

A eficácia das estratégias de *coping* após um evento traumático: uma revisão sistemática

The Efficiency of Coping Strategies after a Traumatic Event: A Systematic Review Analysis

Ângela Maia, Sandra Sendas, Rafaela Lopes e José Manuel Mendes



Editora

Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra

Edição electrónica

URL: <http://eces.revues.org/2058>

ISSN: 1647-0737

Refêrencia eletrónica

Ângela Maia, Sandra Sendas, Rafaela Lopes e José Manuel Mendes, « A eficácia das estratégias de *coping* após um evento traumático: uma revisão sistemática », *e-cadernos ces* [Online], 25 | 2016, colocado online no dia 15 Junho 2016, consultado a 02 Fevereiro 2017. URL : <http://eces.revues.org/2058>



ÂNGELA MAIA, SANDRA SENDAS, RAFAELA LOPES, JOSÉ MANUEL MENDES

A EFICÁCIA DAS ESTRATÉGIAS DE *COPING* APÓS UM EVENTO TRAUMÁTICO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Resumo: A resiliência após a exposição a um evento traumático está associada à eficácia das estratégias de *coping*. Todavia, não é claro o que se pode revelar eficaz após a exposição ao trauma. Com a presente revisão sistemática da literatura, o nosso objetivo foi compreender, perante os resultados psicológicos, que estratégias específicas de *coping* surgem como eficazes para o ajustamento psicológico posterior. Foram pesquisadas bases de dados eletrônicas (Medline, PsycINFO, Scopus e Google Scholar) para estudos publicados em inglês, entre 2000 e 2012, que avaliassem estratégias de *coping* e os resultados psicológicos em adultos vítimas de um evento traumático nos dois anos anteriores à avaliação. Das 60 publicações encontradas inicialmente, apenas cinco foram incluídas nesta revisão. Não encontramos estudos sobre a relação entre *coping* social e ajustamento psicológico. Existem controvérsias quanto às estratégias de evitamento serem mais prejudiciais do que a verbalização de sentimentos negativos, sugerindo a necessidade de se refletir acerca dos benefícios de encorajar as vítimas a expressarem pensamentos e sentimentos após a exposição a um evento traumático.

Palavras-chave: adaptação, estratégias de *coping*, evento traumático, expressão emocional, vítimas.

THE EFFICIENCY OF COPING STRATEGIES AFTER A TRAUMATIC EVENT: A SYSTEMATIC REVIEW ANALYSIS

Abstract: Resilience after exposure to a traumatic event is related to the efficiency of coping strategies. Nevertheless, it is not clear what reveals itself as efficient after exposure to trauma. With this review analysis the aim was to understand, in face of psychological results, what specific coping strategies emerge as efficient for subsequent psychological adjustment. The review focused on electronic databases (Medline, PsycINFO, Scopus e Google Scholar) for studies, published in English between 2000 and 2012, that evaluated coping strategies and psychological results in adults that were victims of a traumatic event two years prior to evaluation. Of the 60 publications initially found, only five were included in this review analysis. No studies were found accounting for an association between social coping and psychological adjustment. There are some controversies about avoidance strategies being more harmful than the verbalization of negative feelings, suggesting there is a need to reflect about the benefits of encouraging victims to express feelings and thoughts after a traumatic event.

Keywords: adaptation, coping strategies, emotional expression, traumatic event, victims.

INTRODUÇÃO

Viver envolve aceitar que se pode, a qualquer momento, ser confrontado com a tragédia. Durante o curso normal da vida, a maioria das pessoas são confrontadas com pelo menos um, e às vezes vários, eventos potencialmente traumáticos, como uma experiência de violência ou o risco de vida ou a morte de alguém próximo (Kessler *et al.*, 1995). Embora essas experiências estejam associadas ao sofrimento emocional, não há um determinismo claro entre a exposição a determinado acontecimento e o desenvolvimento de psicopatologia. Algumas pessoas sofrem de stress crónico ou sintomatologia depressiva e é-lhes difícil funcionar no trabalho ou nos relacionamentos íntimos anos após o evento, enquanto outros sofrem com menor intensidade por períodos mais curtos de tempo. Outros parecem lidar com estes acontecimentos sem aparente prejuízo para as suas funções, recuperando de forma relativamente rápida e eficaz após o evento, demonstrando resiliência. De acordo com Bonanno (2004), a resiliência diz respeito à capacidade do indivíduo se manter psicologicamente ajustado apesar da exposição a eventos potencialmente traumáticos e está associada a uma variedade de processos, incluindo a utilização de estratégias de *coping* específicas. Esta ideia reforça o trabalho de Lazarus (1993) ao confirmar a existência da relação entre as estratégias de *coping* utilizadas após um evento traumático e o ajustamento psicológico posterior.

O *coping* é geralmente definido como esforços conscientes para gerir stressores internos ou externos que o indivíduo percebe como desafiando os seus recursos (Folkman e Lazarus, 1991). Tradicionalmente, a literatura tem organizado as estratégias de *coping* em dois tipos, nomeadamente, estratégias centradas na emoção e estratégias focadas no problema (Folkman e Lazarus, 1980, 1985). O *coping* focalizado no problema é geralmente visto como a capacidade de planear ativamente ou de se envolver num comportamento específico para superar o problema que causa sofrimento, enquanto o *coping* focalizado na emoção tem o objetivo de lidar com as emoções negativas produzidas pelos stressores (Folkman e Lazarus, 1980, 1985). Enquanto tentativa de regular as emoções, o *coping* focalizado na emoção pode ser baseado em estratégias ativas ou em estratégias de evitamento. *Coping* emocional ativo é a capacidade de expressar sofrimento emocional ou reformular cognitivamente o impacto do stressor (Folkman e Lazarus, 1985), enquanto o *coping* emocional de evitamento envolve, por exemplo, usar a negação ou a autodistração para evitar pensar-se na causa do sofrimento e nos sentimentos negativos associados (Holahan e Moos, 1987). Posteriormente, Folkman e Moskowitz (2004) sugerem mais dois tipos de *coping*: o *coping* centrado no significado, em que são usadas estratégias cognitivas

para encontrar um significado para situações que não podem ser resolvidas através do foco no problema, como eventos traumáticos (equivalente a tentar reestruturar cognitivamente o significado do impacto do stressor), e o *coping* social, que envolve a procura de apoio de outras pessoas.

