

UNIVERSIDADE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**O TRAUMA COMPLEXO E A SUA EXPRESSÃO  
SINTOMATOLÓGICA**

**Sara Filipa da Silva Vieira**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

**2018**

UNIVERSIDADE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**O TRAUMA COMPLEXO E A SUA EXPRESSÃO  
SINTOMATOLÓGICA**

**Sara Filipa da Silva Vieira**

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Bruno Gonçalves

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

**2018**

*“O essencial é invisível aos olhos”*

Antoine de Saint-Exupéry

## **Agradecimentos**

*Ao Professor Doutor Bruno Gonçalves, pela orientação, dedicação, sabedoria e paciência  
ao longo deste meu percurso.*

*À minha família, nomeadamente, aos meus pais, que sempre acreditaram em mim e fizeram  
com que eu procurasse ser a melhor versão de mim mesma.*

*À minha mãe, que com todo o amor, esteve ao meu lado em infindáveis serões, que me  
mimou na mesma medida em que me deu na cabeça, que sabe o meu melhor e pior.*

*Ao meu pai, que tanto me incutiu o melhor dele, me apoiou e esteve atento ao meu  
caminho.*

*Ao meu irmão, que está presente em todas as horas e ainda hoje diz ser o mais inteligente,  
mas lá no fundo não quer admitir que sai a mim. Obrigada por me desafiares a ser melhor.*

*Aos meus amigos, que transformam mesmo os dias cinzentos num mar de cores, que me  
ouvem e que têm sempre uma frase motivacional ou simplesmente gozam comigo.  
Obrigada por me abstraírem das coisas menos boas.*

*À Íris e à Rita, as minhas meninas, por terem entrado na minha vida e passado de meras  
colegas a verdadeiras amigas. Por tudo o que vivemos e que ainda havemos de viver.*

*Ao Manita, por toda a amizade e paciência para me aturar ao longo destes anos, por ter  
sido o meu apoio do início ao fim e ainda hoje me guardar a cadeira ao seu lado.*

*Ao João, que tem sempre a palavra certa e a capacidade de alegrar os meus dias.*

*A todos aqueles que me acompanharam ao longo destes 5 anos e fizeram destes os  
melhores anos da minha vida.*

*À Daniela, pela amizade, pela paciência para me ouvir quando as frustrações são demais e  
por me fazer ver o outro lado da moeda.*

*E a todos os outros, que se cruzaram comigo e me ajudaram a desenhar o meu caminho, o  
meu muito obrigado, por serem quem são. A nossa história não fica por aqui pois há muito  
mais a construir juntos.*

## Resumo

A relação entre a exposição a situações traumáticas e manifestações psicopatológicas é conhecida há muito. A exposição precoce, recorrente e prolongada a múltiplos eventos traumáticos de natureza interpessoal pode levar o indivíduo a um quadro clínico mais complexo (Herman, 1992; Van der Kolk et al., 2005), atualmente denominado de Trauma Complexo. Os sintomas diagnósticos deste tipo de trauma têm constituído critérios da Perturbação do Stress Pós-Traumático, contudo, estes últimos parecem insuficientes na definição do Trauma Complexo, devido às consequências e complexidade sintomatológica deste.

O presente estudo visa explorar a relação entre a sintomatologia traumática subjacente ao Trauma Complexo, correspondente à entidade nosológica denominada *Disorders of Extreme Stress, Not Otherwise Specified* (DESNOS) e outras sintomatologias clínicas mais gerais. Para tal, a investigação foca dois principais objetivos: 1) compreender em que medida o Trauma Complexo pode estar associado a outras sintomatologias clínicas, como a ansiedade, a depressão, entre outras e 2) analisar a relação entre as dimensões associadas ao Trauma Complexo e o Índice Geral de Sintomas Psicopatológicos.

A amostra é constituída por 338 participantes, com idade igual ou superior a 18 anos. Foram administrados os instrumentos de avaliação: Questionário Sociodemográfico e versões portuguesas do *Self-Report Inventory for Disorders of Extreme Stress* (SIDES-SR) e BSI (Inventário de Sintomas Psicopatológicos).

As dimensões do Trauma Complexo, principalmente a Alteração na Autoperceção e a Desregulação dos Afetos e Impulsos, estão significativamente correlacionadas com o Índice Geral de Sintomas. Também se verificou a associação entre as dimensões específicas do Trauma Complexo e outras sintomatologias clínicas gerais, havendo uma maior associação entre: 1) Desregulação dos Afetos e Impulsos e Alteração na Autoperceção com a Sensibilidade Interpessoal, Hostilidade e Psicoticismo; 2) Depressão com a Ansiedade e Alteração do Sistema de Significados. A Hostilidade e o Psicoticismo revelaram ter um efeito mais significativo relativamente à sintomatologia do Trauma Complexo.

**Palavras-chave:** Trauma Complexo, Sintomatologia, Psicopatologia, Personalidade

### *Abstract*

The relationship between exposure to traumatic situations and psychopathological manifestations is long known. Early, recurrent and prolonged exposure to multiple traumatic events of an interpersonal nature may lead the individual to a more complex clinical picture (Herman, 1992; Van der Kolk et al., 2005), currently called complex Trauma. The diagnostic symptoms of this type of trauma have constituted criteria of the disturbance of the Post-Traumatic Stress, however, the latter seem insufficient in the definition of complex trauma, due to the consequences and symptomatological complexity of this.

The present study aims to explore the relationship between the traumatic symptoms underlying the Complex Trauma, corresponding to the nosological entity called *Disorders of Extreme Stress, Not Otherwise Specified* (DESNOS) and other clinical symptoms more general. To this end, research focuses on two main objectives: 1) to understand the extent to which the complex Trauma may be associated with other clinical symptoms, such as anxiety, depression, among others and 2) to analyze the relationship between the dimensions associated with the Complex Trauma and the general index of psychopathological symptoms.

The sample consists of 338 participants, aged 18 years or more. Evaluation instruments were administered: demographic questionnaire and Portuguese versions of the Self-Report Inventory for Disorders of Extreme Stress (Sides-SR) and BSI (Inventory of Psychopathological Symptoms).

The dimensions of Complex Trauma, especially the alteration in self-perception and the deregulation of affections and impulses, are significantly correlated with the general index of symptoms. There was also the association between the specific dimensions of the complex Trauma and other general clinical symptoms, with a greater association between: 1) Deregulation of Affections and Impulses and Alteration in Self-perception with Interpersonal Sensibility, Hostility and Psychoticism; 2) Depression with the Anxiety and Alteration of the System of Meanings. Hostility and Psychoticism have shown a more significant effect on the symptoms of Complex Trauma.

**Key words:** Complex Trauma, Symptoms, Psychopathology, Personality

## Índice

Resumo .....	4
<i>Abstract</i> .....	4
Introdução.....	9
<b>1. Enquadramento Teórico .....</b>	<b>11</b>
<b>1.1. A noção de trauma em Freud.....</b>	<b>11</b>
<b>1.2. A noção de trauma em Bowlby .....</b>	<b>11</b>
<b>1.3. A noção de trauma em Winnicott.....</b>	<b>12</b>
<b>1.4. A importância da relação precoce.....</b>	<b>13</b>
<b>1.5. Trauma Complexo.....</b>	<b>13</b>
<b>1.5.1 Dimensões do Trauma Complexo / DESNOS.....</b>	<b>14</b>
<b>1.5.2 Sintomatologia associada ao Trauma Complexo .....</b>	<b>18</b>
<b>2. Objetivos e Hipóteses .....</b>	<b>20</b>
<b>2.1. Objetivos.....</b>	<b>20</b>
<b>3. Método .....</b>	<b>21</b>
<b>3.1. Participantes .....</b>	<b>21</b>
<b>3.2. Instrumentos .....</b>	<b>22</b>
<b>3.2.1. Questionário Sociodemográfico .....</b>	<b>22</b>
<b>3.2.2. SIDES-SR: <i>Self- Report Inventory for Disorders of Extreme Stress</i> .....</b>	<b>22</b>
<b>3.2.3. BSI: <i>Brief Symptom Inventory</i> .....</b>	<b>23</b>
<b>3.3. Procedimento .....</b>	<b>25</b>
<b>4. Resultados .....</b>	<b>26</b>

<b>4.1. Análise descritiva dos resultados de cada subescala do SIDES-SR.....</b>	<b>26</b>
<b>4.2. Exploração dos Dados Sociodemográficos na Relação com a vivência de experiências traumáticas .....</b>	<b>27</b>
<b>4.3. Variações em função do sexo.....</b>	<b>28</b>
<b>4.4. Exploração da Relação entre as Seis Dimensões do Trauma Complexo/DESNOS e o Índice Geral de Sintomas (IGS) .....</b>	<b>29</b>
<b>4.5. Exploração da Relação entre as Seis Dimensões do Trauma Complexo/DESNOS e Outras Sintomatologias Clínicas.....</b>	<b>29</b>
<b>5. Discussão .....</b>	<b>33</b>
Conclusão .....	39
Referências Bibliográficas.....	40
ANEXOS .....	44

## Índice de Quadros

Quadro 1 .....	15
Quadro 2 .....	21
Quadro 3 .....	26
Quadro 4 .....	27
Quadro 5 .....	28
Quadro 6 .....	29
Quadro 7 .....	30
Quadro 8 .....	30
Quadro 9 .....	31
Quadro 10 .....	31
Quadro 11 .....	32
Quadro 12 .....	32
Quadro 13 .....	32

## Introdução

A presente dissertação insere-se no âmbito de um vasto projeto que incide no tema “Personalidade e Psicopatologia” e se desenrola na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

O objetivo da investigação foca-se em compreender em que medida o Trauma Complexo pode estar associado a outras sintomatologias clínicas, na população geral adulta. Para tal, numa fase inicial e de modo a entender sob que perspetiva se olhará o Trauma Complexo, apresentar-se-ão algumas conceções de trauma e procurar-se-à diferenciar o Trauma Complexo de outras formas de trauma. Num segundo momento, será analisada a relação entre os sintomas associados ao diagnóstico de Trauma Complexo ou DESNOS (*Disorders of Extreme Stress Not Otherwise specified*) e o Índice Geral de Sintomas Psicopatológicos (IGS). Posteriormente, explorar-se-à a relação entre os sintomas associados a este constructo (Alteração na Regulação do Afeto e dos Impulsos, Alteração na Atenção e Consciência, Alteração na Autoperceção, Alterações na Relação com os Outros, Somatização e Alteração nos Sistemas de Significado) e outras dimensões de psicopatologia clínica (Ansiedade, Ansiedade Fóbica, Depressão, Hostilidade, Ideação Paranóide, Obsessões/Compulsões, Psicoticismo, Sensibilidade Interpessoal e Somatização).

