Finally, our proposed model cannot be generalized to other samples and only reveals the experiences of adjustment to war experiences of our studied patients. It indicated only relevant clues to take into account in clinical practice and future research.

Clinical implications

This study was conducted with a population that has been overlooked by research. Findings from the present study may add some knowledge regarding the mechanisms and processes related to recovery from PTSD among war veterans. New knowledge on the intra-personal variables related to their clinical manifestations might raise a new assessment and psychological intervention approaches in clinical practice with that population. Findings suggest that assessment of war traumatic experiences should encompass traditional combat related traumas, moral injury feelings, and malevolent environment. Meanwhile, especially in aging populations such as older veterans, some experiences such as aging, severe physical illness, and loss or disease of other people could become triggers of reactions and feelings related to war traumatic experiences.

Our results suggest that treatment of war veterans should aim the reconciliation of morally incongruent experience in veterans' self- and relational-schemas as a process that reduces the use of dissociative and avoidant coping strategies to cope with current life stressors and posttraumatic symptoms. This procedure should be linked side by side to the development of higher self-awareness of mental states. For this purpose, the clinician should adopt a more directive approach in which clinician's feelings, behaviors and reactions are used by the patient to understand their own behavior and mental states. This achievement seems to be a key process to overcome veterans' difficulties with intimacy and aggression. The development of higher perception of the impact of their behavior on others may result in the reduction of violent behaviors or feelings of social alienation helping in developing peaceful and nurturing family relationships. Moreover, our results suggest that, beyond the need to create a coherent narrative about the traumatic event, the creation of a coherent narrative (non-idealized) about the patient's past history, namely their childhood narrative, seems to play a key role in recovery from PTSD.

6. References

- Albuquerque, A., Fernandes, A., Saraiva, E., & Lopes, F. (1992). Post-traumatic stress disorder in soldiers of the colonial war. *Revista de Psicologia Militar*, 1992, 1-9.
- Allen, J. (2005). *Coping with trauma: Hope through understanding*. Washington, DC, London, England: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Auerhahn, N. C., & Laub, D. (1984). Annihilation and restoration: Post-traumatic memory as pathway and obstacle to recovery. *The International Journal of Psychoanalysis*, 11(3), 327-344.
- Bardin, L. (2009). *Content analysis*. Lisbon, Portugal: Edições 70, LDA.
- Bartone, P. T. (2005). The need for positive meaning in military operations: Reflections on Abu Ghraib. *Military Psychology*, 17, 315-324. doi:10.1207/s15327876mp1704_5
- Beckham, J. C., Feldman, M. E., & Kirby, A. C. (1998). Atrocities exposure in Vietnam combat veterans with chronic posttraumatic stress disorder: Relationship to combat exposure, symptom severity, guilt and interpersonal violence. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 777-785. doi:10.1023/A:1024453618638
- Brenner, L. A., Gutierrez, P. M., Cornette, M. M., Betthausen, L. M., Bahraini, N., & Staves, P. J. (2008). A qualitative study of potential suicide risk factors in returning combat veterans. *Journal of Mental Health Counseling*, 30(3), 211-225.
- Commission for the Study of African Campaigns (1988). *Historical and military review of the African Campaigns (1961-1974): General background*. Lisbon, Portugal: Army General Staff.
- Directorate-General of Military Personnel (2012). *2011 activities report*. Lisbon, Portugal: Portuguese Department of Defense.
- Drescher, K., Foy, D., Litz, B., Kelly, C., Leshner, A., & Schutz, K. (2011). An exploration of the viability and usefulness of the construct of moral injury in war veterans. *Traumatology*, 17, 8-13. doi: 10.1177/1534765610395615
- Fonagy, P. (2006). The mentalization-focused approach to social development. In J. G. Allen, & P. Fonagy (Eds.), *The handbook of mentalization-based treatment* (pp. 53-99). Hoboken, NJ US: John Wiley & Sons Inc.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY US: Other Press.

Gergely, G., & Unoka, Z. (2008). The development of the unreflective self. In F. N. Busch (Ed.), *Mentalization: Theoretical considerations, research findings, and clinical implications* (pp. 57-102). Mahwah, NJ US: Analytic Press.

Hautamäki, A. A., & Coleman, P. G. (2001). Explanation for low prevalence of PTSD among older Finnish war veterans: Social solidarity and continued significance given to wartime sufferings. *Aging & Mental Health*, 5, 165-174. doi:10.1080/13607860120038348

Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.

Horowitz, M. J. (1992). The effects of psychic trauma on mind: Structure and processing of meaning. In J. W. Barron, M. N. Eagle, & D. Wolitzky (Eds.), *Interface of psychoanalysis and psychology* (pp. 489-500). Washington, DC US: American Psychological Association. doi:10.1037/10118-022

Kaplan, S., & Laub, D. (2009). Affect regulator in extreme traumatization - Fragmented narratives of Holocaust survivors hospitalized in psychiatric institutions. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 32(2), 93-104.

Laffaye, C., Cavella, S., Drescher, K., & Rosen, C. (2008). Relationships among PTSD symptoms, social support, and support source in veterans with chronic PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 394-401. doi:10.1002/jts.20348

Larner, B., & Blow, A. (2011). A model of meaning-making coping and growth in combat veterans. *Review of General Psychology*, 15, 187-197. doi:10.1037/a0024810

Leskela, J., Dieperink, M., & Thuras, P. (2002). Shame and posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 223-226. doi:10.1023/A:1015255311837

Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C., & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*, 29, 695-706. doi:10.1016/j.cpr.2009.07.003

Maguen, S., Litz, B. T., Wang, J. L., & Cook, M. (2004). The stressors and demands of peacekeeping in Kosovo: Predictors of mental health response. *Military Medicine*, 169(3), 198-206.

O'Toole, B. I., Marshall, R. P., Schureck, R. J., & Dobson, M. (1999). Combat, dissociation, and posttraumatic stress disorder in Australian Vietnam Veterans. *Journal of Traumatic Stress, 12*, 625-640. doi:10.1023/A:1024765001122

Owens, G. P., Dashevsky, B., Chard, K. M., Mohamed, S., Haji, U., Heppner, P., & Baker, D. G. (2009). The relationship between childhood trauma, combat exposure, and posttraumatic stress disorder in male veterans. *Military Psychology, 21*, 114-125. doi:10.1080/08995600802574530

Schaubroeck, J. M., Riolli, L. T., Peng, A., & Spain, E. S. (2011). Resilience to traumatic exposure among soldiers deployed in combat. *Journal of Occupational Health Psychology, 16*, 18-37. doi:10.1037/a0021006

Schechter, D. S., Coots, T., Zeanah, C. H., Davies, M., Coates, S. W., Trabka, K. A., & ... Myers, M. M. (2005). Maternal mental representations of the child in an inner-city clinical sample: Violence-related posttraumatic stress and reflective functioning. *Attachment & Human Development, 7*, 313-331. doi:10.1080/14616730500246011

Schnurr, P. P., Lunney, C. A., Sengupta, A., & Waelde, L. C. (2003). A descriptive analysis of PTSD chronicity in Vietnam veterans. *Journal of Traumatic Stress, 16*, 545-553. doi:10.1023/B:JOTS.0000004077.22408.cf

Smith, A. J., Benight, C. C., & Cieslak, R. (2013). Social support and postdeployment coping self-efficacy as predictors of distress among combat veterans. *Military Psychology, 25*, 452-461. doi:10.1037/mil0000013

Van Vliet, K. (2008). Shame and resilience in adulthood: A grounded theory study. *Journal of Counseling Psychology, 55*, 233-245. doi:10.1037/0022-0167.55.2.233

Van Winkle, E. P., & Safer, M. A. (2011). Killing versus witnessing in combat trauma and reports of PTSD symptoms and domestic violence. *Journal of Traumatic Stress, 24*, 107-110. doi:10.1002/jts.20614

Vargas, A. (2012). Themes of moral injury in trauma experiences of Vietnam combat veterans: A qualitative examination of the NVVRS. *Dissertation Abstracts International, 74*. Retrieved from <http://pqdtopen.proquest.com/pqdtopen/doc/1197769281.html?FMT=AI>

Vargas, A., Hanson, T., Kraus, D., Drescher, K., & Foy, D. (2013). Moral injury themes in combat veterans' narrative responses from the National Vietnam Veterans' Readjustment Study. *Traumatology, 19*, 243-250. doi:10.1177/1534765613476099

Willig, C. (2008). *Introducing qualitative research in psychology: Adventures in theory and method*. Berkshire, England: Open University Press.

7. Appendix

Table 1

Themes Frequencies among Recovered and Unrecovered Groups

	Recovered	Unrecovered	Total
War zone stressors			
Traditional combat related traumas	30	30	60
Moral injury	30	30	60
Malevolent environment	17	14	31
Stressful life events			
Childhood traumas	15	10	25
Childhood idealization	5	16	21
Current stress triggers	30	26	56
Mental and coping strategies			
Problem focused coping	25	9	34
Emotion focused coping	27	28	55
Acting out	2	17	19
Self-integration in personal schemas of morally incongruent experiences			
Integration	12	2	14
In transition	17	4	21
Severe discrepancy	1	24	25
Self-awareness of mental states			
Self-awareness of mental states in self and others	9	1	10
Self-awareness of others mental states	19	3	22
Lack of self-awareness of mental states	2	26	28
Perceived social support			
Good support	15	4	19
Low support	15	26	41

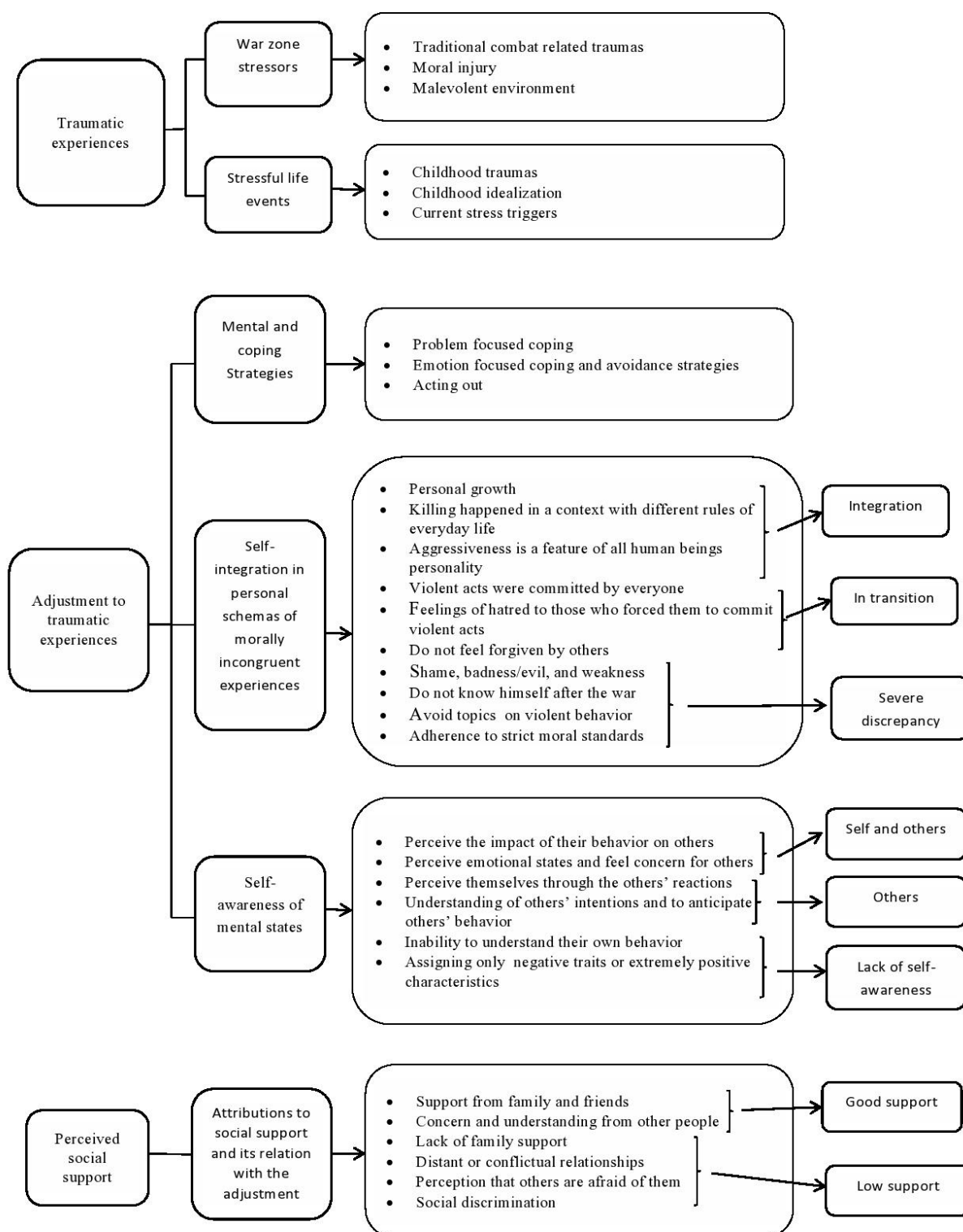


Figure 1. Categories, Themes and Subthemes emerged from interviews

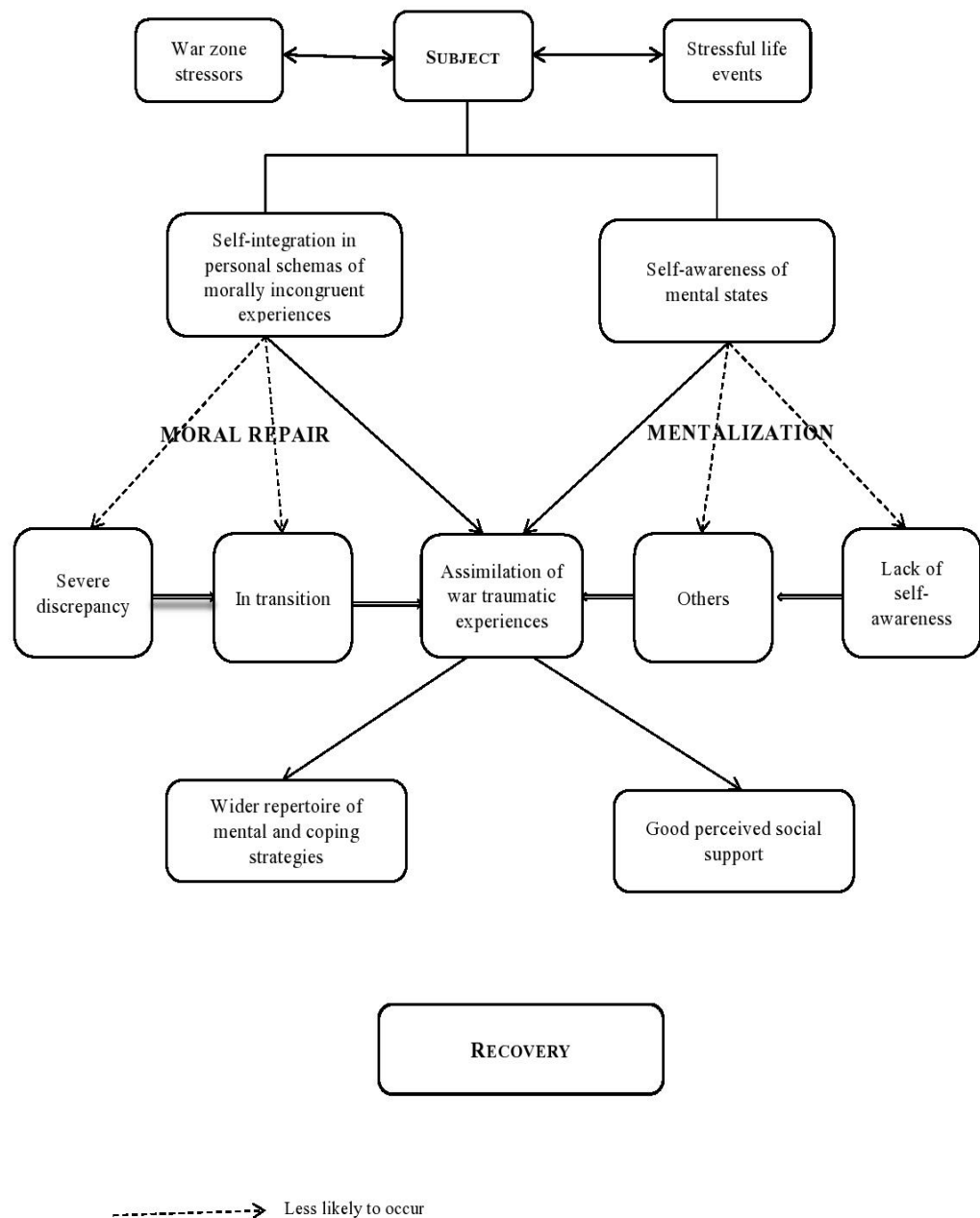


Figure 2. Recovery Model

**Estudo 3 – Estudo da associação das variáveis intrapsíquicas e inter-relacionais com a
severidade de sintomas da PSPT e Depressão**

Artigo - Self-Awareness of Mental States, Self-integration of Personal Schemas, Perceived Social Support, Posttraumatic and Depression Levels, and Moral Injury: A Mixed Method Study among Portuguese War Veterans

Título: Self-Awareness of Mental States, Self-integration of Personal Schemas, Perceived Social Support, Posttraumatic and Depression Levels, and Moral Injury: A Mixed Method Study among Portuguese War Veterans

Autores: Paulo Correia Ferrajão¹ and Rui Aragão Oliveira¹

Endereço:

¹High Institute of Applied Psychology (ISPA), Lisbon, Portugal

Estado: Publicado - Ferrajão, P. C., & Oliveira, R. A. (2014). Self-awareness of mental states, self-integration of personal schemas, perceived social support, posttraumatic and depression levels, and moral injury: A mixed-method study among Portuguese war veterans. *Traumatology*, 20, 277-285. doi: 10.1037/trm0000016)

Autor para correspondência

Paulo Correia Ferrajão, High Institute of Applied Psychology (ISPA), Rua Jardim do Tabaco, 34, 1149-041 Lisbon, Portugal.

Tel.: +351 218 811 700; fax: +351 218 860 954

E-mail: pauloferrajao@gmail.com

1. Abstract

This study analyzed the role of moral injury, self-awareness of mental states, self-integration of moral injury in personal schemas, and perceived social support on the severity of PTSD and depression symptoms. The sample was composed of Portuguese war veterans (N=60) divided into two groups: 30 suffered from chronic PTSD (non-recovered) and 30 had remission from PTSD (recovered). A cross-sectional study was conducted using both qualitative and quantitative methods. Qualitative data was obtained through two interviews per participant and the quantitative data was collected using IES-R and BSI. Content analysis was performed to analyze qualitative data. Multiple linear regression analyses were conducted predicting both PTSD and depression symptoms. Recovered participants showed higher frequencies on high self-awareness of mental states, high self-integration of moral injury in personal schemas, and high perceived social support, and lower frequencies on moral injury. Differences in moral injury (yes vs no) showed no differences in both PTSD and depression symptoms. Participants who reported low self-awareness of mental states and self-integration of moral injury in personal schemas showed higher mean value for both PTSD and depression symptoms. Participants who reported low perceived social support showed higher mean value on depression symptoms. Self-integration of moral injury in personal schemas and self-awareness of mental states were predictors of both PTSD and depression symptoms. Combat exposure was predictor of PTSD symptoms. The authors discussed the role of reconciliation of morally incongruent experiences in personal schemas and the ability to perceive and understand psychological states as key achievements in recovery from PTSD and depression symptoms among veterans.

Keywords: moral injury, personal schemas, self-awareness, depression, PTSD

2. Introduction

Around 1,000,000 soldiers were involved in 14 years (1961-1975) of Portuguese Colonial War. Data showed that around 10,000 soldiers were killed and 40,000 were injured (Albuquerque, Fernandes, Saraiva, & Lopes, 1992). However, the psychological impact of the war has received little attention. Research found that 30% of Portuguese soldiers with psychological problems as a consequence of war suffered from chronic Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) (Albuquerque et al., 1992; Maia, McIntyre, Pereira, & Ribeiro, 2011). These results follow previous research showing that for many war veterans PTSD duration can become a chronic condition (Durai et al., 2011; Schnurr, Lunney, Sengupta, & Waelde, 2003).

Meanwhile, many veterans suffer from symptoms beyond the criteria for PTSD namely Depression (Andrews, Brewin, Stewart, Philpott, & Hejdenberg, 2009; Wood, Britt, Thomas, Klocko, & Bliese, 2011). These two disorders were highly related among war veterans (Erickson, Wolfe, King, King, & Sharkansky, 2001; Marx et al., 2010). This association can be explained because war experience also includes the performance of acts which may transgress militaries' moral beliefs (e.g., combat disproportionate violence, incidents involving civilians) (Drescher et al., 2011). Moral injury was introduced to describe the perpetration, failure to prevent, or witness to acts that transgress military's moral beliefs and expectations (Litz et al., 2009). Several studies have found that self-reports of atrocities were related to chronic PTSD (Maguen, Litz, Wang, & Cook, 2004; Van Winkle & Safer, 2011) and higher severity of depression symptoms (Maguen et al., 2004; Marx et al., 2010). These associations were stronger than those from global reports of combat exposure (Litz et al., 2009).

Moral injury may involve the performance of an act that creates feelings of failure to live up to certain internalized standards of behavior (Drescher et al., 2011; Litz et al., 2009). This inner conflict can create a severe discrepancy between personal schemas and the moral injury event, resulting in individual's inability to integrate the event within existing schemas (Horowitz, 1992). As a result, veterans may appraise violent acts committed during war as a stable personality characteristic (Litz et al., 2009). Failure in the assimilation of new values, and ideals in the structure of the self (Herman, 1992) may result in strong self-concept and identity disturbance (Van Vliet, 2008).

In a qualitative study using a sample of Portuguese colonial war veterans, participants suffering from PTSD verbalized feelings of personality changes after military duty, hostile

societal homecoming, and lack of perceived social support that resulted in strong identity disturbance and societal alienation. Otherwise, PTSD asymptomatic veterans described a process of reintegration involving feelings of personal growth and endurance, social identification and integration of traumatic war events within existing personal schemas resulting in higher identity coherence (Sendas, 2010).

These results suggest that recovery from PTSD may be related to moral repair (Drescher et al., 2011; Litz et al., 2009) which involves the reconciliation of morally incongruent experiences in veterans' personal schemas (Horowitz, 1992; Van Vliet, 2008). Assimilation of a new image of the body, images of others, values, and ideals in the structure of the self seems to be a key process for developing self-concept and identity coherence (Herman, 1992; Horowitz, 1992; Van Vliet, 2008).

Identity coherence was suggested as a key achievement for the development of higher self-awareness of mental states (Horowitz, 1992), i.e., the capacity to perceive and understand oneself and others in terms of mental states, including needs, desires, feelings, beliefs, goals, purposes, and reasons (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002). Research found that the capacity for self-awareness of mental states was undermined in traumatized patients suffering from PTSD (Fonagy & Bateman, 2007; Schechter et al., 2004). In contrast, higher self-awareness of mental states ability in the face of trauma was found in military service members less vulnerable to psychiatric disorders (Knetig, 2013).

Higher self-awareness of mental states was found to be positively related to higher social competence and social support (Knetig, 2013). Social support appraisal can be compromised in veterans suffering from moral injury in light of their moral violation resulting in reluctance to utilize social support (Litz et al., 2009). Some studies found that low perceived social support was related to chronic PTSD (Laffaye, Cavella, Drescher, & Rosen, 2008; Smith, Benight, & Cieslak, 2013) and higher depression symptoms severity among veterans (James, Van Kampen, Miller, & Engdahl, 2013; Smith et al., 2013).

No previous study has analyzed the effects of moral injury, self-awareness of mental states, self-integration of moral injury in personal schemas, and perceived social support on the severity of both PTSD and depression symptoms in older veterans. This study analyzed the effects of these four variables on the severity of both PTSD and depression symptoms. Based on evidence from research on the effect of combat exposure on PTSD (Grieger & Benedek, 2006; Kolkow, Spira, Morse, & Grieger, 2007) and the severity of depression

symptoms (Andrews et al., 2009), the degree of combat exposure was included in data analysis. A mixed-methods analysis was performed in a group of veterans suffering from chronic PTSD (non-recovered group) and a group of veterans who had remission from PTSD (recovered group). New knowledge on the variables related to these clinical manifestations might raise a new assessment and psychological intervention approaches in clinical practice with that population.

Hypothesis With Rationale

Our hypotheses were:

H1: Recovered group showed higher frequencies of high self-awareness of mental states, self-integration of moral injury in personal schemas, perceived social support, and lower frequencies of moral injury compared to non-recovered group;

H2: Participants who verbalized moral injury reported higher severity of both PTSD and depression symptoms compared to participants who did not verbalized moral injury;

H3: Participants who verbalized low self-awareness of mental states reported higher severity of both PTSD and depression symptoms compared to participants who verbalized high self-awareness of mental states;

H4: Participants who verbalized low self-integration of moral injury in personal schemas reported higher severity of both PTSD and depression symptoms compared to participants who verbalized high self-integration of moral injury in personal schemas;

H5: Participants who verbalized low perceived social support reported higher severity of both PTSD and depression symptoms compared to participants who verbalized high perceived social support;

H6: Moral injury, self-awareness of mental states, self-integration of moral injury in personal schemas, and perceived social support were predictors of both PTSD and depression symptoms, while combat exposure level was predictor of PTSD symptoms but not for depression symptoms.

3. Method

Participants

The sample was composed of Portuguese war veterans (N=60), male, with a mean age of approximately 64 years (age range: 59-72). Demographic characteristics are presented in

Table 1. According to their medical files, participants had no history of brain injury, or neuropsychological disorders. Participants had no physical disability related to war and no history of psychiatric illness previous to military duty.

<Table 1>

We selected a purposive sample of veterans who received a diagnosis of PTSD related to war that were not discharged for at least 10 years. The non-recovered group included 30 participants who received a diagnosis of PTSD related to war when they started treatment and they had a current positive diagnosis of PTSD, as diagnosed by the Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS). These participants were randomly selected among a group of outpatient receiving both psychiatric and psychological treatment (Cognitive-Behavior Therapy) for at least the last ten years in two centers for clinical intervention in war psychological disorders. The recovered participants were 30 veterans previously diagnosed with PTSD who had recovered since negative diagnoses for current PTSD. These participants were randomly selected among a group of former patients from the same two clinical centers, who received both psychiatric and psychological treatment for at least ten years, and did not receive any treatment during the past year since negative diagnoses for current PTSD. Participants had no deterioration of their clinical condition following treatment. This condition was verified by no observation of symptoms aggravation in a periodic assessment conducted every three months after treatment. This procedure assured that recovery from PTSD status was not temporary.

Measures

PTSD symptoms. The Impact of Event Scale - Revised (IES-R; Weiss & Marmar, 1997) is a self-report measure, composed of 22 items, used to measure the subjective response to traumatic events. The IES-R assesses the presence of three symptom clusters of PTSD: intrusion, avoidance and hyper-arousal. Participants indicated how distressing each difficulty was for them during the last seven days on a five item Likert, from not at all (0) to extremely (4). This study examined the IES-R global score. The alpha coefficient for the IES-R global score was .83.

Depression. The Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis & Melsaratos, 1983) is a measure of general psychiatric distress with 53 items. The BSI is composed of nine clinical scales and three global indices of disturbance. Participants were asked to rate the degree to which each symptom was distressing in the last week along a five-point scale from never (0)

to always (4). This study examined the Depression (DEP) subscale of the BSI. The alpha coefficient was .82 for DEP subscale.

Combat exposure. The degree of combat exposure was assessed using the Combat Exposure Scale (CES; Keane et al., 1989). The CES is a 7-item self-report measure that assesses wartime stressors experienced by combatants. Items are rated on a 5-point frequency (1 = “no” or “never” to 5 = “more than 50 times”), 5-point duration (1 = “never” to 5 = “more than 6 months”), 4-point frequency (1 = “no” to 4 = “more than 12 times”) or 4-point degree of loss (1 = “no one” to 4 = “more than 50%”). The total CES score (ranging from 0 to 41) was calculated by using a sum of weighted scores.” The alpha coefficient was .81.

Procedure

Participants were invited to participate in a study about the impact on their lives of war experience. Invitations were performed by current or previous therapists. Next, one member of the research team (first author) explained the purposes of the study to each participant. There were no dropouts. Written informed consent was obtained from each participant. The assessment protocol to collect qualitative and quantitative data included two interviews per participant, lasting 60 to 90 minutes. Qualitative data was collected using a semi-structured interview conducted by an experienced psychologist in interviewing traumatized patients. The interviewer had no previous relation with the participants. This procedure was adopted to ensure no bias occurred from previous clinical and military information. Interviews were conducted according to a schedule that was created to cover all the variables addressed by this study, retrieving participants’ verbalization of moral injury, self-awareness of mental states, self-integration of moral injury events within existing personal schemas, and perceived social support. All interviews were audio-taped, transcribed verbatim, and verified prior to analysis. The last 30 minutes were used to collect demographical and clinical data, and to assess PTSD and depression symptoms.

Data analysis. To perform this research, a cross-sectional design, using qualitative and quantitative methods, was adopted.

Qualitative data analysis. Qualitative analysis was performed using the Thematic and Categorical Analysis proposed by Bardin (2008). Two independent researchers performed the coding procedures. Thematic content analysis was performed using global ratings reflecting the prevalence of themes across participants’ narratives (Mehl, 2006). A high consensus was achieved. Disagreements were solved by further analysis of the transcripts. The criteria for

coding participants' moral injury, self-awareness of mental states, self-integration of moral injury in personal schemas, and perceived social support are summarized below.

Moral injury was coded where participants verbalized involvement in acts during war that transgressed veterans' moral beliefs (e.g., combat disproportionate violence, incidents involving civilians, and within-rank violence). No moral injury was coded where participants did not verbalize the perpetration, failing to prevent, or witnessing to acts that transgressed military's moral beliefs and expectations.

High self-awareness of mental states was coded where participants verbalized higher ability to perceive and understand their psychological states and its connection with the symptoms, ability to understand the impact of trauma-related experiences on current life situations, and the ability to understand their behavior and feelings aroused by stressful events. Low self-awareness of mental states was coded where participants verbalized their inability to understand their psychological state and its connection with the symptoms, inability to understand their reactions in stressful situations, and verbalizations of self-awareness of mental states and behaviors only based on others' reactions to their behavior.

High self-integration of moral injury in personal schemas was coded where participants verbalized feelings of remorse about behaviors committed during war, verbalization that violent behaviors occurred in a specific context with different rules from everyday life, and verbalization that being violent is not a stable personality characteristic. Low self-integration of personal schemas was coded where participants verbalized dissonance and inner conflict related to violent behaviors committed in military duty, self-perception of being a murderer, feelings of shame, verbalization of personal inadequacy, and appraisal of personal badness as a stable personality trait.

High perceived social support was coded where participants verbalized feelings of emotional bonding, patience and understanding from others (family, friends). Low perceived social support was coded where participants verbalized feelings of isolation and loneliness related to lack of understanding from others, perception that others are afraid of them, or others' perception that the veteran is pretending or lying.