Uma vez que as estratégias de *coping* podem promover a resiliência e o ajustamento psicológico, Lazarus (2000) salientou a importância de definir estratégias de *coping* eficazes. Neste sentido, a tendência para classificar as estratégias de *coping* como adaptativas ou mal-adaptativas foi denominada por Wortman e Silver (2001) de “mitos do *coping*”. Na procura destes “mitos”, o *coping* focado no problema aparece na literatura como sendo uma estratégia mais adaptativa do que o *coping* focado na emoção em termos de redução de sofrimento psicológico (Savicki, 2002). Todavia, parece ser o *coping* emocional o que melhor explica as diferenças no ajustamento psicológico. Isto é especialmente relevante quando se analisa a literatura sobre trauma, uma vez que as teorias clássicas sobre o *coping* foram construídas com base nas estratégias utilizadas para lidar com stressores da vida diária, enquanto os eventos traumáticos são qualitativamente diferentes das adversidades quotidianas (Folkman e Lazarus, 1985) e implicam que o indivíduo tenha vivido ou observado um ou mais eventos que envolvam a ameaça de morte, a morte real, ferimentos graves ou ameaças à sua integridade física ou a de outras pessoas (APA, 2002). Embora adaptadas para a gestão do stress de eventos diários, as estratégias de *coping* que se concentram na resolução de problemas podem não ser adequadas para lidar com eventos traumáticos, uma vez que estes não se caracterizam por terem forma de resolução. Nestes casos a gestão das emoções parece ser central.

Na maioria dos casos, após a exposição a eventos traumáticos, as vítimas têm de gerir emoções como culpa, arrependimento, horror e raiva. Os indivíduos podem gerir as suas emoções através de métodos ativos ou de evitamento (Moos, 1990). O *coping* emocional ativo, como por exemplo a expressão de sofrimento emocional, é geralmente visto como um modo adaptativo de *coping*, enquanto o *coping* emocional de evitamento é visto como mal-adaptativo (Folkman e Lazarus, 1985). Autores como Carver *et al.* (1989) sugerem que a ventilação de emoções e a verbalização de sentimentos negativos podem ser funcionais durante um período de luto, em termos de ajuste ao trauma e à perda, ajudando o indivíduo a seguir em frente. De acordo com os autores, embora temporariamente adequadas, estas estratégias, se mantidas de forma prolongada no tempo, também podem impedir a mobilização de outras respostas de sobrevivência mais construtivas. Além disso, o uso moderado de estratégias de evitamento, que normalmente é visto como inadequado, contribui para o ajustamento psicológico, ajudando a minimizar estímulos angustiantes após

experiências traumáticas. No entanto, a manutenção prolongada de evitamento pode levar ao aumento do sofrimento e pode impedir o uso de outras estratégias de *coping* mais eficazes (Carver *et al.*, 1983; Mattlin *et al.*, 1990).

Em suma, alguns estudos têm indicado o efeito positivo do *coping* ativo, focalizado na emoção, após um evento traumático (Amir *et al.*, 1997; Reynolds e Brewin, 1998), enquanto outros têm observado o efeito oposto, ou seja, o *coping* emocional de evitamento é mais benéfico a seguir a experiências potencialmente traumáticas, como a morte de um cônjuge (Bonanno *et al.*, 1995). No entanto, alguns estudos também observaram que o *coping* focalizado na emoção, especialmente se usado como uma estratégia de evitamento, está geralmente relacionado com piores consequências a nível de saúde mental (Coyne e Racioppo, 2000).

De acordo com Lazarus e Folkman (1984), o *coping* não é, em si, bom ou mau, nem é uma questão de estratégias adaptativas *versus* mal-adaptativas. A eficácia do *coping* tem de ser avaliada de acordo com cada contexto específico (situacional, temporal e tipo de stressor) e a mesma estratégia de *coping* pode ter resultados diferentes em diferentes situações (Zeidner e Saklofske, 1996). Além disso, a aplicação exclusiva de qualquer estratégia de *coping* pode levar a dificuldades (Cheng, 2001).

É de esperar que o apoio de outros significativos seja particularmente importante para lidar positiva e eficazmente com o evento traumático e, portanto, a investigação sobre a eficácia da procura de apoio de outras pessoas deve explorar as estratégias focadas nos recursos sociais (Folkman e Moskowitz, 2004). A escolha e aplicação de estratégias de *coping*, especialmente quando os outros estão envolvidos, podem estar relacionadas não só com fatores situacionais, mas também com padrões culturais (Lee e Lu, 1989; Boehnlein e Kinzie, 1995; Zeidner e Saklofske, 1996). O valor adaptativo de uma estratégia de *coping* não se limita ao ajustamento psicológico individual: a necessidade de assegurar um sentimento de pertença a um grupo social e preservar o seu bem-estar é um aspeto muito marcante de *coping* social.

Como afirmaram Yeh *et al.* (2006), as necessidades sociais e os valores culturais têm efeito sobre as estratégias de *coping* a utilizar aquando da gestão de eventos stressantes e traumáticos. Nas culturas ocidentais, expressar pensamentos e sentimentos associados a um evento traumático não só é aceitável, mas também incentivado socialmente, uma vez que as sociedades ocidentais são baseadas em valores individualistas em que são incentivadas a autonomia e individualidade. Quando a adversidade ou o trauma ocorrem, espera-se que as vítimas utilizem estratégias de *coping* que lhes permitam enfrentar o acontecimento de forma individualista (Yeh *et al.*, 2006). Pelo contrário, as culturas coletivistas, como as

sociedades orientais, enfatizam a ligação dos seres humanos (Markus e Kitayama, 1991). Enquanto as culturas individualistas valorizam a autossuficiência e autonomia, as culturas coletivistas tendem a encontrar formas de ligação às pessoas próximas (Miller, 1991; Yeh e Hwang, 2000; Yeh *et al.*, 2006). Nessas culturas, a capacidade de controlar o comportamento, pensamentos e emoções, e a motivação para acomodar os outros é um aspeto importante da autoestima, sendo a autocontenção necessária para respeitar os desejos e necessidades dos outros em primeiro lugar (Markus e Kitayama, 1991). Ao lidar com uma situação difícil, pessoas de culturas coletivistas podem optar por esconder os seus problemas, a fim de proteger os outros e manter a harmonia social. A prioridade cultural atribuída aos relacionamentos próximos (*ibidem*) sugere que, nas sociedades orientais, a recusa da vítima em expressar emoções e pensamentos após o evento traumático pode ser vista como um estilo de *coping* social, que é motivada pela necessidade de garantir a harmonia do grupo, o que é mais importante do que o bem-estar pessoal.