Ao longo do seu desenvolvimento, o indivíduo é exposto a inúmeras vivências stressantes e traumáticas, que o perturbam direta ou indiretamente, deixando marcas e podendo desencadear o surgimento de sintomatologia psicopatológica ou disfuncionalidade. Comumente, ouvimos falar da exposição a experiências traumáticas e catastróficas, como uma guerra, que podem levar ao surgimento da Perturbação do Stress Pós-Traumático (PSPT) (Van der Kolk, 2015), contudo, não é necessário passar por uma situação extraordinariamente traumática para vivenciar o trauma.

Nos últimos anos, começou a perceber-se que há pessoas que sofrem de um tipo diferente de trauma, que é muito mais complexo e penetrante (Herman, 1992). Se, por um lado, há os indivíduos de idade adulta que sofreram um incidente único que os traumatizou (i.e. acidente de automóvel, um assalto, uma guerra), por outro, há traumas com uma

origem mais precoce, que remonta à infância, como é o caso de crianças vítimas de negligência, maus-tratos ou abuso sexual (Viola, Schiavon, Renner & Grassi-Oliveira, 2011). Neste último caso, a exposição a tais eventos na infância, pode ser um fator de risco para psicopatologias no adulto, como o surgimento de perturbações do humor (Carey, Walker, Rossouw, Seedat & Stein, 2007, citados por Figueiredo, Dell'aglio, Silva, Souza & Argimon, 2013), a escassez de recursos para lidar com a depressão (Figueiredo et al., 2013) ou o aparecimento de patologias, como a Perturbação da Personalidade Borderline (Briere, Hodges & Godbout, 2010; Pearlman & Courtois, 2005). Até aqui, a literatura indica que a exposição a eventos traumáticos está associada a uma série de sintomas psicológicos, incluindo ansiedade, depressão, somatização e distorções cognitivas (Briere et al., 2010).

Pesquisas recentes indicam que o número e a variedade de traumas interpessoais que um indivíduo experimenta ao longo da vida prevêm a composição da sua personalidade e a extensão dos seus sintomas e distúrbios psicológicos (Cloitre et al., 2009; Briere & Scott, 2015).

O presente trabalho visa debruçar-se sobre estas experiências traumáticas de carácter interpessoal, repetitivo e múltiplo, atualmente designadas de Trauma Complexo. Deste modo, este estudo procurará inovar, na medida em que impulsionará a melhor compreensão do conceito de Trauma Complexo, enquanto termo distinto do trauma comum e da Perturbação do Stress Pós-Traumático. Será pioneiro em refletir acerca da gravidade da sintomatologia e da vivência de mal-estar associado ao Trauma Complexo e permitirá compreender como este está associado à expressão de outras sintomatologias clínicas.

Para tal, este estudo está organizado em cinco capítulos. Primeiro, será apresentado um enquadramento teórico, onde são abordados aspetos conceituais associados ao trauma comum e mais propriamente ao Trauma Complexo. Posteriormente, figuram os objetivos do estudo, sendo que não se colocaram hipóteses, por ser um estudo exploratório. No terceiro capítulo, é descrito o método utilizado, incluindo participantes, instrumentos e procedimentos. No capítulo seguinte, são expostos os resultados verificados no estudo e, no quinto capítulo, estes são discutidos. Por último, são apresentadas as conclusões e limitações do presente estudo, assim como algumas implicações e sugestões para eventuais investigações futuras.

## **1. Enquadramento Teórico**

### **1.1. A noção de trauma em Freud**

No início da sua obra, Freud entende o traumatismo psíquico como um acontecimento de vida ao qual o indivíduo não teria conseguido reagir adequadamente e que lhe teria afetado o psiquismo (Freud, 1952). Por um lado, poderia relacionar-se com o estado em que o indivíduo se encontra, por outro, com a intensidade do próprio acontecimento. Como o próprio Freud sublinha, estas ideias constituem uma generalização do conceito de histeria traumática, proposto por Charcot. Freud procurou generalizar o modelo de modo a compreender todas as neuroses. Com a descoberta da importância da sexualidade, do conflito defensivo, e, sobretudo, das fantasias inconscientes, o acontecimento traumático acabará por deixar de constituir o ponto central desta teoria geral das neuroses. No entanto, Freud voltará à noção de neurose traumática, num sentido estrito, no seu estudo sobre as “neuroses de guerra” (no contexto da I Guerra Mundial). O moderno conceito de Perturbação do Stress Pós-Traumático (PSPT) pode ser considerado como um desenvolvimento destas ideias.

É importante ficarmos com a noção de que o autor refere ainda, na sua teoria do traumatismo psíquico, que o efeito traumático poderia resultar do efeito cumulativo de uma série de pequenos incidentes e acontecimentos da infância (Freud, 1952).

### **1.2. A noção de trauma em Bowlby**

Para a compreensão da forma como as experiências precoces, mais ou menos traumáticas, organizam as diversas áreas da personalidade do sujeito, desde a infância à idade adulta, é de realçar as teorias de vinculação de Bowlby e Ainsworth (Greenberg & Mitchell, 2003). Para Bowlby (1988), os processos de vinculação perturbados, como separações, negligência ou perda da figura de vinculação, estão fortemente associados ao desenvolvimento de futuras perturbações de personalidade. Contudo, o autor aprofundou a

sua teoria, acrescentando que as separações e perdas não são os únicos fatores que conduzem ao desvio do desenvolvimento normal. Qualquer acontecimento stressante, especialmente os que ocorrem num indivíduo mais vulnerável, pode comprometer o desenvolvimento. Assim, mais do que a satisfação de uma necessidade básica, a disponibilidade emocional e a presença do cuidador revelam-se cruciais para o desenvolvimento normal da criança (Bowlby, 1988).

### 1.3. A noção de trauma em Winnicott

Para Winnicott, a *mãe suficientemente boa* é aquela que providencia experiências que permitem que o Eu incipiente do bebé emerja (Winnicott, 1994). A mãe, no seu estado de *preocupação materna primária*, deve ser capaz de funcionar como espelho, estando em ressonância com as vontades e necessidades do bebé, e de fornecer um meio seguro no qual o bebé é experienciado e contido (Greenberg, Stephen & Mitchell, 2003). Para além do *holding*, a mãe deve também ter a capacidade de trazer o mundo até ao bebé e de proporcionar que este passe pelo momento de ilusão, em que experiencia uma onnipotência ilusória. É este sentimento de onnipotência que confere a base do desenvolvimento saudável e da solidez do eu. Progressivamente, a mãe inicial que materializa o desejo alucinatório passivo do bebé, deve dar lugar à mãe que responde às necessidades que são realmente expressas através de gestos e sinais. Esta progressiva introdução de momentos de frustração é essencial para o desenvolvimento da separação, diferenciação e realização (Greenberg, Stephen & Mitchell, 2003). É de notar que Winnicott teoriza que a noção de trauma não precisa de ter associada a noção de pulsão, de libido ou aparelho psíquico. Para este autor, o que se entende por trauma depende do momento em que a criança está no seu processo de crescimento, progredindo de uma dependência absoluta para uma independência relativa (Fulgencio, 2004).

#### 1.4. A importância da relação precoce

Dos fatores que ditam se um acontecimento ameaçador é ou não traumático salienta-se o seu significado para quem o experiencia, de acordo com as representações internas do sujeito e com os mecanismos de resposta ao estímulo que este tem disponíveis (Martens, 2005, citado por Ferreira, 2016). Tendo em consideração que o Trauma Complexo tem por base as relações interpessoais pouco securizantes na infância, é de realçar a importância da qualidade das relações no desenvolvimento da personalidade (Ferreira, 2016). Neste sentido, Van der Kolk (2014) dá crucial importância à relação dual como pedra basilar na maturação emocional do indivíduo e na capacidade de confronto e elaboração de acontecimentos potencialmente traumáticos.