Statistical analysis. Data analysis was conducted using the IBM SPSS Statistics for Windows (version 19). Data was first assessed for means and standard deviations, after which it was analyzed for mean comparison and correlation matrices on all variables. Considering that the dependent variables (PTSD and depressive symptoms) showed a normal distribution

with homogeneity of the variances between the analyzed groups, a t-Student Test was chosen to compare mean scores on PTSD and depression symptoms for each independent variable. A 95% confidence interval was chosen. Where results were statistically significant, Cohen's *d* was used to measure the effect size. According to the Cohen's criteria (Henson, 2006) a *d* value around 0.2 is considered a small effect; a *d* value around 0.5 is considered a medium-sized effect; and a *d* value of 0.8 or higher is considered a large effect. Two multiple linear regression analyses were conducted predicting the severity of PTSD and depression symptoms from moral injury, self-awareness of mental states, self-integration of moral injury in personal schemas, perceived social support, and level of combat exposure as independent variables.

4. Results

Demographic data

As can be seen in Table 1, both groups showed no differences for age, ethnicity, marital status, education, military background, and treatment variables. We found no statistically significant differences for the level of combat exposure ($t_{58} = -1.894$, $p = .07$) between recovered and non-recovered groups.

<Table 1>

Qualitative data

Fisher's exact test showed that recovered and non-recovered participants differed in themes frequency for all four variables (Table 2). Results showed that observed frequencies on high self-awareness of mental states, self-integration of moral injury in personal schemas, and perceived social support were statistically significant higher than expected among recovered participants. Results showed that observed frequencies for moral injury were statistically significant higher than expected among non-recovered participants.

<Table 2>

Quantitative data

As can be seen in Table 3, moral injury only showed a weak positive relationship with IES-R. Self-awareness of mental states showed a moderate positive relationship with both self-integration of moral injury in personal schemas and perceived social support, and a moderate negative relationship with both IES-R and BSI-Depression. Self-integration of

moral injury in personal schemas showed a weak positive relationship with perceived social support, and a moderate negative relationship with both IES-R and BSI-Depression. Perceived social support only showed a weak negative relationship with BSI-Depression. The IES-R score showed a moderate positive relationship with BSI-Depression. The CES score showed a moderate positive relationship with IES-R and a weak positive relationship with BSI-Depression. All other correlations were non-significant.

<Table 3>

As can be seen in Table 4, we found no statistically significant differences for verbalization of moral injury (yes vs no) and perceived social support (high vs low) on PTSD symptoms. There were statistically significant differences for PTSD symptoms for differences in verbalizations of both self-awareness of mental states (high vs low) and self-integration of moral injury in personal schemas (high vs low). Participants who reported low self-awareness of mental states had a higher mean value compared to participants who reported high self-awareness of mental states. Participants who reported low self-integration of moral injury in personal schemas had higher mean value compared to participants who reported high self-integration of moral injury in personal schemas. Cohen's *d* values were higher than 0.8, indicating a large effect.

<Table 4>

As can be seen in Table 5, we found no statistically significant differences for verbalization of moral injury (yes vs no) on depression symptoms. There were statistically significant differences on depression symptoms for verbalizations of self-awareness of mental states (high vs low), self-integration of moral injury in personal schemas (high vs low), and perceived social support (high vs low). Participants who reported low self-awareness of mental states had a higher mean value compared to participants who reported high self-awareness of mental states. Participants who reported low self-integration of moral injury in personal schemas had higher mean value compared to participants who reported high self-integration of moral injury in personal schemas. Participants who reported low perceived social support had a higher mean value for depression symptoms compared to participants who reported high perceived social support. All Cohen's *d* values were 0.8 or higher, indicating a large effect.

<Table 5>

A multiple linear regression for PTSD symptoms showed that 38% of the variance can be predicted from the independent variables in the final model (Table 6, Model 1). Self-integration of moral injury in personal schemas was the stronger predictor of PTSD symptoms. Self-awareness of mental states and combat exposure were also predictors of PTSD symptoms. A multiple linear regression for depression symptoms showed that 36% of the variance can be predicted from the independent variables in the final model (Table 6, Model 2). Results showed that both self-awareness of mental states and self-integration of moral injury in personal schemas were predictors of depression symptoms. Post-hoc statistical power was acceptable ($>.80$) for both models.

5. Discussion

This study analyzed the role that moral injury, self-awareness of mental states, self-integration of moral injury in personal schemas and perceived social support play in recovery from PTSD, and their association with PTSD and depression symptoms among a sample of Portuguese war veterans. Unique to this study was the approach to include both veterans who had recovered from PTSD and those who still had ongoing clinically relevant symptoms. Both groups showed no differences on treatment history, which ensured that both groups were at one point equivalent in symptomatology, and they were currently different in their remission from PTSD. Recovered participants had remission from PTSD after decades suffering from that clinical condition (Durai et al., 2011; Schaubroeck, Riolli, Peng, & Spain, 2011).

The correlations between our variables showed only a strong association between PTSD and depression symptoms. Results follow previous research on the relationship between PTSD and depression found among other veterans' samples (Erickson et al., 2001; Marx et al., 2010). For this reason, depression symptoms should be assessed as complementary indices of PTSD severity. All other correlations were weak or moderate in the expected direction, indicating no overlap between constructs measured by those variables.

Our hypotheses were partially verified. The first hypothesis was verified, suggesting that all variables play a major role on recovery from PTSD among our sample. Differences found between recovered and non-recovered groups suggest that self-awareness of mental states, self-integration of moral injury in personal schemas and perceived social support seem to be key processes in coping with moral injury, and promoting recovery from PTSD in those participants (Drescher et al., 2011; Herman, 1992; Horowitz, 1992; Knetig, 2013; Litz et al.,

2009). These achievements may be interconnected with the impact on feelings of identity coherence and social adjustment (Hautamäki & Coleman, 2001; Sendas, 2010).

The second hypothesis was not verified. There were no statistically significant differences between participants who reported moral injury and participants who reported no moral injury for both PTSD and depression symptoms. Perhaps exposure to moral injury events is a necessary condition but not sufficient for the development of psychological distress related to war experience (Litz, 2007). The impact of those experiences on veterans' mental health seems to depend how veterans cope with transgression of veterans' moral beliefs aroused by those acts (Drescher et al., 2011; Herman, 1992; Litz et al., 2009).

The third hypothesis was verified. As expected, participants who verbalized low self-awareness of mental states reported higher severity of both PTSD and depression symptoms. These results support evidences of lower severity of both PTSD and depression symptoms among older veterans with higher self-awareness of mental states (Hautamäki & Coleman, 2001; Knetig, 2013). These results may be related to a higher capacity for emotion regulation, self-esteem and more positive social support provided by higher self-awareness of mental states (Allen, 2005; Fonagy, 2008; Hautamäki & Coleman, 2001; Knetig, 2013) resulting in lower PTSD and depression symptoms.

Likewise, our fourth hypothesis was verified. Participants who verbalized low self-integration of moral injury in personal schemas reported higher severity of both PTSD and depression symptoms. Veterans suffering from a severe discrepancy between personal schemas and moral injury events showed re-experience and intrusive memories of those events (Horowitz, 1992; Litz et al., 2009; Van Vliet, 2008) which explain the higher PTSD symptoms found among those participants. Furthermore, re-experience of morally injurious experience weakens and destabilizes veterans' self-esteem (Van Vliet, 2008) resulting in increased severity of depression symptoms.

The fifth hypothesis was partially verified. Participants who reported low perceived social support and participants who reported high perceived social support showed statistically significant differences for depression but not for PTSD symptoms. Participants who reported higher perceived social support had a lower mean value for depression symptoms. Appraisal of social support as a helpful resource was found to be related to feelings of acceptance, safety and trust, by being respected and valued as individuals (Ajdukovic et al., 2013; Sendas, 2010). Those feelings promote self-efficacy perceptions

(Smith et al., 2013), and positive self-concept and self-esteem (Litz et al., 2009; Van Vliet, 2008) which explain lower severity of depressive symptoms found among those participants.

Finally, our sixth hypothesis was partially verified. As expected, the level of combat exposure was a predictor of PTSD symptoms (Grieger & Benedek, 2006; Kolkow et al., 2007). Meanwhile, self-integration of moral injury in personal schemas and self-awareness of mental states were stronger predictors of PTSD symptoms than reports of combat exposure (Litz et al., 2009). Perhaps the individual's inability to integrate moral injury within personal schemas resulted in strong re-experience and intrusive memories of moral injury events resulting in increased severity of PTSD symptoms (Horowitz, 1992; Litz et al., 2009; Van Vliet, 2008). This impairment, associated with reduced self-regulation abilities related to low self-awareness of mental states, seems to contribute to the aggravation of PTSD symptoms among our participants.

Only self-integration of moral injury in personal schemas and self-awareness of mental states were predictors of depression symptoms. Low self-awareness of mental states may result in loss of self-esteem and feelings of shame related to the participants' inability to understand their psychological state and its connection with the symptoms, leading to increased depressive symptoms (Ajdukovic et al., 2013; Allen, 2005). The severity of depression symptoms severity may be aggravated by a severe discrepancy between personal schemas and the moral injury event among our participants as a result of strong feelings of shame (Horowitz, 1992; Litz et al., 2009; Van Vliet, 2008).

Taken together, results showed that coping with moral injury experiences was related to psychological consequences from the war (Drescher et al., 2011; Litz et al., 2009) among this sample of Portuguese war veterans. For this reason, moral injury should be assessed in addition to traditional evaluation of war traumatic events among war veterans. Self-awareness of mental states and integration of moral injury events within personal schemas played a nuclear role in recovery from both PTSD and depression symptoms among recovered participants. The gradual process of self-integration in personal schemas of morally incongruent experiences found among recovered participants seems to be associated with moral repair (Drescher et al., 2011; Litz et al., 2009). This process involved the accommodation of the experience which enabled recovered veterans to find meaning to the event (Horowitz, 1992; Litz et al., 2009). This process may be crucial for the restoration of a sense of coherence achieved through assimilation of a new image of the body, images of others, and values and ideals in the structure of the self (Herman, 1992; Sendas, 2010).

The reconciliation of morally incongruent experiences in personal schemas seems to be nuclear for the development of higher self-awareness of mental states (Horowitz, 1992; Litz et al., 2009). This achievement failed in non-recovered participants, becoming a strong vulnerability factor for long lasting PTSD symptoms and higher severity of depression symptoms among the participants in this study (Horowitz, 1992; Litz et al., 2009). Higher self-awareness of mental states may be related to increased ability to understand their psychological states and its connection with the symptoms, resulting in more efficient coping strategies to cope with both PTSD and depression symptoms (Allen, 2005; Hautamäki & Coleman, 2001).

It is important to identify several limitations when interpreting the current findings. First, the cross-sectional design disallows causal inferences. Although this study provides some evidence for the role that moral injury, self-awareness of mental states, self-integration of personal schemas and perceived social support play in the recovery from PTSD, it would be important to understand how this relationship occurs over time. Future research should aim to replicate this study using a longitudinal design.

From our results, reconciliation of morally incongruent experiences in veterans' personal schemas, and higher self-awareness of mental states seem to be two processes interconnected with each other. However, the nature of this relationship is still not yet clear. Future research should aim to understand how both processes relate to each other using a longitudinal design. This study should be conducted using standardized measures of self-awareness of mental states, i.e. mentalization, along with detailed procedures for inter-judge reliability when assessing moral injury and self-integration of moral injury in personal schemas.

The sample was composed by chronic PTSD and recovered participants from that clinical condition. It is also possible that the recovery from PTSD status may have been temporary. However, the lack of any relapse during the year prior to data collection and clinicians' diagnosis provide some confidence in the clinical condition of recovered participants. Moreover, the choice of this procedure allowed for controlling potential confounders that could jeopardize evidences obtained in this study. The periodic assessment conducted in both clinical centers assured some confidence in PTSD remission of recovered participants.

Another limitation with the data was that PTSD and depression symptoms were based on self-report measures. Future research should assess these clinical dimensions thorough a clinical interview to help determine accurateness of such reported symptoms. This procedure should be conducted in order to assure more reliable PTSD and depression diagnosis, aiming to understand how each factor analyzed in this study plays a role in recovery from those clinical conditions.

Despite small sample size, the statistical power was acceptable for addressing the proposed research questions. Meanwhile, Cohen's *d* value showed a large effect. On the other hand, the use of a mixed methods design involving the collection, analysis, and integration of both quantitative and qualitative data, i.e. triangulation, is a procedure which strengthens reliability as well as internal validity of the findings (Creswell, 2003). Future research should aim to replicate this study using a larger sample size.

6. References

- Ajdukovic, D., Ajdukovic, D., Bogic, M., Franciskovic, T., Galeazzi, G., Kucukalic, A., & ... Priebe, S. (2013). Recovery from posttraumatic stress symptoms: A qualitative study of attributions in survivors of war. *Plos ONE*, 8(8). Retrieved from <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=648e0a22-92d5-4f02-a209-70a9ddc7c20e%40sessionmgr4002&hid=4107>
- Albuquerque, A., Fernandes, A., Saraiva, E., Lopes, F. (1992). Perturbação pós-traumática do stress em combatentes da guerra colonial. [Post-traumatic stress disorder in soldiers of the colonial war.]. *Revista de Psicologia Militar*, 1992,1-9.
- Allen, J. (2005). *Coping with trauma: Hope through understanding*. American Psychiatric Publishing, Inc.: Washington, DC, London, England.
- Andrews, B., Brewin, C. R., Stewart, L., Philpott, R., & Hejdenberg, J. (2009). Comparison of immediate-onset and delayed-onset posttraumatic stress disorder in military veterans. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 767-777. doi:10.1037/a0017203
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. [Content analysis]. Lisbon, Portugal: Edições 70, LDA.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605. doi:10.1017/S0033291700048017
- Drescher, K., Foy, D., Litz, B., Kelly, C., Leshner, A., & Schutz, K. (2011). An exploration of the viability and usefulness of the construct of moral injury in war veterans. *Traumatology*, 17, 8-13. doi: 10.1177/1534765610395615
- Durai, U. B., Chopra, M. P., Coakley, E., Llorente, M. D., Kirchner, J. E., Cook, J. M., & Levkoff, S. E. (2011). Exposure to trauma and posttraumatic stress disorder symptoms in older veterans attending primary care: Comorbid conditions and self-rated health status. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59, 1087-1092. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03407.x
- Erickson, D. J., Wolfe, J., King, D. W., King, L. A., & Sharkansky, E. J. (2001). Posttraumatic stress disorder and depression symptomatology in a sample of Gulf War veterans: A prospective analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 41-49. doi:10.1037/0022-006X.69.1.41

Fonagy, P. (2008). The mentalization-focused approach to social development. In F. N. Busch (Ed.), *Mentalization: Theoretical considerations, research findings, and clinical implications* (pp. 3-56). Mahwah, NJ US: Analytic Press.

Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health, 16*, 83-101. doi:10.1080/09638230601182045

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY US: Other Press.

Grieger, T. A., & Benedek, D. M. (2006). Psychiatric disorders following return from combat duty during the twenty-first century. *Primary Psychiatry, 13*(3), 45-50.

James, L. M., Van Kampen, E., Miller, R. D., & Engdahl, B. E. (2013). Risk and protective factors associated with symptoms of post-traumatic stress, depression, and alcohol misuse in OEF/OIF Veterans. *Military Medicine, 178*, 159-165. doi:10.7205/MILMED-D-12-00282

Hautamäki, A. A., & Coleman, P. G. (2001). Explanation for low prevalence of PTSD among older Finnish war veterans: Social solidarity and continued significance given to wartime sufferings. *Aging & Mental Health, 5*, 165-174. doi:10.1080/13607860120038348

Henson, R. K. (2006). Effect-size measures and meta-analytic thinking in counseling psychology research. *The Counseling Psychologist, 34*, 601-629. doi:10.1177/0011000005283558

Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.

Horowitz, M. J. (1992). The effects of psychic trauma on mind: Structure and processing of meaning. In J. W. Barron, M. N. Eagle, D. Wolitzky (Eds.), *Interface of psychoanalysis and psychology* (pp. 489-500). Washington, DC US: American Psychological Association. doi:10.1037/10118-022

Keane, T. M., Fairbank, J. A., Caddell, J. M., Zimering, R. T., Taylor, K. L., & Mora, C. A. (1989). Clinical evaluation of a measure to assess combat exposure. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1*, 53-55. doi:10.1037/1040-3590.1.1.53

Knetig, J. (2013). *Mentalization, social competence and the use of social support in a military population: The impact on post-traumatic stress*. Retrieved from Dissertation Abstracts International (74).

Kolkow, T. T., Spira, J. L., Morse, J. S., & Grieger, T. A. (2007). Post-traumatic stress disorder and depression in health care providers returning from deployment to Iraq and Afghanistan. *Military Medicine*, 172(5), 451-455.

Laffaye, C., Cavella, S., Drescher, K., & Rosen, C. (2008). Relationships among PTSD symptoms, social support, and support source in veterans with chronic PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 394-401. doi:10.1002/jts.20348

Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C., & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*, 29, 695-706. doi:10.1016/j.cpr.2009.07.003

Maguen, S., Litz, B. T., Wang, J. L., & Cook, M. (2004). The stressors and demands of peacekeeping in Kosovo: Predictors of mental health response. *Military Medicine*, 169(3), 198-206.

Maia, A., McIntyre, T., Pereira, G., & Ribeiro, E. (2011). War exposure and Post-traumatic Stress, as predictors of Portuguese colonial war veterans' physical health. *Anxiety, Stress and Coping*, 23, 1477-2205. doi: 10.1080/10615806.2010.521238

Marx, B. P., Foley, K. M., Feinstein, B. A., Wolf, E. J., Kaloupek, D. G., & Keane, T. M. (2010). Combat-related guilt mediates the relations between exposure to combat-related abusive violence and psychiatric diagnoses. *Depression and Anxiety*, 27, 287-293. doi:10.1002/da.20659

Mehl, M. R. (2006). Quantitative Text Analysis. In M. Eid, E. Diener (Eds.), *Handbook of multimethod measurement in psychology* (pp. 141-156). Washington, DC US: American Psychological Association. doi:10.1037/11383-011

Nash, W. P., Carper, T., Mills, M., Au, T., Goldsmith, A., & Litz, B. T. (2013). Psychometric evaluation of the Moral Injury Events Scale. *Military Medicine*, 178, 646-652. doi:10.7205/MILMED-D-13-00017

Schaubroeck, J. M., Riolli, L. T., Peng, A., & Spain, E. S. (2011). Resilience to traumatic exposure among soldiers deployed in combat. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16, 18-37. doi:10.1037/a0021006

Schechter, D. S., Coots, T., Zeanah, C. H., Davies, M., Coates, S. W., Trabka, K. A., & ... Myers, M. M. (2005). Maternal mental representations of the child in an inner-city

clinical sample: Violence-related posttraumatic stress and reflective functioning. *Attachment & Human Development*, 7, 313-331. doi:10.1080/14616730500246011

Schnurr, P. P., Lunney, C. A., Sengupta, A., & Waelde, L. C. (2003). A descriptive analysis of PTSD chronicity in Vietnam veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 545-553. doi:10.1023/B:JOTS.00000004077.22408.cf

Sendas, S. (2010). *Elaboração de significado das histórias de vida de ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa com e sem Perturbação de Stress Pós-Traumático. [Elaboration of the meaning of life stories of veterans of the Portuguese Colonial War with and without Post-Traumatic Stress Disorder]*. (Unpublished doctoral dissertation). Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Smith, A. J., Benight, C. C., & Cieslak, R. (2013). Social support and postdeployment coping self-efficacy as predictors of distress among combat veterans. *Military Psychology*, 25, 452-461. doi:10.1037/mil0000013

Van Vliet, K. (2008). Shame and resilience in adulthood: A grounded theory study. *Journal of Counseling Psychology*, 55, 233-245. doi:10.1037/0022-0167.55.2.233

Van Winkle, E. P., & Safer, M. A. (2011). Killing versus witnessing in combat trauma and reports of PTSD symptoms and domestic violence. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 107-110. doi:10.1002/jts.20614

Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale—Revised. In J. Wilson, T. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). New York, NY US: Guilford Press.

Wood, M. D., Britt, T. W., Thomas, J. L., Klocko, R. P., & Bliese, P. D. (2011). Buffering effects of benefit finding in a war environment. *Military Psychology*, 23, 202-219. doi:10.1080/08995605.2010.521732

7. Appendix

Table 1

Sample Demographic Characteristics

	Recovered Group	Non-recovered Group	Total
Ethnicity			
Whites	29	27	56 (93.3%)
Blacks	1	3	4 (6.7%)
Marital status			
Single	1	2	3 (5.0%)
Married	25	22	47 (78.3%)
Divorced	3	5	8 (13.3%)
Widow	1	1	2 (3.3%)
Education			
Four years	18	14	32 (53.3%)
Six years	3	2	5 (8.3%)
Nine years	7	8	15 (25.0%)
Twelve years	2	4	6 (10.0%)
University	0	2	2 (3.3%)
Place of war involvement			
Angola	11	9	20 (33.3%)
Guinea	9	11	20 (33.3%)
Mozambique	10	10	20 (33.3%)
Military organization			
Army	28	27	55 (91.7%)
Air Force	2	2	4 (6.7%)
Navy	0	1	1 (1.7%)
Military Rank			
Soldier	17	14	31 (51.7%)
Corporal	9	9	18 (30.0%)
Sergeant	4	7	11 (18.3%)

Combat exposure			
Light	4	2	6 (10.0%)
Light-moderate	7	2	9 (15.0%)
Moderate	8	10	18 (30.0%)
Moderate-heavy	8	12	20 (33.3%)
Heavy	3	4	7 (11.7%)
Treatment			
Years of treatment	17.73 (<i>SD</i> =7.09)	18.20 (<i>SD</i> =7.41)	17.97 (<i>SD</i> =7.19)
Hospitalizations	1.57 (<i>SD</i> =1.55)	1.67 (<i>SD</i> =1.63)	1.62 (<i>SD</i> =1.57)
Medication taken during treatment			
Anxiolytic	30	27	57
Anti-depressants	19	18	37
Antipsychotic	3	5	8

Table 2

Themes Levels Frequencies among Recovered and Non-recovered Groups

		PTSD clinical status groups				χ^2 ^{sig.}
Themes	Level	Frequencies	Recovered	Non-recovered	Total	
Moral injury	Yes	Observed	16	24	40	.80*
		Expected	20	10	30	
	No	Observed	14	6	20	
		Expected	20	10	30	
Self-awareness of mental states	High	Observed	18	0	18	25.71***
		Expected	9	9	18	
	Low	Observed	12	30	42	
		Expected	21	21	42	
Self-integration of moral injury in personal schemas	High	Observed	26	7	33	24.31***
		Expected	16.5	16.5	33	
	Low	Observed	4	23	27	
		Expected	13.5	13.5	27	
Perceived social support	High	Observed	13	4	17	6.65*
		Expected	8.5	8.5	17	
	Low	Observed	17	26	43	
		Expected	21.5	21.5	43	

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

Table 3

Correlations Matrix

	1	2	3	4	5	6	7
1. Moral injury	-	-.08	-.14	-.03	.23*	.03	.16
2. Self-awareness of mental states		-	.45***	.32*	-.48***	-.38***	-.18
3. Self-integration of moral injury in personal schemas			-	.27*	-.41***	-.53***	-.18
4. Perceived social support				-	-.06	-.25*	-.22*
5. IES-R					-	.69***	.372**
6. BSI – Depression						-	.286*
7. CES							-

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Table 4

Mean Differences in PTSD Symptoms between Themes Levels

Themes	High		Low		<i>t</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Moral injury	50.98	13.02	44.15	13.16	-1.91	-
Self-awareness of mental states	39.61	12.90	52.60	11.65	3.83***	1.08
Self-integration of moral injury in personal schemas	42.24	11.08	56.59	11.65	4.88***	1.25
Perceived social support	46.71	15.58	49.49	12.48	.73	-

*** $p < .001$.

Table 5

Mean Differences in Depressions Symptoms between Themes Levels

Themes	Higher		Lower		<i>t</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Moral injury	1.90	.95	1.86	1.11	-.14	-
Self-awareness of mental states	1.03	.74	2.25	.87	-4.39***	1.53
Self-integration of moral injury in personal schemas	1.45	.83	2.41	.95	4.22***	1.23
Perceived social support	1.38	.90	2.08	.98	2.55*	.80

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

Table 6
Multiple Linear Regressions

Model	Dependent variable	Adjusted R Square	ANOVA F	Predictor variables	B
1	IES-R	.38***	8.24***	Moral injury	.12
				Self-awareness of mental states	-.27*
				Self-integration of moral injury in personal schemas	-.40**
				Perceived social support	.15
				Combat exposure	.24*
2	BSI - Depression	.36***	7.77***	Moral injury	-.08
				Self-awareness of mental states	-.39**
				Self-integration of moral injury in personal schemas	-.26*
				Perceived social support	-.09
				Combat exposure	.14

Note. $N=60$. B = Beta Unstandardized Coefficients.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

DISCUSSÃO GERAL

Discussão

Objectivos do Estudo e Hipóteses

Os artigos apresentados na presente Dissertação permitiram abordar os principais objectivos da nossa investigação: explorar a experiência do processo de traumatização em ex-combatentes, explorar os recursos e processos com influência nas mudanças na identidade dos ex-combatentes, explorar e compreender as estratégias mentais utilizadas no coping das consequências biopsicossociais da traumatização, e analisar as variáveis associadas à severidade dos sintomas da Perturbação de Stresse Pós- Traumático (PSPT) e Depressão. Tal como apresentado nos resultados dos nossos artigos, a maioria das nossas hipóteses foi confirmada. Em consistência com a literatura mais recente na área da traumatização de guerra, a nossa primeira hipótese do Estudo 2 foi verificada, sendo que os nossos resultados sugerem a concepção do trauma de guerra como um processo de traumatização cumulativa (Alayarian, 2011; Blum, 2003; Começanha & Maia, 2011), englobando o confronto com acontecimentos traumáticos disruptivos por vitimação e/ou perpetração e acontecimentos stressores de natureza não traumática durante a guerra, bem como o confronto com as consequências biopsicossociais duradouras dessas experiências no pós-guerra (Bills et al., 2009; Blum, 2003; Cooper, 1986; Varvin, 2003).

Adicionalmente, os ex-combatentes com PSPT crónica e os ex-combatentes com remissão da PSPT apresentaram diferenças na percepção da continuidade e coerência do Self relacionadas com diferentes níveis de reconciliação das representações do Self, dos outros e do mundo no sistema de representações globais do Self e na função reflexiva. O impacto da traumatização parece diferir em função da restauração de capacidades de resiliência relacionadas com a posse, ou restauração, de recursos intrapsíquicos e da capacidade em mobilizar os recursos ambientais. Os participantes com remissão da PSPT apresentavam um repertório mais vasto de estratégias mentais que permitia uma maior eficácia no coping das consequências biopsicossociais da traumatização, enquanto nos participantes com PSPT crónica foi identificado um processo de exaustão psicológica associado à perda de recursos físicos, psicológicos e sociais no coping das consequências biopsicossociais da traumatização (Agaibi & Wilson, 2005; Krystal, 1985; Varvin & Rosenbaum, 2015). Verificou-se igualmente que a função reflexiva, associada à compreensão dos estados mentais do próprio e dos outros, e a reparação moral, associada à reconciliação das representações associadas à traumatização no sistema de representações globais do Self estavam associadas a menor severidade dos sintomas da PSPT e Depressão.

A experiência do processo de traumatização de guerra

Nos artigos onde analisámos o processo de traumatização de guerra dos ex-combatentes (Estudos 1 e 2), observámos o impacto a longo prazo na saúde mental dos ex-combatentes associado à traumatização de guerra. Tal como salientado na literatura, junto de amostras nacionais e internacionais, os resultados obtidos nos nossos estudos, ainda que os participantes tenham sido retirados de amostras clínicas, sugerem que a experiência de guerra poderá originar perturbação mental duradoura, inclusive crónica, numa proporção significativa de ex-combatentes (Albuquerque & Lopes, 1997; Durai et al., 2011; Kimhi & Eshel, 2009; Maia, McIntyre, Pereira, & Ribeiro, 2011; Mitchell, Gallaway, Millikan, & Bell, 2011; Schnurr, Lunney, Sengupta, & Waelde, 2003). Estes resultados parecem igualmente consolidar as evidências relativas à reduzida eficácia terapêutica no tratamento da PSPT nesta população (Forbes, Parslow, Fletcher, McHugh, & Creamer, 2010).

Os resultados dos nossos estudos sugerem que a PSPT revela-se insuficiente para capturar as sequelas na saúde mental associadas à experiência de guerra nos ex-combatentes (Lee, Scragg, & Turner, 2001; Litz, 2007). Tal como observado noutros estudos (McKenzie et al., 2010; Pereira, Pedras, Lopes, Pereira, & Machado, 2010a, 2010b; Wood, Britt, Thomas, Klocko, & Bliese, 2011), no Estudo 1, verificámos que uma proporção considerável de participantes excedia o ponto de corte para o diagnóstico de Depressão, isoladamente, ou em co-morbilidade com a PSPT. De forma similar ao encontrado noutros estudos junto de ex-combatentes, uma proporção assinalável dos participantes (40.8%) apresentava co-morbilidade entre ambas as entidades diagnósticas (Erickson, Wolfe, D. King, L. King, & Sharkansky, 2001; McKenzie et al., 2010). Neste sentido, observámos, no Estudo 2, uma proporção significativa de participantes com PSPT crónica que verbalizou a experiência de sintomas depressivos.

Por outro lado, num trabalho complementar a esta Dissertação, mas não incluído nos estudos empíricos, verificámos que os participantes descreveram igualmente como consequências da traumatização sentimentos de auto-depreciação (culpa e vergonha), sentimentos negativos (irritabilidade, raiva e ódio), queixas somáticas, e problemas sociais e financeiros (Ferrajão & Oliveira, 2015a). Estes resultados sugerem que as consequências na saúde mental da traumatização de guerra deverão ser compreendidas de acordo com uma perspectiva dimensional, ao invés de categorial, variando entre as consequências ligeiras até às consequências mais graves e crónicas (Bichi & Slotkin, 2008; Bonanno & Mancini, 2012; Tutté, 2004). Deste modo, o grau de perturbação parece depender tanto do impacto da

traumatização na identidade pessoal e nas representações do Self, dos outros e do mundo, bem como nas capacidades de coping das consequências biopsicossociais duradouras (Alayarian, 2011; Drescher & Foy, 2008; Kudler, 2007; Pereira et al., 2010b).

Os nossos resultados apontam para a insuficiência dos modelos dominantes na compreensão da perturbação psicológica associada à traumatização de guerra. Tal ocorre devido ao foco desses modelos sobre o impacto dum acontecimento externo, maioritariamente focado no trauma por vitimação, como agente causador duma doença no indivíduo (Koren, Hilel, Idar, Hemel, & Klein, 2007; Lerner & Blow, 2011; Litz, 2007). Porém, os resultados dos Estudos 1 e 2 sugerem a necessidade de incluir tanto o confronto com acontecimentos disruptivos por perpetração de violência e a exposição repetida a stressores não-traumáticos na guerra, bem como a percepção dos recursos internos e/ou externos no coping das consequências biopsicossociais da traumatização, como dimensões que influenciam a severidade da perturbação mental. Desta forma, propomos a compreensão da traumatização de guerra como um processo de traumatização cumulativa de confronto com múltiplos stressores na guerra e no pós-guerra, influenciado tanto pela dimensão objectiva (factual) dos acontecimentos, como pela dimensão subjectiva (intra-psíquica e inter-relacional) das experiências (Blum, 2003; Koren et al., 2007; Pereira, 2012).