Considerando-se as contradições e resultados diferentes sobre o valor adaptativo de diferentes estratégias de *coping*, incluindo a expressão de pensamentos/sentimentos quando se procura lidar com um evento traumático, realizou-se a presente revisão sistemática da literatura, com o objetivo de procurar compreender, perante os resultados psicológicos, que estratégias específicas de *coping* surgem como eficazes para o ajustamento psicológico após a exposição a eventos traumáticos.

Espera-se que os resultados sejam úteis para os profissionais que trabalham em organizações humanitárias e associações de vítimas, ajudando-os a compreender que estratégias de *coping* são mais eficazes na promoção do ajustamento psicológico. Além disso, este conhecimento é importante para evitar intervenções contraproducentes com vítimas de eventos traumáticos. Trabalhar com vítimas é uma responsabilidade dupla: envolve a responsabilidade pelas intervenções necessárias e também pelas intervenções contraproducentes, e o desafio será sempre o de discriminar entre eles.

MÉTODO

Tendo por base as linhas de orientação PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) (Liberati *et al.*, 2009), consultaram-se as seguintes bases de dados: Medline, PsycINFO, Scopus e Google Scholar, usando-se as seguintes palavras-chave (em inglês): *coping*, *coping* individual, *coping* social, *coping* emocional, vítimas, stresse traumático, PTSD, ajustamento psicológico,

adaptação psicológica, psicopatologia e perturbação. Foi ainda feita pesquisa na lista de referências de cada artigo. Analisaram-se apenas artigos escritos em Inglês e publicados entre 2000 e 2012.

Os trabalhos foram selecionados de acordo com os seguintes critérios: 1) amostras constituídas apenas por adultos (acima dos 18 anos de idade); 2) avaliação de estratégias de *coping* e dos resultados psicológicos da exposição a um evento traumático nos dois anos anteriores à avaliação (por exemplo, a partir do dia do evento traumático até dois anos depois); 3) eventos traumáticos que não digam respeito a problemas de saúde (por exemplo, cancro). A exclusão de problemas de saúde como cancro ou lesões da medula espinhal prende-se com o facto de essas doenças serem crónicas e o indivíduo poder sentir-se constantemente exposto à situação traumática (o estado de saúde e os sintomas relacionados com ele), não tendo o acontecimento uma finalização definida no tempo; 4) estudos que não fossem igualmente revisões da literatura e/ou meta-análises.

Após a pesquisa inicial, os artigos foram primeiramente selecionados mediante leitura do título e do resumo. Da seleção obtida, procuraram-se e leram-se os textos integrais somente daqueles que, com base na fase anterior, pareciam cumprir os critérios de seleção definidos. A leitura integral conduziu ao número final de artigos selecionados para a presente revisão. Este processo foi realizado em equipa, primeiramente, pelo primeiro autor e, seguidamente, pelos restantes autores que constituíam a equipa de trabalho. Desacordos na seleção final dos artigos foram discutidos e reajustados sempre que necessário até o entendimento geral ser obtido.

QUADRO 1 - SUMÁRIO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS PARA REVISÃO

Autor(es)	Amostra e evento traumático	Tempo desde o evento traumático	Medidas de <i>coping</i>	Indicadores de saúde física e psicológica	Procedimento
Sharkansk et al. (2000)	N = 1058; 90% homens. Média de idades = 29,9, DP = 8,3 Exposição a combate (Guerra do Golfo)	T1 – 5 dias após regressar do combate T2 – 18-24 meses a seguir à primeira avaliação	<i>Coping Responses Inventory</i> (CRI; Moos, 1990).	PTSD (<i>Post-Traumatic Stress Disorder</i>): <i>Mississippi Scale for Combat-Related PTSD</i> (M-PTSD; Keane et al., 1988) Depressão : <i>Brief Symptom Inventory depression scale</i> (BSI; Derogatis e Spencer, 1982)	T1 – autorrelato de exposição a combate, sintomas de PTSD, depressão e <i>coping</i> durante o evento mais stressante. T2 – As mesmas medidas de <i>coping</i> e de sintomatologia assim como stressores que ocorreram desde o fim da guerra.
Pineles et al. (2011)	N = 50 mulheres Média de idades = 29,2; DP = 7,5 Agressão física ou sexual	T1 – 1 mês após “agressão” T2 – 3 meses após agressão	<i>Coping Strategies Inventory</i> (CSI; Tobin et al., 1984).	PTSD : <i>Clinician-Administered PTSD Scale</i> (CAPS; Blake et al., 1995) Reatividade a Trauma : Ritmo cardíaco durante o procedimento de monólogo de trauma.	Em ambas as avaliações, as participantes completaram os questionários de autorrelato, e depois foram avaliadas com a tarefa do monólogo do trauma e finalmente entrevistadas (CAPS).
Palyo e Beck (2005)	N = 150, 108 mulheres; 42 homens Média de idades = 40,2; DP = 10,8 Acidentes de trânsito (Motor Vehicle Accidents – MVA)	6 meses	<i>Defensiveness: the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale</i> (MC-SDS; Weinberger et al. 1979). Os repressores foram definidos como baixos em ansiedade e altos em defensividade (e.g. Weinberger et al., 1979).	PTSD : <i>Clinician-Administered PTSD Scale</i> (CAPS; Blake et al., 1995); <i>Impact of Event Scale</i> (IES; Horowitz et al., 1979) e <i>PTSD Symptom Scale – Self Report</i> (PSS-SR; Foa et al., 1993) Ansiedade : <i>State-Trait Anxiety Inventory</i> , STAI-T; Spielberger et al., 1983) Perturbação de Humor e Ansiedade : <i>Anxiety Disorders Interview Schedule</i> ADIS-IV (DiNardo et al., 1994) Depressão : <i>Beck Depression Inventory</i> (BDI; Beck et al., 1961) Funcionamento físico : <i>Sickness Impact Profile</i> (SIP; Bergner et al., 1976) e <i>Multidimensional Pain Inventory</i> (MPI; Kerns et al., 1985)	Foram administradas aos participantes as duas entrevistas estruturadas (CAPS & ADIS-R) seguidas dos questionários de autorrelato.