#### 1.5. Trauma Complexo

Embora a Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT) se caracterize pelo “desenvolvimento de sintomas característicos após a exposição a um ou mais acontecimentos traumáticos” (*American Psychiatric Association*, 2014) e a maioria dos sintomas referenciados para diagnosticar o Trauma Complexo constituírem critérios para o diagnóstico de PTST, no DSM-5, estes critérios parecem ser insuficientes para definir o quadro clínico de alguns indivíduos, tendo em conta a quantidade e complexidade de sintomas provenientes da exposição a diversos traumas e a presença de mudanças multidimensionais na personalidade que afetam a construção identitária (Taycan & Yildirim, 2015, citados por Regalado, 2016). Neste sentido, os diferentes acontecimentos traumáticos geram variações nas manifestações clínicas. Um sobrevivente de um acidente de viação não manifesta clinicamente o mesmo que uma vítima de abuso, negligência ou abandono por parte dos cuidadores (Ferreira, 2016).

Diversos autores têm adotado o termo Trauma Complexo, a fim de descrever a exposição a múltiplos eventos traumáticos de caráter interpessoal, repetitivo e crónico, que se prolongam no tempo e que têm uma origem mais precoce (Briere, 2015; Courtois, 2008; Regalado, 2016). Tais eventos (i.e. violação, agressão física e tortura) que ocorrem em

fases mais precoces e vulneráveis do desenvolvimento, particularmente na infância, englobam experiências de privação recorrentes que colocam o indivíduo com uma constante sensação de perigo (Briere & Spinazolla, 2005; Cook et al., 2005; Courtois & Ford, 2013, citados por Regalado, 2016).

Herman (1992) propôs o diagnóstico de Perturbação de Stress Pós-traumático Complexo (*Complex Posttraumatic Stress Disorder*) ou Perturbações de Stress Extremo Não Especificadas (*Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified* - DESNOS), para diferenciar este tipo de trauma mais complexo e severo. Alguma da sintomatologia presente neste diagnóstico encontra-se descrita na secção “Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico” de PSPT do DSM-5. Contudo, o Trauma Complexo suscita o surgimento de sintomas e consequências mais complexas do que aquelas desencadeadas por um evento traumático isolado (Briere, 2010; Viola et al., 2011; Regalado, 2016). Indivíduos expostos a experiências traumáticas complexas, revelam perturbações psicológicas, cujos sintomas, como desregulação afetiva e dificuldades nas relações interpessoais, não estão incluídos nos critérios diagnósticos de PSPT. O diagnóstico de Trauma Complexo, embora não identificado como tal no DSM-5, requer a existência de alterações em seis áreas de funcionamento principais.

#### **1.5.1. Dimensões do Trauma Complexo / DESNOS**

O diagnóstico característico do Trauma Complexo requer alterações no modo de funcionamento do indivíduo, em diferentes áreas problemáticas (Herman, 1992; Courtois, 2004). Inicialmente, Judith Herman (1992) organizou a constelação do Trauma Complexo ou DESNOS em vinte e sete sintomas que se agrupavam em sete categorias: (a) Desregulação do afeto e dos impulsos, (b) Alterações na atenção ou consciência, (c) Alterações na autopercepção, (d) Alteração na percepção do perpetrador (e) Alteração nas relações com outros; (f) Somatização, e (g) Alteração nos sistemas de significado. Estas seriam as principais áreas problemáticas do indivíduo diagnosticado com Trauma Complexo. Posteriormente, o conceito de Trauma Complexo acaba por sofrer algumas alterações, passando a ser descrito como suscitando alterações em apenas seis áreas do

funcionamento: (1) Desregulação dos Afetos e Impulsos, (2) Alteração na Atenção e Consciência, (3) Alteração na autopercepção, (4) Alteração nas Relações com os Outros, (5) Somatização e (6) Alterações nos Sistemas de Significado (Luxenberg et al., 2001; Pelcovitz et al., 1997; Van der Kolk et al., 2005). No Quadro 1 estão resumidos os critérios de diagnóstico do Trauma Complexo.

#### Quadro 1

*Critérios diagnósticos do Trauma Complexo /DESNOS, segundo Luxenberg et al., 2001; Pelcovitz et al., 1997; van der Kolk et al., 2005*

1. Desregulação dos Afetos e Impulsos	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Regulação afetiva</li> <li>-Modulação da raiva</li> <li>-Comportamento autodestrutivo</li> <li>-Ideação suicida</li> <li>-Dificuldade na modulação de comportamento sexual</li> <li>-Excessiva exposição ao risco</li> </ul>
2. Alteração na Atenção ou Consciência	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Amnésia</li> <li>-Episódios dissociativos transitórios e despersonalização</li> </ul>
3. Somatização	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sistema digestivo</li> <li>-Dor crónica</li> <li>-Sintomas cardiopulmonares</li> <li>-Sintomas de converção</li> <li>-Sintomas sexuais</li> </ul>
4. Alteração na Autopercepção	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ineficácia</li> <li>-Danos permanentes</li> <li>-Culpa e responsabilidade</li> <li>-Vergonha</li> <li>-Dificuldade de ser compreendido</li> <li>-Vitimização</li> </ul>
5. Alterações nas Relações com os Outros	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Incapacidade para confiar</li> <li>-Revitimização</li> <li>-Vitimizar outros</li> </ul>
6. Alterações no Sistema de Significado	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Desespero e desesperança</li> <li>-Perda de crenças fundamentais anteriores ao trauma</li> </ul>

### ***Alteração na Regulação dos Afetos e Impulsos***

A desregulação afetiva é um aspeto bastante problemático nos pacientes traumatizados. Estes indivíduos manifestam dificuldades em controlar as suas experiências emocionais, tendem a reagir de forma excessiva a situações de relativo *stress*, demonstrando dificuldades em gerir a ansiedade (Regalado, 2016; Briere, 2010).

### ***Alteração na Atenção e Consciência***

O indivíduo traumatizado tende a desenvolver sintomatologia dissociativa, utilizando a dissociação como o principal mecanismo de defesa contra a integração das experiências traumáticas (Luxenberg et al., 2001, citados por Regalado, 2016). Quando se deparam com uma experiência esmagadora e aterrorizante optam por se dissociar ou separar mentalmente da experiência. A par disso, manifestam períodos transitórios de amnésia, não conseguindo aceder a certo tipo de informação e retraindo-se quando confrontados com emoções ou recordações que apelam às experiências traumáticas (Regalado, 2016). Com a exposição ao trauma, podem ainda surgir respostas de evasão, na medida em que alteram a consciência, distraem e anestesiam, redirecionando a atenção para outro foco (Briere et al., 2010).

### ***Alteração na Auto percepção***

A autoestima destes indivíduos é fortemente afetada, uma vez que desenvolvem uma imagem muito negativa de si mesmos. Geralmente, predominam sentimentos de culpabilidade, vergonha, impotência e inutilidade (Herman, 1992; Regalado, 2016).

### ***Alterações na Relação com os Outros***

Os indivíduos com este tipo de perturbação têm histórias de vida marcadas por várias relações disfuncionais (Regalado, 2016). Desta forma, revelam alterações no relacionamento com os pares, como a dificuldade em confiar e em estar intimamente ligado a alguém. A importância do relacionamento inicial entre a criança e o cuidador não pode ser superestimada. Através de relacionamentos com importantes figuras de vinculação, as crianças aprendem a autorregular as emoções, a confiar nos outros e a desenvolver uma imagem do mundo como um local seguro (Greenberg, Stephen & Mitchell, 2003). Assim, a nossa capacidade de desenvolver relacionamentos saudáveis com os outros depende de

termos ou não experienciado esse mesmo tipo de relacionamento na infância (*The National Child Traumatic Stress Network*, s.d.). Tendo estes relacionamentos instáveis e imprevisíveis com cuidadores primários que exploraram, negligenciaram ou abusaram deles, estes indivíduos desenvolvem a imagem de um mundo hostil, demonstrando-se mais vulneráveis ao *stress*, tendo dificuldade em identificar, expressar e gerenciar emoções, podendo ter uma linguagem emocional limitada. Geralmente, internalizam e/ou externalizam as reações ao *stress*, podendo ter respostas emocionais imprevisíveis ou explosivas e, como resultado, podem apresentar quadros de depressão ou ansiedade (*The National Child Traumatic Stress Network*, s.d.).

### ***Somatização***

Com a perda da capacidade de colocar em palavras as suas experiências traumáticas, os sintomas físicos fornecem aos indivíduos um meio simbólico de comunicar a sua dor emocional (Van der Kolk, 1996, citado por Regalado, 2016). Por outras palavras, quando a mente deixa de ser capaz de elaborar o sofrimento associado ao trauma, o corpo ressent-se e manifesta-se, podendo envolver todos os principais sistemas corporais. Daí o indivíduo revelar reações somáticas e condições médicas, que em parte se podem relacionar diretamente com o tipo de abuso ou dano sofrido.

### ***Alteração nos Sistemas de Significados***

Indivíduos que sofreram de cumulativas experiências traumáticas, também revelam um sistema de significados afetado. Tendem a questionar-se quanto às suas próprias crenças e a não conseguir ver o lado positivo da vida, predominando sentimentos de desesperança e angústia (Herman, 1992). Tendo vivido experiências traumáticas e aprendido a operar em "modo de sobrevivência", estes indivíduos nem se permitem elaborar, porque se pensarem, as suas defesas desmoronam e podem não aguentar o sofrimento. Desta forma, aprendem, desde muito cedo, a não confiar nos outros e a ver o mundo como um lugar hostil.