O modelo proposto traduz o abandono do foco exclusivo nas experiências de trauma por vitimação em ex-combatentes (Litz et al., 2009). Em consistência com a literatura mais recente, os resultados dos nossos estudos salientam o impacto das experiências de perpetração de violência na saúde mental dos ex-combatentes (Bryan et al., 2013; Currier, Holland, & Malott, 2014a; Litz et al., 2009; Nash et al., 2013). Deste modo, a primeira hipótese do Estudo 1 foi verificada, observado-se que o efeito da exposição a violência abusiva (observação e participação) no desenvolvimento da PSPT e Depressão era superior ao efeito do nível de exposição ao combate (Currier, Holland, Jones, & Sheu, 2014b; Maguen et al., 2009, 2010). No Estudo 2, os participantes relataram a prática ou testemunho de violência contra outros durante a guerra como factores percebidos como originando significativo impacto na sua saúde mental. Estes resultados sugerem que a prática ou testemunho de violência constitui um stressor traumático induzido por perpetração (Currier, Holland, Chisty, & Allen, 2011; MacNair, 2003, 2007; Nash et al., 2013).

Esta dimensão da traumatização de guerra foi identificada no Estudo 2, tendo sido extraídos temas abrangendo o conceito de dano moral (Litz et al., 2009). Os participantes verbalizaram temas que foram identificados em anteriores trabalhos qualitativos (Drescher et

al., 2011; Shay, 2014; Vargas, Hanson, Kraus, Drescher, & Foy, 2013) e que contemplam os factores extraídos das análises factoriais nos estudos de operacionalização do constructo: prática de actos de violência ou omissão de ajuda do próprio (transgressões do Self), actos de violência ou omissão de ajuda dos camaradas (transgressões do Outro), e traições pessoais ou organizacionais que colocaram o militar numa situação de risco para a vida (Brock, 2013; A. Bryan, C. Bryan, Morrow, Etienne, & Ray-Sannerud, 2014; Currier et al., 2014a; Nash et al., 2013). O contexto de guerrilha da Guerra Colonial Portuguesa (GCP) foi atribuído pelos participantes como um factor precipitador destes actos. A dificuldade em distinguir entre aliados e inimigos, actos de traição da população com ataques subversivos foram atribuídos à emergência de sentimentos de raiva e vingança que desencadearam episódios de violência abusiva contra inimigos e/ou civis.

Porém, neste estudo foi retirado um tema de dano moral apenas identificado na observação clínica de ex-combatentes. A percepção de fracasso pessoal no desempenho das funções militares (Carr, 2011; Larner & Blow, 2011) foi verbalizada por alguns participantes. Estes participantes atribuírem a percepção do fracasso a uma falta de preparação pessoal (psíquica) para o TO que originou a remoção do serviço militar desses participantes devido a episódios de perturbação mental. O efeito traumático destas experiências parece associar-se à incapacidade dos indivíduos em adaptarem-se à crueldade e violência do cenário de guerra (Nash, 2007a), exigindo do indivíduo a aceitação dos seus impulsos cruéis (Carr, 2011; Larner & Blow, 2011). Esta hipótese foi suportada pelas verbalizações de alguns participantes que descreveram a incapacidade em matar, inclusive em situações em que tal era necessário para garantir a sua sobrevivência ou dos outros. Tendo em conta que a sobrevivência neste contexto poderá depender do extermínio doutros seres humanos, o repúdio da agressividade traduz uma indistinção entre os investimentos libidinais e agressivos (Freud, 1939), causando um dano narcísico (Gerzi, 2005). O dano narcísico envolve uma dimensão objectal e social (Nash, 2007b; Shalit, 1988), expresso nas verbalizações dos participantes referentes ao fracasso em agir de acordo com os padrões e expectativas dos outros.

Adicionalmente, tal como encontrado noutros estudos junto de ex-combatentes da GCP, a maioria dos participantes descreveu como traumático a exposição repetida a um conjunto de stressores de natureza não-traumática (Albuquerque, Fernandes, Saraiva, & Lopes, 1992; Começanha, 2011; Maia, McIntyre, Pereira, & Fernandes, 2006; Maia et al., 2011; Pereira, 2012). Os participantes descreveram fracas condições logísticas (fome, sede, falta de condições sanitárias), condições ambientais adversas (calor e humidade), afastamento

da família e do contexto socio-cultural, sobrecarga de trabalho, aborrecimento e isolamento social. Estas verbalizações parecem dar conta dum processo de traumatização cumulativa (Alayarian, 2011; Blum, 2003; Começanha & Maia, 2011), despertando a percepção de falta de preocupação e protecção dos outros (Varvin, 2010). Para alguns ex-combatentes, o confronto repetido com estes stressores foi descrito como tendo um efeito semelhante à exposição aos acontecimentos disruptivos da guerra (Alayarian, 2011; Khan, 1963, 1964).

Este conjunto de resultados leva-nos a propor o cenário de guerra como um contexto de violência e privação organizada, prolongada, premeditada e intencional que origina representações dos objectos como cruéis e/ou indulgentes (Ajdukovic et al., 2013; Auerhahn & Peskin, 2003; Garland, 1998; Varvin, 2010; Viñar, 2005). O impacto dessas experiências poderá ser persistente, afectando o funcionamento biológico, psíquico e social dos ex-combatentes. Em resultado, propomos que para além do confronto com as experiências agudas disruptivas e a traumatização cumulativa durante a guerra, a traumatização de guerra engloba igualmente o impacto das repercussões biológicas, intrapsíquicas e interpessoais, e sociais do confronto com essas experiências (Blum, 2003; Bragin, 2010; Drescher & Foy, 2008; Martz, 2010; Moses, 1978; Shalit, 1988; Varvin, 2003).

Tal como encontrado noutros trabalhos qualitativos, os participantes do Estudo 2 descreveram o pós-guerra como um período de sofrimento duradouro atribuído à severidade dos sintomas pós-traumáticos e às dificuldades de readaptação ao contexto social civil (Connell, Omole, Subramaney, & Olorunju, 2013; Maedl, Schauer, Odenwald, & Elbert, 2010). Deste modo, as dificuldades de reintegração na vida civil, vividas por muitos ex-combatentes, parecem constituir um componente fundamental das consequências biopsicossociais da traumatização de guerra (Blum, 2003; Bragin, 2010). Este processo foi identificado tanto no Estudo 2, como num trabalho por nós publicado complementar a esta Dissertação, tendo os participantes verbalizado a percepção do abandono familiar e do Estado como experiências traumáticas (Ferração & Oliveira, 2015a). A natureza traumática destas experiências advém da percepção de desamparo, falta de suporte e protecção dos objectos (Shalit, 1988; Varvin, 2010).

Este processo poderá estar relacionado com o impacto, amplamente sublinhado na literatura, da experiência de guerra sobre as representações do Self e dos outros, e na percepção do mundo do pós-guerra (Bonomi, 2003; Brenner et al., 2008; Drescher & Foy, 2008). Tal como verificado anteriormente por Sendas (2010), os participantes do Estudo 2 verbalizaram a percepção duma ruptura ou descontinuidade da auto-imagem do Self e das

representações das relações com outros entre os períodos prévio e pós-guerra. A perturbação da organização e coerência do Self era mais acentuada nos participantes com PSPT crónica que verbalizaram a percepção de viverem em três mundos separados e irreconciliáveis: o mundo civil prévio à guerra, o mundo militar da guerra e o mundo civil do pós-guerra.

No Estudo 2, os participantes descreveram a ruptura da continuidade do Self como reflectindo uma discrepância entre as representações do Self, dos objectos e do mundo associadas à guerra e o sistema de representações globais (pré e pós-guerra) do Self, dos objectos e do mundo. A incongruência destes sistemas de representações foi percebida pelos participantes como originando a perda do significado do mundo prévio à participação na guerra (Bragin, 2010; Bryan et al., 2013). A nossa quinta hipótese do Estudo 1 foi verificada, observando-se que o senso de coerência era um mediador total do efeito dos componentes da traumatização de guerra analisados na severidade dos sintomas da PSPT e Depressão. Desta forma, propomos que a exposição aos acontecimentos disruptivos da guerra origina a perda do significado e previsibilidade do mundo (Bryan et al., 2013; Currier et al., 2011; Currier et al., 2014a) e a percepção da ausência de recursos no coping das consequências da traumatização (Litz et al., 2009; Pham, Vinck, Kinkodi, & Weinstein, 2010; Ying, Akutsu, Zhang, & Huang, 1997).

De acordo com a literatura, a percepção de transgressões do Self, i.e., a prática de actos de violência ou omissão de ajuda pelo próprio, parece ter maior impacto na saúde mental dos ex-combatentes (Bryan et al., 2014; Maguen et al., 2011). Este facto parece ocorrer em resultado da avaliação desses actos como mais imorais (Bryan et al., 2014; MacNair, 2007). Tal como verbalizado predominantemente pelos participantes com PSPT crónica no Estudo 2, os actos de violência praticados pelo ex-combatente originam um dano na integridade do Self através da verbalização de sentimentos de estranheza associados à percepção de mudanças na personalidade no pós-guerra. O dano na identidade dos ex-combatentes foi atribuído à divergência entre as representações do Self e dos outros nos diferentes contextos que originavam o questionamento da humanidade do próprio e dos outros (Gobodo-Madikizela, 2008; Litz et al., 2009).

Deste modo, os resultados do Estudo 2 sugerem que a percepção da discrepância severa entre os sistemas de representações origina sentimentos de culpa e vergonha nos ex-combatentes (Litz et al., 2009). A manutenção desta discrepância perpetua o dano na identidade pessoal dos ex-combatentes (Boulanger, 2002; Lee et al., 2001). Internamente, os ex-combatentes percebem-se como tendo actuado de acordo com modalidades de

funcionamento incompatíveis com os padrões do ideal do ego e do Superego (Laub & Lee, 2003; Varvin & Rosenbaum, 2003). Este sentimento foi sobretudo verbalizado pelos participantes com PSPT crónica que se percepcionavam como “assassinos”, “criminosos” ou “monstros”. O indivíduo percebe-se como imoral vivendo num mundo igualmente imoral (Litz et al., 2009; Opp & Samson, 1989; Stein, 2007), sugerindo que os sentimentos de culpa e vergonha constituem manifestações clínicas comuns nos ex-combatentes (Nash, 2007b; Palgi & Ben-Ezra, 2010).

Porém, a nossa terceira hipótese do Estudo 1 não foi verificado, uma vez que a prática de violência abusiva não apresentou o maior efeito na severidade da PSPT e Depressão na nossa amostra. O testemunho de violência abusiva foi a variável com maior associação à probabilidade de diagnóstico da PSPT e Depressão. Estes resultados sugerem que os diferentes componentes da guerra têm efeitos diferenciados nas representações do Self, dos outros e do mundo. Desta forma, propomos que a prática de violência origina uma discrepância entre as representações do Self, enquanto o testemunho de violência e a exposição ao combate originam a discrepância entre as representações do Self, dos outros e do mundo. A exposição passiva aos acontecimentos, que ocorre maioritariamente nestes dois últimos componentes da experiência de guerra, origina uma representação do Self como fraco e desamparado face à sua incapacidade em impedir a violência dos outros e do contexto de guerra (Lee et al., 2001). A violência dos outros e do ambiente abalam as representações da humanidade dos objectos e da segurança do mundo. Em resultado, formam-se representações dos objectos como figuras cruéis e incapazes de os protegerem das ameaças (Garland, 1998; Hartke, 2005) e representações do mundo como um lugar inseguro e imprevisível (Ajdukovic et al., 2013), e privado de significado (Holowka et al., 2012; Vasterling et al., 2010).

Tal como verbalizado pela maioria dos participantes no Estudo 2, as representações negativas dos objectos e do mundo originam a percepção dum suporte social inadequado ou insuficiente. Os outros eram percepcionados como abandonados e incapazes de tolerarem os conteúdos mentais associados à experiência de guerra. Os nossos resultados parecem dar conta da perda da confiança na bondade e protecção dos objectos que passam a ser dominadas por ansiedades relativas à crueldade dos maus objectos que infiltram as relações com expectativas de dano, perda ou abandono (Laub, 2005; Shay, 2014). Para além da percepção de fraco suporte social, as representações negativas dos objectos poderão contribuir para as atitudes de precaução e desconfiança na relação com os outros suportadas em silêncio, resignação e afastamento (Ajdukovic et al., 2013; Herman, 1992; Shay, 2014).

Desta forma, os nossos resultados sugerem que a traumatização constitui um processo inter-relacional com dimensões sociais. Os participantes, sobretudo os ex-combatentes com PSPT crónica, verbalizaram a percepção de discriminação social dos ex-combatentes da GCP. Este processo foi igualmente verificado num trabalho complementar a esta Dissertação, relacionado com a percepção de atitudes hostis ou indiferença do Estado e da sociedade relativamente aos ex-combatentes (Ferrajão & Aragão Oliveira, 2015a). Este processo foi descrito na literatura como uma experiência de traumatização secundária (Herman, 1992; Maedl et al., 2010). Esta experiência foi descrita pelos participantes no Estudo 2, verbalizando o carácter duradouro do sofrimento psicológico causado pela participação na guerra e a percepção de desinteresse ou condenação social desse sofrimento, expresso na ausência de apoio estatal para o tratamento das consequências da traumatização.

No caso da GCP, tal como anteriormente proposto por alguns autores, o desinteresse ou condenação social, percebido pelos ex-combatentes, poderá ser atribuído a um processo de silenciamento cultural, social e político das histórias da GCP, visando o repúdio e a negação da violência desse contexto (Campos, 2008; Quintais, 2000). O repúdio social colectivo da violência, real ou imaginada, origina a clivagem e a projecção da mesma sobre o ex-combatente, tal como verbalizado pelos participantes no Estudo 2, descrevendo que os outros os percebiam como “criminosos” ou “assassinos”. Estes resultados sugerem que os ex-combatentes percebiam a ausência da representação de bons objectos capazes de conterem os seus conteúdos mentais (Gerson, 2009; Kaplan & Laub, 2009; Laub & Lee, 2003), causando um dano na coerência e integridade do Self (Boulanger, 2002; Laub, 2005).

Do nosso ponto de vista, o conceito de traumatização secundária revela-se inadequado na descrição deste processo. Esta conceptualização baseia-se na concepção do trauma como resultado da acção dum agente externo causador duma doença. Na nossa perspectiva, a traumatização constitui um processo intrapsíquico e interpessoal duradouro e persistente, e não uma exposição separada a um conjunto de stressores potencialmente causadores de reacções traumáticas. No caso dos ex-combatentes, o sofrimento intrapsíquico envolve uma dimensão relacional associada à incapacidade dos objectos do pós-guerra em reconhecerem o sofrimento do ex-combatente durante a guerra e o sofrimento originado pelas consequências biopsicossociais dessa experiência. Este processo origina a indistinção entre os maus objectos que exerceram violência contra si na guerra dos objectos percebidos como incapazes da sua protecção no pós-guerra (Gerzi, 2005).

A percepção da ausência dum objecto capaz de compartilhar e tolerar a dor e o terror originam sentimentos de pavor arcaico (Kaplan & Laub, 2009; Varvin, 2010). Neste sentido, os participantes no Estudo 2 descreveram um conjunto de experiências habitualmente não percebidas como traumáticas pela maioria dos indivíduos, como conflitos interpessoais, perda ou abandono de parceiro, doença ou morte de familiar. Estas experiências foram percebidas como traumáticas em virtude de despertarem reacções e sentimentos associadas às experiências de guerra. Desta forma, o confronto com stressores quotidianos foram mencionados pelos participantes como despertando memórias intrusivas e impressões somato-sensoriais dos acontecimentos traumáticos, sendo, deste modo, percebidas como a reexperiência da traumatização (Garland, 1998; Varvin, 2003).

De acordo com alguns autores, os défices na capacidade de regulação emocional, resultantes do dano na função reflexiva, intensificam a vulnerabilidade à reexperiência da traumatização em situações de stresse (Sharp, Fonagy, & Allen, 2012; Varvin & Rosenbaum, 2003). Tal como verificado em estudos anteriores, os participantes com PSPT crónica verbalizaram um dano na função reflexiva associado a dificuldades em compreenderem os seus comportamentos e os dos outros como estados mentais intencionais (Knetig, 2013; Mazza et al., 2012). Estes resultados indicam que a função reflexiva e simbólica poderão ser afectadas ou destruídas pela traumatização (Brown, 2006; Moore, 2009; Rosenbaum & Varvin, 2007). Como resultado, a percepção e a interpretação das experiências são percebidas como a mesma entidade (Bohleber, 2007; Mitrani, 1995).

O dano na função simbólica e na capacidade de atribuição de significado às experiências poderá estar associado a representações negativas do Self, dos outros e do mundo (Campbell & Morrison, 2007; Horowitz, 1992). Num estudo por nós publicado, complementar a esta Dissertação, verificámos que a posse de representações mais negativas do Self e dos outros eram variáveis mediadoras do efeito do nível de exposição ao combate na severidade dos sintomas da PSPT (Ferreira & Oliveira, 2015b). Estes resultados sugerem o impacto adverso do confronto com os stressores de guerra sobre as representações do Self e dos outros (Rosenbaum & Varvin, 2007; Varvin, 2010), originando sentimentos de desamparo, ameaça e pavor no pós-guerra (Garland, 1998; Kaplan & Laub, 2009).

De acordo com alguns autores, a posse de representações mais negativas associa-se a padrões de vinculação inseguros (Ditzen et al., 2008; Varvin, 2003, 2010). No Estudo 2, uma proporção significativa de participantes relatou experiências de abandono ou maus-tratos na infância, ou descrições idealizadas das experiências infantis, tal como encontrado nas

narrativas de indivíduos com vinculações inseguras ou desorganizadas (Main, Hesse, & Goldwyn, 2008). Os nossos resultados sugerem que a incongruência ou inadequação do espelhamento dos conteúdos mentais pelo prestador de cuidados prejudica a contenção e a regulação das impressões sensoriais intoleráveis (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002), aumentando a vulnerabilidade da percepção das experiências stressoras como a reexperiência da traumatização (Fonagy, 2008; Holmes, 2006).

Em resultado, propomos que o prejuízo na capacidade de simbolização e na representação das experiências traumáticas, como resultado do dano na representação dum bom objectivo interno, originam a descontinuidade ou ruptura da identidade psicossocial dos ex-combatentes (Laub, 2005; Sendas, 2010; Varvin, 2003). Neste sentido, os participantes do Estudo 2 descreveram um sentimento de estranheza associado à percepção da mudança na sua personalidade no pós-guerra comparativamente ao que eram antes da sua ida para esse cenário. Tal como verificado por Pereira (2012) num estudo junto de ex-combatentes da GCP, as memórias da experiência de guerra foram descritas como pontos de referência que organizam a atribuição do significado aos restantes acontecimentos de vida.

Do nosso ponto de vista, estes processos indicam tanto uma dissociação estrutural secundária (van der Hart, Nijenhuis, Steele, & Brown, 2004) envolvendo a clivagem entre a parte do Self danificada pela traumatização e a restante parte do Self sobrevivente à traumatização (Brown, 2006; Varvin, 2010), como uma dissociação estrutural terciária envolvendo a dissociação do Self nuclear complementar à clivagem de diversas partes do Self danificadas pela traumatização relativamente à restante parte do Self (van der Hart et al., 2004; van der Kolk, van der Hart, & Marmar, 1995). De acordo com van der Hart, Nijenhuis, Steele, e Brown (2004), a dissociação estrutural terciária associa-se a experiências de traumatização crónica precoces que impedem o desenvolvimento duma personalidade pré-traumática coesa. Considerando as verbalizações, observadas no Estudo 2, de experiências de abandono e maus-tratos, propomos que muitos participantes apresentavam uma vulnerabilidade prévia à experiência de guerra associada uma dissociação estrutural crónica resultante de experiências de traumatização precoces (van der Hart et al., 2004).

A dissociação parece ocorrer igualmente entre o Self corporal e o Self mental (Brown, 2006; Miller & Johnson, 2012; Moore, 2009). Este processo foi observado nas verbalizações dos participantes do Estudo 2 que descreveram significativas queixas físicas e a atribuição da emergência de sintomas pós-traumáticos causados por doenças físicas e pela deterioração do estado físico. Do nosso ponto de vista, estas verbalizações aproximam-se do conceito de

memórias corporificadas (Leuzinger-Bohleber, 2008), descrevendo a reactivação de sensações somato-sensoriais, associadas à traumatização, vividas no corpo. O corpo constitui um continente onde são somatizadas as sensações e afectos associados à traumatização vividos como uma ameaça de fragmentação da imagem corporal ao invés duma ameaça psíquica (Bonomi, 2003; Miliora, 1998; Varvin, 2003). As sensações somáticas e os sintomas corporais constituem, em muitos casos, um dos primeiros indicadores de perturbação pós-traumática nos ex-combatentes (Kilshaw, 2004). Este processo indica a incapacidade do ex-combatente em transformar as experiências somato-sensoriais associadas à traumatização em representações mentais (Holmes, 2006; Mitrani, 1995).

Em suma, os nossos resultados levam-nos a propor a traumatização de guerra como um processo intrapsíquico e inter-relacional com dimensões sociais, envolvendo o confronto com acontecimentos traumáticos disruptivos por vitimação e/ou perpetração e acontecimentos stressores de natureza não traumática durante a guerra, bem como o confronto com as consequências biológicas, psicológicas e sociais duradouras e persistentes dessas experiências. A traumatização envolve um dano na identidade do ex-combatente associado à dissociação do Self nuclear e à discrepância entre as representações do Self, dos outros e do mundo e o sistema de representações globais do Self. A perturbação da identidade é mantida devido ao dano na capacidade de simbolização ao prejudicar o processo de significação das experiências passadas e presentes.

O dano na função simbólica origina a dissociação do Self nuclear, a dissociação das representações associadas à traumatização das restantes partes do Self, e a dissociação entre o Self corporal e mental, por acção de processos intrapsíquicos, inter-relacionais e sociais de restrição, repúdio e silenciamento dos conteúdos mentais associados à traumatização. Este processo parece ser influenciado pela percepção de atitudes sociais hostis ou de indiferença que contribuem para a manutenção da ausência da representação de bons objectos e o fracasso na representação dos conteúdos mentais (Gerson, 2009; Kaplan & Laub, 2009; Laub & Lee, 2003), bem como a perturbação da coerência e integridade do Self dos ex-combatentes (Boulanger, 2002; Laub, 2005; Sendas, 2010).

Estratégias mentais no coping das consequências psicossociais da traumatização

A conceptualização da traumatização de guerra, acima proposta, sugere que a severidade da perturbação mental apresentada pelos ex-combatentes é influenciada pela percepção dos recursos internos e ambientais disponíveis no coping das consequências

biológicas, psicológicas e sociais da traumatização (Agaibi & Wilson, 2005; Masten & Wright, 2010; Varvin & Rosenbaum, 2015). Neste sentido, os resultados do Estudo 1 indicam que a percepção da posse dos recursos necessários no coping dos stressores e a capacidade em atribuir significado ao mundo minimizavam o impacto do confronto com acontecimentos traumáticos durante a guerra na saúde mental dos ex-combatentes (Forstmeier, Kuwert, Spitzer, Freyberger, & Maercker, 2009; Ying et al., 1997).

Deste modo, a nossa segunda hipótese do Estudo 2 foi verificada, observando-se que os participantes verbalizaram que as consequências biopsicossociais da traumatização eram percebidas como influenciando a manutenção da perturbação psicológica associada à experiência de guerra. Em íntima relação com esta experiência, a nossa terceira hipótese do Estudo 2 foi igualmente verificada, observando-se que os participantes com PSPT crónica e os participantes com remissão da PSPT apresentaram diferenças nas verbalizações da posse de recursos para o coping das consequências biopsicossociais da traumatização. Os grupos apresentaram diferenças na percepção de recursos intrapsíquicos e na capacidade em utilizarem os recursos ambientais disponíveis. Estes resultados indicam que a restauração da resiliência associa-se à percepção da posse de recursos intrapsíquicos e à crença na mobilização de recursos ambientais que permitem o coping eficaz das consequências biopsicossociais da traumatização (Ajdukovic et al., 2013; Masten & Wright, 2010; Varvin & Rosenbaum, 2015).

Do nosso ponto de vista, o coping destas experiências não se restringe aos esforços cognitivos e comportamentais do indivíduo para lidar com os stressores externos e/ou internos (Lazarus & Folkman, 1984). O coping envolve igualmente a reorganização do mundo interno e das representações do Self, dos outros e do mundo (Kudler & Straits-Tröster, 2009; Varvin & Rosenbaum, 2015). Desta forma, o coping das consequências biopsicossociais da traumatização envolve tanto as estratégias de coping, como os processos intrapsíquicos e inter-relacionais de negociação e mediação entre a realidade interna e externa (Varvin, 2003; Varvin & Rosenbaum, 2003). Este conjunto de estratégias mentais permite a restauração da integridade do Self através da reconciliação das exigências da realidade externa, do Superego e do Id, e a restauração das representações do Self, dos objectos e do mundo (Varvin, 2003; Varvin & Rosenbaum, 2003, 2015).

Tal como proposto por Varvin (2003), o sucesso do coping das consequências biopsicossociais da traumatização depende das estratégias mentais possuídas pelo indivíduo, i.e., o conjunto de métodos intrapsíquicos e relacionais organizados em esquemas mentais que

se expressam nas relações do indivíduo consigo próprio e nos cenários relacionais internos, e nas relações do indivíduo com os outros e com o mundo externo. Propomos que o repertório de estratégias mentais possuído pelos ex-combatentes no coping das consequências biopsicossociais da traumatização influencia a restauração da resiliência, ou resulta na manutenção da perturbação mental associada à traumatização de guerra (Bills et al., 2009; Kaplan & Laub, 2009; Kudler, 2007; Rosenbaum & Varvin, 2007).

Esta hipótese parece ser suportada pelos resultados do Estudo 2, no qual os participantes com PSPT crónica descreveram a percepção da ausência de recursos pessoais e dificuldade, ou incapacidade, em utilizarem os recursos ambientais no coping dos sintomas e stressores como factores atribuídos à manutenção da perturbação mental. Estas verbalizações parecem descrever um processo de exaustão psíquica dos recursos intrapsíquicos e ambientais no coping da traumatização (Varvin, 2007; Varvin & Rosenbaum, 2015). A percepção da ausência destes recursos origina um estado de resignação, desamparo ou ameaça despertados pela percepção da ineficácia no coping dos sintomas pós-traumáticos e dos stressores psicossociais (Ajdukovic et al., 2013; Alayarian, 2011; Andrews, Brewin, Stewart, Philpott, & Hejdenberg, 2009).

A percepção da restrição dos recursos intrapsíquicos e interpessoais parece originar um círculo vicioso resultante da perpetuação da redução e restrição do repertório das estratégias mentais utilizadas no coping das consequências biopsicossociais da traumatização. Neste sentido, os participantes, no Estudo 2, com diagnóstico de PSPT verbalizaram o recurso predominante a estratégias orientadas para o evitamento. Tal como verificado na literatura, a utilização destas estratégias foi descrita pelos participantes como uma tentativa de supressão ou distanciamento dos conteúdos mentais associados à traumatização (Currier et al., 2014b; Horowitz, 1998). O predomínio destas estratégias foi atribuído à incapacidade dos participantes em efectuarem a regulação emocional dos estados mentais e corporais que eram percebidos como a reexperiência da traumatização (Leys, 2007; Worthington & Langberg, 2012).

O predomínio destas estratégias de coping parece ocorrer lado a lado com a intensificação do uso da dissociação no coping das consequências da traumatização. Os conteúdos mentais associados à traumatização são isolados da parte do Self sobrevivente à traumatização (Bedard-Gilligan & Zoellner, 2012; Bohleber, 2007; Riggs et al., 2007; Zerach, Greene, Ginzburg, & Solomon, 2014), ou através da dissociação do Self nuclear (van der Hart et al., 2004; van der Kolk et al., 1995) que origina a divisão e separação da parte da

personalidade prévia à traumatização e a parte da personalidade pós-traumática. No Estudo 2, os participantes com PSPT crónica verbalizaram a negação de sentimentos de ameaça e a minimização do impacto das consequências da traumatização comparativamente a outros camaradas, e o evitamento ou repúdio de temas de violência. Estas verbalizações indicam a acção da dissociação envolvendo a negação da parte do Self afectada pela traumatização e o repúdio da realidade da traumatização (Alayarian, 2011; Brown, 2006; Leuzinger-Bohleber, 2008).

Porém, não foram encontradas diferenças na frequência das verbalizações de estratégias de evitamento entre os participantes com PSPT crónica e os participantes com remissão da PSPT, embora no grupo dos ex-combatentes com PSPT crónica estas estratégias eram utilizadas predominantemente pelos participantes. O predomínio destas estratégias poderá explicar a perturbação dos padrões e sistemas defensivos observadas nesses participantes (Martz & Lindy, 2010; van der Kolk & Fisler, 1995). A complementaridade entre as estratégias de coping orientadas para o evitamento e os processos dissociativos de negociação e mediação da realidade interna e externa origina a desactivação da utilização doutras estratégias mentais (Alayarian, 2011), expressando-se na percepção da ausência de recursos intrapsíquicos e a inibição da utilização de recursos ambientais verbalizadas pelos participantes com PSPT crónica.

Tal como observado no Estudo 2, este processo parece formar um círculo vicioso no qual a restrição das estratégias mentais no coping das consequências biopsicossociais da traumatização resulta no predomínio de estratégias de evitamento e dissociação, ao mesmo tempo que contribui para um padrão generalizado de estratégias de evitamento no coping dos diferentes stressores (Anunciação, 2010; Rosenblum, 2009; Zerach et al., 2014). A generalização das estratégias de evitamento no coping das consequências biopsicossociais da traumatização foi observada nas verbalizações da maioria dos participantes com PSPT crónica, descrevendo o recurso a estratégias orientadas para a resolução de problemas com objectivos semelhantes às estratégias de evitamento, nomeadamente o afastamento e o controlo dos pensamentos e memórias intrusivas da guerra,

Um processo semelhante foi descrito por mais de metade dos participantes com PSPT crónica, verbalizando que o consumo de álcool era efectuado com o propósito de obter efeitos analgésicos ou relaxantes face aos conteúdos mentais associados à traumatização. Estas verbalizações parecem dar conta da acção concomitante de estratégias de dissociação e estratégias orientadas para o evitamento. Neste caso, os esforços cognitivos e

comportamentais e os processos psíquicos internos de negociação e mediação da realidade interna e externa conjugam-se para o entorpecimento do sofrimento despertado pelos sintomas e consequências psicossociais da traumatização de guerra em simultâneo com o afastamento da consciência das percepções e emoções associadas à traumatização por acção da dissociação (Alayarian, 2011; Brown, 2006; Leuzinger-Bohleber, 2008).