Autor(es)	Amostra e evento traumático	Tempo desde o evento traumático	Medidas de coping	Indicadores de saúde física e psicológica	Procedimento
Coifman et al. (2007)	<p>N = 120; 66 enlutados (cônjuges 52, pais 14) e 54 não enlutados.</p> <p>75 mulheres; 45 homens</p> <p>Média de idades = 47,3; DP = 9,4</p>	<p>T1 – cerca de 4 meses depois da perda</p> <p>T2 – 18 meses após a perda.</p>	<p>Discrepância na resposta afetiva-autonómica: relato de relativamente pouco afeto negativo durante tarefas laboratoriais stressantes enquanto exibiam respostas fisiológicas elevadas (e.g., Bonanno et al., 1995)</p>	<p>Grief Processing and Deliberate Grief Avoidance: escala de 13 itens de processamento da perda e escala de 9 itens de evitamento deliberado de luto (Bonanno et al., 2005)</p> <p>História Médica e de Saúde: Sintomas físicos durante as últimas 2 semanas e inventário de saúde (história clínica, medicação, índice de atividades de estilo de vida)</p> <p>Avaliação de amigos: ajustamento atual (saúde mental, saúde física, qualidade das interações sociais, capacidade de atingir objetivos e capacidade de coping) numa escala de 7 pontos</p> <p>Protocolos de entrevistas: <i>Structured Clinical Interview for DSM Disorders</i> (SCID) para perturbação de ansiedade, depressiva e pós-traumática (PTSD);</p> <p>Índice de Apoio Social (SSI): participantes falam sobre (a) relação (com o falecido [enlutados] ou o cônjuge [não-enlutados]) e (b) coping atual e perspetivas futuras após a perda [enlutados] e visão atual da sua vida ao longo dos últimos seis meses, e suas perspetivas futuras [não-enlutados]).</p> <p>Reação corporal: Após a entrevista, os participantes avaliaram o grau em que experimentaram uma reação corporal e na medida em que essa reação foi agradável ou desagradável; Atividade autonómica: resposta de condutância da pele (Skin Conductance Response – SCR)</p>	<p>T1 – participantes completaram o inventário de saúde e os amigos avaliaram-no. Os enlutados completaram instrumentos sobre luto.</p> <p>Os não enlutados em T1 apenas pediram a amigos para preencher o questionário.</p> <p>T2 – apenas os participantes enlutados preencheram os mesmos questionários: SCID e as avaliações dos amigos.</p>
Seery et al. (2008)	<p>N = 2138; 50,6% mulheres 49,4% homens.</p> <p>Média de idades = 50,3; SD = 17,0</p> <p>Ataque de 11 de Setembro de 2001</p>	<p>T1 – de 11 a 21 de setembro</p> <p>T2 – 2 anos após o 11 de Setembro</p>	<p>Expressar (ou não expressar) emoções relacionadas com o evento</p>	<p>Psicopatologia Geral: BSI – 18; Derogatis, 2001)</p> <p>PTSD: <i>Impact of Event Scale – Revised</i> (IES-R; Weiss & Marmar, 1997); <i>PTSD Checklist</i> (PCL; Weathers et al., 1993);</p> <p>Índice de problemas mentais e físicos diagnosticados por médico pré-11 de Setembro</p> <p>World Assumptions Scale (WAS; Janoff-Bulman, 1989)</p>	<p>Estudo <i>online</i> de uma amostra representativa nacional</p> <p>As avaliações longitudinais foram feitas em 5 momentos:</p> <p>+/- 2, 6, 12, 18, e 24 meses após o 11 de Setembro de 2001.</p>

RESULTADOS

Do total dos 60 artigos encontrados inicialmente, apenas 5 foram considerados para a presente revisão. Com base nos critérios de seleção definidos, 21 estudos foram excluídos por apenas realizarem avaliações nos dias ou meses imediatamente após um evento. Outras 10 publicações foram excluídas por terem amostras que não incluíam apenas adultos. Vinte das publicações restantes foram excluídas por se centrarem em vítimas de problemas de saúde. Finalmente, das nove publicações restantes, foram excluídas quatro por serem estudos de revisão sistemática.

Nenhum dos cinco artigos incluídos na nossa análise avaliou estratégias de *coping* social. Duas publicações (Sharkansky *et al.*, 2000; Pineles *et al.*, 2011) avaliaram *coping* de confronto *versus coping* de evitamento no momento da situação stressante. A primeira analisou a percentagem de estratégias baseadas no *coping* de confronto em relação ao *coping* de evitamento em eventos de guerra e a segunda analisou o uso de evitamento em mulheres que foram vítimas de agressões físicas ou sexuais. Ambas recorreram a desenhos de estudo longitudinais para prever PTSD. Os outros três estudos analisaram o impacto de expressar sentimentos e pensamentos após a exposição a eventos traumáticos (*coping* emocional ativo *versus coping* emocional de evitamento/repressão) no ajustamento psicológico das vítimas. As investigações aqui revistas avaliaram as estratégias de *coping* ao longo de um período de tempo que ia dia do trauma até dois anos após o evento. Os eventos traumáticos diziam respeito a experiências relacionadas com combate ou contextos de guerra, acidentes de viação, morte, os ataques terroristas do 11 de Setembro e agressão física e sexual. O tamanho das amostras variou entre 50 e 2138 participantes e incluiu mais mulheres do que homens, com exceção da investigação envolvendo soldados, em que a maioria eram homens. A média de idades dos participantes variou entre 29,2 e 47,3 anos.

Os instrumentos utilizados para avaliar as estratégias de *coping* foram: *Coping Strategies Inventory* (Sharkansky *et al.*, 2000) e o *Self Response Inventory* (Pineles *et al.*, 2011). Um estudo (Coifman *et al.*, 2007) mediu o *coping* repressivo usando o *Affective-Autonomic Response Discrepancy* (AARD), definido como ocorrendo quando os participantes relatavam relativamente pouco efeito negativo durante as tarefas de laboratório stressantes enquanto simultaneamente evidenciavam respostas fisiológicas elevadas (por exemplo, Bonanno *et al.*, 1995). Outro estudo mediu a defensividade usando a *Marlowe-Crowne Social Desirability Scale* (Weinberger *et al.*, 1979) e ansiedade através do STAI-T (Spielberger *et al.*, 1983), definindo como repressores os sujeitos que relatavam baixa ansiedade, mas com valores elevados em defensividade (por exemplo, Weinberger *et al.*, 1979). Seery *et al.* (2008), no seu estudo sobre

coping após o 11 de Setembro, compararam a decisão dos participantes em escrever sobre sentimentos negativos com os que optaram por não escrever.