### 1.5.2. Sintomatologia associada ao Trauma Complexo

A exposição prolongada a múltiplos e repetitivos traumas, particularmente numa fase precoce do desenvolvimento, parece estar associada a sintomas somáticos (dores de cabeça, distúrbios gastrointestinais, dores abdominais, lombares e pélvicas, tremores, sensações de choque e náuseas), dissociativos (alteração da realidade, alteração de personalidade, alucinações, confusão temporal) e afetivos (sintomas depressivos, insónia, apatia, desamparo, culpa, ideação suicida, alteração na visão de si e dos outros) (Viola et al., 2011). Salienta-se ainda a presença de hipervigilância, agitação e ansiedade extrema (Viola et al., 2011). A par desta perturbação na capacidade de auto-regulação afetiva, surgem ainda sintomas como dificuldade de concentração da atenção, comportamentos agressivos ou evitantes (Cloitre et al., 2009). Ford (2009, citado por Resick, 2012), defende que também os sistemas cerebrais subjacentes à regulação emocional, ao processamento de informações, ao apego saudável e ao desenvolvimento de relacionamentos interpessoais, são afetados pela exposição precoce e repetida ao trauma.

O Trauma Complexo parece ainda estar relacionado com o desenvolvimento de determinados traços de personalidade. A literatura aponta diferenças nos traços de personalidade, de acordo com a natureza da experiência traumática vivenciada. Weinberg e Gil (2016, citados por Ferreira, 2016) encontraram valores significativamente elevados nas dimensões Extroversão e Abertura à Experiência em vítimas de acidentes de viação, enquanto vítimas de abusos físicos ou sexuais mostraram níveis significativamente elevados de Neuroticismo. Também a Afetividade Negativa e o Psicoticismo parecem estar relacionados com o desenvolvimento de sintomatologia traumática (Ferreira, 2016). A par disso, o Trauma Complexo/ DESNOS surge ainda sobreposto com traços de Personalidade Borderline, como a dificuldade no funcionamento interpessoal, sintomas dissociativos, raiva e impulsividade. Nestes casos, sem experiências de apego inicial adequadas, os indivíduos traumatizados tornam-se incapazes de regular os sentimentos, a dor, o desapontamento, o medo, a raiva ou a vergonha, deixando-se invadir por um sentimento de desesperança (Pearlman & Courtois, 2005).

Como referido anteriormente, existe uma sobreposição significativa entre os sintomas de Trauma Complexo ou DESNOS e a Perturbação do Stress-Pós Traumático

(PSPT). Os sintomas de isolamento social, irritabilidade, raiva, vergonha, desconfiança, evasão e as perturbações na consciência estão listados entre os critérios para PSPT. De igual modo, problemas de atenção/ concentração e memória estão mencionados como sintomas de dissociação do Trauma Complexo, sendo também sintomas centrais de PSPT (Resick, 2012). No entanto, vários sintomas propostos na definição de Trauma Complexo (por exemplo, somatização, dissociação e desregulação afetiva) ocorrem independentemente da PSPT (Resick, 2012). Assim, constatou-se que há casos de Trauma Complexo sem comorbidade com a Perturbação do Stress Pós-Traumático, que sugerem que estas patologias são qualitativamente distintas, embora muitas vezes co-ocorram (Ford, 1999, citado por Resick, 2012).

## 2. Objetivos e Hipóteses

No âmbito do Projeto de Investigação sobre “Personalidade e Psicopatologia”, o presente trabalho constitui um estudo exploratório no domínio dos sintomas psicopatológicos gerais relacionados com o *trauma complexo*, sob uma visão dimensional e compreensiva da personalidade.

Num primeiro momento, procura-se (1) explorar a relação entre a vivência ao trauma e as seis dimensões do Trauma Complexo ou DESNOS (sub-escalas de SIDES-SR: Alterações na Regulação do Afeto e dos Impulsos, Alterações na Atenção ou Consciência, Alterações na Autoperceção, Alterações na Relação com os Outros, Somatização e Alterações nos Sistemas de Significado), numa amostra da população portuguesa. Num segundo momento, visa-se (2) explorar a relação entre as seis dimensões do Trauma Complexo ou DESNOS e o Índice Geral de Sintomas (IGS), que reflete a intensidade do mal-estar experienciado e o número de sintomas assinalados num conjunto de perturbações clínicas. Por último, procura-se (3) explorar a relação entre as seis dimensões do Trauma Complexo ou DESNOS (sub-escalas de SIDES-SR) e nove dimensões de outras perturbações clínicas que estão na base da definição do IGS (Ansiedade, Ansiedade Fóbica, Depressão, Hostilidade, Ideação Paranóide, Obsessões Compulsões, Psicoticismo, Sensibilidade Interpessoal e Somatização).

### 2.1. Objetivos

**Objetivo 1:** Explorar as seis dimensões do Trauma Complexo ou DESNOS, relativamente à vivência de trauma e ao sexo, numa amostra da população geral portuguesa.

**Objetivo 2:** Explorar a relação entre as seis dimensões do Trauma Complexo ou DESNOS e o Índice Geral de Sintomas.

**Objetivo 3:** Explorar a relação entre as seis dimensões de sintomatologia do Trauma Complexo e nove dimensões de outras psicopatologias clínicas.

### 3. Método

#### 3.1. Participantes

A amostra do presente estudo é composta por 338 participantes da população geral adulta, a maioria de nacionalidade portuguesa (98,5%), com idade compreendida entre os 18 e os 83 anos ( $M = 41,07$ ;  $DP = 13,56$  anos). O Quadro 2 apresenta as características sociodemográficas desta amostra.

Quadro 2

*Caraterísticas Sociodemográficas da Amostra*

	N	%
Sexo		
Masculino	132	39,10
Feminino	206	60,90
Nacionalidade		
Portuguesa	333	98,50
Outra	5	1,50
Escolaridade		
< 4º ano	7	2,10
4º ano	5	1,50
6º ano	16	4,70
9º ano	52	15,40
12º ano	96	28,40
Licenciatura ou mais	162	47,90
Estado Civil		
Solteiro	104	30,80
Casado	197	58,30
Viúvo	6	1,80
Divorciado ou separado	30	9,70

### 3.2. Instrumentos

Para a realização do presente estudo foram usados os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico, SIDES-SR (*Self-Report Inventory for Disorders of Extreme Stress*) e BSI (*Brief Symptom Inventory*).

#### 3.2.1. Questionário Sociodemográfico

Este instrumento, composto por 18 itens, permite a recolha de dados sociodemográficos relativos ao sexo, idade, nacionalidade, nível de escolaridade, estado civil, residência, profissão, situação económica, agregado familiar atual, número de filhos. Foram ainda incluídas perguntas relativas às relações familiares e de amizade, estado de saúde, crenças e práticas religiosas e informação relativa à experiência de algum acontecimento de vida traumático.

#### 3.2.2. SIDES-SR: *Self-Report Inventory for Disorders of Extreme Stress*

Para investigar os efeitos do trauma no indivíduo, particularmente as alterações do indivíduo em resposta ao *stress* extremo que não são capturadas no diagnóstico de PTSD (Perturbação do Stress Pós-Traumático), foi utilizada a versão portuguesa do questionário SIDES-SR (Duarte-Silva, Gonçalves, & Henriques-Calado, 2016). Este instrumento consiste num questionário de autorrelato, composto por 45 itens, que visa avaliar a presença do diagnóstico DESNOS (*disorders of extreme stress-not otherwise specified*), tal como este é proposto no DSM-5. Avalia o Trauma Complexo ou DESNOS em seis *clusters* ou dimensões sintomatológicas: Desregulação do Afeto, Somatização, Alterações de Consciência, Autoperceção, Relação com os Outros e Sistemas de Significado (Luxenberg, Spinazzola, Bessel & Van der Kolk, 2001). Os participantes são solicitados a indicar a presença ou ausência de cada sintoma no momento atual e ao longo da sua vida, assim como a gravidade atual dos mesmos. Neste estudo só foi tida em conta a presença e intensidade no momento atual. Para cada item, os indivíduos respondem utilizando

respostas dicotómicas (“sim” e “não”) e identificam, por intermédio de uma escala Likert de 0 a 3, a presença recorrente e a severidade desse sintoma durante o último mês.

Relativamente à validade interna, o SIDES-SR revela ser um bom instrumento de medição para investigar efeitos do trauma no indivíduo (Pelcovitz et al., 1997), tendo demonstrado valores de alfa de Cronbach de 0,93 na escala completa e valores de alfa que variam entre 0,74 a 0,82 nas subescalas (Trauma Center, 2011). No presente estudo, a escala completa do SIDES-SR apresenta um valor de alfa de Cronbach de 0,93 e as suas subescalas apresentam valores entre 0,68 (Alteração dos Sistemas de Significado) e 0,82 (Desregulação dos Afetos e Impulsos) - demonstrando-se como um instrumento adequado a ser utilizado nesta investigação.

### 3.2.3. **BSI: *Brief Symptom Inventory***

A sintomatologia psicopatológica geral foi avaliada com recurso à versão portuguesa do BSI (*Brief Symptom Inventory*)(Derogatis & Spencer, 1982), traduzido e adaptado por Canavarro (1999). Este instrumento, que avalia nove dimensões de sintomas psicopatológicos, consiste num inventário de autorrelato, com 53 itens, nos quais o indivíduo deve classificar, numa escala Likert (de 0 a 4), o grau em que cada problema o afectou durante a última semana.

**1) *Somatização.*** Reflecte o mal-estar decorrente da percepção do funcionamento somático, tendo em conta as queixas apresentadas.