Porém, a utilização predominante de estratégias de coping de evitamento em combinação com estratégias dissociativas revelam-se, tal como descritas na literatura, estratégias quasi-adaptativas (Horowitz, 1998). Neste sentido, observámos que os participantes que descreveram maior utilização de estratégias de evitamento e processos dissociativos relataram maior frequência de episódios em que perceberam a reexperiências de acontecimentos traumáticos vividos durante a guerra. Este processo poderá ser explicado pela alternância, como resultado da divisão da personalidade, entre estados mentais de amnésia total ou parcial da traumatização e estados mentais de hipermnésia e experiências recorrentes de impressões somato-sensoriais emparelhadas com a experiência traumática (Bedard-Gilligan & Zoellner, 2012; Bohleber, 2007; Horowitz, 1998; van der Hart et al., 2004; van der Kolk, 1999).

Os participantes do Estudo 2 verbalizaram que a reexperiência dessas experiências ocorreu sobretudo em situações de conflito interpessoal e, particularmente, em sonhos traumáticos. Estes resultados indicam que a dissociação dos conteúdos mentais associados à traumatização origina a emergências dos conteúdos mentais como uma reexperiência do acontecimento traumático, i.e., uma compulsão à repetição (Freud, 1920, 1923; 1939). Os participantes com PSPT crónica verbalizaram sentimentos de desamparo e fracasso na regulação emocional dos estados mentais originados pelos sonhos traumáticos da guerra, descrevendo que as suas reacções habituais após esses sonhos eram o evitamento em adormecer e/ou comportamentos violentos.

Adicionalmente, os comportamentos violentos foram igualmente descritos pelos participantes como estratégias habituais no coping de situações percebidas como ameaçadoras atribuídas à utilização dos comportamentos aprendidos na situação de guerra para fazer face às ameaças. Estes resultados indicam que a compulsão à repetição não constitui uma tentativa de obter domínio sobre a traumatização face à perpetuação do desamparo e ameaça (Daud, af Klinteberg, & Rydelius, 2008; Kitron, 2003; van der Kolk, 1989). Alternativamente, a compulsão à repetição nos nossos participantes parece indicar um dano na função simbólica (Varvin, 2003; Varvin & Rosenbaum, 2003), colocando os ex-

combatentes numa condição permanente de hiperarousal devido à incapacidade de regulação emocional da experiência (van der Kolk, 1989). A compulsão à repetição parece ter a função de alarme que previne o retorno à situação traumática (Stein, 2007). Estes participantes procuram a neutralização do hiperarousal através da reprodução dum comportamento familiar como sucede na retraumatização (Orlandini, 2004; Van der Kolk, 1989).

Desta forma, a compulsão à repetição indica o insucesso na elaboração e transformação do significado das experiências que são percebidas como impressões sensoriais cruas associadas à traumatização (Moore, 2009; Pereira, 2012). Os nossos resultados sugerem que o predomínio de estratégias de evitamento em paralelo com a acção de processos dissociativos reflecte a supremacia de mecanismos defensivos de exorcismo das impressões sensoriais (Brown, 2006; Holmes, 2006). O predomínio dessas estratégias mentais origina a percepção das sensações e recordações associadas à traumatização de guerra como estados mentais alienígenas, não-self (Fonagy, 2008; Fountain, 2000). Este processo foi verbalizado maioritariamente pelos participantes com PSPT crónica que descreveram sentimentos de estranheza relativos aos seus comportamentos na guerra e no pós-guerra. Estas verbalizações parecem dar conta da perturbação do sentimento de identidade resultante da clivagem do Self nuclear (van der Hart et al., 2004; van der Kolk et al., 1995) e da separação das representações mentais associadas à traumatização do restante Self (Bedard-Gilligan & Zoellner, 2012; Bohleber, 2007; Boulanger, 2002; Horowitz, 1998; Knox, 2003).

De acordo com Brown (2006), a clivagem do Self visa a protecção da(s) parte(s) do Self sobrevivente(s) à traumatização da(s) parte(s) do Self danificada(s) pela traumatização. Porém, a dissociação perturba a integração das representações do Self, dos outros e do mundo associadas à traumatização no sistema de representações globais (prévias e após a traumatização) do Self (Bohleber, 2007; Horowitz, 1998; Knox, 2003). Este fracasso foi maioritariamente descrito pelos participantes com PSPT crónica, verbalizando a existência duma discrepância severa entre as representações do Self, dos outros e do mundo associadas à traumatização relativamente ao sistema de representações globais do Self. Estes participantes verbalizaram sentimentos de estranheza sobre a mudança da personalidade após a guerra e a percepção de serem diferentes das outras pessoas que não participaram na guerra, descrevendo-se a si próprios como fracos e imorais.

Porém, tal como acima enunciado, a perturbação do sentimento de identidade dos ex-combatentes envolve igualmente um dano no Self nuclear (Laufer, 1988; van der Kolk et al., 1995). Este processo foi observado nos participantes com PSPT crónica que verbalizaram

narrativas idealizadas do período prévio à experiência de guerra. Estas descrições contrastavam com as descrições da violência e atrocidades da guerra, e com o infortúnio e sofrimento do pós-guerra. Estas narrativas reflectem uma dissociação estrutural terciária (van der Hart et al., 2004; van der Kolk et al., 1995) envolvendo uma dissociação do Self nuclear entre as parte do Self militar e do Self pós-guerra relativamente a uma parte do Self prévia à traumatização que o ex-combatente procura proteger e preservar (Auerhahn & Peskin, 2003; Grubrich-Simitis, 1981). A criação desta realidade psíquica protege dos conteúdos mentais dolorosos associados à traumatização de guerra e das suas consequências (Auerhahn & Peskin, 2003; Brown, 2006; Varvin, 2010). Porém, este objectivo é alcançado à custa da perturbação da identidade do Self envolvendo a ruptura das ligações entre o passado e o presente (Bohleber, 2007; Bonomi, 2003).

A dificuldade na integração das representações mentais associadas à traumatização no sistema de representações globais do Self poderá, simultaneamente, traduzir e perpetuar a dissociação desses conteúdos mentais da restante parte do Self. A manutenção destas estratégias mentais poderá ser atribuída à incapacidade destes ex-combatentes em suportarem as acusações internas do Superego relativas à prática de actos violentos durante a guerra (Fuchsman, 2008). No Estudo 2, a maioria dos participantes com PSPT crónica descreveu sentimentos de vergonha, maldade e fraqueza associados à prática e/ou testemunho desses actos. Nestes participantes, o coping da auto-percepção de maldade interna era efectuado através de estratégias de projecção e formação reactiva traduzidas na verbalização da adesão a padrões morais rígidos. O recurso a estas estratégias mentais reflecte uma tentativa de repúdio da responsabilidade pela violência da guerra (Ayalon, Perry, Arian, & Horowitz, 2007; Fuchsman, 2008).

De acordo com a nossa perspectiva, estas verbalizações parecem dar conta dum processo de dupla identificação com a representação dum objecto maligno ou agressor (Bateman & Fonagy, 2004; Laub, 2005) e com a representação das vítimas da violência (Phillips, 1991), originando a manutenção da dissociação estrutural terciária. A preservação destas identificações origina um processo de autopunição crónica, tal como descrito pelos participantes, visando o afastamento tanto das fantasias e memórias agressivas, como dos sentimentos de culpa (Fuchsman, 2008; Phillips, 1991). Em resultado, propomos que a autopunição crónica, observada nas verbalizações dos participantes com PSPT crónica, constitui uma tentativa de evitar a perda de significado das experiências traumáticas (Opp &

Samson, 1989), ainda que à custa do fracasso da integração dessas representações no psiquismo do indivíduo (A. Freud, 1936).

A manutenção destes processos identificatórios dificulta o recurso aos objectos (externos e internos) para efectuar a transformação das impressões sensoriais cruas associadas à traumatização em fenómenos psíquicos da experiência mental (Bion, 1961; Hartke, 2005). No Estudo 2, os participantes verbalizaram a percepção dum suporte social inadequado ou insuficiente através da descrição de sentimentos de abandono, receio e desconfiança dos outros. Estes resultados podem ser compreendidos, como verbalizado por alguns participantes, como reflectindo a necessidade desses ex-combatentes dum objecto que os proteja da reexperiência da traumatização devido à incapacidade individual da regulação emocional dos estados mentais e do hiperarousal (Bateman & Fonagy, 2004; Steiner, 1993).

Paradoxalmente, tal como descrito pela maioria dos participantes com PSPT crónica, a dependência do objecto intensifica o desamparo e a vulnerabilidade causados pela percepção da indisponibilidade ou abandono dos objectos (Besser & Neria, 2012; Mikulincer, Shaver, & Horesh, 2006). As características socio-demográficas da amostra poderão auxiliar na compreensão destes resultados. A amostra era constituída por participantes com idade igual ou superior a 64 anos, sendo que a maioria dos participantes com PSPT crónica percepcionava intensos sentimentos de solidão que se tinham agravado com o envelhecimento e o abandono da vida profissional activa. Por outro lado, alguns participantes descreveram um acentuado declínio do vigor físico e mental atribuído à manutenção dos sintomas pós-traumáticos. Tal como descrito pelos participantes, a percepção da deterioração da saúde física e psicológica originava uma dependência funcional em relação aos outros. A percepção da indisponibilidade dos outros para auxiliar na realização de actividades de cuidados pessoais (e.g., tomada de medicação, alimentação, cuidados de higiene) despertava fortes sentimentos de desamparo e frustração.

Desta forma, a percepção das falhas dos objectos do pós-guerra na protecção do sofrimento associado à traumatização activa representações dos objectos como figuras persecutórias (Varvin, 2007; Varvin & Rosenbaum, 2015). No Estudo 2, a maioria dos participantes com PSPT crónica verbalizou a percepção dos outros como insensíveis ao sofrimento dos ex-combatentes e pouco dignos de confiança. Em nosso entender, as falhas dos objectos na protecção dos ex-combatentes no pós-guerra não constituem, tal como proposto por Gerzi (2005), uma nova traumatização. Do nosso ponto de vista, a percepção da falta de preocupação dos objectos pós-traumáticos constitui um processo de traumatização

cumulativa relacionado com as falhas dos objectos na protecção e contenção dos conteúdos mentais não-metabolizados (Khan, 1963). Como resultado, alguns ex-combatentes são incapazes de distinguirem entre os maus objectos que exerceram violência contra si durante a guerra dos objectos percebidos como incapazes da sua protecção no pós-guerra (Gerzi, 2005).

O fracasso na validação do sofrimento psicológico dos ex-combatentes através do olhar empático e sem condenação do outro contribui para a dissociação das representações mentais associadas à traumatização das restantes partes do Self (Auerhahn, Laub, & Peskin, 1993; Gobodo-Madikizela, 2008). Este processo é percebido como uma incapacidade do outro em tolerar os conteúdos mentais não-metabolizados que origina a percepção da perda duma parte do Self (Auerhahn & Peskin, 2003; Rosenblum, 2009). Por seu turno, a percepção da perda das partes do Self associados à traumatização prejudica o processo de integração das representações do Self, dos outros e do mundo associadas à traumatização no sistema de representações globais do Self. Este processo conduz a um círculo vicioso ininterrupto que contribui para a percepção da ausência de bons objectos internos nos ex-combatentes (Auerhahn & Laub, 1987; Auerhahn et al., 1993; Laub & Lee, 2003).

A ausência dum bom objecto interno prejudica o relato das experiências traumáticas (Auerhahn & Peskin, 2003; Laub & Auerhahn, 1989), tal como verbalizado pela maioria dos participantes com PSPT crónica no Estudo 2. Esses participantes atribuíram o evitamento do relato das experiências traumáticas ao receio da reexperiência da traumatização que era acompanhada por impressões somato-sensoriais e intenso sofrimento psicológico. Estas verbalizações parecem indicar falhas dos processos de pensamento, contenção e simbolização (Brown, 2006; Garland, 1998). Como resultado, os conteúdos mentais associados à traumatização emergem como intrusões não-simbólicas percebidas como a reexperiência da traumatização (Emery, 1996; Garland, 1998; Varvin, 2003). O fracasso na regulação emocional desses conteúdos mentais origina o predomínio de estratégias de *acting out* e/ou *acting in* (Allen, 2005; Stappenbeck, Hellmuth, Simpson, & Jakupcak, 2014), constituindo uma tentativa de obterem indícios da separação entre o interno e externo (Tarantelli, 2003).

Porém, o evitamento do relato das experiências de guerra envolve igualmente um processo de repúdio social (Bragin, 2010; Campos, 2008; Quintais, 2000). No Estudo 2, os participantes descreveram a percepção das histórias da GCP como um tabu social, produzindo um esquecimento e um desconhecimento generalizado da população sobre este acontecimento histórico. A percepção do desinteresse e repúdio sobre as experiências de guerra eram

percepções como uma descrença dos outros sobre a veracidade dessas experiências (Burnell, Coleman, & Hunt, 2006; Jeffreys, Leibowitz, Finley, & Arar, 2010; MacNair, 2007). Estes resultados indicam a influência conjunta de factores intrapsíquicos e sociais como barreiras ao relato das experiências traumáticas da guerra determinado pelo silenciamento e a imposição de tabus sobre o que pode ser recordado e comunicado sobre a experiência (Bohleber, 2007; Bragin, 2011; Campos, 2008; Pereira, 2012).

O conjunto formado pelo dano na representação e na relação com os objectos parece dar conta da dimensão das relações de objectos do processo de exaustão psíquica (Varvin, 2007; Varvin & Rosenbaum, 2015). Tal como observado nos participantes com PSPT crónica, a representação dos bons objectos cuidadores e protectores era substituída por intenções maléficas dos outros, i.e., objectos que receiam e desconfiam do ex-combatente. Este processo origina o evitamento da utilização dos recursos externos, i.e., outras pessoas, no coping das consequências biopsicossociais da traumatização (Shay, 2014; Varvin & Rosenbaum, 2015; Zornig & Levy, 2011). A perturbação dos processos projectivos e introjectivos origina a projecção de maus objectos no mundo interno e a transformação dos bons objectos em objectos persecutórios (Varvin, 2007; Varvin & Rosenbaum, 2015).

No Estudo 2, alguns participantes com PSPT crónica verbalizaram o evitamento dos outros e o isolamento social como estratégias mentais utilizadas no coping das consequências biopsicossociais da traumatização. A inibição da proximidade dos outros parece constituir uma tentativa de paralisação dos objectos introjectados de forma a torna-los objectos inócuos (Klein, 1932). Porém, a paralisação do investimento dos objectos ameaça os ex-combatentes da anobjectalidade (Laub & Lee, 2003; Varvin, 2003). Este processo foi verbalizado pela maioria dos participantes com PSPT crónica que descreveram um sentimento de solidão interna e a percepção de abandono da família, dos amigos e do. Estes resultados sugerem que a imobilização do investimento dos objectos ocorre em simultâneo com a paralisia dos processos psíquicos, como o pensamento e a fantasia, originando a ausência de energia e vitalidade e a consequente perda de perspectivas para a sua vida e para o futuro (Varvin, 2003; Varvin & Rosenbaum, 2015).

Tal como proposto por alguns autores, as ameaças da anobjectalidade e desvitalização psíquica poderão conduzir à identificação com o derradeiro objecto percebido como disponível, i.e., a identificação com um objecto interno maligno ou agressor (Bateman & Fonagy, 2004; Ferenczi, 1949; Laub, 2005). Esta estratégia mental foi observada nalguns participantes com PSPT crónica que verbalizaram o alheamento dos seus interesses e a

percepção de serem autómatos na realização de alguns comportamentos com carácter obsessivo. Estas verbalizações constituem descrições da subordinação aos desejos do agressor nas suas manifestações clínicas de automatização do ego (Niederland, 1981), robotização do ego (Meerloo, 1969), ou sentimento de morto-vivo (Werbart & Lindbom-Jakobson, 1993).

Esta estratégia mental ocorre num funcionamento em “falso-self” (Winnicott, 1958) através da adopção duma atitude passivo-receptiva percebida como a única forma de obter apoio dos outros (Alayarian, 2011; Wexler, 1972). No Estudo 2, alguns participantes descreveram o evitamento da expressão de sentimentos agressivos nas relações interpessoais por receio de magoar, desagradar ou decepcionar os outros. Devido ao receio da sua agressividade (Stein, 2007), o ex-combatente estabelece uma modalidade relacional que ocorre na periferia do Self (Alayarian, 2011), privando-o de partes do Self relacionadas com conteúdos mentais de natureza agressiva e/ou violenta (Fuchsman, 2008; Phillips, 1991).

Para além disso, o repúdio de conteúdos mentais do próprio e a introjecção de partes alienígenas do Self pertencentes a um objecto privado de empatia perturbam a capacidade de compreensão dos estados mentais do próprio e dos outros (Bateman & Fonagy, 2004; Fonagy, 2008; Fonagy et al., 2002). Tal como observado no Estudo 2, a maioria dos participantes com PSPT crónica verbalizou a incapacidade em compreenderem os seus comportamentos, e as intenções e comportamentos dos outros. A incompreensão e a indiferenciação dos estados mentais do próprio e do outro originam dificuldades na auto-regulação dos conteúdos mentais levando à percepção dos outros como objectos maléficos (Bateman & Fonagy, 2004; Fonagy, 2008).

A identificação com objectos internos malignos em conjunto com a introjecção duma parte alienígena do Self proveniente desses objectos origina um sentimento de maldade interno (Bateman & Fonagy, 2004). No Estudo 2, a maioria dos participantes com PSPT crónica verbalizou a percepção dum sentimento de maldade interna associada à auto-percepção como criminosos ou assassinos associados aos actos praticados na guerra. O sentimento de maldade interna associava-se a fantasias violentas de destruição causadoras dum dano narcísico e a representações dos objectos como figuras malévolas (Auerhahn & Peskin, 2003). O dano narcísico e a percepção de intenções malévolas dos objectos originam um estado de morte psíquica na relação com os objectos (Krystal, 1985).

A desvitalização dos processos psíquicos internos e a morte da relação com os objectos poderão ser factores com influência no bloqueio do pensamento sobre os estados

mentais do Self e dos objectos (Bateman & Fonagy, 2004). Esta inibição origina a regressão a modalidades pré-mentalísticas de relação com a realidade, envolvendo a oscilação entre a equivalência psíquica e o modo do “faz de conta” (Fonagy, 2008; Fonagy et al., 2002). A oscilação entre estas modalidades de relação com a realidade causa tanto o incremento dos sintomas pós-traumáticos de reexperiência e hiperarousal, como a dissociação entre as representações do Self, dos outros e do mundo associadas à traumatização do sistema de representações globais do Self (Allen, 2005; Bateman & Fonagy, 2004).

Os nossos resultados sugerem que a manutenção da dissociação entre as representações do Self, dos outros e do mundo associadas à traumatização e a(s) parte(s) do Self sobrevivente à traumatização, nalguns caos igualmente dissociadas, desencadeia um trabalho interno contínuo de resolução da discrepância entre os sistemas de representações. Porém, a restrição e a ineficácia, das estratégias mentais utilizadas nesse processo originam a perpetuação da confusão mental e do sofrimento psicológico dos ex-combatentes. Na nossa perspectiva, as tentativas sucessivas da resolução dessa discrepância através do predomínio de estratégias de inibição e controlo causam o consumo dos recursos somáticos, psicológicos e emocionais (Ryan & Deci, 2008), acabando por originar um processo de exaustão psicológica nos ex-combatentes (Lee et al., 2001; Varvin & Rosenbaum, 2015).

Tal como proposto por Varvin e Rosenbaum (2015), a exaustão psíquica parece ser um processo simultaneamente intrapsíquico e interpessoal de defesa face ao sofrimento intolerável associado à ausência dum vínculo empático tanto com o Self, como com os objectos (internos e externos). O colapso dos recursos intrapsíquicos e da capacidade em recorrer aos recursos ambientais no coping das consequências biopsicossociais da traumatização confrontam os ex-combatentes com a ameaça da desorganização psíquica que perpetua o processo de traumatização (Alayarian, 2011). A traumatização de guerra parece caracterizar-se pela ausência de recursos biológicos, psicológicos e sociais no coping dos acontecimentos traumáticos durante a guerra que persiste na ausência de recursos para o coping eficaz das consequências biopsicossociais da traumatização.

Em sentido inverso, os nossos resultados sugerem que a recuperação da perturbação associada à traumatização de guerra associa-se à restauração dum padrão de resiliência (Lepore & Revenson, 2006; Masten & Wright, 2010). No Estudo 1, a posse de maior senso de coerência minimizava o impacto dos stressores de guerra (exposição ao combate, prática e testemunho de violência abusiva) no desenvolvimento de psicopatologia associada à traumatização de guerra. Estes resultados sugerem que a percepção da posse dos recursos

necessários para o coping dos sintomas pós-traumáticos e das consequências psicossociais da traumatização, e a percepção do mundo como dotado de significado e previsibilidade minimiza o impacto das consequências associadas ao confronto com os acontecimentos traumáticos (Ajdukovic et al., 2013; Forstmeier et al., 2009; Racklin, 1999; Ying et al., 1997).

No mesmo sentido, no Estudo 2, os participantes com remissão da PSPT atribuíram como factores associados à remissão da PSPT, a posse dum repertório mais vasto de estratégias de coping e recursos intrapsíquicos, e a percepção de maior suporte social. Os participantes verbalizaram que a posse de mais recursos internos e a capacidade em utilizarem os recursos ambientais eram facilitadores da capacidade de regulação emocional em situações stressoras e da reorganização psicológica face à experiência pós-traumática. Estes resultados sugerem que a restauração de padrões de resiliência promove a reorganização do mundo interno e das relações com a realidade externa que permitem restaurar a vitalidade psicológica desses indivíduos (Agaibi & Wilson, 2005; Começanha, 2011; Kimhi & Eshel, 2009; Pereira, 2012; Varvin & Rosenbaum, 2015).

Desta forma, a restauração de processos de resiliência não parece depender exclusivamente da remissão dos sintomas clínicos (Brown, Kallivayalil, Mendelsohn, & Harvey, 2012; Varvin & Rosenbaum, 2015). Tal como verificado em estudos anteriores (Brown et al., 2012; Tedeschi & McNally, 2011), no Estudo 2, os participantes com remissão da PSPT verbalizaram a co-ocorrência de padrões de resiliência face à traumatização e a descrição de sintomas pós-traumáticos duradouros. Estes resultados sugerem que a restauração da resiliência nestes participantes associa-se à posse, ou restauração, de competências pessoais no coping eficaz dos sintomas pós-traumáticos e das consequências psicossociais da traumatização (Brown et al., 2012; Masten & Wright, 2010; Varvin & Rosenbaum, 2015).

A maioria dos participantes com remissão da PSPT verbalizou a utilização de estratégias de coping orientadas para a resolução do problema como um factor atribuído ao coping eficaz das consequências da traumatização. Os participantes descreveram a prática de *hobbies* e a manutenção duma ocupação profissional após a reforma como actividades que asseguravam a manutenção de sentimentos de auto-eficácia e auto-estima, e o envolvimento social. Estes resultados sugerem que a utilização destas estratégias promove a posse de maiores capacidades de resolução de problemas que permitem, simultaneamente, maior adaptação ao contexto social (Creech, Benzer, Liebsack, Proctor, & Taft, 2013; Dirkzwager, Bramsen, & van der Ploeg, 2003; Pietrzak, Johnson, Goldstein, Malley, & Southwick, 2009).

Neste sentido, no Estudo 2, os participantes com remissão da PSPT descreveram maior recurso ao apoio dos familiares e amigos na resolução dos problemas psicológicos associados à traumatização. A percepção de suporte social adequado, verbalizada por metade dos participantes com remissão da PSPT, estava associada à percepção de sentimentos de paciência e compreensão dos familiares e amigos relativamente aos problemas de saúde mental dos ex-combatentes. A percepção de suporte social parece reduzir o sentimento de desligação e alienação social relativamente à vida civil (Brenner et al., 2008; Burnell et al., 2006), deixando o processo de traumatização de ser percebido como uma experiência isolada e individual (Auerhahn & Peskin, 2003; Cahill, Rothbaum, Resick, & Follette, 2009).

Os nossos resultados sugerem que a posse de representações mentais dos objectos como figuras empáticas e protectoras promove a percepção da posse de mais recursos, nomeadamente recursos ambientais, para o coping das consequências da traumatização, revelando-se nucleares na restauração do equilíbrio psicossocial desses ex-combatentes. No Estudo 2, a posse de representações mais positivas dos outros estava associada à percepção da possibilidade de recorrer aos outros em momentos de necessidade para o coping dos sintomas pós-traumáticos. Desta forma, a posse de representações mais positivas dos objectos (internos e externos) reduz a utilização predominante de estratégias de coping orientadas para o evitamento e a dissociação dos conteúdos mentais associados à traumatização de guerra (Allen, 2006; Bouchard et al., 2008; Fonagy, 2008; Groat & Allen, 2011).

O abandono da utilização predominante de estratégias de repúdio parece ser essencial para o desenvolvimento de maiores capacidades de regulação emocional e a criação de significado para os conteúdos mentais associados à traumatização (Allen, 2005; Herman, 1992; Fuchsman, 2008). No Estudo 2, os participantes com remissão da PSPT verbalizaram menor utilização de estratégias de evitamento atribuído ao recurso a outras estratégias que permitiam o coping eficaz das consequências biopsicossociais da traumatização. Deste modo, a restauração de padrões de resiliência face à traumatização de guerra parece associar-se à posse ou restauração dum repertório mais vasto de competências pessoais e sociais, permitindo a utilização das estratégias mais adequadas no coping dos stressores (Brown et al., 2012; Varvin & Rosenbaum, 2015; Vasterling, Daly, & Friedman, 2011).

Porém, considerando a ausência de diferenças na frequência entre os grupos no Estudo 2 na referência à utilização das estratégias de evitamento, podemos colocar a hipótese de que a restauração da resiliência não envolve o abandono da utilização dessas estratégias, mas uma modificação qualitativa dessas estratégias. Os participantes com remissão da PSPT

verbalizaram a utilização dessas estratégias maioritariamente nas situações em que percepcionavam a ausência de controlo sobre a situação e/ou incapacidade de regulação emocional dos conteúdos mentais. Estas verbalizações indicam o recurso a uma dissociação saudável através do evitamento deliberado e consciente das emoções e memórias da traumatização, nalgumas situações, de forma a assegurar a restauração da coerência do Self (Alayarian, 2011; Martz & Lindy, 2010).

A literatura assinalou que a utilização da dissociação saudável dependia da formação dum espaço psíquico interno (Alayarian, 2011; Martz & Lindy, 2010). De acordo com a nossa perspectiva, a criação deste espaço psíquico interno permite a dissociação por acção do recalçamento, ao invés da clivagem, que permite a encapsulação, mas não o repúdio e o isolamento, das representações e dos conteúdos mentais associados à traumatização (Hopper, 1991), constituindo uma dissociação estrutural primária (van der Hart et al., 2004). A criação desta barreira protectora permite a restauração da integridade do Self em momentos de desorganização psicológica (Hopper, 1991; Lindy & Wilson, 2001). A criação do espaço psíquico interno foi igualmente proposta como nuclear no desenvolvimento de estratégias de coping mais eficazes e maior rede de suporte social no coping dos stressores (Alayarian, 2011; Johnson & Chronister, 2010).

De acordo com Alayarian (2011), a formação dum espaço psíquico interno depende da restauração do sentimento de continuidade e coerência do Self, e da formação de representações e relações mais positivas com os objectos. No Estudo 2, a maioria dos participantes com remissão da PSPT verbalizou um sentimento de continuidade da narrativa pessoal indicadora da coerência da identidade pessoal desses ex-combatentes. De igual modo, a maioria destes participantes percepcionava os outros como empáticos, tolerantes e protectores. Desta forma, estes resultados indicam que a restauração do sentimento de Self e a melhoria da qualidade das representações dos objectos influenciam os valores do indivíduo, as estratégias de coping e a percepção do suporte social e familiar (Alayarian, 2011).

Porém, este processo não parece ser fácil de alcançar, considerando que alguns participantes com remissão da PSPT verbalizaram o recurso a estratégias de evitamento por receio da reexperiência de acontecimentos da guerra e agravamento da condição psicológica. Este processo manifestava-se no evitamento do relato de experiências de guerra em virtude do receio da emergência de perturbação e desorganização do equilíbrio psicológico. Deste modo, propomos que a necessidade, verbalizada por alguns participantes com remissão da PSPT, da criação duma narrativa colectiva (histórica) da GCP, reflecte a necessidade do

reconhecimento público dos actos praticados pelos ex-combatentes durante a guerra como tendo ocorrido na defesa da Pátria. De igual modo, esses ex-combatentes expressaram a necessidade da aceitação social da veracidade da experiência e do seu sofrimento psicológico (Burnell et al., 2006; Jeffreys et al., 2010; MacNair, 2007; Rosenblum, 2009).

A necessidade da criação duma narrativa colectiva sobre a guerra indica dificuldades na elaboração e transformação do significado das experiências. Tal facto associa-se à reexperiência onírica dos acontecimentos traumáticos, descrita por participantes com remissão da PSPT, indicando uma compulsão à repetição. Porém, os sonhos traumáticos foram percebidos de forma diferenciada relativamente ao ocorrido nos participantes com PSPT crónica. Nos participantes com remissão da PSPT, os sonhos traumáticos auxiliavam na recordação de mais detalhes da traumatização, permitindo uma melhor compreensão das experiências. Tal como proposto por alguns autores, a compulsão à repetição constitui uma tentativa de expressão duma realidade ainda desconhecida (Caruth, 1995; Gerson, 2009; Leys, 2007). Os sonhos traumáticos constituem uma tentativa de ordenação de experiências desorganizadas de modo a restaurar a função simbólica e a representação das experiências (Gerson, 2009; Varvin, 2003).

A restauração da função simbólica parece ser nuclear para a discriminação entre a memória e o acontecimento traumático (Osran, Smee, Sreenivasan, & Weinberger, 2010), assegurando que os conteúdos mentais associados à traumatização não sejam percebidos como equivalentes à traumatização (Ornstein, 2003). A restauração da função simbólica foi proposta como dependendo da criação dum espaço psíquico interno que permite a separação, mas não o isolamento, dos conteúdos não-simbolizados e não-traduzíveis associados à traumatização duma parte do Self com capacidade de simbolização (Varvin & Rosenbaum, 2015). A criação do espaço psíquico interno restaura, simultaneamente, a separação e o intercâmbio entre consciente e inconsciente, entre realidade interna e externa, e entre o Self e o objecto, conduzindo a que estas entidades não sejam percebidas como equivalentes ou dissociadas (Fonagy, 2008; Holmes, 2006).

O desenvolvimento da capacidade de simbolização requer a restauração da função reflexiva através da integração dos modos da equivalência psíquica e do “faz-de-conta” (Bateman & Fonagy, 2004; Fonagy et al., 2002). No Estudo 2, a capacidade de compreensão dos estados mentais do próprio e dos outros foi verbalizada quase exclusivamente por participantes com remissão da PSPT. Porém, o desenvolvimento desta capacidade, tal como observado na maioria dos participantes com remissão da PSPT, era precedido por um estado

intermédio no qual a compreensão dos estados emocionais e dos comportamentos era alcançada através das reacções e *feedback* dos outros. Este processo traduz alguma capacidade destes ex-combatentes em recorrerem aos objectos para a regulação emocional e criação de significado para os conteúdos mentais (Allen, 2005; Fonagy, 2008).