O ajustamento psicológico das vítimas foi estimado utilizando o seguinte grupo de correlatos psicológicos: os sintomas de PTSD, depressão, ansiedade, processamento de luto e psicopatologia geral. Duas investigações mediram o funcionamento físico e uma a atividade autonómica da resposta de condutância da pele (RCP). O Quadro 1 apresenta uma descrição detalhada da metodologia utilizada nos estudos.

Sharkansky *et al.* (2000) avaliaram, primeiramente, 1058 pessoas do exército que participaram na operação Tempestade no Deserto, no Golfo, cinco dias após o seu regresso (T1), repetindo a avaliação 18-24 meses depois (T2) com 845 participantes. A exposição ao combate e o *coping* em relação a eventos stressantes (a percentagem de *coping* ativo) foram utilizados para prever sintomas de PTSD, prevendo-se que o impacto da estratégia de *coping* seria moderado pelo nível de exposição à guerra. Os autores observaram que em T1 a percentagem de *coping* ativo durante os eventos de guerra era um preditor de PTSD e de sintomas de depressão (associado a menos sintomas) e a interação do *coping* e da exposição ao combate também foi significativa em termos de sintomas de PTSD, sugerindo, portanto, que a exposição ao combate moderou o efeito do *coping*. A percentagem de estratégias de *coping* ativo não previu menos PTSD em T2, mas foi um preditor de menos sintomas depressivos. Os autores concluíram que os soldados deveriam ser treinados para usar mais estratégias de *coping* de confronto ativo durante eventos altamente stressantes.

Pineles *et al.* (2011) estudaram mulheres sobreviventes a violência física ou sexual e avaliaram a contribuição do *coping* e a reatividade ao trauma, medido pelo ritmo cardíaco durante a reativação de memórias do evento traumático, um mês (T1) e três meses (T2) após a agressão para os sintomas de PTSD. A hipótese dos autores era que a relação entre a reatividade ao evento traumático e o PTSD seria maior para os participantes com estratégias de *coping* mais evitantes. Os autores mediram a reatividade fisiológica durante a ativação de memórias dos eventos traumáticos, o *coping* e, mais tarde, o PTSD. Os autores encontraram uma correlação entre o *coping* de evitamento e o PTSD em T1 e T2 e a análise de moderação confirmou esta hipótese, mostrando que os participantes com maior reatividade que utilizaram o *coping* de evitamento apresentaram maiores níveis de PTSD. Os resultados sugerem que o *coping* de evitamento parece interferir com a recuperação de sintomas do PTSD ao longo do tempo, mas apenas para indivíduos que apresentam maior reatividade para a memória do evento traumático. As estratégias de *coping* ativas não foram um preditor de PTSD, nem interagiram com a variável reatividade ao evento traumático.

Palyo e Beck (2003) estudaram 150 indivíduos que tinham sofrido acidentes de viação. Os participantes foram classificados em quatro grupos com base nas pontuações do *Marlowe-Crowne Social Desirability Scale* e do STAI-T: 1) Repressores – ansiedade baixa, defensividade alta; 2) Pouco Ansiosos – ansiedade baixa, defensividade baixa; 3) Muito Ansiosos – ansiedade alta, defensividade baixa e; 4) Ansiosos Defensivos – ansiedade alta, defensividade alta. Os repressores que não expressaram verbalmente o seu sofrimento emocional relataram menos sintomas e eram menos propensos a serem diagnosticados com PTSD.

Usando um estudo *online* para avaliar uma amostra nacional representativa, Seery *et al.* (2008) estudaram a expressão de pensamentos e sentimentos sobre os eventos do 11 de Setembro de 2001 no dia dos ataques terroristas e nos dias imediatamente a seguir. Em comparação com os participantes que optaram por não expressar os sentimentos, aqueles que o fizeram exibiram piores resultados de saúde mental e relataram sintomas de PTSD mais elevados 2-6 meses e 12 a 24 meses após o 11 de Setembro, mesmo depois de controladas a exposição aos ataques e a distância. Segundo os autores, em vez de indicar psicopatologia, a relutância em expressar sentimentos é um preditor de resiliência a longo prazo, tal como indicado pelo facto de que após dois anos esses indivíduos continuaram a relatar menos sintomas.

Na mesma linha de resultados, Coifman *et al.* (2007) examinaram o impacto do *coping* repressivo (por exemplo, a escolha de não expressar sofrimento emocional), medido pela discrepância entre a resposta afetiva e autonómica, numa amostra de indivíduos enlutados entre 4 e 18 meses após a morte de um cônjuge ou de um filho, comparando com uma amostra de pessoas casadas não enlutadas. Os resultados revelaram que esta discrepância, enquanto eram discutidos temas relacionados com o *self*, foi um preditor dos sintomas. Um menor autorrelato de sentimentos negativos em relação à resposta fisiológica foi um preditor de menos sintomas psicopatológicos, independentemente do estado de luto. Os autores concluíram que reprimir a expressão de pensamentos e emoções associadas às experiências traumáticas parecia contribuir para a resiliência entre as vítimas.

DISCUSSÃO

A compreensão dos fatores preditores de resiliência após a exposição a eventos traumáticos tem importância científica. E, ao contrário de outras variáveis, tais como variáveis sociodemográficas, personalidade, exposição prévia a eventos traumáticos ou respostas peritraumáticas, as estratégias de *coping* podem ser objeto de intervenção e de educação e, portanto, têm importância clínica para além da sua

importância científica. Este trabalho teve como objetivo aumentar o conhecimento da eficácia das estratégias de *coping* relacionadas com resultados psicológicos que indicam ajustamento após a exposição a acontecimentos traumáticos e, assim, fornecer informações sobre o que deve ser considerado aquando da ajuda a vítimas e da preparação dos indivíduos na gestão e confronto de situações potencialmente traumáticas, como soldados ou profissionais intervenientes nas situações de crise e de emergência.