**2) *Obsessões-Compulsões.*** Considera sintomas identificados na síndrome clínica obsessivo-compulsiva, centrando-se nas cognições, impulsos e comportamentos percebidos como persistentes.

**3) *Sensibilidade Interpessoal.*** Foca-se nos sentimentos de inadequação pessoal e inferioridade, essencialmente na comparação com os outros, que incluem manifestações características como a auto-depreciação, a hesitação, o desconforto e a timidez.

**4) *Depressão.*** Apreende indicadores de depressão clínica, que reflectem sintomas de afecto e humor disfórico, bem como a perda de energia vital e a falta de motivação e interesse.

**5) *Ansiedade.*** Foca sinais e sintomas clinicamente associados a manifestações de ansiedade, considerando indicadores gerais como o nervosismo e a tensão, a par de sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico.

**6) *Hostilidade.*** Contempla pensamentos, emoções e comportamentos característicos de estados afectivos negativos.

**7) *Ansiedade Fóbica.*** Centra-se nas manifestações do comportamento fóbico mais patognomónicas e disruptivas, reflectindo uma resposta de medo persistente, face a uma pessoa, local ou situação específica, que apesar de irracional e desproporcionada em relação ao estímulo, conduz a comportamentos de evitamento.

**8) *Ideação Paranóide.*** Representa o comportamento paranóide como um modo perturbado de funcionamento cognitivo, em que o pensamento projectivo, a hostilidade, a suspeição, a grandiosidade, o egocentrismo, o medo de perda de autonomia e os delírios se apresentam como reflexos iniciais dessa perturbação.

**9) *Psicoticismo.*** Compreende indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizóide, bem como os sintomas primários de esquizofrenia (alucinações e controlo de pensamento), fornecendo um contínuo graduado desde o isolamento interpessoal ligeiro à evidência dramática de psicose.

Além destas nove dimensões, este instrumento também avalia três índices globais: (1) Índice Geral de Sintomas (IGS), que representa uma pontuação combinada que reflecte a intensidade do mal-estar experienciado e o número de sintomas assinalados; (2) Índice de Sintomas Positivos (ISP), que representa a média da intensidade de todos os sintomas assinalados; e (3) Total de Sintomas Positivos (TSP), que representa o número de queixas sintomáticas apresentadas.

Relativamente à validade interna, estudos psicométricos revelaram que a escala apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove sub-escalas (Canavarro, 1999), com valores de alfa de Cronbach entre 0,62 (psicoticismo) e 0,80 (somatização). Também no presente estudo, revela ser um instrumento de medição adequado, com um alfa de Cronbach de 0,97 na escala completa e com valores entre 0,72 (somatização) e 0,86 (ansiedade) nas sub-escalas.

### 3.3. Procedimento

A amostra foi recolhida através do método “Bola de Neve”, por vários alunos do Mestrado Integrado em Psicologia, e mediante a aplicação de um protocolo de investigação. O protocolo, composto por nove instrumentos de medida psicológica (questionários de autorrelato), era entregue juntamente com um consentimento informado (Anexo A), lido e assinado pelos participantes antes do preenchimento dos questionários, sendo feita uma explicação prévia do estudo e garantido o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos resultados. Os participantes podiam responder ao protocolo em casa e devolviam-no posteriormente.

A análise dos dados foi efetuada através do programa IBM SPSS *Statistics* - versão 22 (*Statistical Package for the Social Sciences*). Utilizaram-se técnicas de estatística descritiva, para calcular frequências, percentagens, médias e desvio-padrão. A fim de obter o grau de correlação ou associação entre variáveis recorreu-se a técnicas estatísticas específicas, como o coeficiente de correlação de *Pearson*. Para comparar médias utilizou-se a estatística de teste *t* de Student para amostras independentes. Para verificar a consistência interna dos instrumentos utilizados no presente estudo, recorreu-se ainda ao cálculo do coeficiente alfa de *Cronbach*.

## 4. Resultados

De seguida, são apresentados os resultados obtidos no presente estudo. Primeiramente, figuram os resultados relativos à exploração dos dados sociodemográficos, mais especificamente à presença ou ausência de trauma na presente amostra da população portuguesa. Posteriormente, estão apresentados os resultados da exploração quanto à relação entre o Índice geral de Sintomas, que reflecte a intensidade do mal-estar experienciado e o número de sintomas assinalados, nas Dimensões relacionadas ao Trauma Complexo/DESNOS. Por último, são apresentados os resultados relativos à relação entre as estas dimensões sintomatológicas do Trauma Complexo/ DESNOS e outras sintomatologias clínicas.

### 4.1. Análise descritiva dos resultados de cada subescala do SIDES-SR

No Quadro 3 estão apresentados os resultados da análise descritiva das subescalas do SIDES-SR.

Quadro 3

*Resultados descritivos das subescalas do SIDES-SR*

Subescala SIDES-SR	% de Valores = 0	% de Valores $\geq 2$	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min	Máx	$\alpha$
Desregulação dos Afetos e Impulsos	63,3%	0	0,20	0,02	0,00	1,61	0,82
Alteração na Atenção e Consciência	83,1%	3,3%	0,21	0,03	0,00	3,00	0,73
Alteração na Autopercepção	80,5%	0%	0,09	0,01	0,00	1,33	0,76
Alteração na Relação com os Outros	81,1%	1,2%	0,16	0,02	0,00	2,56	0,72
Somatização	86,1%	0%	0,07	0,01	0,00	1,60	0,70
Alteração nos Sistemas de Significado	83,1%	2,1%	0,18	0,03	0,00	2,50	0,68

#### 4.2. Exploração dos Dados Sociodemográficos na Relação com a vivência de experiências traumáticas

No questionário sociodemográfico, foi incluída uma pergunta acerca da vivência de experiências traumáticas, à qual os participantes davam uma resposta (“sim”, “não”) mediante terem ou não tido um evento traumático na sua vida. Verificou-se que, dos 329 participantes que responderam, 45,6% responderam que “sim” e 51,5% responderam “não” ter experienciado qualquer tipo de evento traumático. Verificou-se ainda que 0,3% dos participantes não respondeu.

Para verificar se existem diferenças significativas entre o Trauma relativamente às seis dimensões de Trauma Complexo (SIDES-SR) foi efetuado o teste *t* de Student para amostras independentes. Os resultados estão relatados no Quadro 4. Em todas as comparações efetuadas não se verifica a homogeneidade das variâncias (teste de Levene,  $p < 0,05$ ).

Quadro 4

*Comparação das Médias entre o Trauma “Sim” e o Trauma “Não” no resultado das seis dimensões do Trauma Complexo (SIDES-SR)*

	Trauma “Sim”	Trauma “Não”	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>		
Desregulação dos Afetos e Impulsos	0,25 (0,37)	0,16 (0,29)	2,26	0,025
Alteração na Atenção e Consciência	0,30 (0,65)	0,13 (0,41)	2,91	0,004
Alteração na Autoperceção	0,13 (0,29)	0,06 (0,18)	2,67	0,008
Relação com os Outros	0,19 (0,47)	0,14 (0,34)	1,25	0,213
Somatização	0,12 (0,29)	0,03 (0,11)	3,47	0,001
Alteração nos Sistemas de Significado	0,23 (0,54)	0,14 (0,39)	1,68	0,094

### 4.3. Variações em função do sexo

Observou-se que 43,0% dos homens e 49,5% das mulheres dizem já ter vivido uma experiência traumática. Esta diferença não é significativa ( $X^2 = 1,34; p = 0,25$ ).

Para verificar se existem diferenças significativas entre o Sexo Masculino e o Sexo Feminino relativamente aos resultados obtidos nas Seis Dimensões de Trauma Complexo (SIDES-SR) foi efetuado o teste *t* de Student para amostras independentes. Os resultados estão apresentados no Quadro 5. Quanto a este método estatístico, não se verifica a homogeneidade de variâncias através do teste de Levene apenas nas variáveis Somatização ( $F = 4,45; p = 0,04$ ) e Alteração na Atenção e Consciência ( $F = 4,37; p = 0,04$ ), pelo que todas as outras dimensões foram assumidas como tendo igual variância.

Quadro 5

*Comparação das Médias entre o Sexo Masculino e o Sexo Feminino no resultado das seis dimensões do Trauma Complexo (SIDES-SR)*

	Sexo Masculino	Sexo Feminino	<i>t</i>	<i>p</i>
	(n=132)	(n=206)		
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>		
Desregulação dos Afetos e Impulsos	0,22 (0,35)	0,19 (0,32)	0,96	0,339
Alterações na Atenção e Consciência	0,17 (0,47)	0,23 (0,58)	-1,13	0,259
Alteração na Autoperceção	0,08 (0,23)	0,09 (0,25)	-0,49	0,624
Relação com os Outros	0,14 (0,42)	0,18 (0,39)	-0,76	0,446
Somatização	0,05 (0,21)	0,08 (0,24)	-1,19	0,237
Alteração nos Sistemas de Significado	0,19 (0,47)	0,70 (0,47)	0,51	0,610

#### 4.4. Exploração da Relação entre as Seis Dimensões do Trauma Complexo/DESNOS e o Índice Geral de Sintomas (IGS)

Utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson para verificar a relação entre as Seis Dimensões do Trauma Complexo/DESNOS (SIDES.SR) e o Índice Geral de Sintomas (BSI). Os resultados estão apresentados no Quadro 6.