Os nossos resultados sugerem que a restauração da função reflexiva ocorre na relação com um objecto capaz da contenção e espelhamento dos estados mentais que promove a transformação das impressões sensoriais cruas em fenómenos psíquicos e a percepção de que os stressores não significam a reexperiência da traumatização (Fonagy, 2008; Holmes, 2006). No Estudo 2, tal como verbalizado pela maioria dos participantes com remissão da PSPT, os outros eram percebidos como figuras empáticas e tolerantes que auxiliavam na compreensão dos estados mentais dos ex-combatentes em momentos de perturbação. A representação dum objecto empático capaz do espelhamento da perturbação emocional promove a restauração da função simbólica que permite a criação de significado para os conteúdos mentais e a compreensão do impacto destes no comportamento dos outros (Bateman & Fonagy, 2004; Bouchard et al., 2008).

Os nossos resultados sugerem que a representação interna dum objecto empático promove, simultaneamente, a restauração da função reflexiva, bem como a restauração da comunicação entre diferentes partes do Self (Bateman & Fonagy, 2004; Bouchard & Lecours, 2004). Os resultados do Estudo 2 sugerem a interacção entre o desenvolvimento da função reflexiva e o processo de integração das representações do Self, dos outros e do mundo no sistema de representações globais do Self. A restauração da função reflexiva e a simbolização dos conteúdos mentais promove a acomodação e a integração das representações associadas à traumatização no sistema de representações globais do Self. A posse da função reflexiva permite a criação doutros significados para as experiências traumáticas que promovem a comunicação e a reconciliação com a(s) parte(s) dissociada do Self (Fonagy, 2008; Fonagy et al., 2002).

Porém, este processo poderá ser particularmente difícil de ser alcançado, em virtude de requerer o confronto com representações do Self, dos objectos e do mundo associadas a fantasias primitivas agressivas, violentas e de crueldade. Os resultados do Estudo 2 sugerem a existência de diferenças no processo de acomodação das representações mentais associadas à traumatização no sistema de representações globais do Self entre os participantes com remissão da PSPT. A integração das representações mentais associadas à traumatização no sistema global de representações do Self foi descrita pela maioria dos participantes com

remissão da PSPT como envolvendo um processo de transição através da verbalização da percepção dos actos de violência no contexto de guerra como tendo sido praticados por todos os militares e que ocorreram sem um carácter deliberado ou intencional.

Consideramos que esta fase de transição inicia a redução da discrepância entre as representações do Self, dos outros e do mundo associadas à traumatização e o sistema de representações globais do Self. Do nosso ponto de vista, este processo dá conta duma passagem duma dissociação estrutural terciária para uma dissociação estrutural secundária envolvendo a reconciliação das partes do Self nuclear previamente dissociadas. Neste particular, o reconhecimento dos actos de guerra como tendo ocorrido na defesa da Pátria inicia a reinterpretação do significado dos acontecimentos e a revisão dos sistemas de representações globais do Self, dos outros e do mundo (Currier et al., 2011; Litz et al., 2009; Maguen et al., 2010), permitindo a reconciliação das percepções e valores dos Selves pré-guerra, militar e pós-guerra (Laufer, 1988). Tal como acima enunciado, a criação duma narrativa colectiva e histórica da GCP poderá auxiliar no processo de reinterpretação do significado dos acontecimentos ocorridos durante a guerra ao diminuir a percepção de condenação social (Burnell et al., 2006; Jeffreys et al., 2010).

Este processo foi descrito como reparação moral (Drescher et al., 2011; Litz et al., 2009). Os nossos resultados sugerem que a reparação moral ocorre simultaneamente nas dimensões intrapsíquica e interpessoal associadas às capacidades, simultâneas, de auto-perdão e de ser perdoado pelos outros (Grossman, 1996; Herman, 1998; Litz et al., 2009). Este processo auxilia na reinterpretação das experiências e na reconstrução dos sistemas de representações globais do Self, dos outros e do mundo (Currier et al., 2011; Litz et al., 2009). Desta forma, torna-se possível a reconciliação entre o novo sistema de representações globais e as representações do Self, dos outros e do mundo associadas à traumatização (Bragin, 2010; Currier et al., 2011).

A percepção de apoio da comunidade parece ser um facilitador da reparação moral ao iniciar a reconstrução das crenças de ordem e justiça numa ordem simultaneamente psíquica e social. Este processo ocorre através da criação dum significado contextual para os acontecimentos, atribuídos pelos participantes à defesa da Pátria e à obediência aos superiores hierárquicos no contexto da estrutura militar. Este processo envolve a transformação do processo de atribuição dos actos de dano moral exclusivamente a factores pessoais para a atribuição desses actos a factores ambientais e organizacionais (Currier, McCormick, & Drescher, 2015). Consideramos que esta fase de transição inicia o processo de integração das

representações associadas à traumatização no sistema de representações globais do Self através do reconhecimento das falhas dos objectos na sua protecção, bem como da atribuição dum novo significado às acções praticadas pelo indivíduo (Auerhahn & Peskin, 2003; Bohleber, 2007).

Desta forma, a reconstrução do significado contextual das representações do Self, dos outros e do mundo associadas à traumatização revela-se nuclear para a sua reconciliação no sistema de representações do Self prévias e após a traumatização (Bragin, 2010; Litz et al., 2009; Shay, 2002). Este processo foi observado maioritariamente nos participantes com remissão da PSPT que descreveram os comportamentos violentos de guerra como a única forma de assegurarem a sobrevivência num contexto com regras diferentes da vida diária e o reconhecimento de que a agressividade é uma característica de todos os seres humanos. Desta forma, torna-se possível a atribuição desses actos à combinação de factores, pessoais, ambientais e organizacionais (Currier et al., 2015). A atribuição de novos significados às representações do Self, dos outros e do mundo associadas à traumatização permite introduzir a separação entre os comportamentos do contexto de guerra do sentimento global de Self (Litz et al., 2009).

Desta forma, a nossa quarta hipótese do Estudo 2 foi verificada, observando-se que a reconciliação da discrepância entre as representações mentais associadas à traumatização e o sistema de representações globais do Self restaura a percepção de continuidade do Self (Bragin, 2010; Sendas, 2010). No Estudo 2, a maioria dos participantes com remissão da PSPT verbalizou a percepção da transformação na sua personalidade após a guerra, mas reconhecendo essa experiência como um elemento integrante da sua história pessoal. Do nosso ponto de vista, este processo depende da restauração da comunicação entre a(s) parte(s) do Self danificada(s) pela traumatização e a(s) parte(s) do Self sobrevivente(s) à traumatização (Brown, 2006; Horowitz, 2012), permitindo tolerar a ambivalência das representações do Self e dos objectos (Alayarian, 2011; Varvin & Rosenbaum, 2003).

Este processo parece ser nuclear para a aceitação das variações da auto-imagem em diferentes contextos (Amati Sas, 1992; Brock, 2013), permitindo restaurar a coerência do Self (Começanha, 2011; Currier et al., 2014a). No Estudo 2, os participantes com remissão da PSPT verbalizaram a percepção da continuidade do Self através da aceitação das diferenças do seu comportamento no cenário de guerra comparativamente a outros contextos. Do nosso ponto de vista, o sucesso deste processo depende da criação dum espaço psíquico interno restaurador da comunicação entre a(s) parte(s) do Self dissociada(s) associada à traumatização

e a(s) restante(s) parte(s) do Self (Hopper, 1991). De igual modo, a nossa quinta hipótese do Estudo 2 foi verificada, observando-se que a restauração da função reflexiva parece ser nuclear nesta aquisição ao permitir a adopção da perspectiva dum terceiro com capacidade de auto-observação na relação com os outros e a representação simbólica dos estados mentais passados e presentes do próprio e dos outros (Britton, 2011; Fonagy, 2008).

A reconciliação entre as representações anteriormente dissociadas depende da compreensão das fantasias inconscientes agressivas e dos sentimentos de culpa (Bohleber, 2007). No Estudo 2, observámos a verbalização da atribuição do significado à sua própria agressividade no contexto de guerra como actos destinados a assegurar a sua sobrevivência num contexto hostil, e em obediência aos superiores hierárquicos e na defesa da Pátria. Desta forma, os nossos resultados sugerem que a acomodação das representações associadas à traumatização no sistema de representações do Self depende da aceitação das escolhas morais efectuadas no passado e dos impulsos destrutivos do próprio e dos outros (Bragin, 2011; Herman, 1998; Stein, 2007).

A reestruturação do sistema de representações globais do Self, dos outros e do mundo parece ser igualmente nuclear na restauração do sentimento de humanidade do próprio e dos outros (Auerhahn et al., 1993; Gobodo-Madikizela, 2008; Nash, 2007b). Este processo parece ser facilitado pela posse duma maior sintonia e compreensão dos estados mentais do próprio e dos outros (Bragin, 2010; Gobodo-Madikizela, 2008). Tal como verbalizado pelos participantes com remissão da PSPT, o predomínio de representações de bons objectos permitia efectuar a reparação do Self e dos objectos (Bragin, 2011; Steiner, 1993). A atitude de neutralidade moral (Herman, 1992) facilita a restauração da representação dos objectos como cuidadores e tolerantes, e capazes de perdoarem os actos violentos do contexto de guerra (Bragin, 2010, 2011; Ornstein, 2003).

A restauração da coerência do Self e o desenvolvimento de representações mais positivas dos objectos revelam-se igualmente nucleares para a formação do espaço psíquico interno ao promover a restauração da diferenciação e comunicação entre o mundo interno e o mundo externo e a compreensão da influência dos conteúdos mentais associados à traumatização nos estados mentais de desorganização psicológica causados por situações de stresse no presente (Alayarian, 2011; Varvin & Rosenbaum, 2015). Tal como verbalizado pelos participantes com remissão da PSPT, a maior compreensão dos estados mentais do próprio e dos outros permite compreender a influência das experiências de guerra nas reacções e comportamentos dos participantes no presente.

Do nosso ponto de vista, a compreensão dos estados mentais do próprio e dos outros promove a activação das representações do Self, e dos outros, mais adequadas para responder adaptativamente a diferentes situações (Allen, 2005). No Estudo 2, os participantes que verbalizaram maior compreensão dos estados mentais do próprio e dos outros relataram maior utilização de coping focado no problema e a percepção de maior suporte social. Os nossos resultados sugerem que o desenvolvimento da função reflexiva promove a capacidade de “seleccionar” as estratégias mais adequadas no coping das consequências biopsicossociais da traumatização (Stein & Allen, 2007), transformando as reacções físicas ou somáticas face aos stressores para a utilização de estratégias mentais e psíquicas (Mitrani, 1995).

Os nossos resultados sugerem que a restauração da função reflexiva incrementa a percepção da responsabilidade pessoal das acções psicológicas dos ex-combatentes (Ogden, 1989). Este desenvolvimento promove, tal como verbalizado pelos participantes com remissão da PSPT no Estudo 2, a percepção dum sentimento de agência e iniciativa pessoal perante as situações (Bateman & Fonagy, 2004; Groat & Allen, 2011). A melhoria da compreensão dos estados mentais do próprio e dos outros promovia a capacidade de iniciativa pessoal e tomada de decisão. Tal como descrito na literatura, a satisfação de necessidades psicológicas relacionadas com relações com os outros, competência e autonomia incrementam a energia e a vitalidade (Ryan & Deci, 2008), revelando-se nuclear na adopção duma atitude activa face à doença (Groat & Allen, 2011) e revertendo o processo de exaustão psicológica.

Numa perspectiva global, os nossos resultados sugerem que a restauração da resiliência nos nossos participantes depende da restauração ou aquisição dum conjunto de processos intra-psíquicos e tendências comportamentais facilitadores da utilização dos recursos internos e externos no coping das consequências biopsicossociais da traumatização. A resiliência parece associar-se a um conjunto de comportamentos, pensamentos e acções obtidos através de diferentes abordagens que promovem a reorganização do mundo interno e das relações com a realidade externa (Agaibi & Wilson, 2005; Gobodo-Madikizela, 2008; Kimhi & Eshel, 2009; Varvin & Rosenbaum, 2015). A posse de mais recursos intrapsíquicos e a capacidade de mobilização de recursos ambientais permite a restauração da vitalidade psicológica (Varvin & Rosenbaum, 2015).

Dum ponto de vista conceptual, os nossos resultados sugerem, tal como proposto como Varvin e Rosenbaum (2015), que a restauração de padrões de resiliência e a exaustão psicológica não constituem pólos opostos dum contínuo, mas constituem diferentes “trilhos” de situações de sofrimento e desesperança idiossincráticas com as suas próprias dinâmicas.

Esta proposição parece encontrar suporte nos nossos resultados, considerando que mesmo alguns participantes com remissão da PSPT apresentavam de forma diferenciada, e não linearmente em função da severidade da perturbação, processos de exaustão de alguns recursos, sobretudo interpessoais. Este processo parece ser resultante do esforço crónico de resolução da discrepância entre as representações mentais do Self, dos outros e do mundo associadas à traumatização e o sistema de representações globais do Self.

Os nossos resultados sugerem uma inter-relacção e complementaridade entre as estratégias de coping utilizadas pelos ex-combatentes e os processos psíquicos internos de negociação e mediação da realidade interna e externa (Varvin, 2003). Os modelos intrapsíquicos dos ex-combatentes influenciam tanto os recursos intrapsíquicos e interpessoais disponíveis, como podem conduzir à inibição ou desactivação de estratégias mentais utilizadas pelos ex-combatentes no coping dos stressores (Alayarian, 2011; Knox, 2003; Lazarus & Folkman, 1984). A posse dum repertório mais vasto de recursos intrapsíquicos e ambientais no coping das consequências biopsicossociais da traumatização de guerra depende dum processo de mudança da personalidade em diferentes dimensões (intrapsíquica, representações mentais, relações de objecto) promotor de transformações na identidade pessoal dos ex-combatentes (Agaibi & Wilson, 2005; Kaplan & Laub, 2009; Sendas, 2010; Varvin, 2007, Varvin & Rosenbaum, 2015).

Relação entre factores intrapsíquicos e interpessoais com a severidade de sintomas de PSPT e Depressão

Os estudos acima descritos sugerem que a restauração da resiliência nos participantes não depende unicamente da remissão dos sintomas pós-traumáticos. Porém, a investigação tem recolhido evidências de que a redução da severidade dos sintomas pós-traumáticos apresenta efeitos benéficos no bem-estar psicológico e na melhoria da qualidade das relações interpessoais dos ex-combatentes (Durai et al., 2011; Erbes, Meis, Polusny, Compton, & Wadsworth, 2012; Maedl et al., 2010). Alguns trabalhos observaram a co-ocorrência da redução da severidade dos sintomas e transformações na organização psíquica e nos padrões de relações interpessoais (Klug & Huber, 2009; Subic-Wrana, Beutel, Garfield, & Lane, 2011). Estes resultados sugerem que a organização da estrutura psíquica e os padrões interpessoais formam uma complexa matriz intrapsíquica subjacente às mudanças na severidade dos sintomas.

No artigo onde analisámos a influência da organização intrapsíquica e dos padrões de relações interpessoais na severidade dos sintomas da PSPT e Depressão (Estudo 3), os nossos resultados sugerem uma inter-relação entre a organização intrapsíquica e a percepção dos padrões de relações interpessoais na severidade dos sintomas da PSPT e Depressão dos participantes. Ainda que o delineamento transversal do estudo não permita o estabelecimento de inferências causais, os resultados obtidos lançam pistas para a realização de futuros estudos sobre os efeitos das transformações na organização psíquica e dos padrões de relações interpessoais na redução da severidade dos sintomas da PSPT e Depressão em ex-combatentes (Bills et al., 2009; Holmqvist, Andersen, Anjum, & Alinder, 2006; Klug & Huber, 2009; Subic-Wrana et al., 2011; Rosenbaum & Varvin, 2007).

Os participantes que verbalizaram experiências de dano moral não apresentaram diferenças estatisticamente significativas nos sintomas da PSPT e Depressão comparativamente aos participantes que não descreveram a exposição a esses acontecimentos. Tal como proposto por Litz (2007), a exposição a actos que transgrediram as crenças morais dos ex-combatentes constitui uma condição necessária, mas não suficiente, para o desenvolvimento de perturbação psicológica. Por outro lado, ainda que o nível de exposição ao combate fosse um preditor dos sintomas da PSPT, os resultados revelaram que a integração das representações mentais associadas à traumatização no sistema de representações globais do Self e a função reflexiva eram os preditores mais fortes da severidade de sintomas da PSPT. Deste modo, sugerimos a relevância de efectuar estudos futuros que aprofundem o conhecimento relativos à influência da organização intrapsíquica e dos padrões de relações interpessoais sobre o impacto dos stressores de guerra nos sintomas da PSPT (Herman, 1992; Litz et al., 2009).

No Estudo 3, os participantes que verbalizaram maior compreensão dos estados mentais do próprio e dos outros apresentaram menor severidade de sintomas da PSPT e Depressão comparativamente aos participantes que verbalizaram menor capacidade de compreensão dos estados mentais. Estes resultados seguem evidências encontradas noutros estudos junto de amostras de ex-combatentes acerca da redução da severidade de sintomas da PSPT em ex-combatentes com posse da função reflexiva (Knetig, 2013; Mazza et al., 2012). Os nossos resultados sugerem que a compreensão dos estados emocionais do Self e dos objectos assegura maior capacidade de regulação emocional dos estados mentais em situações da reexperiência da traumatização que auxiliam na redução dos sintomas da PSPT (Bichi &

Slotkin, 2008; Mazza et al., 2012; Ortigo, Westen, DeFife, & Bradley, 2013; Sharp et al., 2012).

Por outro lado, a posse de maior capacidade de compreensão dos estados mentais do próprio e dos outros poderá promover a utilização de recursos interpessoais no coping dos sintomas (Allen, 2005; Stein & Allen, 2007). No Estudo 3, verificou-se uma associação positiva moderada entre a compreensão dos estados mentais e a percepção de suporte social. Deste modo, a posse de maiores capacidades de regulação emocional assegurada pela restauração da função reflexiva poderá incrementar a percepção de competência social, influenciando a procura de suporte social (Allen, 2005; Knetig, 2013). Estas variáveis foram identificadas como estando associadas a maior auto-estima e percepção de auto-eficácia (Lee, Sudom, & McCreary, 2011; Smith, Benight, & Cieslak, 2013), podendo explicar a minimização da severidade dos sintomas de Depressão.

Adicionalmente, observámos menor severidade dos sintomas da PSPT e Depressão nos participantes que verbalizaram a integração das representações mentais associadas à traumatização no sistema de representações globais do Self comparativamente aos participantes que descreveram o fracasso deste processo. Estes resultados foram igualmente observados em estudos anteriores junto de amostras de ex-combatentes (Cahill et al., 2009; Currier et al., 2011). A reconciliação da discrepância dos sistemas de representações parece ser nuclear no restabelecimento da percepção da continuidade do Self e da segurança do mundo (Currier et al., 2014b; Herman, 1998; Horowitz, 1992; Payne, Joseph, & Tudway, 2007), bem como na crença da posse de recursos para o coping das consequências da traumatização (Park & Ai, 2006), reflectindo-se na redução da severidade dos sintomas da PSPT e Depressão

Por outro lado, a reconciliação das representações mentais associadas à traumatização no sistema global de representações do Self restaura a diferenciação entre a avaliação negativa dos acontecimentos testemunhados e/ou praticados pelo indivíduo e a avaliação do sentimento global do Self (Horowitz, 1992, 1998; Litz et al., 2009). Tal como encontrado nalguns estudos, a reconciliação dos sistemas de representações mentais estava positivamente associada a menos sentimentos de desamparo, culpa e vergonha (Bryan et al., 2014). A redução destes sentimentos associa-se a menor preocupação com as memórias de combate e crenças mais positivas dos outros (Campbell & Morrison, 2007). Os nossos resultados sugerem que a reconciliação das representações anteriormente dissociadas na organização do Self reduz a percepção da reexperiência da traumatização e as memórias intrusivas dos

acontecimentos (Horowitz, 1992; Litz et al., 2009), bem como os sentimentos de vergonha associados às recordações (Ajdukovic et al., 2013; Horowitz, 1992; Litz et al., 2009), resultando em menor severidade dos sintomas da PSPT e Depressão.

Os resultados do Estudo 3 sugerem uma interação entre a integração das representações mentais associadas à traumatização no sistema de representações globais do Self e a posse de uma maior compreensão dos estados mentais do próprio e dos outros (Allen, 2006; Fonagy, 2008). De igual forma, estas variáveis, associadas a dimensões da organização intrapsíquica, parecem associar-se aos padrões de relações interpessoais dos ex-combatentes. Neste sentido, observámos correlações moderadas positivas estatisticamente significativas ($p < .05$.) entre ambas as variáveis com a percepção de suporte social. Estes resultados indicam que a restauração da identidade e coerência do Self e a posse de maior compreensão dos estados mentais poderão influenciar a formação de representações mais positivas dos outros que promovem a percepção de maior suporte social (Allen, 2005; Ein-Dor, Mikulincer, & Shaver, 2011).

Porém, no Estudo 3 não foram encontradas evidências observadas em estudos anteriores (L. King, D. King, Fairbank, Keane, & Adams, 1998; Smith et al., 2013) relativas a uma associação positiva entre a percepção de maior suporte social e menor severidade de sintomas da PSPT. Apenas verificámos a presença de menor severidade de sintomas de Depressão nos participantes que verbalizaram maior percepção de suporte social. Estes resultados sugerem que a percepção de maior suporte social nos nossos participantes poderá promover a percepção de auto-eficácia, auto-estima e auto-conceito positivo (Litz et al., 2009; Smith et al., 2013), e sentimentos de aceitação e confiança nos outros (Ajdukovic et al., 2013; Sendas, 2010), influenciando a redução da severidade dos sintomas depressivos.

O conjunto dos resultados obtidos no Estudo 3 sugere a influência das transformações na organização psíquica e dos padrões de relações interpessoais na severidade dos sintomas da PSPT e Depressão na nossa amostra (Klug & Huber, 2009; Subic-Wrana et al., 2011). As transformações na organização psíquica e nos padrões relacionais no pós-guerra parecem ter uma influência superior ao efeito dos acontecimentos traumáticos durante a guerra na severidade dos sintomas da PSPT e Depressão. Desta forma, a restauração da função reflexiva e simbólica (assegurada por maior compreensão dos estados mentais), a comunicação interna e coerência do Self (integração das representações associadas à traumatização no sistema de representações globais do Self) e a posse de representações mais positivas dos outros (percepção de maior suporte social) parecem assegurar conjuntamente uma maior capacidade

de regulação dos estados mentais associados à traumatização e a percepção de competência social que influenciam a redução da severidade dos sintomas da PSPT e da Depressão (Balderrama-Durbin et al., 2013; Bouchard et al., 2008; Ortigo et al., 2013; Sharp et al., 2012; Smith, 2013). Inversamente, a redução ou dano destes processos poderá intensificar os sentimentos de desamparo, vulnerabilidade e ameaça conduzindo ao incremento dos sintomas da PSPT e Depressão. Em suma, os nossos resultados indicam que as transformações na organização psíquica e nos padrões de relações interpessoais constituem processos nucleares na reversão da exaustão psicológica, promovendo a restauração das capacidades de coping das consequências biopsicossociais da traumatização e a recuperação da perturbação associada à traumatização de guerra.

Principais conclusões da Dissertação

Como primeira conclusão desta Dissertação, os nossos estudos assinalam a possibilidade da ocorrência de perturbação mental duradoura nos indivíduos que estiveram expostos a acontecimentos traumáticos de guerra. Adicionalmente, as sequelas duradouras na saúde mental não se restringem à PSPT, podendo ocorrer, isoladamente ou em comorbidade, Depressão, experiências de dano moral, queixas somáticas e problemas de ajustamento social e financeiros.

Como segunda conclusão, parecem existir evidências acerca da insuficiência dos modelos dominantes na compreensão da perturbação psicológica associada à traumatização de guerra. Neste sentido, o processo de traumatização de guerra inclui tanto o confronto com acontecimentos disruptivos por perpetração de violência, a exposição repetida a stressores não-traumáticos na guerra e o confronto com as consequências biopsicossociais duradouras dessas experiências no pós-guerra.

Como terceira conclusão, propomos a compreensão da traumatização como um processo de traumatização cumulativa, ao invés do impacto isolado dum acontecimento externo sobre o psiquismo do indivíduo, abrangendo o confronto com múltiplos stressores na guerra e no pós-guerra, numa interacção entre dimensões objectivas e subjectivas, que formam representações dos objectos (internos e externos) cruéis e/ou indulgentes,

Como quarta conclusão, o dano moral revelou-se como uma consequência nuclear com impacto sobre a saúde mental dos indivíduos, associando-se a experiências de transgressões do Self (prática de actos de violência ou omissão de ajuda do próprio), transgressões do Outro (actos de violência ou omissão de ajuda dos camaradas), traições

pessoais ou organizacionais que colocaram o militar numa situação de risco para a vida, e a percepção da incapacidade de adaptação à violência do cenário de guerra e fracasso pessoal no desempenho das funções militares.

Como quinta conclusão, o ajustamento pós-guerra parece ser um processo nuclear na recuperação dos indivíduos, influenciado pelo sofrimento duradouro causado pelos sintomas pós-traumáticos e às dificuldades de readaptação ao contexto social civil. Neste particular, a percepção de ausência de suporte familiar, social e estatal para o coping das consequências biopsicossociais da traumatização originam a percepção de desamparo, falta de suporte e protecção dos objectos que contribuem para a manutenção da perturbação mental. Desta forma, a traumatização deverá ser compreendida como um processo onde estão envolvidas dimensões intrapsíquicas, inter-relacionais e sociais.

Como sexta conclusão, a manutenção da perturbação associada à traumatização parece estar intimamente associada ao dano na identidade pessoal e nas representações do Self, dos outros e do mundo do indivíduo associadas à dissociação do Self nuclear e/ou à dissociação das representações associadas à traumatização das restantes partes do Self por acção de processos intrapsíquicos, inter-relacionais e sociais de restrição, repúdio e silenciamento dos conteúdos mentais associados à traumatização.

Como sétima conclusão, a manutenção da perturbação mental parece resultar dum processo de exaustão psíquica associada à percepção da insuficiência de recursos internos e/ou externos para o coping das consequências biopsicossociais da traumatização que originam estados de resignação, desamparo ou ameaça. A percepção da restrição dos recursos origina um círculo vicioso que acentua a redução e restrição do repertório das estratégias mentais com predomínio de estratégias de coping orientadas para o evitamento paralelamente ao uso da dissociação no coping das consequências da traumatização.

Como oitava conclusão, propomos que a recuperação da perturbação mental associada à traumatização está intimamente associada à restauração da resiliência envolvendo resistência, flexibilidade e capacidade de domínio individual relacionada com a percepção da posse de mais recursos intrapsíquicos e à crença na mobilização de recursos ambientais que permitem o coping eficaz das consequências biopsicossociais da traumatização e a restauração da percepção do Self e do mundo como coerentes e dotados de significado.

Como nona conclusão, propomos que o coping das consequências biopsicossociais da traumatização envolve simultaneamente os esforços cognitivos e comportamentais do

indivíduo para lidar com os stressores externos e/ou internos (estratégias de coping), e a reorganização do mundo interno e das representações do Self, dos outros e do mundo (processos intrapsíquicos e inter-relacionais de negociação e mediação entre a realidade interna e externa), promovendo a restauração da vitalidade psicológica dos indivíduos.

Como décima conclusão, a restauração da função reflexiva e simbólica (compreensão dos estados mentais do próprio e dos outros), a comunicação interna e coerência do Self (integração das representações associadas à traumatização no sistema de representações globais do Self) e a posse de representações mais positivas dos outros (percepção de maior suporte social) parecem contribuir conjuntamente para a restauração da continuidade e coerência do sentimento de identidade do indivíduo.

Como décima primeira conclusão, parece existir uma inter-relação e complementaridade entre as estratégias de coping e os processos psíquicos internos de negociação e mediação da realidade interna e externa no coping das consequências biopsicossociais da traumatização. Os modelos intrapsíquicos influenciam os recursos intrapsíquicos e interpessoais possuídos pelo indivíduo, ou podem originar a inibição ou desactivação das estratégias mentais.

Como décima segunda conclusão, os nossos resultados sugerem a inter-relação entre a organização intrapsíquica e a percepção dos padrões de relações interpessoais na severidade dos sintomas da PSPT e Depressão. A restauração da função reflexiva e simbólica, a comunicação interna e coerência do Self e a posse de representações mais positivas dos outros promovem em conjunto maiores capacidades de regulação dos estados mentais e a percepção de competência social que influenciam a redução da severidade dos sintomas da PSPT e Depressão.

Limitações

As principais limitações da nossa investigação foram já descritas em cada um dos artigos apresentados nesta Dissertação. Apesar de a nossa investigação apresentar abordagens inovadoras relativamente às consequências biopsicossociais da participação na guerra em ex-combatentes, os nossos resultados reflectem apenas as experiências dos participantes das nossas amostras. Por outro lado, a utilização dum delineamento transversal, comum a todos os artigos, apresenta algumas desvantagens, em virtude deste delineamento não permitir estabelecer inferências causais e restringir a extrapolação e a generalização das evidências obtidas em cada um dos artigos.

Adicionalmente, em virtude da ausência de dados oficiais, os dados relativos às informações sobre o nível de exposição ao combate e à prática e testemunho de actos de violência abusiva foram recolhidos através da utilização de instrumentos de auto-relato. Desta forma, poderão existir alguns problemas relacionados com a fidedignidade dos dados em virtude dos mesmos poderem ser influenciados por factores relacionados com a memória e expectativas sociais. Por outro lado, ainda que a avaliação da severidade dos sintomas da PSPT e Depressão através da utilização de instrumentos de auto-relato constituía uma metodologia comumente utilizada na investigação junto desta população, a precisão dos sintomas relatados teria sido incrementada com a avaliação dessas dimensões clínicas através da realização duma entrevista clínica.

Por outro lado, ainda que as nossas entrevistas tenham sido efectuadas com o propósito de serem livres de enviesamento, reconhecemos a existência da presença duma tendência em abordar os temas que tínhamos conhecimento que estariam relacionados com o processo de traumatização de guerra e as consequências biopsicossociais nos ex-combatentes.

No que se refere à variável “recuperação”, ainda que tenham sido adoptados um conjunto de procedimentos com vista a assegurar que a remissão da PSPT nos participantes que cumpriam esses critérios não fosse uma condição temporária, o delineamento transversal da investigação não permite inferir se os processos observados como estando presentes nos participantes com remissão da PSPT, estariam à partida presentes nesses participantes no início da intervenção terapêutica, ou se os mesmos foram desenvolvidos no decurso do processo terapêutico. Por outro lado, face ao delineamento utilizado não é possível afirmar a equivalência entre ambos os grupos no início da intervenção terapêutica.

Por outro lado, as amostras desta investigação foram retiradas de contextos clínicos em virtude de considerar-se que esta técnica de amostragem constituía a mais adequada para responder às nossas questões de investigação. Porém, este procedimento não permite uma reflexão sobre se o processo de traumatização de guerra e as consequências biopsicossociais da experiência de guerra, observadas nestes estudos, estariam igualmente presentes em ex-combatentes que não manifestaram perturbação psicológica que os levasse a procurar serviços de saúde após a sua participação na guerra.

Finalmente, tal como acima mencionado, o delineamento transversal utilizado na análise da relação entre as variáveis intra e interpessoais com o nível de severidade dos sintomas da PSPT e Depressão não possibilita o estabelecimento de relações causais entre as

variáveis. Contudo, esses resultados poderão levantar pistas importantes para investigações futuras numa área com evidentes lacunas de investigação, bem como reflexões importantes para o desenvolvimento de modelos de avaliação psicológica e intervenção clínica junto desta população e outros grupos com experiências similares, assim como no desenvolvimento de estratégias de intervenção preventivas de problemas de desajustamento psicossocial nos intervenientes expostos a cenários de guerra.