Embora os recursos como o apoio social tenham sido relacionados com um melhor ajustamento psicológico, e o *coping* social, que inclui procurar o apoio de outros, tenha sido listado mais recentemente como uma das possíveis estratégias de *coping*, não encontramos qualquer estudo que inclua este tipo de *coping* para explorar a relação entre uso de estratégias de *coping* e o ajustamento psicológico após a exposição a eventos traumáticos. Parece que a investigação recente ainda é dominada pelas definições clássicas de *coping*, dicotomizada como ativas ou centradas no problema *versus coping* de evitamento ou emocional, mais especificamente, avaliação da eficácia da expressão de emoções negativas.

O número de estudos selecionados após a aplicação dos critérios de inclusão foi muito pequeno. Os resultados dos dois estudos que mediram *coping* ativo *versus coping* de evitamento mostram que as consequências da utilização de estratégias mais ativas dependem de outras condições externas ou internas relacionadas com o contexto, como o nível de exposição a guerra no estudo conduzido por Sharkansky e colegas (2000) ou a reativação de memórias de eventos traumáticos, no estudo de Pineles *et al.* (2011) em mulheres vítimas de agressão física e sexual. No primeiro caso, a percentagem de estratégias mais ativas durante a guerra foi um preditor de menor PTSD quando a exposição foi alta e, no segundo, o evitamento reduziu o PTSD nos participantes que apresentaram maior reatividade ao evento traumático. Estes resultados confirmam a ideia de que condições específicas exigem estratégias específicas e que a flexibilidade deve ser incentivada, aceitando que o evitamento pode ajudar a regular os estados e emoções aquando da exposição a eventos traumáticos e geradores de stresse.

Os outros estudos avaliaram a eficácia da expressão emocional na sequência de um evento traumático, e os resultados sugerem que a repressão ou não relato de emoções negativas está relacionada com menor sintomatologia, indicando melhor ajustamento psicológico posterior.

Os conceitos de prevenção, repressão e negação têm sido utilizados por diferentes autores na literatura sobre *coping*. Negação e evitamento foram diferenciados por Lazarus (1983), que definiu a negação (inconsciente) como

autoilusão e o evitamento como uma estratégia intencional para não falar ou pensar sobre um problema. Ambas as estratégias podem ser muito úteis para o ajustamento psicológico após a exposição a eventos traumáticos e, em determinadas circunstâncias, proteger os indivíduos, permitindo-lhes funcionar em circunstâncias adversas, quando nada pode ser feito para resolver o problema. Da mesma maneira, a repressão, que consiste em suprimir emoções negativas e é definida como a dissociação entre a reatividade autonómica e o afeto (Brosschot e Janssen, 1998), mostrou estar relacionada com melhores resultados.

Na presente revisão da literatura, os resultados positivos para os efeitos da menor expressão emocional para as vítimas de acidentes de viação, os enlutados e as pessoas envolvidas numa situação de evento traumático em massa, como o 11 de Setembro, indicam que algum distanciamento emocional – pelo menos durante um determinado período de tempo – pode ser positivo para o ajustamento psicológico e os efeitos permanecerão pelo menos por alguns meses, contrariando assim a ideia de que os efeitos positivos são apenas temporários. Obviamente, isto não significa que outras estratégias de evitamento, tais como beber, sejam adaptativas.

Folkman e Lazarus (1991) definiram *coping* como tentativas conscientes para lidar com stressores. A investigação que foi revista incluiu a avaliação das estratégias como a repressão ou a discrepância na resposta afetiva-autonómica, que parece ser um processo automático subjacente às decisões conscientes de indivíduos. Uma definição mais ampla de *coping* deve incluir a variedade de métodos que os indivíduos podem usar para lidar com stressores. Da mesma forma, foram também analisados os resultados que indicam a presença de psicopatologia, mas, como Folkman e Moskowitz (2004) afirmam na sua revisão, estados positivos e negativos coocorrem e os efeitos de algumas estratégias podem ser vistos em emoções positivas, mas não em indicadores de mau funcionamento.

Há quase 30 anos, numa meta-análise da eficácia relativa de estratégias de *coping* de evitamento e não-evitamento, Suls e Fletcher (1985), concluíram: “No geral, o evitamento foi associado à adaptação mais positiva no curto prazo. [...]. Em termos de resultados a longo prazo, evitar indicou melhores resultados inicialmente, mas, com o tempo, o enfrentar foi associado a resultados mais positivos” (Suls e Fletcher, 1985: 249). A presente revisão incluiu participantes específicos que vivenciaram situações difíceis, mas os estudos longitudinais mostraram que os efeitos positivos de prevenção não são apenas temporários.

A gestão do stresse traumático pode depender da capacidade do indivíduo mudar de uma estratégia para outra, com base num conjunto diversificado de estratégias eficazes e aplicá-las de forma flexível (Kaluzna, 2000). Neste sentido, os profissionais

que trabalham com vítimas de eventos traumáticos devem aceitar que a questão de identificar as estratégias de *coping* mais adequadas após um evento traumático é uma falsa questão. Além disso, como McNally e colegas (2003) sublinharam, pode questionar-se se a relutância em expressar sentimentos relacionados com o evento traumático é um indicador de psicopatologia e se o evitamento é um preditor de PTSD. A tese de que as vítimas devem ser ajudadas a expressar pensamentos e sentimentos é baseada em teorias que relacionam os sintomas pós-traumáticos com a tendência para evitar pensamentos/sentimentos relacionados com o evento traumático. De acordo com Horowitz (1976), na sequência de um evento traumático, os indivíduos tentam integrar a informação associada a esse evento com a sua visão preexistente do mundo. Neste modelo, a fuga aos pensamentos e sentimentos relacionados com o evento traumático pode interferir com o processo de integração e resultar no desenvolvimento e manutenção de sintomas de perturbação pós-stresse traumático (PPST). Da mesma forma, a teoria da representação dual de Brewin *et al.* (1996) sugere que a forma como a informação traumática é processada como memória acessível verbal desempenha um papel importante no funcionamento pós-trauma. Neste modelo, espera-se que os indivíduos que prematuramente inibem o processamento de um evento traumático em memórias verbais têm uma maior probabilidade de desenvolver sintomas de PPST porque interrompem o processamento do evento traumático. No entanto, quando pensamentos e sentimentos relacionados com o evento traumático são demasiado intensos, separar pensamentos e emoções pode permitir que o indivíduo processe gradualmente o que precisa ser integrado (Erdelyi, 1990; Lazarus, 1983; Roth e Cohen, 1986) alcançando melhores resultados quanto ao ajustamento psicológico

A relutância cultural das sociedades orientais para expressar sentimentos negativos e pensamentos perturbadores após um evento traumático, motivada pelo uso de estratégias de *coping* coletivistas, parece ser consistente com os resultados que relacionam a resiliência à repressão de emoções negativas (Coifman *et al.*, 2007; Seery *et al.*, 2008). Assim, avaliar a predisposição das pessoas para expressar sentimentos negativos pode ajudar a identificar quem está em risco de psicopatologia posterior e que poderia, portanto, beneficiar de uma intervenção precoce eficaz.