##### Quadro 6

*Coefficientes de Correlação de Pearson entre as Variáveis Índice Geral de Sintomas (BSI) e as Seis Dimensões Sintomatológicas do Trauma Complexo/ DESNOS (SIDES-SR).*

Dimensões SIDES-SR	Índice Geral de Sintomas (BSI)
Desregulação dos Afetos e Impulsos	0,52
Autoperceção	0,53
Relação com os Outros	0,40
Alterações na Atenção e Consciência	0,39
Somatização	0,37
Alterações nos Sistemas de Significado	0,43

#### 4.5. Exploração da Relação entre as Seis Dimensões do Trauma Complexo/DESNOS e Outras Sintomatologias Clínicas

Procedeu-se à utilização do coeficiente de correlação de Pearson para verificar a relação entre as Seis Dimensões do Trauma Complexo/DESNOS (SIDES.SR) e outras Sintomatologias Clínicas (BSI). Os resultados estão apresentados no Quadro 7.

Quadro 7

*Coefficientes de Correlação de Pearson entre as Nove dimensões de Sintomatologia Clínica (BSI) e as Seis Dimensões Sintomatológicas do Trauma Complexo/ DESNOS (SIDES-SR).*

	Desregulação dos Afetos e Impulsos	Alteração da Atenção e Consciência	Alteração na Auto percepção	Relação com os Outros	Somatização	Alteração no Sistema de Significados
Somatização	0,35	0,35	0,38	0,26	0,39	0,28
Obsessões –Compulsões	0,44	0,37	0,41	0,34	0,29	0,41
Sensibilidade Interpessoal	0,42	0,34	0,51	0,38	0,27	0,37
Depressão	0,54	0,41	0,57	0,42	0,23	0,53
Ansiedade	0,52	0,41	0,51	0,38	0,38	0,41
Hostilidade	0,56	0,35	0,52	0,39	0,29	0,29
Ansiedade Fóbica	0,37	0,24	0,43	0,29	0,35	0,26
Ideação Paranóide	0,41	0,31	0,39	0,35	0,25	0,27
Psicoticismo	0,56	0,43	0,55	0,41	0,32	0,43

A fim de obter informação mais específica, utilizou-se a regressão linear múltipla com o método *backward*. Foram inseridas como variáveis independentes as dimensões da sintomatologia clínica avaliadas pelo BSI. Realizaram-se seis análises de regressão tomando como variável dependente cada uma das seis dimensões do Trauma Complexo.

O Quadro 8 apresenta o modelo obtido após 6 passos tomando como variável dependente a Desregulação dos Afetos e Impulsos.

Quadro 8

*Análise de Regressão Linear Múltipla prevendo a Desregulação dos Afetos e Impulsos a partir da sintomatologia psicopatológica*

	<i>B</i>	$\beta$	<i>t</i>	Valor de <i>p</i>
(Constante)	0,01	-	0,68	0,499
SensInterpessoal	-0,10	-0,24	-2,84	0,005
Depressão	0,12	0,27	3,28	0,001
Hostilidade	0,19	0,36	4,63	0,000
Psicoticismo	0,12	0,24	2,76	0,006

$R^2 = 0,36; F = 39,87, p < 0,01$

No Quadro 9 é apresentado o modelo obtido após 6 passos tendo como variável dependente a Alteração na Atenção e Consciência.

Quadro 9

*Análise de Regressão Linear Múltipla prevendo a Alteração na Atenção e Consciência a partir da sintomatologia psicopatológica*

	<i>B</i>	$\beta$	<i>t</i>	Valor de <i>p</i>
(Constante)	-0,00	-	-0,06	0,954
Somatização	0,14	0,13	1,71	0,088
Depressão	0,11	0,15	1,81	0,071
Ansiedade Fóbica	-0,18	-0,19	-2,24	0,026
Psicoticismo	0,27	0,33	3,38	0,001

$R^2 = 0,19$ ;  $F = 17,14$ ,  $p < 0,01$

O Quadro 10 apresenta o modelo obtido após 5 passos tomando como variável dependente a Alteração na Autopercepção.

Quadro 10

*Análise de Regressão Linear Múltipla prevendo a Alteração na Autopercepção a partir da sintomatologia psicopatológica*

	<i>B</i>	$\beta$	<i>t</i>	Valor de <i>p</i>
(Constante)	-0,02		-1,47	0,143
Somatização	-0,07	-0,15	-2,06	0,040
Depressão	0,12	0,39	5,80	0,000
Hostilidade	0,11	0,31	4,19	0,000
Ansiedade Fóbica	0,07	0,18	2,50	0,013
Ideação Paranóide	-0,04	-0,13	-1,91	0,057

$R^2 = 0,36$ ;  $F = 32,48$ ,  $p < 0,01$

No Quadro 11 está presente o modelo obtido após 7 passos tomando como variável dependente a Alteração na Relação com os Outros.

Quadro 11

*Análise de Regressão Linear Múltipla prevendo a Alteração na Relação com os Outros a partir da sintomatologia psicopatológica*

	<i>B</i>	$\beta$	<i>t</i>	Valor de <i>p</i>
(Constante)	-0,01		-0,23	0,819
Somatização	-0,10	-0,13	-2,03	0,043
Depressão	0,14	0,26	3,68	0,000
Hostilidade	0,20	0,32	4,52	0,000

$R^2 = 0,21$ ;  $F = 26,33$ ,  $p < 0,01$

O modelo obtido após 8 passos tomando como variável dependente a Somatização é apresentado no Quadro 12.

Quadro 12

*Análise de Regressão Linear Múltipla prevendo a Somatização a partir da sintomatologia psicopatológica*

	<i>B</i>	$\beta$	<i>t</i>	Valor de <i>p</i>
(Constante)	-0,02	-	-1,39	0,166
Somatização	0,14	0,302	4,06	0,000
Ansiedade	0,06	0,164	2,21	0,028

$R^2 = 0,19$ ;  $F = 35,03$ ,  $p < 0,01$

No Quadro 13 figura o modelo obtido após 8 passos tomando como variável dependente a Alteração nos Sistemas de Significado

Quadro 13

*Análise de Regressão Linear Múltipla prevendo a Alteração nos Sistemas de Significado a partir da sintomatologia psicopatológica*

	<i>B</i>	$\beta$	<i>t</i>	Valor de <i>p</i>
(Constant)	0,01		0,19	0,850
Depressão	0,38	0,61	9,68	0,000
IdeaçãoParanoíde	-0,08	-0,13	-2,08	0,039

$R^2 = 0,29$ ;  $F = 60,75$ ,  $p < 0,01$

## 5. Discussão

Neste capítulo, segue-se a discussão dos resultados obtidos no presente estudo e apresentados no capítulo anterior, considerando os objetivos acima estipulados. Como atrás referido, visou-se contribuir para a investigação no âmbito do Projeto sobre Personalidade e Psicopatologia, de modo a compreender em que medida o Trauma Complexo ou DESNOS (*Disorders of Extreme Stress Not Otherwise specified*) pode estar associado a outras sintomatologias clínicas mais gerais, como a depressão, a ansiedade, entre outras.

Recorrendo à análise das estatísticas descritivas, procurou-se explorar qual a dimensão sintomatológica do Trauma Complexo com maior média. Como se verifica no Quadro 3, a Alteração na Regulação dos Afetos e Impulsos e a Alteração na Relação com os Outros são as dimensões que apresentam médias mais elevadas. O critério de apenas considerar clinicamente significativos os valores iguais ou superiores a 2 não se verificou adequado para esta amostra, tendo em conta os baixos valores percentuais observados.

Relativamente ao primeiro objetivo, a fim de explorar as seis dimensões do Trauma Complexo, relativamente à vivência de trauma e ao sexo, também se procedeu à comparação de médias. Para estudar a relação entre a resposta à pergunta sobre a vivência de trauma e os resultados nas dimensões do Trauma Complexo (SIDES-SR), compararam-se as médias dos sujeitos que tinham respondido positivamente com as dos participantes que responderam negativamente e verificou-se que quem relatou ter experienciado algum tipo de trauma pontua mais nas seis dimensões do Trauma Complexo, embora esta diferença só seja significativa com a Desregulação dos Afetos e Impulsos, Alteração na Atenção e Consciência, Alteração na Autoperceção e Somatização. Ao contrário da literatura, encontraram-se ligeiras diferenças que poderiam sugerir que as mulheres são mais suscetíveis a situações traumáticas (Breslau, Davis, Andreski, Peterson & Schultz (1998, citados por Soares & Miranda, 2005), mas nenhuma se revelou estatisticamente significativa.

No que remete para o segundo objetivo, procedeu-se ao cálculo das correlações para explorar a associação entre as dimensões do Trauma Complexo (SIDES-SR) e o Índice Geral de Sintomas (IGS) do BSI. Para qualificar o valor da correlação procurou-se seguir o

modelo sugerido por Evans (1996). Neste sentido, verificou-se que todas as dimensões do Trauma Complexo estão significativamente correlacionadas com o Índice Geral de Sintomas (IGS), ou seja, com a intensidade do mal-estar relatado e com o número de sintomas assinalados pelos próprios indivíduos. As dimensões Desregulação dos Afetos e Impulsos, Alteração na Relação com os Outros, Alteração na Autopercepção e Alteração nos Sistemas de Significados demonstraram estar correlacionadas positivamente a um grau moderado. Por sua vez, a Alteração na Atenção e Consciência e a Somatização revelaram uma fraca correlação com o IGS. É interessante refletir como indivíduos com dificuldades nos relacionamentos interpessoais, com alterações na autopercepção, que têm dificuldades na regulação dos afetos e impulsos e alterações nos sistemas de crenças, têm mais tendência a relatar maior número de queixas e maior intensidade dos sintomas.