Implicações para a investigação

Tendo em conta que os nossos resultados trazem aspectos inovadores no estudo do processo de traumatização de guerra e das consequências biopsicossociais da participação na guerra em ex-combatentes, consideramos ser necessário o desenvolvimento de mais investigação sobre este tópico de forma a confirmar, ou refutar, as evidências recolhidas neste trabalho. Neste particular, a compreensão das consequências biopsicossociais da traumatização por perpetração de violência, a integração das representações mentais associadas à traumatização no sistema global de representações do Self e o repertório de estratégias mentais no coping das consequências biopsicossociais da traumatização de guerra constituem variáveis que praticamente nunca foram estudadas antes da nossa investigação. Por este facto, seria relevante a realização de novos estudos onde fossem considerados essas variáveis. Desta forma, os nossos resultados sugerem que seja efectuada mais investigação nos seguintes tópicos:

- O desenvolvimento de estudos que avaliem o efeito dos stressores tradicionais de combate e da traumatização por perpetração de violência sobre a severidade dos sintomas da PSPT e Depressão através duma análise comparativa efectuada antes, durante e após a exposição a essas dimensões da traumatização de guerra;

- O estudo da relação entre a percepção de recursos no coping das consequências biopsicossociais da traumatização com a exposição a stressores tradicionais de combate e traumatização por perpetração de violência no processo de ajustamento psicossocial dos ex-combatentes através da realização de estudos utilizando um delineamento longitudinal;

- A compreensão da influência do desenvolvimento dum repertório mais vasto de estratégias mentais no processo de restauração da resiliência face à traumatização de guerra no contexto duma intervenção terapêutica através da realização de estudos utilizando um delineamento longitudinal;

- A compreensão da influência do repertório de estratégias mentais possuídas no processo de ajustamento psicológico face à experiência de traumatização em amostras de outros tipos de traumatização, incluindo trauma de guerra na população civil e refugiados, terrorismo, abuso sexual, trauma complexo, etc;

- A compreensão da influência do repertório de estratégias mentais possuídas no processo de ajustamento psicológico face à experiência de traumatização em amostras de militares das forças destacadas em missões de manutenção de paz e profissionais das forças de segurança;

- A compreensão do processo de integração, ou discrepância, das representações mentais associadas à traumatização no sistema global de representações do Self no decurso do processo de ajustamento às consequências biopsicossociais da traumatização de guerra no contexto duma intervenção terapêutica através da realização de estudos utilizando um delineamento longitudinal;

- A compreensão da influência do processo de integração, ou discrepância, das representações mentais associadas à traumatização no sistema global de representações do Self no processo de ajustamento às consequências biopsicossociais da traumatização em amostras de outros tipos de traumatização, incluindo trauma de guerra na população civil e refugiados, terrorismo, abuso sexual, trauma complexo, etc.

- A compreensão da inter-relação entre o repertório de estratégias mentais com o processo de integração, ou discrepância, das representações mentais associadas à traumatização no sistema global de representações do Self no decurso do processo de ajustamento às consequências biopsicossociais da traumatização de guerra através da realização de estudos utilizando um delineamento longitudinal;

- O estudo dos efeitos das transformações da organização psíquica e dos padrões de relações interpessoais nos recursos intrapsíquicos e interpessoais no coping das consequências biopsicossociais da traumatização de guerra utilizando um delineamento longitudinal;

- O estudo dos efeitos das transformações da organização psíquica e dos padrões de relações interpessoais nos recursos intrapsíquicos e interpessoais no coping das consequências biopsicossociais da traumatização de guerra e o seu efeito na severidade dos sintomas de PSPT e Depressão em ex-combatentes através da realização de estudos utilizando um delineamento longitudinal;

- O estudo das transformações nos modelos internos de trabalho da vinculação associadas à exposição aos stressores tradicionais de combate, aos stressores não-traumáticos durante a guerra e à traumatização por perpetração de violência através duma análise comparativa efectuada antes, durante e após a exposição a essas dimensões da traumatização de guerra;

- O estudo da influência dos modelos internos de trabalho da vinculação no desenvolvimento de recursos intrapsíquicos e inter-relacionais com influência na restauração da resiliência face à traumatização de guerra nos ex-combatentes através da realização de estudos utilizando um delineamento longitudinal.

Implicações para a prática clínica

Na Introdução da presente Dissertação, sublinhámos que a experiência de guerra, e as consequências na saúde mental dos indivíduos intervenientes nesse contexto, constituíam um “campo de estudo” por excelência para a compreensão da experiência traumática e das consequências biopsicossociais da traumatização. Este facto associa-se às características do contexto de guerra, nomeadamente a elevada probabilidade de confronto repetido e cumulativo com acontecimentos potencialmente traumáticos, tanto por vitimação, como por perpetração, bem como a exposição contínua a um conjunto de stressores não-traumáticos durante um período de tempo duradouro. Por outro lado, em virtude dos contingentes destacados para os TO's (Teatro de Operações) envolverem a mobilização dum número significativo de militares, a presença dum número assinalável de indivíduos que passaram por essas experiências permite a análise e a identificação de padrões comuns, ainda que considerando sempre as idiossincrasias individuais, no processo de ajustamento psicológico à traumatização de guerra.

Por outro lado, tal como referido na Introdução desta Dissertação, a actividade policial apresenta semelhanças com a experiência dos ex-combatentes por envolver o confronto com situações semelhantes ao contexto de guerrilha, nomeadamente o desconhecimento da identidade do “inimigo”, um sentimento contínuo de insegurança, falta de suporte, o testemunho de situações de violência e danos físicos (Violanti, 1996). Para além destes stressores, estes profissionais são confrontados com a influência de processos culturais, sociais e organizacionais dirigidos para a negação do impacto psicológico do confronto com os stressores, assentes em representações idealizadas de força e invulnerabilidade, percepcionados como indícios de eficácia e eficiência (Ferrajão, Duarte, & Oliveira, 2009).

Igualmente, os militares das forças destacadas em missões de manutenção de paz (e.g., Afeganistão, Kosovo, Timor, Uganda) são confrontados com situações potencialmente ameaçadoras para a sua vida e/ou de outros, a exposição repetida a um conjunto de stressores não-traumáticos durante um período de tempo relativamente longo (e.g., afastamento do contexto familiar e sociocultural, adaptação a um novo contexto sociocultural, ambiguidade dos objectivos da missão, aborrecimento e tédio, condições climatéricas adversas) e o testemunho de atrocidades contra a população civil e a destruição das infra-estruturas do país (Bartone, 2005). Por este facto, consideramos que as evidências recolhidas neste trabalho parecem ser igualmente relevantes para a prática clínica junto de ambas as actividades acima descritas: a participação em missões internacionais de paz e a actividade policial. Ambas as actividades requerem desses profissionais a posse de recursos internos e a capacidade de mobilização de recursos externos no coping dessas situações e das suas consequências biopsicossociais (Ferração et al., 2009).

Em termos da prática clínica, consideramos que duas grandes áreas poderão beneficiar directamente das evidências obtidas nesta Dissertação: a avaliação psicológica/psiquiátrica, e a intervenção psicológica/psicoterapêutica. Essas duas áreas deverão ser consideradas como integrando tanto o processo de avaliação psicológica prévio ao exercício da actividade profissional, bem como o diagnóstico e a definição das dimensões englobadas na intervenção psicológica junto de militares ou elementos das forças policiais com dano nas capacidades de resiliência face à traumatização. Neste último caso, este processo deverá ser compreendido desde o diagnóstico do dano nas capacidades de resiliência face à traumatização até ao período de follow-up. No entanto, as nossas evidências poderão auxiliar indirectamente os profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde e suporte social prestados a esses indivíduos, incluindo tanto os cuidados médicos primários, como o serviço social prestado durante a intervenção junto desta população (Figura 1).

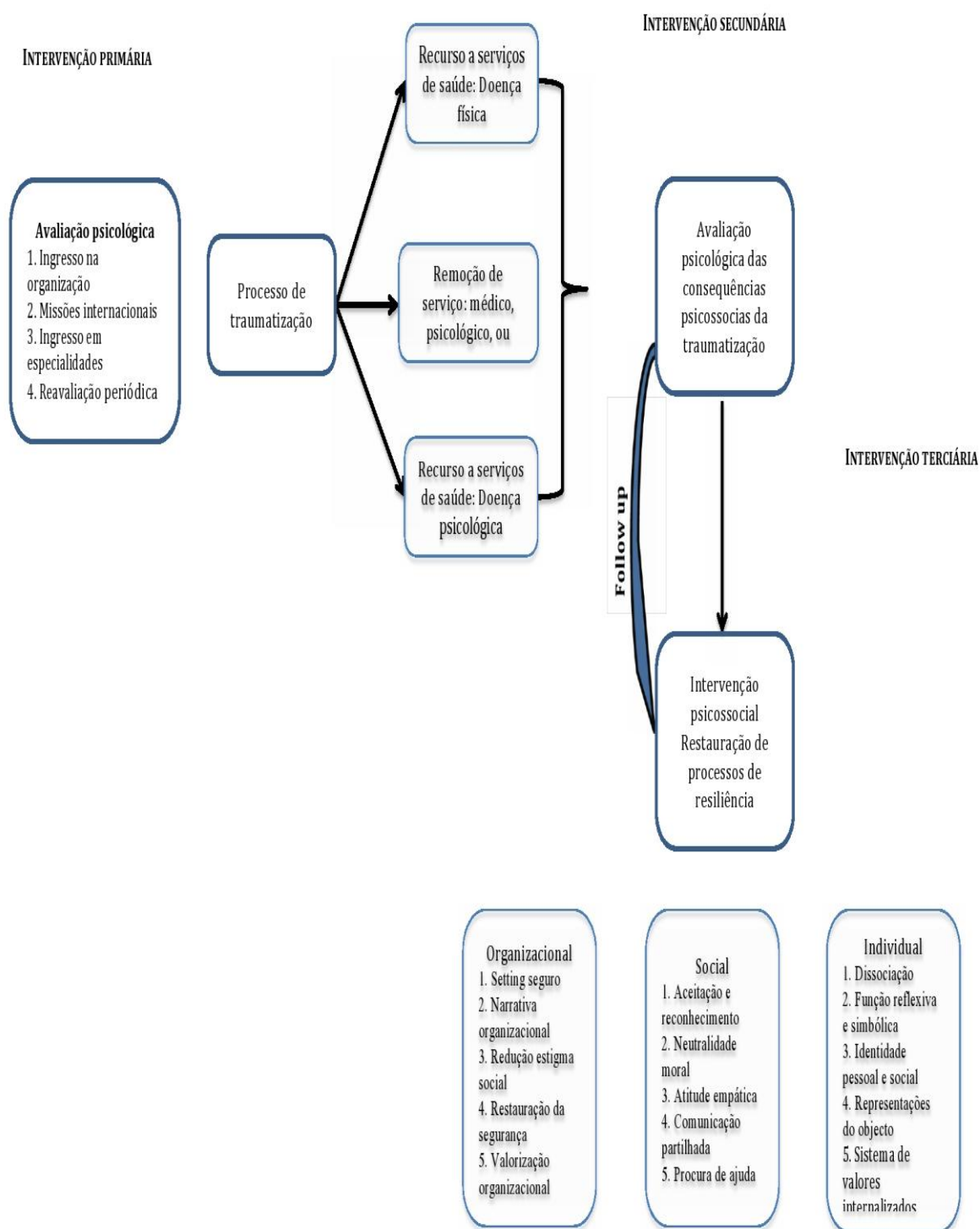


Figura 1 – Modelo de Intervenção Biopsicossocial

No que se refere à avaliação psicológica, os nossos resultados sugerem que a avaliação/selecção dos indivíduos previamente ao exercício da actividade profissional revela-

se fundamental na prevenção de situações de desajustamento psicossocial. Porém, o modelo proposto inclui um alargamento das dimensões habitualmente incluídas neste processo, maioritariamente focado no diagnóstico de perturbações mentais inibitórias do exercício de funções militares ou policiais. Tendo em conta os nossos resultados, consideramos relevante a avaliação de processos intrapsíquicos e interpessoais que poderão influenciar as capacidades de coping do processo de traumatização inerente à actividade militar ou policial. Em particular, tal como descrito na Tabela 1, propomos a avaliação do sentimento de identidade, o repertório de estratégias mentais utilizadas no coping do stresse, as estratégias mentais de coping da agressividade e a elaboração dos impulsos destrutivos, o sistema de valores internalizados, e as representações dos objectos e as relações de objecto.

Tabela 1

Avaliação Psicológica: Intervenção Primária

Factores avaliados	Dimensões avaliadas
1. Identidade	Sentimento de coerência do Self e dos outros; investimento na actividade profissional, actividades de lazer; “falso” Self
2. Estratégias mentais no coping do stresse	Repertório de estratégias de coping; dissociação saudável e patológica; função reflexiva e simbólica; investimento libidinal dos objectos; regulação dos estados mentais; comunicação da experiência interna; compulsão à repetição; somatização de sentimentos e sensações; projecção e clivagem
3. Coping da agressividade	Capacidade de modulação da agressividade e da raiva; auto-afirmação apropriada; agressividade excessiva dirigida contra o próprio ou contra outros; inibição da agressividade; ataques de raiva seguida de culpa
4. Valores internalizados	Sistemas de valores estáveis e individualizados; sistema de valores contraditório; incapacidade de viver de acordo com os seus valores; sentimentos excessivos de culpa; inflexibilidade na avaliação do Self

5. Relações de objecto	Relações duradouras e íntimas; intimidade sexual combinanda com ternura; representações mentais das relações coerentes; relações interpessoais conflituosas; ausência, ou relações sexuais caóticas; dependência ou autonomia excessiva dos outros; representações mentais das relações confusas
6. Diagnóstico de psicopatologia	PSPT, Depressão, Ansiedade, Borderline, Psicose

O modelo de avaliação psicológica proposto tem por base a compreensão das actividades militar e policial como actividades profissionais potencialmente geradoras dum processo de traumatização. Tal como descrito na Tabela 2, o processo de traumatização engloba tanto o confronto com acontecimentos que superam os recursos intrapsíquicos e interpessoais do indivíduo, como as consequências biopsicossociais do confronto com esses acontecimentos. De acordo com os nossos resultados, os acontecimentos potencialmente geradores de consequências biopsicossociais no processo de traumatização incluem tanto o confronto com acontecimentos potencialmente traumáticos por vitimação ou perpetração de violência, como a exposição contínua e duradoura a stressores não-traumáticos. As consequências biopsicossociais poderão abranger, para além dos sintomas clínicos (e.g., PSPT, Depressão), doenças e sintomas somáticos, perturbação da identidade e das relações de objecto, insuficiência de recursos intrapsíquicos e na mobilização de recursos ambientais, e a percepção de rejeição e estigmatização social.

Tabela 2

*Factores do Processo de Traumatização***Acontecimentos reais**

1. Traumatização por vitimação
2. Traumatização por perpetração
3. Stressores não traumáticos cumulativos

Consequências biopsicossociais

4. Doenças e sintomas somáticos

-
5. Sintomas pós-traumáticos
 6. Perturbação da identidade
 7. Perturbação das relações de objecto
 8. Insuficiência de recursos: internos e
externos
 9. Percepção de rejeição social
-

Os resultados obtidos neste estudo sugerem que poderá ocorrer nos militares ou elementos das forças policiais uma resistência à utilização dos serviços de saúde mental (Ferreira & Oliveira, 2015c; Kudler & Straits-Tröster, 2009; Sayer et al., 2009). Este facto poderá conduzir alguns militares ou elementos das forças policiais ao recurso a serviços de saúde por queixas de saúde físicas difusas, podendo constituir um dos primeiros indicadores de perturbação mental associada ao processo de traumatização (Kilshaw, 2004). Neste sentido, propomos a realização dum processo de avaliação psicológica das consequências biopsicossociais da traumatização em indivíduos que recorram aos serviços de saúde com a presença de queixas físicas difusas, ou nos casos em que após a participação em missões com elevado risco de exposição aos factores do processo de traumatização (e.g., missões internacionais de paz), o indivíduo solicite (e.g., solicitação de análises) ou recorra por iniciativa pessoal aos serviços de saúde primários. Por outro lado, considera-se fundamental o papel desempenhado pelos técnicos de serviços de saúde primários (médicos, enfermeiros) na detecção e encaminhamento para ajuda especializada dos indivíduos que apresentem problemas de ajustamento psicossocial (Sayer et al., 2009).

De acordo com os nossos resultados, uma das dimensões que deverá merecer particular atenção neste modelo de intervenção refere-se às situações de remoção do exercício da actividade profissional. Nestas incluímos as situações de baixas médicas prolongadas por doenças físicas, devido a acidentes de serviço ou não, e a mudança de actividade por decisões organizacionais (e.g., punições). Estas situações deverão merecer particular atenção devido à possibilidade da emergência da percepção de perda de controlo que poderão despertar sentimentos de desamparo e ameaça (Elder & Clipp, 1989; Moses, 1978; Vargas, 2012). Desta forma, propomos a realização duma avaliação periódica das consequências biopsicossociais da traumatização desses indivíduos. De igual forma, a remoção do serviço por motivos de sequelas físicas e/ou psicológicas após a exposição a acontecimentos traumáticos poderão despertar a percepção de fracasso pessoal no desempenho das funções militares

(Carr, 2011; Lerner & Blow, 2011), devendo igualmente ser efectuada uma avaliação das consequências biopsicossociais da traumatização.

O modelo de avaliação psicológica proposto para os militares ou elementos das forças policiais que recorram, por sua iniciativa, aos serviços de saúde mental é comum às situações acima descritas. A avaliação psicológica deverá abranger o diagnóstico de perturbações mentais, nomeadamente a severidade dos sintomas da PSPT e Depressão. Adicionalmente, considerando que a severidade dos sintomas pós-traumáticos não constitui o único indicador de resiliência ou perturbação face à traumatização (Brown et al., 2012; Varvin & Rosenbaum, 2015), a ausência de critérios de diagnóstico para perturbação mental não deverá constituir critério de exclusão para o início duma intervenção psicológica junto desses profissionais. Deste modo, a avaliação psicológica deverá abranger a avaliação de processos intrapsíquicos e interpessoais com influência no coping da traumatização. Tal como descrito na Tabela 3, propomos a avaliação do sentimento de identidade, o repertório de estratégias mentais utilizadas no coping do stresse, o coping da agressividade e a elaboração dos impulsos destrutivos, o sistema de valores internalizados, as representações dos objectos e das relações de objecto, a perda ou doença de pessoa próxima, e a percepção de suporte social e organizacional.

Tabela 3

Avaliação Psicológica: Intervenção Secundária

Factores avaliados	Dimensões avaliadas
1. Sintomas clínicos	PSPT, Depressão; doenças e sintomas físicos; problemas financeiros e laborais; sentimentos negativos (e.g., irritabilidade, raiva, ódio)
2. Stressores percebidos como traumáticos	Traumatização por vitimação; traumatização por perpetração; stressores não traumáticos cumulativos; morte ou perda de outros significativos; declínio do vigor físico originado por doença física; doença de outro significativo
3. Identidade	Sentimento de coerência, ou descontinuidade, da identidade do Self e na relação com os outros; investimento na actividade profissional, actividades de

	lazer; integração, ou discrepância, das representações do Self, dos objectos e do mundo associadas à traumatização no sistema de representações globais; auto-estima e auto-eficácia; percepção de discrepância entre ambiente militar/policial e o mundo civil; percepção de estranheza do ambiente social; “falso” Self
4. Estratégias mentais no coping das consequências biopsicossociais da traumatização	Repertório de estratégias de coping; dissociação saudável e patológica; função reflexiva e simbólica; investimento libidinal dos objectos; regulação dos estados mentais; comunicação da experiência interna; compulsão à repetição; somatização de sentimentos e sensações; projecção, clivagem e acting out; comportamentos de procura de ajuda
5. Coping da agressividade	Capacidade de modulação da agressividade e da raiva; auto-afirmação apropriada; tolerância aos estados de ambivalência; agressividade excessiva dirigida contra o próprio ou contra outros; inibição ou receio da sua agressividade; ataques de raiva seguida de culpa; fantasias obsessivas de salvamento e anulação dos actos violentos
6. Sistema de valores internalizados	Sistemas valores estáveis e individualizados; sistema de valores contraditório; dano no sistema de crenças da segurança do mundo, e do valor positivo do Self e dos outros; incapacidade de viver de acordo com valores pessoais; sentimentos excessivos de culpa e/ou vergonha; inflexibilidade na avaliação do Self; auto-condenação originada pela percepção de ter agido segundo padrões primitivos de comportamento; adesão a padrões morais rígidos
7. Relações de objecto	Relações duradouras e íntimas; intimidade sexual combinada com ternura; representações mentais das relações coerentes; relações interpessoais conflituosas;

	percepção das relações de intimidade como intrusão ou exploração; ausência, ou relações sexuais caóticas; dependência ou autonomia excessiva dos outros; representações mentais dos outros associadas a expectativas de abandono ou desconfiança; representações mentais das relações como desorganizadas ou ameaçadoras; identificação com um objecto maligno ou agressor; trabalho de luto
8. Percepção de suporte social e organizacional	Percepção de suporte social; rede de relações sociais (quantidade e qualidade); percepção das atitudes familiares e de amigos; isolamento social; percepção de compreensão, ou incompreensão, de familiares e amigos; percepção do apoio organizacional no tratamento psicológico; percepção de abandono e ausência de apoio organizacional; percepção das atitudes de colegas e chefias; percepção de condenação de colegas e chefias; percepção de estigmatização social de colegas e chefias

Este modelo de avaliação psicológica constitui uma abordagem mais holística das dimensões que compõem o processo de traumatização associado à experiência militar ou policial nas múltiplas vertentes das suas consequências biopsicossociais. Este modelo de avaliação psicológica permite a identificação tanto dos danos na capacidade de resiliência, como dos recursos possuídos pelo indivíduo facilitadores da resiliência face à traumatização. A identificação dos factores de vulnerabilidade e resiliência face à traumatização na avaliação psicológica estabelece a interligação entre este procedimento e o modelo de intervenção biopsicossocial. A identificação dos recursos e vulnerabilidades permite o delineamento duma intervenção mais apropriada para cada indivíduo através da opção por modalidades de intervenção que solidifiquem os recursos possuídos pelo indivíduo que permitem o coping eficaz e construtivo das consequências biopsicossociais da traumatização, ao mesmo tempo promovendo o desenvolvimento, ou restauração, das competências e recursos não existentes no coping dessas consequências (Brown et al., 2012; Varvin & Rosenbaum, 2015).

O modelo de intervenção biopsicossocial por nós proposto não coloca a ênfase sobre a intervenção sobre a experiência de traumatização, mas antes privilegia uma abordagem orientada para o indivíduo traumatizado (Varvin, 2003). Ao invés do foco exclusivo na criação duma narrativa sobre as memórias traumáticas e na redução dos sintomas pós-traumáticos, o modelo apresentado tem como objectivo nuclear a intervenção sobre as consequências biopsicossociais do processo de traumatização. Os resultados obtidos no nosso estudo sugerem que a intervenção deverá privilegiar a restauração da resiliência através da promoção da resistência, flexibilidade e capacidade de domínio individual sobre as consequências biopsicossociais da traumatização. Esta intervenção deverá visar a reorganização do mundo interno e das relações com a realidade externa de modo a restaurar a vitalidade psicológica. A filosofia deste modelo, ao enfatizar a intervenção na promoção da saúde, ao invés da psicopatologia, e da restauração da funcionalidade, ao invés do estabelecimento dum diagnóstico, poderá reduzir a estigmatização e incentivar a procura do acesso aos serviços de saúde em virtude de ser uma abordagem mais aproximada dos valores das organizações militares e policiais (Kudler & Straits-Tröster, 2009).

Este modelo de intervenção privilegia a restauração de padrões de resiliência que permitam o coping eficaz e constructivo das consequências biopsicossociais da traumatização. De acordo com os resultados recolhidos no nosso estudo, a restauração dum padrão de resiliência parece ser facilitada pela transformação da organização intrapsíquica e dos padrões relacionais enquanto dimensões promotoras da restauração, ou aquisição, dum conjunto de processos intra-psíquicos e tendências comportamentais facilitadores da utilização dos recursos internos e ambientais no coping das consequências biopsicossociais da traumatização (Lepore & Revenson, 2006; Masten & Wright, 2010). A intervenção deverá ocorrer em três vertentes com interacção mútua entre si: intervenção individual, social e organizacional.

A intervenção individual não deverá ter como foco central a remissão dos sintomas clínicos nos militares ou elementos das forças policiais com diagnóstico positivo para perturbação mental (e.g., PSPT, Depressão), excluindo os indivíduos com diagnóstico negativo para qualquer perturbação mental. A intervenção individual deverá focar-se na restauração de processos de resiliência que permitam o coping eficaz dos sintomas pós-traumáticos e das consequências psicossociais da traumatização. Este processo poderá ser alcançado através da transformação na organização psíquica e das representações das relações (internas e externa) que habilitem o indivíduo dum repertório mais vasto de estratégias mentais para o coping das consequências biopsicossociais da traumatização. Os resultados do nosso

estudo sugerem que a mudança do sentimento de identidade e dos padrões relacionais ocorrem paralelamente à redução da severidade dos sintomas pós-traumáticos.

Uma das transformações intrapsíquicas que deverá ser alvo de intervenção no processo terapêutico prende-se com a reconciliação das representações mentais associadas à traumatização no sistema de representações globais do Self. Esta transformação da organização psíquica influencia a redução do uso de estratégias mentais de evitamento e dissociação no coping das consequências biopsicossociais da traumatização. Este conjunto de transformações intrapsíquicas facilitará a restauração da comunicação entre a(s) parte(s) do Self danificada(s) pelo processo de traumatização e a(s) parte(s) do Self com capacidades de simbolização das fantasias, conflitos e desejos (Varvin & Rosenbaum, 2015). Este processo promove a reparação moral (Drescher et al., 2011; Litz et al., 2009) através da reedificação dum novo conjunto de representações do Self, dos outros e do mundo que promove a restauração do sentimento de coerência do Self.

De acordo com os nossos resultados, as transformações nas representações mentais do Self, dos outros e do mundo dependem da restauração de representação dos objectos (internos e externos) como figuras cuidadoras e protectoras, capazes de tolerar e conter os seus impulsos destrutivos (Bragin, 2010, 2011). Este desenvolvimento parece depender da adopção do clínico duma atitude de neutralidade moral que permita a criação dum setting seguro facilitador da exploração dos conteúdos mentais do indivíduo e do clínico (Herman, 1992). A criação dum setting seguro será nuclear para promover a exploração dos conteúdos mentais, incluindo os conteúdos e representações mentais violentas e destrutivas, promovendo desta forma a reconciliação de sentimentos de maldade extrema e de bondade que reduz a tensão entre o ego e o superego, e a redução dos sentimentos de culpa e vergonha.

Ainda que o foco da intervenção não seja o acontecimento traumático, a reorganização das representações mentais do Self, dos outros e do mundo, ao restaurar o sentimento de coerência da identidade do indivíduo, facilitará o trabalho de construção duma narrativa sobre o processo de traumatização. Este trabalho ocorre através da criação de novos significados para os acontecimentos traumáticos vividos pelo indivíduo. Neste sentido, os nossos resultados sugerem que o trabalho terapêutico dos sonhos com recordações de acontecimentos traumáticos poderá ser um elemento precioso na recordação, reorganização e compreensão das experiências (Freud, 1939; Gerson, 2009). De igual modo, a percepção dum ambiente seguro através da atitude empática do técnico promove a restauração da comunicação diádica e o regresso dos bons objectos do passado que auxilia na construção duma narrativa coerente

sobre o período prévio ao processo de traumatização que se revela nuclear na restauração do sentimento de identidade global do indivíduo (Auerhahn et al., 1993; Bragin, 2010, 2011).

Este processo parece depender da capacidade do clínico em conter e transformar os conteúdos não-metabolizados evacuados pelo paciente por forma a restaurar a função reflexiva e simbólica (Alayarian, 2011; Bouchard et al., 2008). A restauração da função reflexiva parece ser nuclear para a compreensão do impacto dos estados mentais do próprio e dos outros nas consequências biopsicossociais da traumatização. A restauração da função reflexiva desenvolve a capacidade em utilizar os estados mentais do próprio e dos outros para activar as representações mais adequadas que permitam responder adaptativamente aos stressores (Groat & Allen, 2011). O desenvolvimento da capacidade reflexiva parece ocorrer através da adopção por parte do psicólogo/psicoterapeuta duma abordagem mais directiva, na qual os sentimentos, comportamentos e reacções do clínico são utilizados para auxiliar o paciente na compreensão dos seus comportamentos e estados mentais.

Desta forma, consideramos que um dos propósitos centrais da intervenção psicológica refere-se ao incremento dum sentimento de agência e iniciativa pessoal, levando os indivíduos a adoptarem uma atitude activa face à traumatização e revertendo a exaustão psicológica (Bateman & Fonagy, 2004; Groat & Allen, 2011). Este desenvolvimento é assegurado por um repertório mais vasto de estratégias mentais intrapsíquicas e interpessoais subjacente à formação de representações mais positivas do Self e dos objectos (Alayarian, 2011; Riggs et al., 2007; Varvin, 2010). O estabelecimento duma aliança terapêutica forte e segura parece desempenhar um papel nuclear no trabalho com esta população, visando a melhoria da qualidade das representações mentais dos objectos e o desenvolvimento de recursos internos que permitem o coping eficaz das consequências biopsicossociais da traumatização.

Os resultados do nosso estudo sugerem que a intervenção junto dos militares e elementos das forças policiais deverá envolver a combinação de elementos intrapsíquicos e sociais. De acordo com os resultados deste estudo, um dos aspectos centrais a considerar nesta dimensão refere-se à percepção de ausência de suporte social (e.g., familiar e amigos) e institucional. Desta forma, o desenvolvimento da percepção da aceitação e o reconhecimento social e institucional do processo de traumatização e das consequências biopsicossociais da traumatização parece ser nuclear para a interrupção deste processo como uma experiência isolada e individual (Cahill et al., 2009). Estas dimensões poderão ser igualmente fundamentais na restauração de sentimentos de agência relativamente às consequências

biopsicossociais da traumatização que promovem a adesão ao tratamento individual (Ferração & Oliveira, 2015c; Sayer et al., 2009).

Ao nível social, os nossos estudos salientaram a ocorrência de dificuldades na adaptação ao contexto familiar e social, e a percepção de abandono familiar como um componente da traumatização. Desta forma, propomos a necessidade da intervenção sobre o contexto familiar e social (e.g., parceiro percebido como fonte de suporte pelo militar ou elemento da força policial) através do desenvolvimento da compreensão e aceitação das consequências biopsicossociais do processo de traumatização nos militares ou elementos das forças policiais. Nesta intervenção, deverá ser fomentada a adopção duma atitude de ausência de condenação moral para com o militar, tanto dos conteúdos mentais associados à traumatização, como das consequências biopsicossociais da traumatização.