Nos estudos analisados nesta revisão, o mito da eficácia da expressão emocional para reduzir o sofrimento psicológico após exposição a eventos traumáticos não parece ser confirmado, sugerindo que esta estratégia de *coping* tem de ser avaliada com base em contextos específicos, uma vez que algum evitamento de emoções e pensamentos relacionados com o evento traumático pode ser adaptativo. As

conclusões da investigação apontam, portanto, para uma reflexão sobre o valor adaptativo da expressão das emoções após a exposição a um evento traumático.

Revisto por Victor Ferreira

ÂNGELA MAIA

Departamento de Psicologia Aplicada, Escola de Psicologia, Universidade do Minho
Campus de Gualtar, 4710-057, Braga, Portugal
Contacto: angelam@psi.uminho.pt

SANDRA SENDAS

Centro de Investigação em Psicologia (CIPSI), Escola de Psicologia, Universidade do Minho
Campus de Gualtar, 4710 Braga, Portugal
Contacto: sandrasendas@gmail.com

RAFAELA LOPES

Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra
Colégio de São Jerónimo, Largo D. Dinis, Apartado 3087, 3000-995 Coimbra, Portugal
Contacto: rafaelalopes@ces.uc.pt

JOSÉ MANUEL MENDES

Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra
Colégio de São Jerónimo, Largo D. Dinis, Apartado 3087, 3000-995 Coimbra, Portugal
Contacto: jomendes@fe.uc.pt

Artigo recebido a 05.01.2015

Aprovado para publicação a 09.06.2016

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APA – American Psychological Association (2002), *DSM-IV-TR: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores [4.ª ed.].
- Amir, M. *et al.* (1997), "Coping Styles in Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) Patients", *Personality and Individual Differences*, 23(3), 399-405.
- Beck, A.T.; Ward, C. H.; Mendelson, M.; Mock, J.; Erbaugh, J. (1961), "An Inventory for Measuring Depression", *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bergner, M.; Bobbitt, R. A.; Pollard, W. E.; Martin, D. P.; Gilson, B. S. (1976), "The Sickness Impact Profile: Validation of a Health Status Measure", *Medical Care*, 57-67.

- Blake, D. D.; Weathers, F. W.; Nagy, L. M.; Kaloupek, D. G.; Gusman, F. D.; Charney, D. S.; Keane, T. M. (1995), "The Development of a Clinician-administered PTSD Scale", *Journal of Traumatic Stress*, 8, 75-90.
- Boehnlein, J. K.; Kinzie, J. D. (1995), "Refugee Trauma", *Transcultural Psychiatric Research Review*, 32, 223-252.
- Bonanno, G. A. (2004), "Loss, Trauma, and Human Resilience: Have we Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events?", *American Psychologist*, 59, 20-28.
- Bonanno, G. A. *et al.* (1995), "When Avoiding Unpleasant Emotions Might Not Be Such a Bad Thing: Verbal Autonomic Response Dissociation and Midlife Conjugal Bereavement", *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 975-989.
- Bonanno, G. A.; Papa, A.; Lalande, K.; Zhang, N.; Noll, J. G. (2005), "Grief Processing and Deliberate Grief Avoidance: A Prospective Comparison of Bereaved Spouses and Parents in the United States and the People's Republic of China", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 86-98.
- Brewin, C. R. *et al.* (1996), "A Dual Representation Theory of Posttraumatic Stress Disorder", *Psychological Review*, 103(4), 670-686.
- Brosschot, J.; Janssen, E. (1998), "Continuous Monitoring of Affective-autonomic Response Dissociation in Repressors during Negative Emotional Stimulation", *Personality and Individual Differences*, 25(1), 69-84.
- Carver, C. S. *et al.* (1983), "Effects of Self-directed Attention on Performance and Persistence among Persons High and Low in Test Anxiety", *Cognitive Therapy and Research*, 7, 333-353.
- Carver, C. S. *et al.* (1989), "Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach", *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Cheng, C. (2001), "Assessing Coping Flexibility in Real-life and Laboratory Settings: A Multi-method Approach", *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 814-833.
- Coifman, K. G. *et al.* (2007), "Does Repressive Coping Promote Resilience? Affective-autonomic Response Discrepancy during Bereavement", *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(4), 745-758.
- Coyne, J. C.; Racioppo, M. W. (2000), "Never the Twain Shall Meet? Closing the Gap between Coping Research and Clinical Intervention Research", *American Psychologist*, 55, 655-664.
- Derogatis, L. R. (2001), *Brief Symptom Inventory (BSI)-18: Administration, Scoring and Procedures Manual*. Minneapolis, MN: NCS Pearson.
- Derogatis, L. R.; Spencer, P. M. (1982), *The Brief Symptom Inventory (BSI): Administration, and Procedures Manual-I*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Di Nardo, P. A.; Brown, T. A.; Barlow, D. H. (1994), *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime version (ADIS-1V-L)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