Tendo em conta o terceiro objetivo, recorreremos igualmente ao cálculo de correlações. Foi encontrada uma associação significativa entre a sintomatologia específica do Trauma Complexo (Dimensões do SIDES-SR) e outras sintomatologias clínicas (BSI), sendo as dimensões Desregulação do Afetos e Impulsos, Alteração na Autopercepção e Alteração no Sistema de Significados as que estão correlacionadas com mais sintomas do BSI. A Desregulação dos Afetos e Impulsos revelou uma correlação fraca com a Somatização e a Ansiedade Fóbica, mas uma correlação moderada com as restantes dimensões sintomatológicas descritas no BSI. A Alteração da Atenção e Consciência apresenta uma correlação moderada com sintomas como a Depressão, Ansiedade e Psicoticismo e revela uma fraca correlação com as restantes dimensões do BSI. Por sua vez, a Alteração na Autopercepção revela uma correlação fraca com a Ideação Paranóide e com a Somatização, embora se revele moderadamente correlacionada com as restantes sintomatologias do BSI.

É ainda de realçar que, nesta amostra, a Alteração na Relação com os Outros só se revelou correlacionada moderadamente com a Depressão e o Psicoticismo, e, como tal, não se verifica grande associação com outras sintomatologias clínicas mais gerais, o que acaba por ir ao encontro do referido no primeiro capítulo, uma vez que a sintomatologia do Trauma Complexo se diferencia de outras perturbações clínicas, nomeadamente em sintomas como

o isolamento social, desconfiança e evasão, presentes no diagnóstico da Perturbação do Stress Pós-Traumático (PSPT).

Por fim, a Somatização específica do diagnóstico de Trauma Complexo acaba por estar correlacionada fracamente com todas as dimensões sintomatológicas gerais e a Alteração no Sistema de Significados revelou estar correlacionada moderadamente com as Obsessões-Compulsões, a Depressão, a Ansiedade e o Psicoticismo. Estes resultados parecem coincidir com a literatura, visto que a exposição a eventos de vida traumáticos de carácter interpessoal, repetitivo e de origem mais precoce, parece estar associada a dificuldades futuras ao nível da concentração da atenção, da alteração da realidade, à presença de sintomas dissociativos, alucinações, agitação, hipervigilância e ansiedade (Viola et al., 2011). A associação encontrada entre a Alteração no Sistema de Significados e a Depressão também parece ir ao encontro da literatura, existindo uma relação entre tais vivências traumáticas e sintomas depressivos, com sentimentos de culpa, desamparo e desesperança (Viola et al., 2011).

A interpretação das correlações levanta algumas dificuldades dado que todos os valores observados são significativos e as diferenças de magnitude não são, em geral, muito grandes. Por outro lado, as dimensões da sintomatologia clínica estão relacionadas entre si. Por isso, num segundo momento, utilizámos a análise de regressão múltipla com o método *backward* para definir modelos que permitissem prever os valores em cada uma das dimensões do Trauma Complexo a partir de um menor número de dimensões da sintomatologia clínica. Estes modelos permitem, além disso, avaliar o maior ou menor peso das variáveis independentes na previsão dos valores da variável dependente. Nesta discussão referiremos apenas as dimensões de sintomatologia clínica incluídas no modelo final que têm um efeito sobre a variável dependente significativo ao nível  $p < 0,01$ .

Verifica-se que a variância da dimensão Desregulação dos Afetos e Impulsos é explicada por sintomatologias como a Sensibilidade Interpessoal, a Depressão, a Hostilidade e o Psicoticismo, a 36%, o que parece demonstrar a adequação do modelo. Contudo, apenas a Hostilidade, a Depressão e o Psicoticismo têm um peso significativo (ao nível  $p < 0,01$ ) na predição da Desregulação dos Afetos e Impulsos. Teóricos como Hoaken, Shaughnessy e Phil (2003, citados por Silva, 2013) apontam para uma relação

entre a agressividade e a desregulação nas funções executivas, ou seja, indivíduos com funções executivas “pobres”, com dificuldade em controlar os pensamentos, emoções e ações, tendem a se tornar mais agressivos justamente pela incapacidade que apresentam de inibir o comportamento impulsivo. A sensibilidade Interpessoal apresenta ainda uma relação negativa com a Desregulação dos Afetos e Impulsos. Isto leva-nos a pensar em indivíduos desregulados afetivamente que, por não conseguirem controlar os seus impulsos e emoções, não são capazes de desenvolver a empatia necessária com aqueles que os cercam, gerando problemas de convivência. A variância da Alteração na Atenção e Consciência é explicada por sintomas gerais como a Somatização, Depressão, Ansiedade Fóbica e Psicoticismo, a 19%. Nesta dimensão sintomatológica do Trauma Complexo, somente o Psicoticismo revela ser um preditor significativo. A par disso, a ansiedade Fóbica está relacionada negativamente com a Alteração na Atenção e Consciência. A variância da Alteração na Autoperceção é explicada pela Somatização, Depressão, Hostilidade, Ansiedade Fóbica e Ideação Paranóide, a 36%, o que revela que o modelo é adequado. Destes preditores, somente a Depressão e a Hostilidade apresentaram um efeito significativo na Alteração na Autoperceção. A Somatização e a Ideação Paranóide também se revelaram associadas negativamente a esta dimensão. Esta associação negativa entre a Alteração na Autoperceção e a Somatização vai ao encontro da fraca associação encontrada entre a Somatização e o IGS, na medida em que pessoas que relatam maior mal estar, não tendem a ser as que somatizam tanto, mas a ter uma percepção de si perturbada. De igual forma, e apesar da variância na dimensão Alteração na Relação com os Outros poder ser explicada por sintomatologias como a Somatização, a Depressão e a Hostilidade, a 21%, somente a Depressão e a Hostilidade revelem um efeito significativo. A Somatização revela-se ainda negativamente associada à Alteração na Relação com os Outros. Podemos refletir que as pessoas acabam por sofrer alterações no organismo ao enfrentar determinadas situações emocionais, principalmente as que produzem stress e ansiedade, como é o caso das experiências traumáticas. O que muda é a intensidade e a frequência com que isso acontece – de eventos isolados a traumas repetitivos e de natureza interpessoal, como é o caso do Trauma Complexo. Neste sentido, era de esperar que a somatização, enquanto sintoma do Trauma Complexo, estivesse associada com relações interpessoais negativas e perturbadas. No que remete para a Somatização específica do Trauma

Complexo (SIDES-SR), a variância desta dimensão é explicada por preditores como a Somatização (BSI) e Ansiedade, a 19%, sendo apenas a Somatização (BSI) significativa. A par disso, a Depressão também revelou um efeito preditivo significativo na Alteração do Sistema de Crenças, sendo a variância desta dimensão explicada a partir de sintomatologias como a Depressão e Ideação Paranóide, a 29%, e estando a Ideação Paranóide associada negativamente à Alteração nos Sistemas de Significado.

Posto isto, parece que, em muitos casos, é o efeito da Depressão e da Hostilidade que sobressai. Tal vai ao encontro do acima descrito e da literatura, uma vez que o desenvolvimento de sintomatologia traumática vem associado a acentuadas dificuldades na auto-regulação afetiva, comportamentos agressivos ou evitantes (Cloitre et al., 2009) e a traços de personalidade como a Afetividade Negativa. A longo prazo, as respostas psicológicas do indivíduo e as vicissitudes com as quais se depara, como é o caso das perdas na infância, também podem ser consideradas no contexto da teoria do *attachment*. Se as necessidades da criança encontrarem disponibilidade por parte do adulto, estabelece-se progressivamente um vínculo seguro, um self estruturado, autoconfiante e mais resiliente, que percebe o mundo externo como um lugar seguro. Por sua vez, o não estabelecimento desse vínculo seguro leva à construção de um self frágil e à percepção de um mundo hostil. No caso da perda, quanto mais jovem, mais vulnerável pode se encontrar o indivíduo para fazer frente a eventos traumáticos, podendo responder com um aumento de hostilidade (Zavaschi, 2002). De igual forma, a Depressão representa uma das mais conhecidas manifestações psicopatológicas associadas a eventos traumáticos na infância (Zavaschi, 2002).

É ainda de realçar que, nesta amostra, não se verifica grande associação entre outras sintomatologias clínicas e a Alteração na Relação com os Outros, o que acaba por ir ao encontro do referido no primeiro capítulo, uma vez que a sintomatologia do Trauma Complexo se diferencia de outras perturbações clínicas, nomeadamente em sintomas como o isolamento social, desconfiança e evasão, presentes no diagnóstico da Perturbação do Stress Pós-Traumático (PSPT). Por sua vez, parece que estes sintomas de isolamento social, desconfiança e evasão podem estar de alguma forma relacionados com a Hostilidade e Depressão. Com a exposição crónica a eventos traumáticos ou a contínua negligência por

parte dos cuidadores, pode haver uma série de sintomas afetivos e interpessoais associados, ou até mesmo um aumento da ocorrência de outras psicopatologias, entre elas, a depressão major, a ansiedade generalizada, o uso de substâncias (Viola et al., 2010), o empobrecimento das relações familiares e o baixo suporte social (Zavaschi, 2002).

Por fim, a análise de regressão mostra ainda que a Somatização avaliada pelo BSI permite prever a Somatização enquanto dimensão do Trauma Complexo. Este resultado pode ser interpretado como validade convergente do SIDES-SR.