Neste sentido, deverão ser promovidos comportamentos facilitadores da comunicação pelo militar da sua experiência interna junto do outro através da adopção duma atitude empática que permita a validação da realidade do processo de traumatização e o reconhecimento do sofrimento causado pelas consequências biopsicossociais da traumatização. O apoio familiar ou dum parceiro percebido como fonte de suporte poderá ser fundamental na promoção da capacidade de regulação dos estados mentais e do hiperarousal (Bateman & Fonagy, 2004; Steiner, 1993). De igual modo, a presença duma atitude empática dos outros auxilia no desenvolvimento duma maior compreensão dos estados mentais do próprio e dos outros por parte do indivíduo.

Ao nível organizacional, a percepção da ausência de suporte ou traição organizacional foi descrito como um componente do processo de traumatização que originava a percepção de falta de preocupação e protecção dos outros (Varvin, 2010). Desta forma, consideramos que uma das dimensões fundamentais na restauração dos padrões de resiliência reside no evitamento dum silenciamento cultural e organizacional do processo de traumatização associado ao exercício profissional e das consequências biopsicossociais. Neste sentido, deverá ser destacado a existência de serviços de saúde como um setting seguro da organização cuidadora e protectora que promove a restauração da capacidade de resiliência. Por outro lado, a organização deverá adoptar um discurso público explícito de que as circunstâncias que originaram a traumatização serão analisadas e investigadas com o objectivo de prevenir a ocorrência de situações semelhantes no futuro (Bartone, 2005).

A criação duma narrativa colectiva organizacional das consequências biopsicossociais da traumatização como um processo resultante do exercício da sua actividade profissional deverá ser orientada como um princípio regulador, visando a redução da percepção de isolamento e condenação institucional, bem como dos restantes elementos da organização (Burnell et al., 2006; Jeffreys et al., 2010). Nas situações de acontecimentos traumáticos por vitimação ou perpetração, a realização de memoriais e honras colectivas revela-se um processo fundamental para a passagem para a esfera pública de sentimentos dolorosos de luto e perda que de outra forma permaneceriam privados e individuais, bem como na redução dos sentimentos de vergonha relacionados com esses actos.

Por outro lado, tal como salientado na literatura, alguns dos stressores que poderão originar um processo de traumatização são potencialmente modificáveis pela estrutura organizacional (Booth-Kewley, Larson, Highfill-McRoy, Garland, & Gaskin, 2010). Tendo em conta os nossos resultados, propomos que os militares ou elementos das forças policiais não sejam confrontados com os factores ambientais que aumentam a vulnerabilidade ao processo de traumatização (e.g., actividade operacional com ameaça à própria vida ou de outros, afastamento familiar e do contexto socio-cultural, sobrecarga de trabalho, aborrecimento e isolamento social) durante períodos consecutivos superiores a quatro meses. Neste sentido, propomos que seja garantido um compromisso equilibrado entre os períodos de folga, ainda que garantindo a ausência de prejuízo para o cumprimento das missões, e o período de actividade profissional.

Nas situações em que ocorra o abandono da actividade profissional, ou nos casos em que ocorra a remoção do militar ou elemento da força policial das suas funções devido a consequências biopsicossociais da traumatização, propomos que o indivíduo seja colocado no desempenho duma missão valorizada organizacionalmente de forma a promover os sentimentos de auto-eficácia e auto-estima, e o envolvimento social. Por outro lado, consideramos que sejam proporcionados períodos mais longos de folga nos militares que desempenham missões fora da sua área de residência, o desenvolvimento de programas psicossociais de apoio às famílias dos militares deslocados, e a melhoria do acesso e das opções de comunicação com a família.

Em suma, consideramos que o modelo proposto constitui uma proposta que merece ser reflectida no âmbito da melhoria da saúde mental desses profissionais. Consideramos que o modelo proposto adiciona um incremento dos serviços prestados a esses profissionais tanto no sentido da prevenção de situações de perturbação mental e dificuldades de ajustamento

psicossocial, bem como no desenvolvimento de práticas de intervenção clínica que sejam promotoras da restauração da saúde mental desses indivíduos mais adaptadas às dimensões que integram as situações de perturbação mental associadas ao desempenho do exercício profissional nesses profissionais. Por último, consideramos que o modelo proposto permitirá otimizar a eficácia das intervenções junto desses profissionais, permitindo igualmente a redução dos gastos com a saúde nos cuidados prestados a esses indivíduos.

Referências

- Agaibi, C. E., & Wilson, J. P. (2005). Trauma, PTSD, and resilience: A review of the literature. *Trauma Violence Abuse* 2005, 6; 195-216. doi: 10.1177/1524838005277438
- Ajdukovic, D., Ajdukovic, D., Bogic, M., Franciskovic, T., Galeazzi, G., Kucukalic, A., & ... Pribe, S. (2013). Recovery from posttraumatic stress symptoms: A qualitative study of attributions in survivors of war. *Plos ONE*, 8(8).
- Alayarian, A. (2011). *Trauma, torture, and dissociation: A psychoanalytic view*. London England: Karnac Books.
- Albuquerque, A., Fernandes, A., Saraiva, E., Lopes, F. (1992). Perturbação pós-traumática do stress em combatentes da guerra colonial. *Revista de Psicologia Militar*, 1992,1-9.
- Albuquerque, A., & Lopes, F. (1997). Stress de guerra: A ferida encoberta. *Revista de Psiquiatria*, 10, 47-56.
- Allen, J. (2005). *Coping with trauma: Hope through understanding*. American Psychiatric Publishing, Inc.: Washington, DC, London, England.
- Allen, J. G. (2006). Mentalizing in practice. In J. G. Allen, P. Fonagy (Eds.), *Thandbook of mentalization-based treatment* (pp. 3-30). Hoboken, NJ US: John Wiley & Sons Inc. doi:10.1002/9780470712986.ch1
- Amati Sas, S. (1992). Ambiguity as the route to shame. *The International Journal of Psychoanalysis*, 73(2), 329-341.
- Andrews, B., Brewin, C. R., Stewart, L., Philpott, R., & Hejdenberg, J. (2009). Comparison of immediate-onset and delayed-onset posttraumatic stress disorder in military veterans. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 767-777. doi:10.1037/a0017203
- Anunciação, C. (2010). *Coping e stress traumático em combatentes*. Lisboa: Liga dos Combatentes.
- Auerhahn, N. C., & Laub, D. (1987). Play and playfulness in Holocaust survivors. *The Psychoanalytic Study of The Child*, 42, 45-58.
- Auerhahn, N. C., Laub, D., & Peskin, H. (1993). Psychotherapy with Holocaust survivors. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30, 434-442. doi:10.1037/0033-3204.30.3.434
- Auerhahn, N. C., & Peskin, H. (2003). Action knowledge, acknowledgment, and interpretive action in work with holocaust survivors. *Psychoanalytic Quarterly*, 72(3), 615-659.

- Ayalon, L., Perry, C., Arean, P. A., & Horowitz, M. J. (2007). Making sense of the past--perspectives on resilience among Holocaust survivors. *Journal of Loss and Trauma*, 12, 281-293. doi:10.1080/15325020701274726
- Balderrama-Durbin, C., Snyder, D. K., Cigrang, J., Talcott, G., Tatum, J., Baker, M., & ... Smith Slep, A. M. (2013). Combat disclosure in intimate relationships: Mediating the impact of partner support on posttraumatic stress. *Journal of Family Psychology*, 27, 560-568. doi:10.1037/a0033412
- Bartone, P. T. (2005). The need for positive meaning in military operations: Reflections on Abu Ghraib. *Military Psychology*, 17, 315-324. doi:10.1207/s15327876mp1704_5
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. New York: Oxford University Press.
- Bedard-Gilligan, M., & Zoellner, L. A. (2012). Dissociation and memory fragmentation in post-traumatic stress disorder: An evaluation of the dissociative encoding hypothesis. *Memory*, 20, 277-299. doi:10.1080/09658211.2012.655747
- Besser, A., & Neria, Y. (2012). When home isn't a safe haven: Insecure attachment orientations, perceived social support, and PTSD symptoms among Israeli evacuees under missile threat. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4, 34-46. doi:10.1037/a0017835
- Bichi, E. L., & Slotkin, P. (2008). A case history: From traumatic repetition towards psychic representability. *The International Journal of Psychoanalysis*, 89, 541-560. doi:10.1111/j.1745-8315.2008.00054.x
- Bills, C. B., Dodson, N., Stellman, J. M., Southwick, S., Sharma, V., Herbert, R., & ... Katz, C. L. (2009). Stories behind the symptoms: A qualitative analysis of the narratives of 9/11 rescue and recovery workers. *Psychiatric Quarterly*, 80, 173-189. doi:10.1007/s11126-009-9105-7
- Bion, W. R. (1961). A theory of thinking. *International Journal of Psycho-Analysis*, 43, 306-10.
- Blum, H. P. (2003). Psychic trauma and traumatic object loss. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51(2), 415-431.
- Bohleber, W. (2007). Remembrance, trauma and collective memory: The battle for memory in psychoanalysis. *The International Journal of Psychoanalysis*, 88, 329-352. doi:10.1516/V5H5-8351-7636-7878

- Bonanno, G. A., & Mancini, A. D. (2012). Beyond resilience and PTSD: Mapping the heterogeneity of responses to potential trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4, 74-83. doi:10.1037/a0017829
- Bonomi, C. (2003). Between symbol and antisymbol: The meaning of trauma reconsidered. *International Forum of Psychoanalysis*, 12, 17-21. doi:10.1080/08037060310005214
- Booth-Kewley, S., Larson, G. E., Highfill-McRoy, R. M., Garland, C. F., & Gaskin, T. A. (2010). Factors associated with antisocial behavior in combat veterans. *Aggressive Behavior*, 36, 330-337. doi: 10.1002/ab.20355
- Bouchard, M., & Lecours, S. (2004). Analyzing forms of superego functioning as mentalizations. *The International Journal of Psychoanalysis*, 85, 879-896. doi:10.1516/0AYK-3DCT-UQ87-WH4L
- Bouchard, M., Target, M., Lecours, S., Fonagy, P., Tremblay, L., Schachter, A., & Stein, H. (2008). Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanalytic Psychology*, 25, 47-66.
- Boulanger, G. (2002a). The cost of survival: Psychoanalysis and adult onset trauma. *Contemporary Psychoanalysis*, 38(1), 17-44.
- Bragin, M. (2010). Can anyone here know who I am? Co-constructing meaningful narratives with combat veterans. *Clinical Social Work Journal*, 38, 316-326. doi: 10.1007/s10615-010-0267-4
- Bragin, M. (2011, August). *Myth memory and meaning: Psychoanalytic reflections on treating combat veterans in time of hidden war*. Paper presented at the IPA 2011 Mexico Congress.
- Brenner, L. A., Gutierrez, P. M., Cornette, M. M., Betthausen, L. M., Bahraini, N., & Staves, P. J. (2008). A Qualitative study of potential suicide risk factors in returning combat veterans. *Journal of Mental Health Counseling*, 30(3), 211-225.
- Britton, R. (2011). Subjectivity, objectivity, and triangular space. In J. Rose (Ed.), *Mapping psychic reality: Triangulation, communication, and insight* (pp. 91-104). London, England: Karnac Books.
- Brock, R. (2013). Moral injury: The crucial missing piece in understanding soldier suicides. *Network News*, 14-16.
- Brown, L. J. (2006). Julie's museum: The evolution of thinking, dreaming and historicization in the treatment of traumatized patients. *The International Journal of Psychoanalysis*, 87, 1569-1585. doi:10.1516/BV7N-L9PX-YJBR-CWEJ

- Brown, N. R., Kallivayalil, D., Mendelsohn, M., & Harvey, M. R. (2012). Working the double edge: Unbraiding pathology and resiliency in the narratives of early-recovery trauma survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, And Policy*, 4, 102-111. doi:10.1037/a0024969
- Bryan, A. O., Bryan, C. J., Morrow, C. E., Etienne, N., & Ray-Sannerud, B. (2014). Moral injury, suicidal ideation, and suicide attempts in a military sample. *Traumatology*, 20, 154-160. doi:10.1037/h0099852
- Bryan, C. J., Elder, W. B., McNaughton-Cassill, M., Osman, A., Hernandez, A., & Allison, S. (2013). Life meaning following combat among Air Force security forces personnel. *Military Psychology*, 25, 354-364. doi:10.1037/mil0000005
- Burnell, K. J., Coleman, P. G., & Hunt, N. N. (2006). Falklands War veterans' perceptions of social support and the reconciliation of traumatic memories. *Aging & Mental Health*, 10, 282-289. doi:10.1080/13607860500409385
- Cahill, S., Rothbaum, B, Resick, P., & Follette, V. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adults. In E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman, & J. A. Cohen (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (2nd ed.)* (pp. 139-222). New York, NY, US: Guilford Press.
- Campbell, M. C., & Morrison, A. P. (2007). The psychological consequences of combat exposure: The importance of appraisals and post-traumatic stress disorder symptomatology in the occurrence of delusional-like ideas. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 187-201. doi:10.1348/014466506X128287
- Campos, Â. (2008). "We are still ashamed of our own history". Interviewing ex-combatants of the Portuguese colonial war (1961-1974). *Lusotopie*, 15, 107 – 126. doi: 10.1163/176830808786933247
- Carr, R. B. (2011). Combat and human existence: Toward an intersubjective approach to combat-related PTSD. *Psychoanalytic Psychology*, 28, 471-496. doi:10.1037/a0024174
- Caruth, C. (1995). *Trauma: Explorations in memory*. Baltimore: The John Hopkins University Press .
- Começanha, A. (2011). *Percursos individuais face ao potencial trauma em ex-combatentes da guerra colonial: Uma comparação entre a patogénese e a salutogénese*. (Tese de Mestrado não publicada). Universidade do Minho, Braga, Portugal.

- Começanha, R., & Maia, Â. (2011). Determinantes da utilização de serviços de saúde em ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa: Estresse pós-traumático, neuroticismo e apoio social. *Contextos Clínicos*, 4, 123-131. doi: 10.4013/ctc.2011.42.06
- Connell, M., Omole, O., Subramaney, U., & Olorunju, S. (2013). Post traumatic stress disorder and resilience in veterans who served in the South African border war. *African Journal of Psychiatry*, 16. doi: <http://dx.doi.org/10.4314/ajpsy.v16i6.55>
- Cooper, A. M. (1986). Toward a limited definition of psychic trauma. In A. Rothstein (Ed.), *The reconstruction of trauma: Its significance in clinical work* (pp. 41-56). Madison, CT US: International Universities Press, Inc.
- Creech, S. K., Benzer, J. K., Liebsack, B. K., Proctor, S., & Taft, C. T. (2013). Impact of coping style and PTSD on family functioning after deployment in Operation Desert Shield/Storm returnees. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 507-511. doi:10.1002/jts.21823
- Currier, J. M., Holland, J. M., Chisty, K., & Allen, D. (2011). Meaning made following deployment in Iraq or Afghanistan: Examining unique associations with posttraumatic stress and clinical outcomes. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 691-698. doi:10.1002/jts.20691
- Currier, J., Holland, J., & Malott, J. (2014a). Moral injury, meaning making, and mental health in returning veterans. *Journal of Clinical Psychology*. doi: 10.1002/jclp.22134
- Currier, J. M., Holland, J. M., Jones, H. W., & Sheu, S. (2014b). Involvement in abusive violence among Vietnam veterans: Direct and indirect associations with substance use problems and suicidality. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6, 73-82. doi:10.1037/a0032973
- Currier, J. M., McCormick, W., & Drescher, K. D. (2015). How do morally injurious events occur? A qualitative analysis of perspectives of veterans with PTSD. *Traumatology*, 21, 106-116. doi:10.1037/trm0000027
- Daud, A., af Klinteberg, B., & Rydelius, P. (2008). Trauma, PTSD and personality: The relationship between prolonged traumatization and personality impairments. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 331-340. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00532.x
- Dirkzwager, A. E., Bramsen, I., & van der Ploeg, H. M. (2003). Social support, coping, life events, and posttraumatic stress symptoms among former peacekeepers: A prospective study. *Personality and Individual Differences*, 34, 1545-1559. doi:10.1016/S0191-8869(02)00198-8

- Ditzen, B., Schmidt, S., Strauss, B., Nater, U. M., Ehler, U., & Heinrichs, M. (2008). Adult attachment and social support interact to reduce psychological but not cortisol responses to stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 479-486. doi:10.1016/j.jpsychores.2007.11.011
- Drescher, K., & Foy, D. (2008) When they come home: Posttraumatic stress, moral injury, and spiritual consequences for veterans. *Reflective Practice: Formation and Supervision in Ministry*, 8, 85-102.
- Drescher, K., Foy, D., Litz, B., Kelly, C., Leshner, A., & Schutz, K. (2011). An exploration of the viability and usefulness of the construct of moral injury in war veterans. *Traumatology*, 17, 8-13. doi: 10.1177/1534765610395615
- Durai, U. B., Chopra, M. P., Coakley, E., Llorente, M. D., Kirchner, J. E., Cook, J. M., & Levkoff, S. E. (2011). Exposure to trauma and posttraumatic stress disorder symptoms in older veterans attending primary care: Comorbid conditions and self-rated health status. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59, 1087-1092. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03407.x
- Ein-Dor, T., Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2011). Attachment insecurities and the processing of threat-related information: Studying the schemas involved in insecure people's coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101, 78-93. doi:10.1037/a0022503
- Elder, G. H., & Clipp, E. C. (1989). Combat experience and emotional health: Impairment and resilience in later life. *Journal of Personality*, 57, 311-341. doi:10.1111/j.1467-6494.1989.tb00485.x
- Emery, P. E. (1996). The inner world in the outer world: The phenomenology of posttraumatic stress disorder from a psychoanalytic perspective. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 24(2), 273-291.
- Erbes, C. R., Meis, L. A., Polusny, M. A., Compton, J. S., & Wadsworth, S. (2012). An examination of PTSD symptoms and relationship functioning in U.S. soldiers of the Iraq war over time. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 187-190. doi:10.1002/jts.21689
- Erickson, D. J., Wolfe, J., King, D. W., King, L. A., & Sharkansky, E. J. (2001). Posttraumatic stress disorder and depression symptomatology in a sample of Gulf War veterans: A prospective analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 41-49. doi:10.1037/0022-006X.69.1.41

- Ferenczi, S. (1949). Confusion of the tongues between the adults and the child - (The language of tenderness and of passion). *International Journal of Psycho-Analysis*, 30, 225-230.
- Ferrajão, P., Duarte, P., & Oliveira, R. A. (2009). Pensar debaixo de fogo: Intervenção em grupo junto de profissionais expostos a cenários de risco. *Revista de Psicologia Militar*, 18, 173 - 191.
- Ferrajão, P. C., & Oliveira, R. A. (2015a, February 23). Portuguese war veterans: Moral injury and factors related to recovery from PTSD. *Qualitative Health Research*. <http://dx.doi.org/10.1177/1049732315573012>
- Ferrajão, P. C., & Oliveira, R. A. (2015b). Attachment patterns as mediators of the link between combat exposure and posttraumatic symptoms: A study among Portuguese war veterans. *Military Psychology*, 27, 185-195. doi:10.1037/mil0000075
- Ferrajão, P. C., & Oliveira, R. A. (2015c). Factors related to adherence with post-traumatic stress disorder treatment: A qualitative study among Portuguese war veterans. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Ed. Esp.* 2, 21-26.
- Fonagy, P. (2008). The mentalization-focused approach to social development. In F. N. Busch (Ed.), *Mentalization: Theoretical considerations, research findings, and clinical implications* (pp. 3-56). Mahwah, NJ US: Analytic Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY, US: Other Press.
- Forbes, D., Parslow, R., Fletcher, S., McHugh, T., & Creamer, M. (2010). Attachment style in the prediction of recovery following group treatment of combat veterans with post-traumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 881-884. doi:10.1097/NMD.0b013e3181fe73fa
- Forstmeier, S., Kuwert, P., Spitzer, C., Freyberger, H. J., & Maercker, A. (2009). Posttraumatic growth, social acknowledgment as survivors, and sense of coherence in former German child soldiers of World War II. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 1030-1039. doi:10.1097/JGP.0b013e3181ab8b36
- Fountain, G. (2000). The Trauma as an object relationship: Alterations of the inner object world by severe traumatization in adulthood. *Psychoanalytic Quarterly*, 69(2), 438.
- Freud, A. (1936). *The ego and the mechanisms of defense*. London: Hogarth.
- Freud, S. (1920). Beyond the pleasure principle. In *Standard Edition 18* (p. 7-64). London: Hogarth Press.

- Freud, S. (1923). The ego and the id. In *Standard Edition 19* (pp. 12-59). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1939). Moses and monotheism: Three essays. In *Standard Edition 23*. London: Hogarth Press.
- Fuchsman, K. (2008). Traumatized soldiers. *The Journal of Psychohistory*, 36(1), 72-84.
- Garland, C. (Eds.) (1998). *Understanding trauma – A psychoanalytical review*. London: Karnac Books.
- Gerson, S. (2009). When the third is dead: Memory, mourning, and witnessing in the aftermath of the Holocaust. *The International Journal of Psychoanalysis*, 90, 1341-1357. doi:10.1111/j.1745-8315.2009.00214.x
- Gerzi, S. (2005). Trauma, narcissism and the two attractors in trauma. *The International Journal of Psychoanalysis*, 86, 1033-1050. doi:10.1516/2TTK-G0TL-9DWL-UHWY
- Gobodo-Madikizela, P. (2008). Trauma, forgiveness and the witnessing dance: Making public spaces intimate. *The Journal of Analytical Psychology*, 53, 169-188. doi:10.1111/j.1468-5922.2008.00715.x
- Groat, M., & Allen, J. G. (2011). Promoting mentalizing in experiential psychoeducational groups: From agency and authority to authorship. *Bulletin of The Menninger Clinic*, 75, 315-343. doi:10.1521/bumc.2011.75.4.315
- Grossman, D. (1996). *On killing: The psychological cost of learning to kill in war and society*. New York, NY US: Little, Brown and Co.
- Grubrich-Simitis, I. (1981). Extreme traumatization as cumulative trauma -Psychoanalytic investigations of the effects of concentration camp experiences on survivors and their children. *Psychoanalytic Study of the Child*, 36, 415-450.
- Hartke, R. (2005). The basic traumatic situation in the analytical relationship. *International Journal of Psycho-Analysis*, 86(2), 267-290.
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Herman, J. L. (1998). Recovery from psychological trauma. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 52, S145-S150.
- Holmes, J. (2006). Mentalizing from a psychoanalytic perspective: What's new?. In J. G. Allen, P. Fonagy (Eds.), *The handbook of mentalization-based treatment* (pp. 31-49). Hoboken, NJ US: John Wiley & Sons Inc.
- Holmqvist, R., Andersen, K., Anjum, T., & Alinder, B. (2006). Change in self-image and PTSD symptoms in short-term therapies with traumatized refugees. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 20, 251-265. doi:10.1080/02668730601020341

- Holowka, D. W., Wolf, E. J., Marx, B. P., Foley, K. M., Kaloupek, D. G., & Keane, T. M. (2012). Associations among personality, combat exposure and wartime atrocities. *Psychology of Violence*, 2, 260-272. doi:10.1037/a0026903
- Hopper, E. (1991). Encapsulation as a defence against the fear of annihilation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 72(4), 607-624.
- Horowitz, M. J. (1992). The effects of psychic trauma on mind: Structure and processing of meaning. In J. W. Barron, M. N. Eagle, D. Wolitzky (Eds.), *Interface of psychoanalysis and psychology* (pp. 489-500). Washington, DC US: American Psychological Association. doi:10.1037/10118-022
- Horowitz, M. J. (1998). *Cognitive psychodynamics: conflict to character*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Horowitz, M. (2012). *Uncovering the unconscious: A course in self transformation*. Createspace Independent Pub.
- Jeffreys, M. D., Leibowitz, R. Q., Finley, E., & Arar, N. (2010). Trauma disclosure to health care professionals by veterans: Clinical implications. *Military Medicine*, 175(10), 719-724.
- Johnson, E. K., & Chronister, J. (2010). Psychosocial adjustment and coping in the post-conflict setting. In E. Martz (Ed.), *Trauma rehabilitation after war and conflict: Community and individual perspectives* (pp. 265-290). New York, NY US: Springer Science + Business Media. doi:10.1007/978-1-4419-5722-1_12
- Kaplan, S., & Laub, D. (2009). Affect regulator in extreme traumatization - Fragmented narratives of Holocaust survivors hospitalized in psychiatric institutions. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 32(2), 93-104.
- Khan, M. R. (1963). The concept of cumulative trauma. *Psychoanalytic Study of The Child*, 18, 286-306.
- Khan, M. R. (1964). Ego distortion, cumulative trauma, and the role of reconstruction in the analytic situation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 45, 272-279.
- Kimhi, S., & Eshel, Y. (2009). Individual and public resilience and coping with long-term outcomes of war. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 14, 70-89. doi:10.1111/j.1751-9861.2009.00041.x
- King, L. A., King, D. W., Fairbank, J. A., Keane, T. M., & Adams, G. A. (1998). Resilience—recovery factors in post-traumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: Hardiness, postwar social support, and additional stressful life events.

- Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 420-434. doi:10.1037/0022-3514.74.2.420
- Kilshaw, S. M. (2004). Friendly fire: The construction of Gulf War Syndrome narratives. *Anthropology & Medicine*, 11, 149-160. doi:10.1080/13648470410001678659
- Kitron, D. G. (2003). Repetition compulsion and self-psychology: Towards a reconciliation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 84, 427-441. doi:10.1516/PHT8-9K7N-ELYY-G90F
- Klein, M. (1932). *The psycho-Analysis of children*. London: Hogarth.
- Klug, G., & Huber, D. (2009). Psychic structure: Exploring an empirically still unknown territory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57, 149-173. doi:10.1177/0003065108330085
- Knetig, J. (2013). *Mentalization, social competence and the use of social support in a military population: The impact on post-traumatic stress*. Retrieved from Dissertation Abstracts International (74).
- Knox, J. (2003). Trauma and defences: Their roots in relationship. *The Journal of Analytical Psychology*, 48, 207-233. doi:10.1111/1465-5922.t01-2-00007
- Koren, D., Hilel, Y., Idar, N., Hemel, D., & Klein, E. M. (2007). Combat stress management: The interplay between combat, physical injury, and psychological trauma. In C. R. Figley, W. P. Nash (Eds.), *Combat stress injury: Theory, research, and management* (pp. 119-135). New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Krystal, H. (1985). Trauma and the stimulus barrier. *Psychoanalytic Inquiry*, 5(1), 131-161.
- Kudler, H. (2007). The need for psychodynamic principles in outreach to new combat veterans and their families. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis & Dynamic Psychiatry*, 35, 39-50. doi:10.1521/jaap.2007.35.1.39
- Kudler, H., & Straits-Tröster, K. (2009). Partnering in support of war zone veterans and their families. *Psychiatric Annals*, 39, 64-70. doi:10.3928/00485713-20090201-04
- Larner, B., & Blow, A. (2011). A model of meaning-making coping and growth in combat veterans. *Review of General Psychology*, 15, 187-197. doi:10.1037/a0024810
- Laub, D. (2005). Traumatic Shutdown of Narrative and Symbolization: A Death Instinct Derivative?. *Contemporary Psychoanalysis*, 41(2), 307-326.
- Laub, D., & Auerhahn, N. C. (1989). Failed empathy - a central theme in the survivor's holocaust experience. *Psychoanalytic Psychology*, 6, 377-400. doi:10.1037/0736-9735.6.4.377

- Laub, D., & Lee, S. (2003). Thanatos and massive psychic trauma: The impact of death instinct on knowing, remembering, and forgetting. *Journal of The American Psychoanalytic Association*, 51, 433-464. doi:10.1177/00030651030510021201
- Laufer, R. S. (1988). The serial self: War trauma, identity, and adult development. In J. P. Wilson, Z. Harel, & B. Kahana (Eds.), *Human adaptation to extreme stress*. New York: Plenum Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lee, D. A., Scragg, P., & Turner, S. (2001). The role of shame and guilt in traumatic events: A clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 451-466. doi: 10.1348/000711201161109
- Lee, J. C., Sudom, K. A., & McCreary, D. R. (2011). Higher-order model of resilience in the Canadian forces. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 43, 222-234. doi:10.1037/a0024473
- Lepore, S. J., & Revenson, T. A. (2006). Resilience and posttraumatic growth: Recovery, resistance, and reconfiguration. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp. 24– 46). New York, NY: Erlbaum.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2008). Biographical truths and their clinical consequences: Understanding 'embodied memories' in a third psychoanalysis with a traumatized patient recovered from severe poliomyelitis. *The International Journal of Psychoanalysis*, 89, 1165-1187. doi:10.1111/j.1745-8315.2008.00100.x
- Leys, R. (2007). *From guilt to shame: Auschwitz and after*. Princeton, NJ, US: Princeton University Press.
- Lindy, J. D., & Wilson, J. P. (2001). Respecting the trauma membrane: Above all, do no harm. In J. P. Wilson, M. J. Friedman, J. D. Lindy (Eds.), *Treating psychological trauma and PTSD* (pp. 432-445). New York, NY, US: Guilford Press.
- Litz, B. T. (2007). Research on the impact of military trauma: Current status and future directions. *Military Psychology*, 19, 217-238. doi:10.1080/08995600701386358
- Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C., & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*, 29, 695-706. doi:10.1016/j.cpr.2009.07.003
- MacNair, R. M. (2002). Perpetration-induced traumatic stress in combat veterans. Peace and conflict: *Journal of Peace Psychology*, 8, 63-72. doi:10.1207/S15327949PAC0801_6

- MacNair, R. M. (2007). Killing as trauma. In E. K. Carll (Ed.), *Trauma psychology: Issues in violence, disaster, health, and illness, Vol 1: Violence and disaster* (pp. 147-162). Westport, CT, US: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.
- Maedl, A., Schauer, E., Odenwald, M., & Elbert, T. (2010). Psychological rehabilitation of ex-combatants in non-Western, post-conflict settings. In E. Martz (Ed.), *Trauma rehabilitation after war and conflict: Community and individual perspectives* (pp. 177-213). New York, NY US: Springer Science + Business Media. doi:10.1007/978-1-4419-5722-1_9
- Maguen, S., Lucenko, B. A., Reger, M. A., Gahm, G. A., Litz, B. T., Seal, K. H., & ... Marmar, C. R. (2010). The impact of reported direct and indirect killing on mental health symptoms in Iraq War veterans. *Journal of Traumatic Stress, 23*, 86-90. doi: 10.1002/jts.20434
- Maguen, S., Metzler, T. J., Litz, B. T., Seal, K. H., Knight, S. J., & Marmar, C. R. (2009). The impact of killing in war on mental health symptoms and related functioning. *Journal of Traumatic Stress, 22*, 435-443. doi:10.1002/jts.20451
- Maia, Â., McIntyre, T., Pereira, M. G., & Fernandes, E. M. (2006). Por baixo das pústulas da guerra: Reflexões sobre um estudo com ex-combatentes da guerra colonial. In M. Gama (Ed.), *A guerra colonial (1961-1974)* (pp. 11-28). Braga, Portugal: Universidade do Minho - Centro de Estudos Lusíadas.
- Maia, Â., McIntyre, T., Pereira, M. G., & Ribeiro, E. (2011). War exposure and post-traumatic stress as predictors of Portuguese. *Anxiety, Stress, & Coping, 24*, 309-325. doi: 1080/10615806.2010.521238.
- Main, M., Hesse, E., & Goldwyn, R. (2008). Studying differences in language usage in recounting attachment history: An introduction to the AAI. In H. Steele, M. Steele, H. Steele, M. Steele (Eds.), *Clinical applications of the Adult Attachment Interview* (pp. 31-68). New York, NY, US: Guilford Press.
- Martz, E. (2010). Introduction to trauma rehabilitation after war and conflict. In E. Martz (Ed.), *Trauma rehabilitation after war and conflict: Community and individual perspectives* (pp. 1-25). New York, NY US: Springer Science + Business Media. doi:10.1007/978-1-4419-5722-1_1
- Martz, E., & Lindy, J. (2010). Exploring the trauma membrane concept. In E. Martz (Ed.), *Trauma rehabilitation after war and conflict: Community and individual perspectives* (pp. 27-54). New York, NY US: Springer Science + Business Media. doi:10.1007/978-1-4419-5722-1_2