- Erdelyi, M. H. (1990), "Repression, Reconstruction and Defense: History and Disintegration of the Psychoanalytic Experimental Frameworks", in J. L. Singer (org.), *Repression and Dissociation: Implications for Personality Theory, Psychopathology, and Health*. Chicago, IL: The University of Chicago Press, 1-31.
- Foa E. B.; Riggs, D. S.; Dancu, C. V.; Rothbaum, B. O. (1993), "Reliability and Validity of a Brief Instrument for Assessing Post-traumatic Stress Disorder", *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459-473.
- Folkman, S.; Lazarus, R. (1980), "An Analysis of Coping in a Middle-aged Community Sample", *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S.; Lazarus, R. (1985), "If it Changes it Must Be a Process: Study of Emotion and Coping during Three Stages of a College Examination", *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Folkman, S.; Lazarus, R. S. (1991), "Coping and Emotion", in A. Monat; R. S. Lazarus (orgs.), *Stress and Coping: An Anthology*. New York: Columbia University Press, 207-227 [3.^a ed.].
- Folkman, S.; Moskowitz, J. (2004), "Coping: Pitfalls and Promise", *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Holahan, C. J.; Moos, R. H. (1987), "The Personal and Contextual Determinants of Coping Strategies", *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 946-955.
- Horowitz, M. (1976), *Stress Response Syndromes*. Northvale, NJ: Aronson.
- Horowitz, M.; Wilner, N.; Alvarez, W. (1979), "Impact of Event Scale: A Measure of Subjective Stress", *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Janoff-Bulman, R. (1989), "Assumptive Worlds and the Stress of Traumatic Events: Applications of the Schema Construct", *Social Cognition*, 7(2), 113-136.
- Kaluza, G. (2000), "Changing Unbalanced Coping Profiles: A Prospective Controlled Intervention Trial in Worksite Health Promotion", *Psychology and Health*, 15, 423-433.
- Keane, T. M.; Caddell, J. M.; Taylor, K. L. (1988), "Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Three Studies in Reliability and Validity", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 85-90.
- Kerns, R. D.; Turk, D. C.; Rudy, T. E. (1985), "The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory", *Pain*, 23, 345-356.
- Kessler, R. C. *et al.* (1995), "Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey", *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Lazarus, R. S. (1983), "The Costs and Benefits of Denial", in S. Breznitz (org.), *The Denial of Stress*. New York: International University Press, 1-30.
- Lazarus, R. S. (1993), "Coping Theory and Research: Past, Present, and Future", *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Lazarus, R. S. (2000), "Toward Better Research on Stress and Coping", *American Psychologist*, 55, 665-673.
- Lazarus, R. S.; Folkman, S. (1984), *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.

- Lee, E.; Lu, F. (1989), "Assessment and Treatment of Asian-american Survivors of Mass Violence", *Journal of Traumatic Stress*, 2, 93-120.
- Liberati *et al.* (2009), "The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-analyses of Studies that Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration", *Annals of Internal Medicine*, 151(4), 65-94.
- Markus, H. R.; Kitayama, S. (1991), "Culture and the Self: Implications for Cognition, Emotion, and Motivation", *Psychological Review*, 98, 224-253.
- Mattlin, J. A. *et al.* (1990), "Situational Determinants of Coping and Coping Effectiveness", *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 103-122.
- McNally, R. J. *et al.* (2003), "Does Early Psychological Intervention Promote Recovery from Posttraumatic Stress?", *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 45-79.
- Miller, J. G. (1991), "A Cultural Perspective on the Morality of Beneficence and Interpersonal Responsibility", in Stella Ting-Toomey; Felipe Korzenny (orgs.), *International and Intercultural Communication Annual*, 15. Newbury Park, CA: Sage, 11-23.
- Moos, R. (1990), *Coping Responses Inventory Manual*. Palo Alto, CA: Stanford University, Department of Veterans Affairs Medical Centers.
- Palyo, Sara A.; Beck, J. Gayle (2005), "Is the Concept of 'Repression' Useful for Understanding Chronic PTSD?", *Behaviour Research and Therapy*, 43, 55-68. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2003.11.005>.
- Pineles, S. L. *et al.* (2011), "Trauma Reactivity, Avoidant Coping and PTSD Symptoms: A Moderating Relationship", *Journal of Abnormal Psychology*, 120(1), 240-246.
- Reynolds, M.; Brewin, C. R. (1998), "Intrusive Cognitions, Coping Strategies and Emotional Responses in Depression, Post-traumatic Stress Disorder and a Non-clinical Population", *Behaviour Research and Therapy*, 36, 135-147.
- Roth, S.; Cohen, L. J. (1986), "Approach, Avoidance, and Coping with Stress", *American Psychologist*, 41, 813-819.
- Savicki, V. (2002), *Burnout across Thirteen Cultures: Stress, and Coping in Child and Youth Care Workers*. Westport, CT: Praeger.
- Seery, M. D. *et al.* (2008), "Expressing Thoughts and Feelings Following a Collective Trauma: Immediate Responses to 9/11 Predict Negative Outcomes in a National Sample", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(4), 657-667.
- Sharkansky, E. J. *et al.* (2000), "Coping with Gulf War Combat Stress: Mediating and Moderating Effects", *Journal of Abnormal Psychology*, 109(2), 188-197.
- Spielberger, C. D.; Gorsuch, R. L.; Lushene, R.; Vagg, P. R.; Jacobs, G. A. (1983), *Manual for the State-trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Suls, J.; Fletcher, B. (1985), "The Relative Efficacy of Avoidant and Non-avoidant Coping Strategies: A Meta-analysis", *Health Psychology*, 4(3), 249-288. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.4.3.249>.
- Tobin D.L.; Holroyd, K. A.; Reynolds, R. V. C. (1984), *User's Manual for the Coping Strategies Inventory*. Athens, OH: Ohio University, Department of Psychology.

- Weathers, F.; Litz, B.; Herman, D.; Huska, J.; Keane, T. (1993), "The PTSD Checklist (PCL): Reliability, Validity, and Diagnostic Utility". Paper presented at the Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies. San Antonio, TX.
- Weinberger, D. A.; Schwartz, G. E.; Davidson, R. J. (1979), "Low-anxious, High-anxious, and Repressive Coping Styles: Psychometric Patterns and Behavioral and Physiological Responses to Stress", *Journal of Abnormal Psychology*, 88(4), 369-380.
- Weiss D. S.; Marmar C. R. (1997), "The Impact of Event Scale – Revised", in J. P. Wilson e T. M. Keane (orgs.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. New York: Guilford Press, 399-411.
- Wortman, C. B.; Silver, R. C. (2001), "The Myths of Coping with Loss Revisited", in M. S. Stroebe, R. O. et al. (orgs.), *Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping, and Care*. Washington, DC: American Psychological Association, 405-429.
- Yeh, C. J.; Hwang, M. (2000), "Interdependence in Ethnic Identity and Self: Implications for Theory and Practice", *Journal of Counseling & Development*, 78, 420-429.
- Yeh, C. J. et al. (2006), "Asian American Families Collectivistic Coping Strategies in Response to 9/11", *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 12(1), 134-148.
- Zeidner, M.; Saklofske, D. (1996), "Adaptive and Maladaptive Coping", in M. Zeidner; N. S. Endler (orgs.), *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*. New York: Wiley, 44-61.