## Conclusão

Desde sempre, o Ser Humano tenta recuperar e lidar com inúmeras situações adversas que experiencia. Algumas dessas experiências são traumáticas, deixam marcas, afetam e põem em causa a própria saúde mental (Van der Kolk, 2015). É importante compreender que existem diferentes tipos de trauma, não sendo necessário passar por uma situação extraordinariamente traumática para vivenciar o trauma. Quando nos referirmos ao Trauma Complexo, falamos de um trauma cunhado de uma maior severidade crónica, cuja exposição prolongada a vários eventos traumáticos de carácter interpessoal, particularmente na infância, proporciona o surgimento de sintomas e consequências mais complexos.

Tendo em conta que o conceito de Trauma Complexo ainda se encontra em discussão, o presente estudo, ao incidir na relação entre Trauma Complexo e outras sintomatologias patológicas mais gerais, acaba por revelar-se um contributo empírico para a sua concetualização. Primeiramente, contribui para o diagnóstico diferencial, nomeadamente, para a distinção com a Perturbação do Stress Pós-Traumático, ao reforçar a ideia de que o Trauma Complexo suscita o aparecimento de sintomas mais complexos do que aqueles desencadeados por um evento traumático isolado (Briere, 2010; Viola et al., 2011; Regalado, 2016). Indivíduos expostos a experiências traumáticas complexas, revelam perturbações psicológicas, cujos sintomas, como a desregulação afetiva e dificuldades nas relações interpessoais, não estão incluídos nos critérios diagnósticos de PSPT, acabando, muitas vezes, por serem diagnosticados com uma variedade de sintomas que não abarcam completamente o seu quadro clínico (Viola et al., 2010). A par disso, quanto mais precocemente e maior for o tempo de exposição ao trauma, maior é a probabilidade de comorbilidade de sintomas de Trauma Complexo com sintomas de PTST (van der Kolk et al., 2005), o que também dificulta o diagnóstico.

Posteriormente, esta investigação possibilita compreender quais os níveis de psicopatologia que tais pessoas revelam, o número de sintomas e de mal-estar que evidenciam. Neste sentido, permitiu-nos a compreensão de que são, essencialmente, os indivíduos com alterações na auto percepção e nos sistemas de crenças, com dificuldades nos seus relacionamentos interpessoais e na regulação dos afetos e impulsos, que tendem a relatar maior mal-estar, queixando-se mais e com maior intensidade.

Foi ainda revelador de que outras sintomatologias clínicas mais gerais se encontram significativamente relacionadas com as dimensões específicas do Trauma Complexo, nomeadamente, a Desregulação do Afetos e Impulsos, a Alteração na Autoperceção e a Alteração no Sistema de Significados. Parece ainda existir uma associação entre a Desregulação dos Afetos e Impulsos e a Alteração na Autoperceção com sintomatologias mais gerais como a Sensibilidade Interpessoal, Depressão e Ansiedade.

A vivência de acontecimentos de vida traumáticos, de carácter interpessoal, repetitivo e de origem mais precoce, que sugere dificuldades como a desregulação afetiva e a alteração na autoperceção, parece ainda estar associada a dificuldades interpessoais e a ansiedade. Na maior parte das dimensões características do Trauma Complexo, foram a hostilidade e os sintomas depressivos que sobressaíram. Também, o facto de estes indivíduos terem o seu Sistema de Significados alterado se revelou fortemente associado a maior níveis de Depressão.

O presente estudo apresenta algumas limitações. É importante referir a dificuldade em definir o construto de Trauma Complexo, devido à comorbilidade com outras perturbações e à reduzida literatura neste campo. Outra limitação importante de referir está relacionada aos instrumentos utilizados, tendo em conta o propósito do estudo. O facto de o estudo ser apenas realizado com medidas de autorrelato, pode influenciar os resultados e estar sujeito a questões de desejabilidade social, não totalmente controlável. A par disso, avaliar o Trauma Complexo com recurso ao SIDES-SR também pode ser visto como uma limitação, uma vez que este instrumento ainda é alvo de alguma controvérsia, nomeadamente, pelo facto de não apresentar um resultado somatório de Trauma Complexo e só posicionar o sujeito relativamente às seis sub-escalas sintomatológicas deste construto.

Tendo em conta a pouca investigação na temática, os resultados do presente estudo podem ser um ponto de partida para investigações futuras, que clarifiquem que outras sintomatologias gerais se relacionam mais concretamente com os sintomas específicos do Trauma Complexo, tendo em consideração que as pessoas expostas a cumulativos episódios traumáticos tendem a desenvolver sintomas distintos daqueles expressos por quem sofreu de um único episódio traumático.

## Referências Bibliográficas

American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York, NY: Basic Books.

Briere, J., Hodges, M., & Godbout, N. (2010). Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance: a structural equation model. *Journal of Traumatic Stress, 23*(6), 767-774.

Briere, J., & Scott, C. (2015). Complex trauma in adolescents and adults: effects and treatment. *Psychiatric Clinics of North America, 38*(3), 515-527.

Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos – B.S.I.. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Orgs.), *Testes e provas psicológicas em Portugal*(vol. 2, pp. 95-109). Braga: APPORT/SHO.

Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. V. D., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress, 22*(5), 399-408.

Courtois, C. A. (2008). *Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment*.

Ferreira, S. L.. (2016). *Relação entre traços de personalidade e trauma complexo* (Tese de mestrado).

Figueiredo, Â. L., Dell'aglio, J. C., Silva, T. L., Souza, L. D. D. M., & Argimon, I. I. D. L. (2013). Trauma infantil e sua associação com transtornos do humor na vida adulta: uma revisão sistemática. *Psicologia em Revista, 19*(3), 480-496.

Freud, S. (1952). Three essays on the theory of sexuality . In J. Strachey (Ed.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, vol.7, pp.135-142*. London: Hogarth Press (Obra original publicada em 1905).

Fulgencio, L. (2004). A noção de trauma em Freud e Winnicott. *Natureza humana, 6(2)*, 255-270.

Gonçalves, B., Duarte Silva, M. E., & Henriques Calado, J. (2016). Versão experimental portuguesa do Self-Report Inventory for Disorders of Extreme Stress (SIDES-SR). Centro de Investigação em Ciência Psicológica, Universidade de Lisboa, Portugal.

Greenberg, J. R., & Mitchell, S. A. (2003). *Relações de objecto na teoria psicanalítica*. Lisboa: Climepsi Editores.

Luxenberg, T., Spinazzola, J., & Van der Kolk, B. A. (2001). Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS) diagnosis, part one: Assessment. *Directions in psychiatry, 21(25)*, 373-392.

Pearlman, L. A., & Courtois, C. A. (2005). Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. *Journal of Traumatic Stress, 18(5)*, 449-459.

Pelcovitz, D., van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., & Resick, P. (1997). Development of a Criteria Set and a Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress, 10(1)*.

Regalado, A. F. A. (2016). *Influência da espiritualidade, resiliência e trauma na população geral adulta* (Tese de mestrado).

Resick, P. A., Bovin, M. J., Calloway, A. L., Dick, A. M., King, M. W., Mitchell, K. S., ... & Wolf, E. J. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of traumatic stress, 25(3)*, 241-251.

Silva, J. R. D. (2013). Traços de personalidade como preditores de ansiedade e agressividade em grupos contrastados: clínico e não clínico.

Soares, G. A. D., & Miranda, D. (2005). Gender and trauma. *Sociedade e estado*, 20(1), 135-162.

The National Child Traumatic Stress Network. Impact of Complex Trauma (s.d.). Disponível em: <http://www.nctsn.org/trauma-types/complex-trauma/effects-of-complex-trauma>

Trauma Center. (2011). *Trauma Center Assessment Package*

Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of traumatic stress*, 18(5), 389-399.

Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York, NY: Penguin Books.

Viola, T. W., Schiavon, B. K., Renner, A. M., & Grassi-Oliveira, R. (2011). Complex trauma and diagnostic implications. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33(1), 55-62.

Herman, J. L. (1992) *Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma*

Winnicott, D. W. (1994). A experiência mãe-bebê de mutualidade. *Explorações psicanalíticas*, 195-202.

Zavaschi, M. L. S. (2002). Associação entre depressão na vida adulta e trauma psicológico na infância.

# **ANEXOS**

## Anexo A

### Consentimento informado



### Consentimento Informado

O meu nome é Sara Filipa da Silva Vieira e estou a realizar uma investigação em Psicologia Clínica, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, sob orientação do Professor Bruno Gonçalves.

As temáticas abordadas relacionam-se com a Personalidade e Psicopatologia.

Solicita-se, deste modo, a sua participação através da resposta a (9) nove questionários, onde não existem respostas corretas ou incorretas. O importante é que elas reflitam a sua experiência.

A resposta aos questionários deverá demorar cerca de uma hora e poderá sempre desistir, caso seja a sua vontade.

Os dados recolhidos serão tratados e apresentados com total confidencialidade. Se assim o desejar, após o término da investigação, poderá ser-lhe fornecida uma breve informação sobre os resultados da mesma, através do número de telefone 91 668 55 55 ou e-mail: saravieira3395@gmail.com.

Ao assinar este consentimento, declara ter 18 ou mais anos de idade, que tomou conhecimento das indicações dadas anteriormente e que aceita colaborar livre e voluntariamente nesta investigação.

Muito Obrigada pela sua colaboração.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_

.....  
(assinatura)