- Masten, A. S., & Wright, M. O. (2010). Resilience over the lifespan: Developmental perspectives on resistance, recovery, and transformation. In J. W. Reich, A. J. Zautra, J. S. Hall (Eds.), *Handbook of adult resilience* (pp. 213-237). New York, NY, US: Guilford Press.
- Mazza, M., Giusti, L., Albanese, A., Mariano, M., Pino, M. C., & Roncone, R. (2012). Social cognition disorders in military police officers affected by posttraumatic stress disorder after the attack of An-Nasiriyah in Iraq 2006. *Psychiatry Research*, 198, 248-252. doi:10.1016/j.psychres.2011.11.027
- McKenzie, D. P., Creamer, M., Kelsall, H. L., Forbes, A. B., Ikin, J. F., Sim, M. R., & McFarlane, A. C. (2010). Temporal relationships between Gulf War deployment and subsequent psychological disorders in Royal Australian Navy Gulf War veterans. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 843-852. doi:10.1007/s00127-009-0134-1
- Meerloo, J. A. (1969). Eichmannism: Cold violence and robotized pugnacity. *Psychoanalytic Review*, 56(4), 609-614.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Horesh, N. (2006). Attachment bases of emotion regulation and posttraumatic adjustment. In D. K. Snyder, J. Simpson, J. N. Hughes (Eds.), *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health* (pp. 77-99). Washington, DC US: American Psychological Association. doi:10.1037/11468-004
- Miliora, M. T. (1998). Trauma, dissociation, and somatization: A self-psychological perspective. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 26(2), 273-293.
- Miller, R., & Johnson, D. (2012). The capacity for symbolization in posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4, 112-116. doi:10.1037/a0021580
- Mitchell, M. M., Gallaway, M., Millikan, A., & Bell, M. R. (2011). Combat stressors predicting perceived stress among previously deployed soldiers. *Military Psychology*, 23, 573-586. doi:10.1080/08995605.2011.616478
- Mitrani, J. L. (1995). Toward an understanding of unmentalized experience. *The Psychoanalytic Quarterly*, 64(1), 68-112.
- Moore, Y. (2009). Thoughts on representation in therapy of Holocaust survivors. *The International Journal of Psychoanalysis*, 90, 1373-1391. doi:10.1111/j.1745-8315.2009.00218.x

- Moses, R. (1978). Adult psychic trauma: The question of early predisposition and some detailed mechanisms. *The International Journal of Psychoanalysis*, 59(2-3), 353-363.
- Nash, W. P. (2007a). The stressors of war. In C. R. Figley, W. P. Nash (Eds.), *Combat stress injury: Theory, research, and management* (pp. 11-31). New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Nash, W. P. (2007b). Combat/operational stress adaptations and injuries. In C. R. Figley, W. P. Nash (Eds.), *Combat stress injury: Theory, research, and management* (pp. 33-63). New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Nash, W. P., Carper, T., Mills, M., Au, T., Goldsmith, A., & Litz, B. T. (2013). Psychometric evaluation of the Moral Injury Events Scale. *Military Medicine*, 178, 646-652. doi:10.7205/MILMED-D-13-00017
- Niederland, W. G. (1981). The survivor syndrome: Further observations and dimensions. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 29, 413-425.
- Ogden, T. H. (1989). *The primitive edge of experience*. Lanham, MD US: Jason Aronson.
- Opp, R. E., & Samson, A. Y. (1989). Taxonomy of guilt for combat veterans. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20, 159-165. doi:10.1037/0735-7028.20.3.159
- Orlandini, A. (2004). Repetition compulsion in a trauma victim: Is the 'analgesia principle' beyond the pleasure principle? Clinical implications. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis & Dynamic Psychiatry*, 32, 525-540. doi:10.1521/jaap.32.3.525.44777
- Ornstein, A. (2003). Survival and recovery: Psychoanalytic reflections. In M. J. Gehrie (Ed.), *Explorations in self psychology: Progress in self psychology; vol. 19* (pp. 85-105). New York, NY US: The Analytic Press/Taylor & Francis Group.
- Ortigo, K. M., Westen, D., DeFife, J. A., & Bradley, B. (2013). Attachment, social cognition, and posttraumatic stress symptoms in a traumatized, urban population: Evidence for the mediating role of object relations. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 361-368. doi:10.1002/jts.21815
- Osrán, H. C., Smee, D. E., Sreenivasan, S., & Weinberger, L. E. (2010). Living outside the wire: Toward a transpersonal resilience approach for OIF/OEF veterans transitioning to civilian life. *Journal of Transpersonal Psychology*, 42(2), 209-235.
- Palgi, Y., & Ben-Ezra, M. (2010). 'Back to the future': Narrative treatment for post-traumatic, acute stress disorder in the case of paramedic Mr. G. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 6(1), 1-26.

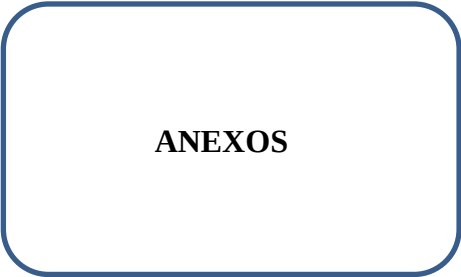
- Park, C. L., & Ai, A. L. (2006). Meaning making and growth: New directions for research on survivors of trauma. *Journal of Loss and Trauma*, 11, 389-407. doi:10.1080/15325020600685295
- Payne, A. J., Joseph, S., & Tudway, J. (2007). Assimilation and accommodation processes following traumatic experiences. *Journal of Loss and Trauma*, 12, 73-89. doi:10.1080/15325020600788206
- Pereira, A. (2012). *Trauma e perturbação de stress pós-traumático*. (Tese de Mestrado não publicada). ISPA, Lisboa, Portugal.
- Pereira, M. G., Pedras, S., Lopes, C., Pereira, M., & Machado, J. (2010a). PTSD, psicopatologia e tipo de família em veteranos de guerra colonial portuguesa. *Revista de Psicologia Militar*, 19, 211-232.
- Pereira, M. G., Pedras, S., Lopes, C., Pereira, M., & Machado, J. (2010b). *Saúde mental, doença, tipo de família, suporte social e qualidade de vida em veteranos da guerra colonial portuguesa*. In Carlos Sequeira (Ed.I, Actas do II Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. Barcelos, Portugal: Casa de Saúde de S. João de Deus.
- Pham, P. N., Vinck, P., Kinkodi, D. K., & Weinstein, H. M. (2010). Sense of coherence and its association with exposure to traumatic events, posttraumatic stress disorder, and depression in eastern Democratic Republic of Congo. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 313-321. doi: 10.1002/jts.20527
- Phillips, S. H. (1991). Trauma and war: A fragment of an analysis with a Vietnam veteran. *The Psychoanalytic Study of The Child*, 46, 147-180.
- Pietrzak, R. H., Johnson, D. C., Goldstein, M. B., Malley, J. C., & Southwick, S. M. (2009). Psychological resilience and postdeployment social support protect against traumatic stress and depressive symptoms in soldiers returning from operations enduring freedom and Iraqi freedom. *Depression and Anxiety*, 26, 745-751. doi:10.1002/da.20558
- Quintais, L. (2000). Memória e trauma numa unidade psiquiátrica. *Análise Social*, 34(151-152), 673-684.
- Racklin, J. (1999). *The roles of sense of coherence, spirituality, and religion in responses to trauma*. Retrieved from Dissertation Abstracts International (59).
- Riggs, S. A., Paulson, A., Tunnell, E., Sahl, G., Atkison, H., & Ross, C. A. (2007). Attachment, personality, and psychopathology among adult inpatients: Self-reported

- romantic attachment style versus Adult Attachment Interview states of mind. *Development and Psychopathology*, 19, 263-291. doi:10.1017/S0954579407070149
- Rosenblum, R. (2009). Postponing trauma: The dangers of telling. *The International Journal of Psychoanalysis*, 90, 1319-1340. doi:10.1111/j.1745-8315.2009.00171.x
- Rosenbaum, B., & Varvin, S. (2007). The influence of extreme traumatization on body, mind and social relations. *International Journal of Psycho-Analysis*, 88, 1527-1542. doi: 10.1516/ijpa.2007.1527
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). From ego depletion to vitality: Theory and findings concerning the facilitation of energy available to the self. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(2), 702-717.
- Sayer, N. A., Friedemann-Sanchez, G., Spont, M., Murdoch, M., Parker, L. E., Chiro, C., & Rosenheck, R. (2009). A qualitative study of determinants of PTSD treatment initiation in veterans. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 72, 238-255. doi:10.1521/psyc.2009.72.3.238
- Schnurr, P. P., Lunney, C. A., Sengupta, A., & Waelde, L. C. (2003). A descriptive analysis of PTSD chronicity in Vietnam veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 545-553. doi:10.1023/B:JOTS.00000004077.22408.cf
- Sendas, S. (2010). *Elaboração de significado das histórias de vida de ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa com e sem Perturbação de Stress Pós-Traumático*. (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Shalit, B. (1988). *The psychology of conflict and combat*. New York, NY England: Praeger Publishers.
- Sharp, C., Fonagy, P., & Allen, J. G. (2012). Posttraumatic stress disorder: A social-cognitive perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 19, 229-240. doi:10.1111/cpsp.12002
- Shay, J. (2002). *Odysseus in America: Combat trauma and the trials of homecoming*. New York: Scribner.
- Shay, J. (2014). Moral injury. *Psychoanalytic Psychology*, 31, 182-191. doi:10.1037/a0036090
- Smith, S. (2013). *Effects of attachment behavior patterns on posttraumatic stress disorder and perceived recovery in female U. S. military personnel*. Retrieved from Dissertation Abstracts International (74).

- Smith, A. J., Benight, C. C., & Cieslak, R. (2013). Social support and postdeployment coping self-efficacy as predictors of distress among combat veterans. *Military Psychology*, 25, 452-461. doi:10.1037/mil0000013
- Stappenbeck, C. A., Hellmuth, J. C., Simpson, T., & Jakupcak, M. (2014). The effects of alcohol problems, PTSD, and combat exposure on nonphysical and physical aggression among Iraq and Afghanistan war veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6, 65-72. doi:10.1037/a0031468
- Stein, H. H. (2007). Combat Veterans: Impressions of an analytic observer in a non-analytic observer. *Journal of The American Academy of Psychoanalysis & Dynamic Psychiatry*, 35, 575-589. doi:10.1521/jaap.2007.35.4.575
- Stein, H., & Allen, J. G. (2007). Mentalizing as a framework for integrating therapeutic exposure and relationship repair in the treatment of a patient with complex posttraumatic psychopathology. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71, 273-290. doi:10.1521/bumc.2007.71.4.273
- Steiner, J. (1993) *Psychic retreats: Pathological organizations in psychotic, neurotic, and borderline patients*. London and New York: Routledge.
- Subic-Wrana, C., Beutel, M. E., Garfield, D. S., & Lane, R. D. (2011). Levels of emotional awareness: A model for conceptualizing and measuring emotion-centered structural change. *The International Journal of Psychoanalysis*, 92, 289-310. doi:10.1111/j.1745-8315.2011.00392.x
- Tarantelli, C. (2003). Life within death: Towards a metapsychology of catastrophic psychic trauma. *The International Journal of Psychoanalysis*, 84, 915-928. doi:10.1516/NPEL-X40F-3QH3-MXAX
- Tedeschi, R. G., & McNally, R. J. (2011). Can we facilitate posttraumatic growth in combat veterans?. *American Psychologist*, 66, 19-24. doi:10.1037/a0021896
- Tutté, J. (2004). The concept of psychical trauma: A bridge in interdisciplinary space. *The International Journal of Psychoanalysis*, 85, 879-921. doi:10.1516/RQAT-VGJ3-Y1XQ-DW37
- van der Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K., & Brown, D. (2004). Trauma-related dissociation: Conceptual clarity lost and found. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*; 38, 906-914. doi:10.1080/j.1440-1614.2004.01480.x
- van der Kolk, B. A. (1999). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. In M. J. Horowitz (Ed.), *Essential papers on*

- posttraumatic stress disorder* (pp. 301-326). New York, NY US: New York University Press.
- van der Kolk, B. A., & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 505-525. doi:10.1002/jts.2490080402
- van der Kolk, B. A., van der Hart, O., & Marmar, C. R. (1995). Dissociation and information processing in posttraumatic stress disorder. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: Guilford Press.
- Vargas, A. (2012). *Themes of moral injury in trauma experiences of Vietnam combat veterans: A qualitative examination of the NVVRS*. Retrieved from Dissertation Abstracts International (74).
- Vargas, A. F., Hanson, T., Kraus, D., Drescher, K., & Foy, D. (2013). Moral injury themes in combat veterans' narrative responses from the National Vietnam Veterans' Readjustment Study. *Traumatology*, 19, 243-250. doi:10.1177/1534765613476099
- Varvin, S. (2003). *Mental survival strategies after extreme traumatisation*. Copenhagen: Multivers.
- Varvin, S. (2007, July). *Trauma and resilience*. Paper presented at 45th International Psychoanalytical Association Congress, Berlin, Germany.
- Varvin, S. (2010, August). *Back on the track - or a new pathway? Psychotherapy of traumatized persons as a developmental process*. Paper presented at IASA Conference 2010, Cambridge, UK.
- Varvin, S., & Rosenbaum, B. (2003). Extreme traumatisation: Strategies for mental survival. *International Forum of Psychoanalysis*, 12, 5-16. doi:10.1080/08037060310005223
- Varvin, S., & Rosenbaum, B. (2015). Trauma: Depletion and resilience. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 34(2), 6-17.
- Vasterling, J. J., Daly, E. S., & Friedman, M. J. (2011). Posttraumatic stress reactions over time: The battlefield, homecoming, and long-term course. In J. I. Ruzek, P. P. Schnurr, J. J. Vasterling, M. J. Friedman (Eds.), *Caring for veterans with deployment-related stress disorders* (pp. 35-55). Washington, DC US: American Psychological Association. doi:10.1037/12323-002
- Vasterling, J. J., Proctor, S. P., Friedman, M. J., Hoge, C. W., Heeren, T., King, L. A., & King, D. W. (2010). PTSD symptom increases in Iraq-deployed soldiers: Comparison with nondeployed soldiers and associations with baseline symptoms, deployment

- experiences, and postdeployment stress. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 41-51. doi: 10.1002/jts.20487
- Viñar, M. N. (2005). The specificity of torture as trauma: The human wilderness when words fail. *The International Journal of Psychoanalysis*, 86, 311-333. doi:10.1516/HTXE-6E9W-7BPE-BECD
- Violanti, J. M. (1996). Trauma, stress and police work. In D. Paton & J..M. Violanti (Eds.) *Traumatic stress in critical occupations: Recognition, consequences, and treatment*. Springfield, IL: Charles C. Thomas Publishers.
- Werbart, A., & Lindbom-Jakobson, M. (1993). The 'living dead': Survivors of torture and psychosis. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 7, 163-180. doi:10.1080/02668739300700121
- Wexler, H. (1972). The life master: A case of severe ego regression induced by combat experience in World War II. *The Psychoanalytic Study of The Child*, 27, 565-597.
- Winnicott, D. W. (1958). The capacity to be alone. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 416-420.
- Wood, M. D., Britt, T. W., Thomas, J. L., Klocko, R. P., & Bliese, P. D. (2011). Buffering effects of benefit finding in a war environment. *Military Psychology*, 23, 202-219. doi:10.1080/08995605.2010.521732
- Worthington, E. r., & Langberg, D. (2012). Religious considerations and self-forgiveness in treating complex trauma and moral injury in present and former soldiers. *Journal of Psychology and Theology*, 40(4), 274-288.
- Ying, Y., Akutsu, P. D., Zhang, X., & Huang, L. N. (1997). Psychological dysfunction in Southeast Asian refugees as mediated by sense of coherence. *American Journal of Community Psychology*, 25, 839-859. doi:10.1023/A:1022217330005
- Zerach, G., Greene, T., Ginzburg, K., & Solomon, Z. (2014). The relations between posttraumatic stress disorder and persistent dissociation among ex-prisoners of war: A longitudinal study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6, 99-108. doi:10.1037/a0031599
- Zornig, S., & Levy, L. (2011). Trauma and deprivation: The relationship between early object relations and the constitution of a sense of self. *International Forum of Psychoanalysis*, 20, 26-30. doi:10.1080/0803706X.2010.501814



ANEXOS

ANEXO A

Consentimento informado dos participantes no estudo

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA

Título do Estudo: Narrativa em busca de estória: Estudo da relação da estrutura psíquica com a exposição a acontecimentos traumáticos em militares participantes em cenários de guerra

Investigador Responsável: Paulo Ferrajão

Equipa de Investigação: Rui Aragão Oliveira

Financiamento: Fundação para a Ciência e a Tecnologia (SFRH/BD/68561/2010)

Instituição: ISPA, Instituto Universitário

Contactos:

Telefone: 964 316 116

Endereço electrónico: pauloferrajao@gmail.com

Caro Veterano

Convidamo-lo a participar num projeto de investigação realizado pelo psicólogo Dr. Paulo Ferrajão, que tem como objetivo compreender de que forma a experiência em cenário de guerra influencia a forma de se ver a si mesmo e a forma de lidar com os problemas.

A participação nesta investigação é voluntária. Quaisquer questões que tenha relativamente ao estudo podem ser esclarecidas junto do investigador, ao longo de todo o processo de investigação.

Se concordar em participar nesta investigação ser-lhe-á pedido que aceite realizar responder a alguns questionários. Toda a informação recolhida será tratada de forma confidencial, ao abrigo do Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). O tratamento dos dados manterá o seu anonimato e não possibilitará o reconhecimento da sua identidade. Mais especificamente, não serão nunca utilizadas quaisquer informações biográficas que permitam a sua identificação.

Os benefícios relacionados com a investigação ligam-se, de forma geral, à ampliação do conhecimento, e de forma particular à ampliação da sensibilidade e da compreensão dos técnicos envolvidos nos cuidados prestados aos ex-militares intervenientes em missões nestes Teatros de Operações.

CONSENTIMENTO

Li a informação que consta neste pedido de autorização. Concordo em participar neste estudo.

Assinatura do participante

Data

Assinatura do Investigador Responsável

Data

Desejo ter acesso aos resultados gerais deste estudo, através de correio electrónico: ☐

Sim ☐ Não

Se respondeu Sim, por favor indique o seu endereço electrónico: _____

ANEXO B

Brief Symptom Inventory: Avaliação dos sintomas de Depressão
(Versão Portuguesa)

BSI

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que, por vezes, as pessoas apresentam. Assinale, na sua folha de respostas, o grau em que cada problema o incomodou durante a última semana, tendo em conta que:

Nunca	N
Poucas vezes	PV
Alumas vezes	AV
Bastantes vezes	BV
Muitas vezes	MV

Deverá responder, obrigatoriamente, a todas as questões presentes neste questionário.

	N	PV	AV	BV	MV
1. Nervosismo ou tensão interior					
2. Desmaios ou tonturas.					
3. Ter a impressão de que as outras pessoas podem controlar os meus pensamentos.					
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas.					
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes.					
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente.					

	N	PV	AV	BV	MV
7. Dores sobre o coração ou no peito.					
8. Medo na rua ou praças públicas.					
9. Pensamentos de acabar com a vida.					
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas.					
11. Perder o apetite.					
12. Ter um medo súbito sem razão para isso.					
13. Ter impulsos que não se podem controlar.					
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas.					
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho.					
16. Sentir-se sozinho.					
17. Sentir-se triste.					
18. Não ter interesse por nada.					
19. Sentir-se aterrorizado.					
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos.					
21. Sentir que as pessoas não são amigas ou não gostam de si.					
22. Sentir-se inferior aos outros					
23. Vontade de vomitar ou mal-estar no estômago.					
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si.					
25. Dificuldade em adormecer.					

	N	PV	AV	BV	MV
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz.					
27. Dificuldade em tomar decisões.					
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro.					
29. Sensação que lhe falta o ar.					
30. Calafrios ou afrontamentos.					
31. Ter que evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo.					
32. Sensação de vazio na cabeça.					
33. Sensação de anestesia (entorpecimento ou formigueiro no corpo).					
34. Ter a ideia de que deveria ser castigado pelos seus pecados.					
35. Sentir-se sem esperança pelo seu futuro.					
36. Ter dificuldade em se concentrar.					
37. Falta de forças em partes do corpo.					
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição.					
39. Pensamentos sobre morte ou que vai morrer.					
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém.					
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas.					
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas.					
43. Sentir-se mal no meio das multidões.					

	N	PV	AV	BV	MV
44. Grande dificuldade em sentir-se «próximo» de outra pessoa.					
45. Ter ataques de terror ou pânico.					
46. Entrar facilmente em discussão.					
47. Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho.					
48. Sentir que as pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades.					
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto.					
50. Sentir que não tem valor.					
51. A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si.					
52. Ter sentimentos de culpa.					
53. Ter a impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça.					

ANEXO C

Impact of Event Scale - Revised

(Versão Portuguesa)

IES-R

Listamos abaixo as dificuldades que as pessoas algumas vezes apresentam, após passar por eventos stressantes. Com relação às memórias do evento stressor por favor, leia cada item abaixo e depois marque com um X a coluna que melhor corresponde ao seu nível de stresse, nos últimos 7 dias.

	Nada	Pouco	Moderada mente	Muito	Extrema mente
1. Qualquer lembrança traz de volta sentimentos sobre a situação.					
2. Tenho insónias.					
3. Outros acontecimentos fazem com que eu pense na situação.					
4. Sinto-me irritável e zangado.					
5. Evito ficar chateado quando penso sobre a situação ou me lembro dela.					
6. Eu penso sobre a situação mesmo quando não tenho intenção de pensar.					
7. Sinto como se não tivesse passado pela situação ou como se não fosse real.					
8. Afasto-me de coisas que me relembram a situação.					
9. Imagens sobre a situação surgem na minha cabeça.					

	Nada	Pouco	Moderada mente	Muito	Extrema mente
10. Fico sobressaltado e facilmente alarmado.					
11. Tento não pensar sobre a situação.					
12. Ainda tenho muitas emoções ligadas à situação, mas evito-as.					
13. Os meus sentimentos sobre a situação estão entorpecidos.					
14. Já agi ou senti-me como se estivesse de volta à situação.					
15. Tenho problemas em dormir.					
16. Tenho fortes emoções relativas à situação.					
17. Tento retirar a situação da minha memória.					
18. Tenho problemas de concentração.					
19. Lembranças da situação fazem com que eu tivesse reações físicas, como suores, problemas para respirar, náuseas ou coração acelerado.					
20. Tive sonhos sobre a situação.					
21. Sinto-me atento ou à defesa.					
22. Tento não falar sobre a situação.					

ANEXO D

Combat Exposure Scale (CES; Keane et al., 1989)

(Versão Portuguesa)

CES

	Não	1-3	4-12	13-50	+ 51
1. Alguma vez saiu em patrulhas de combate ou teve outros serviços perigosos.					
	Nunca	< 1 mês	1-3 meses	4-6 meses	> 7 meses
2. Alguma vez esteve sob fogo inimigo?					
	Não	1-2	3-12	13-25	+ 26
3. Alguma vez esteve cercado pelo inimigo?					
	Nenhum	1-25%	26-50%	51-75%	+76%
4. Qual a percentagem de soldados da sua companhia foram mortos, feridos ou desapareceram?					
	Nunca	1-2	3-12	13-50	+ 51
5. Quantos combates teve com o inimigo?					
	Nunca	1-2	3-12	13-50	+ 51
6. Quantas vezes viu alguém ser atingido durante um combate?					
	Nunca	1-2	3-12	13-50	+ 51
7. Quantas vezes esteve em perigo de ser morto ou ferido (preso, emboscado, acidente)?					

ANEXO E

Sense of Coherence Questionnaire (SOCS)

(Versão Portuguesa)

SOCS

Por favor, assinale o número que melhor expressa a sua resposta. Cada questão tem sete respostas possíveis, com os números 1 e 7 como respostas extremas. Por favor responda a cada questão e dê apenas uma resposta por questão. Algumas das questões são muito semelhantes, mas deverá responder a todas elas.

1. Quando você fala com as pessoas tem a sensação que elas não o compreendem?								
Nunca tenho essa sensação.	1	2	3	4	5	6	7	Tenho sempre essa sensação.
2. Quando tem que fazer algo que depende da cooperação com os outros, você tem o sentimento que:								
Não correr bem.	1	2	3	4	5	6	7	Tudo vai correr bem.
3. Pense nas pessoas com quem tem contacto diariamente, para além daqueles de quem se sente mais próximo. Quanto conhece a maioria dessas pessoas?								
Sente que eles são estranhos para si.	1	2	3	4	5	6	7	Conhece-os muito bem.
4. Tem o sentimento que não se interessa pelo que se passa à sua volta?								
Muito raramente ou nunca.	1	2	3	4	5	6	7	Muito frequentemente.
5. Fica surpreendido pelo comportamento das pessoas que você pensava que conhecia bem?								
Nunca.	1	2	3	4	5	6	7	Sempre.
6. Alguma vez aconteceu que as pessoas com quem contava o desapontassem?								
Nunca aconteceu.	1	2	3	4	5	6	7	Acontece sempre.

7. A vida é:								
Cheia de interesse.	1	2	3	4	5	6	7	Completamente rotineira.
8. Até agora, a sua vida tem sido:								
Sem objectivos ou propósitos claros.	1	2	3	4	5	6	7	Com objectivos ou propósitos claros.
9. Tem o sentimento que você já foi tratado injustamente?								
Muito frequentemente.	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca.
10. Nos últimos dez anos, a sua vida tem sido:								
Cheia de mudanças, sem que você saiba o que irá acontecer a seguir.	1	2	3	4	5	6	7	Completamente consistente e clara.
11. A maioria das coisas que você fará no futuro será:								
Completamente fascinante.	1	2	3	4	5	6	7	Muito aborrecida.
12. Tem o sentimento que você é tratado injustamente?								
Muito frequentemente.	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca.
13. O que melhor descreve a forma como você vê a vida:								
Conseguimos encontrar sempre uma solução para as coisas dolorosas da vida.	1	2	3	4	5	6	7	Não existe solução para as coisas dolorosas da vida.
14. Quando pensa sobre a sua vida, muitas vezes:								

Sente que é bom estar vivo.	1	2	3	4	5	6	7	Pergunta-se a si próprio porque é que está vivo.
15. Quando se confronta com um problema difícil, a escolha duma solução é:								
Sempre confusa e difícil de encontrar.	1	2	3	4	5	6	7	Sempre totalmente clara.
16. As coisas que faz diariamente são:								
Uma fonte de grande prazer e satisfação.	1	2	3	4	5	6	7	Uma fonte de dor e aborrecimento.
17. A sua vida no futuro será provavelmente:								
Cheia de mudanças sem você saber o que vai acontecer a seguir.	1	2	3	4	5	6	7	Completamente consistente e clara.
18. Quando algo desagradável acontece, a sua tendência é:								
Martirizar-se com isso.	1	2	3	4	5	6	7	Dizer “ok, é isso. Eu tenho de viver com isso”, e seguir em frente.
19. Tem sentimentos e ideias confusos?								
Muito frequentemente.	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca.
20. Quando fazes alguma coisa que te dá um bom sentimento:								
Certamente continuará a sentir-se bem.	1	2	3	4	5	6	7	Certamente que alguma coisa irá acontecer que irá estragar esse sentimento.
21. Alguma vez aconteceu que tem sentimentos dentro de si que preferia não sentir?								

Muito frequentemente.	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca.
22. Você antecipa como a sua vida pessoal será no futuro:								
Totalmente sem significado e propósito.	1	2	3	4	5	6	7	Cheia de significado e propósito.
23. Pensa que haverá sempre pessoas com quem poderá contar no futuro?								
Tenho a certeza que haverá.	1	2	3	4	5	6	7	Você tem dúvidas que terá.
24. Acontece ter o sentimento que você não sabe exactamente o que vai acontecer?								
Muito frequentemente.	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca.
25. Muitas vezes – mesmo aquelas com um carácter forte – por vezes sentem-se perdedoras em algumas situações. Quantas vezes sente-se dessa forma?								
Nunca.	1	2	3	4	5	6	7	Muito frequentemente.
26. Quando alguma coisa acontece, sente geralmente que:								
Você sobrestimou ou desvalorizou a sua importância.	1	2	3	4	5	6	7	Você via as coisas da forma correcta.
27. Quando pensa nas dificuldades que irá enfrentar em áreas importantes da vida, tem o sentimento que:								
Você sempre tem sucesso em ultrapassar as dificuldades.	1	2	3	4	5	6	7	Você não tem sucesso em ultrapassar as dificuldades.
28. Com que frequência tem o sentimento que existe pouco significado nas coisas que faz na sua vida diária?								

Muito frequentemente.	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca.
29. Com que frequência tem o sentimento que não tem certeza que você consiga manter o controle?								
Muito frequentemente.	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca.

ANEXO F

Adaptação do Traumagraf: Avaliação testemunho e participação em violência abusiva

A - Tipo: (1) Aborto; (2) Abuso verbal e/ou emocional; (3) Acidente; (4) Complicações legais ou prisão; (5) Morte; (6) Desastre financeiro; (7) Doença; (8) Desastre natural – Terramoto, Inundação, Incêndio, Tempestade; (9) Conflito interpessoal – Divórcio, abandono; (10) Gravidez indesejada; (11) Testemunha de agressão emocional ou física; (12) Guerra; (13) Violência sexual – Violação, incesto, molestações, exibicionismo; (14) Violência não-sexual; (15) Frustração por não ter atingido objectivos pessoais importantes; (16) Outro.

B - Estádio: (1) Infantil: até aos cinco anos de idade; (2) Escola Primária: 6-12 anos; (3) Adolescência: 13-18 anos; (4) Jovem adulto: 19-24 anos; (5) Adulto: 25-34 anos; (6) Adulto: 35-60 anos; (7) Adulto: após os 60 anos.

C - Aconteceu há menos de 90 dias: (1) Sim; (2) Não.

D - Intensidade dos sintomas: (0) Não me perturbaram; (1) Perturbaram-me pouco; (2) Perturbaram-me; (3) Perturbaram-me muito; (4) Foram as piores sensações que eu algumas vezes tive..

E - Tratamento: (1) Recebi tratamento/apoio psicológico; (2) Não recebi tratamento/apoio psicológico.

F - Apoio: (1) Sim; (2) Não.